

# Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes

Adolfo H. Chorny<sup>1</sup>

## Resumen

*El artículo resume las experiencias del autor en más de treinta años de ejercicio de la planificación en salud. Se comienza por precisar que el objetivo final de la planificación en salud es la salud. Son repasados algunos de los escenarios probables dentro de los cuales se desarrollarán los sistemas de servicios de salud y se extraen conclusiones sobre su impacto en los modos de planificar en salud. A partir de estas colocaciones, se discuten algunos aspectos centrales de los procesos de planificación: la identificación de los problemas, la determinación del dominio (gobernabilidad), factores condicionantes y determinantes, la selección de los cursos de acción y el monitoreo y evaluación de estos procesos. Para dar un marco que permita entender los mecanismos que están por detrás de las distintas propuestas metodológicas, se repasa sucintamente la historia reciente de la planificación*

## Palabras Clave

Planificación en salud. Métodos de planificación en salud. Complejidad. Historia de la planificación en salud.

## Key words

Health planning, health planning methods, complexity, health planning history.

## 1. Planificación en salud: conceptos básicos

Sería una buena costumbre, cuando se comienza a presentar un tema donde lo subjetivo juega un papel preponderante, que el autor hiciera una referencia a cuál es su entendimiento particular de los conceptos que va a utilizar, de manera que a partir de ahí sea posible minimizar los malos entendidos o falsos acuerdos que se puedan originar en la comprensión particular del lector, de los términos utilizados por el autor; ya que uno es responsable por lo que dice o escribe y no por lo que los otros escuchan o interpretan cuando leen.

Con el propósito de cumplir con lo que pensamos que podría ser una buena práctica, vamos a comenzar por dejar explícito que para nosotros (pero no sólo para nosotros) el propósito de la planificación en salud es la salud. En consecuencia, éste debe ser también el punto de partida del proceso de planificación, no importa si lo que se busca es planificar servicios de salud, programas de prevención o promoción de salud para grupos de población de riesgo o cualquier otra cosa

1. Profesor titular de Planificación, ENSP/FIOCRUZ.

*en salud en la América Latina, analizando las vertientes normativas y estratégicas. Con base en esos desarrollos, se presenta una visión particular de las perspectivas que se abren para la planificación en salud, enfatizando el aporte esperado de la epistemología de la complejidad, para repensar la planificación sanitaria.*

## Abstract

*The article summarizes the author's experience in more than thirty years in the field of health planning. The first statement is that the final goal of health planning is health. Some of the possible scenarios in which health services systems will be developed are then analyzed. Conclusions are drawn concerning the impact of the scenarios upon the methods of health planning. Central aspects of planning procedures are discussed: the identification of problems, the determination of the control (governability), the conditioning and determining factors, the selection of courses of action, and the monitoring and evaluation of these procedures. In order to provide a frame to make it easier to understand the mechanisms that lie behind the distinct methodological proposals, the author presents a general overview of the recent history of health planning in Latin America, analyzing its normative as well as strategic propositions. Based on this progression, the author presents a particular point of view of the perspectives that are open to health planning, emphasizing its reconsideration under the light of the potential contribution of an epistemology of complexity.*

que tenga que ver con el logro de la salud [Pineault, 1990:1].

Hecha esa declaración de principios pasemos a precisar qué vamos a entender por planificación en salud.

Es algo habitualmente aceptado que la planificación está referida al futuro. Planificar consiste, básicamente, en decidir con anterioridad qué hacer para mudar condiciones insatisfactorias en el presente, o evitar que condiciones actualmente consideradas como adecuadas se deterioren en el futuro.

Planificar consiste, principalmente, en identificar problemas (actuales y futuros) y prioridades de intervención, para implementar soluciones; determinar si estas están dentro de la capacidad de acción de quien planifica; identificar los factores que determinan el estado de cosas considerado insatisfactorio; establecer los cursos de acción que pueden ser seguidos para solucionar los problemas; determinar quiénes serán responsables de la ejecución de dichas acciones, y definir los procedimientos de evaluación *ex-ante* y *ex-post* que permitirán monitorear si el curso de acción seguido es el adecuado para los fines perseguidos y si los resultados obtenidos están dentro de lo esperado.

Para dar cuenta de la planificación en el día a día, fueron elaborados numerosos modelos, métodos y procedimientos, que varían desde aquellos que persiguen la simple proyección de tendencias o la extrapolación de la situación observada para un futuro, hasta modelos complejos que proponen, con fundamento en diferentes marcos teóricos y conceptuales, una visión más elaborada y menos simplista del mundo en general y de la planificación en particular.

A algunos de esos modelos nos referiremos más adelante, al tratar de los componentes de la planificación en salud y sus momentos. Mientras tanto, es oportuno resaltar que la versión simplista de la planificación en salud, además de engañosa, trae en su interior una concepción mecanicista de los fenómenos del mundo real. La proyección de tendencias, o la extrapolación de la situación observada, parten de la suposición, no siempre explícita, de que los factores que actúan en el presente, o actuaron en el pasado próximo, continuarán teniendo efecto en el futuro inmediato. Sin embargo, para que la proyección pueda ser aceptada, se debe suponer que la acción de esos factores tendrá la misma intensidad, o fuerza, que tuvo en el pasado. Pero si es posible tener

alguna certeza sobre alguna cosa acerca del futuro de nuestros países, ésta es que para mejorar el sistema de salud es necesario cambiar, o sea, es preciso que dejen de estar en vigor muchas de las determinaciones y condiciones que actuaron hasta ahora o, como mínimo, que sus efectos sean diferentes.

En el campo social no existen leyes como las que pueden ser identificadas, por ejemplo, en el terreno de los fenómenos estudiados por la Física. En el ámbito de la sociedad se observan tendencias que pueden ser modificadas y en ese poder reside la posibilidad de transformar una realidad que aparece ante nuestros ojos como insatisfactoria. Podemos afirmar que el conocimiento del pasado es una condición necesaria, pero no suficiente, para actuar sobre el futuro.

Los modelos más complejos adoptan, sin excepción, un esquema<sup>2</sup> explicativo acerca de por qué las cosas son como son. En función de esos modelos son hechas las diferentes propuestas metodológicas para la planificación en salud.

Como no podía dejar de ser, nosotros también partimos de una comprensión particular del mundo y de las causas que determinan el actual estado de salud de los diferentes grupos sociales que componen las poblaciones de nuestros países, así como cuáles serán las características del futuro más probable. Esto define el marco de referencia dentro del cual será desarrollada la propuesta objeto de este trabajo, y que, por consecuencia, delimita sus alcances y limitaciones ya que si el postulado es falso, o no se verifica en la práctica, el proceso de planificación basado en el mismo pierde toda validez.

## 1.1. Un escenario para el futuro<sup>3</sup>

Una propuesta en el área de planificación surge, o debería surgir, tomando como marco de referencia una determinada visión de cómo podría ser el mundo. Nuestra visión conjuga dos grandes elementos: la evolución esperada en las relaciones que se establecen en la esfera económico social, y la preponderancia que esperamos que tenga el enfoque de la complejidad como nuevo paradigma de las ciencias.

La característica más acentuada del futuro desarrollo de la humanidad es la consolidación de una economía global, producto —entre otros factores— de incesantes avances en el campo de las tecnologías de transportes y de comunica-

ciones. Con visión y compromisos a escala mundial, las grandes empresas se alejan cada vez más de los intereses y posiciones de los gobiernos nacionales, los que por su parte se guían por la satisfacción de los intereses locales (nacionales), que expresan los anhelos y las demandas de sus electores. Al mismo tiempo, la creación de bloques regionales (Mercosur, NAFTA) aumenta la conexión interna entre las economías participantes.

Sin embargo, la fuerza de cohesión de estos bloques regionales se muestra totalmente impotente para hacer frente a los efectos de las crisis que se originan en otras economías. El efecto global es más poderoso que el regional. Un ejemplo de esta afirmación es el impacto sobre las economías del Mercosur de las sucesivas crisis de las economías de los denominados “Tigres Asiáticos”.

Algo parecido al efecto “mariposa” hace que la caída de la bolsa de Hong Kong (en noviembre del 97) tenga como resultado en el Brasil, medidas económicas destinadas a “enfriar” la economía (léase: disminuir el consumo mediante el aumento de las tasas de interés, aumento de tarifas públicas, aumento de las cuotas del impuesto sobre la renta de las personas, etc.). O sea, no importa el estado real de la economía nacional, la corrección busca crear las seguridades necesarias para que el capital especulativo internacional no escape del país (doblado las tasas de interés) aunque el costo sea el desempleo y la disminución del crecimiento económico (que pasaría, según estima el propio gobierno, de un 4% del PBI a un 2%).

Sin abundar en detalles, ya que no es la propuesta de este artículo discutir los aspectos económicos (aunque los mismos sean fundamentales para determinar los caminos que podrá o deberá seguir la planificación de salud), puede afirmarse que las reglas del juego económico tienden a ser uniformes en todos los puntos del mundo.

En cuanto se globalizan las reglas económicas, y el mercado parece dictar los destinos de las naciones, no se vislumbra una potencia política, económica o militar hegemónica. Si a esto se suma la falencia de los organismos multinacionales como, por ejemplo, las Naciones Unidas y la OEA, no se observa en el futuro inmediato ningún poder instituido tradicional capaz de diseñar, organizar y hacer cumplir esas reglas.<sup>4</sup>

Los efectos de esta globalización, sumados a los provocados por la desaparición

2. En este trabajo se entiende, como en psicología, que un *esquema* es una estructura conceptual empleada por los seres humanos para entender y dar sentido a un conjunto de datos.

3. Parte de los escenarios presentados en este apartado fueron elaborados a partir de las obras de Lester Thurow “*The Future of Capitalism*” y “*Megatrends - 2000*” de J. Naisbitt y P. Aburdene.

4. Decimos ningún poder tradicional, porque ya se diseñan en el horizonte próximo otros poderes. Al respecto resulta ilustrativo el artículo publicado en *Le Monde Diplomatique* de febrero de 1998: *Le nouveau manifeste do capitalisme mondial*, dando cuenta de la existencia de una propuesta para un tratado internacional (Acuerdo Multilateral sobre las inversiones), promovido por las empresas transnacionales, mediante el cual los países signatarios renunciarían a su soberanía.

ción del polo antagónico del capitalismo, el denominado socialismo real, se hacen sentir, con mayor o menor intensidad, en casi todos los países. Esos efectos se manifiestan, en lo que atañe al mercado laboral, en la disminución del contingente de trabajadores regulares (aumento de desempleo y subempleo<sup>5</sup>), aunque los datos oficiales ocultan un gran sector del verdadero desempleo: aquel constituido por los que desistieron de procurar colocación en el mercado laboral.

Aunque dramático, el desempleo no es la única amenaza que pende sobre los trabajadores. La disminución del salario real de aquellos de menor calificación, tal como puede ser observado en algunos países más desarrollados de Europa, y en los Estados Unidos, y la pérdida de ganancias que habían sido incorporadas como salario indirecto, reducen el poder adquisitivo y la protección de los sectores socialmente menos favorecidos. La exclusión social aumenta como consecuencia de las políticas de ajuste estructural, flexibilización laboral y redimensionamiento del Estado, proceso que se viene manifestando, también, en los países de América Latina que adoptaron esas políticas.

Otra consecuencia de las nuevas reglas de la economía es la reducción, y simultáneo empobrecimiento de la clase media. “La era de los aumentos anuales de salario se acabó; (la clase media) ya no puede esperar patrones de vida mejores en lo que les resta de vida o en la de sus hijos” [Thurow, 1996:34].

El mercado laboral cambió, en cantidad y en calidad. La migración del capital, en busca de lugares donde la retribución de la mano de obra sea menor y esté menos sujeta a condiciones que limiten la explotación de los trabajadores, está redefiniendo el mapa económico del planeta.

Como resultado de estas mudanzas, los Estados recaudan menos tributos sobre los salarios, al paso que los sistemas de previsión social pública están en quiebra o en situación de estarlo, en un futuro no muy lejano. Este panorama se agrava por el rápido crecimiento de la población de gerontes. Mientras esto sucede, los jóvenes se encuentran con cada vez más dificultades para insertarse en el mercado de trabajo, con la consiguiente pérdida de capacitación y disminución de los salarios iniciales.

¿Cuál es el impacto esperado de estos procesos sobre el sistema de salud y, como consecuencia, sobre su planificación?

La acentuada segmentación de la sociedad, que está todavía en proceso, debe dar origen a una segmentación semejante de los servicios de salud. Es posible prever tres grandes segmentos de la población consumidora: los ricos, los excluidos y la clase media.

Parece razonable prever que el segmento más rico (estimado en torno al diez por ciento de la población total) continúe incrementando, en términos reales, sus utilidades. A este sector se debe dedicar cada vez más la oferta privada de servicios de salud, con preponderancia de alta tecnología y tratamientos sofisticados y caros. Estos consumidores, tendrán a su disposición una oferta internacional de servicios ofrecidos por empresas de salud, de un mismo país o de varios países, que se asociarán para tales efectos. Es muy probable que la oferta de servicios de salud cosméticos sea complementada con paquetes turísticos, que contribuirán a aumentar su encanto.

También los planes de cobertura (seguro de salud y similares) deberán diversificar la oferta para el conjunto de la población.

Además de la diferenciación de los planes de seguro para este segmento de la población, se puede esperar que la oferta de servicios cosméticos y estéticos (cirugía plástica) sea incrementada, pasando a formar parte, en lo cotidiano, de la cartera de oferta de los servicios de salud destinados a la población más rica. No se puede dejar de lado el hecho de que la oferta de medicinas alternativas, por tratarse de un consumo diferencial, tiene un encanto especial para esta parcela del mercado, del mismo modo que tomarse una vacaciones en las Islas Cayman, o cenar en “*Au bec fin*” en París, de modo que varios tipos de medicinas o pseudo-medicinas, más o menos esotéricas, podrán formar parte de los servicios de salud ofertados para el consumo de esta población.

En la otra punta del espectro social, los excluidos y los postergados (pobres, minorías étnicas o de otro tipo), que no hayan podido definir un nicho dentro de la estructura social o no representen un grupo de intereses con poder de expresión, deberán quedar —principalmente— a cargo del sistema público o de grupos filantrópicos o de beneficencia. Es previsible una focalización de la oferta para los segmentos de la población marginados y excluidos. Los procedimientos privilegiados deberán ser los de bajo costo, con énfasis en la atención primaria y de

5. Datos recientes muestran que en Europa Occidental el total de empleos en 1994 era el mismo de 1993 [Thurow, 1996:2]. En 1995, la Argentina registraba una tasa récord de desempleo de más del 18% de PEA. También, para mediados de la década de los 90, la tasa de desempleo en Europa llegaba al 10,8%, siendo que en algunos países superaba el 15% (España 23,2%, Finlandia 16,8%) [Thurow, 1996:36].

emergencias provocadas por accidentes y violencia. Es posible que el sistema focalizado sea de bajo nivel de resolución para los problemas crónicos y degenerativos que se pueden esperar en función de envejecimiento de la población. Se puede inferir también que, si las actuales tendencias se mantienen, la inversión en la manutención y en la recuperación de la capacidad operativa de este sector será poca o nula. Por otro lado, el empobrecimiento de la clase media deberá llevar a importantes contingentes de la misma a demandar servicios de este segmento.

Por último, con la clase media perdiendo parte de su poder adquisitivo, deberá disminuir de manera significativa el segmento del mercado de planes de seguro de salud. También, puede esperarse una disminución de buena parte de la demanda de servicios del sector privado con finalidad lucrativa. Es previsible que la demanda de este conjunto de la población se divida en tres grupos: el de la clase media en ascenso (una parcela mínima del conjunto) que deberá incorporarse al segmento privado lucrativo del mercado, los “nuevos pobres” (una parcela significativa de la actual clase media integrada, principalmente, por los funcionarios públicos, profesores y operarios calificados de los sectores industriales mecanizados) que deberán sumarse a algunos mercados de oferta de servicios<sup>6</sup> focalizados. Los sobrevivientes de la clase media, posiblemente hagan uso de estrategias de atención que definen una combinación (*mix*) de prestadores en función del problema percibido y sus expectativas de optimización de la relación producto/recursos accesibles. De tal modo, todos los sectores de servicios podrán ser objeto de la demanda de este segmento, sin que predomine la demanda a ninguno de ellos.

Dicho esto, cabe especificar cuáles son las consecuencias para la planificación en salud de esta fragmentación de las demandas populares. Teóricamente, en función de los propósitos y objetivos diferenciados de cada segmento del mercado de servicios, deberá haber una modalidad de planificación diferente, las que se sumarían a los correspondientes niveles de regulación federal, estatal y municipal con sus competencias específicas.

Una primera conclusión que podemos obtener a partir de lo anterior es que la planificación no puede tener un alcance universal, quedando su campo definido por el ámbito que domina quien planifi-

ca. Un segundo conjunto de conclusiones le atañe a las metas y objetivos perseguidos por la planificación en cada segmento de la oferta.

En el sector que tiene como clientela potencial la población más rica, es previsible una planificación atomizada por empresas o grupos, dirigida, principalmente, a la ocupación estratégica de algunos nichos en el mercado de salud, donde quien planifica posea ventajas comparativas. Puede esperarse, también, que el énfasis sea dado a las dimensiones económico-financieras, los análisis costo/beneficio, el dimensionamiento de la escala de producción más adecuada y a otros aspectos cotidianos de las empresas comerciales de cualquier tipo. La salud será vista como un dato, aquello que está por detrás de las diversas demandas de servicios, más que como un objetivo a ser alcanzado. Por último, la planificación de este sector deberá guardar un razonable grado de autonomía con relación a la planificación del sistema de salud como un todo, considerando la histórica independencia de las élites con relación a las determinaciones que afectan al ciudadano común.

La franja del mercado de servicios de salud orientada para dar respuesta a las demandas de los conjuntos poblacionales excluidos o marginados, y las originadas en los contingentes de pobres y nuevos pobres, estará bajo la responsabilidad del sector público.<sup>7</sup> En este caso la planificación se realizará en diferentes ámbitos y, en consecuencia, con diferentes miras. A estos diversos tipos de planificación nos referiremos más adelante al tratar las esferas: estratégica; táctica y operacional de la planificación (ver 2.2.2.).

En lo que respecta al otro gran tema que integra nuestro marco de referencia, la epistemología de la complejidad, es suficiente, por ahora, establecer que se trata de un abordaje que a partir de las ciencias física y química introduce novedades en los paradigmas del saber científico, colocando sobre nuevas bases no sólo el conocimiento de las ciencias físicas y naturales. Va más allá y establece un puente que permite aproximar dichos campos a los métodos y objetos de reflexión de las ciencias humanas.

Aunque el tratamiento de dicho asunto exceda las miras del presente trabajo, entendemos que no podemos dejar de mencionar su existencia, ya que el nuevo paradigma en gestación tendrá, sin duda, influencia en la forma en que es pensada la planificación en salud, por esa razón, re-

6. El cuidado de la salud demanda bienes y servicios de diversos prestadores: servicios médicos, servicios de internación, medicamentos, servicios odontológicos, etc. Cada uno de estos tiene un mercado altamente específico según su evolución histórica, a lo largo de la cual fueron apareciendo mudanzas tecnológicas endógenas y exógenas así como prácticas restrictivas diversas que condujeron a que el oligopolio con diferenciación del producto y la formación de precios bajo condiciones de competencia imperfecta sean las formas de mercado que prevalecan [Katz & Muñoz, 1988:11].

7. Estar bajo la responsabilidad del sector público no es equivalente a servicios prestados por entidades públicas. El sistema puede estar compuesto por unidades pertenecientes a las diversas instancias del Gobierno (federal; estatal; municipal) y por establecimientos privados (lucrativos o no, filantrópicos, benéficos), siempre que la regulación de este sistema sea hecha por los órganos públicos responsables por la salud de la población.

tomaremos el tema al tratar de las nuevas perspectivas de la planificación en salud.

## 1.2. Aspectos de la planificación en salud a ser abordados

A continuación serán tratados los diferentes aspectos y principales características de la planificación en salud, procurando identificar caminos operativos que provean instrumentos para que gerentes y administradores puedan dar cuenta de su práctica cotidiana. Para ello serán tratados los siguientes temas:

- identificación de los problemas (sujetos, objeto, momentos);
- determinación de dominio (“governabilidad”);
- factores determinantes y condicionantes (diagnóstico);
- selección de los cursos de acción;
- monitoreo y evaluación.

## 2. Identificación de los problemas de la planificación en salud

### 2.1. El sujeto que planifica

8. El sujeto puede ser un individuo o un grupo de individuos articulados mediante algún tipo de relación que permita que sean tratados como una unidad bajo el punto de vista de esta discusión. En los últimos tiempos es frecuente hacer referencia a este sujeto como siendo un actor social (persona o grupo de personas que tiene el poder de intervenir en una situación dada).

9. Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela. El denominado Método CENDES/OPS fue publicado por la OPS en abril de 1965 bajo el título “Programación de la Salud. Problemas conceptuales y metodológicos”. Serie Publicaciones Científicas n° 111, Washington D.C. Desde octubre de 1962, venía siendo difundido regularmente a través de los cursos de planificación en salud, administrados conjuntamente por la CEPAL y la OPS en Santiago de Chile.

10. En este contexto la salud pública será entendida como “(...) un sector político-técnico del Estado, que hace uso de un saber científico según sus posibilidades y orientaciones y las condiciones económico-políticas dominantes.” [Menéndez, 1992:104].

En el contexto de la planificación en salud se entiende como problema una situación que se aparta, negativamente de un estado deseado. De este modo se pueden considerar como problemas, por ejemplo, una tasa de mortalidad infantil que supere los valores esperados en función de los conocimientos disponibles, o el gasto en servicios de salud, la administración de los hospitales públicos y el consumo de drogas.

Pero los problemas no existen en abstracto ni son universales. La percepción de una situación como problemática, o no, depende de quien la juzga. Lo que es un problema para unos, es una solución para otros, de ahí surge la importancia de identificar quién es el sujeto<sup>8</sup> que planifica, ya que en función de él serán definidos metas y métodos para alcanzar los propósitos perseguidos. De esta manera es posible detectar una clara diferencia entre lo que sucede en el sector público y cómo se da este proceso en el campo privado. En éste, quien define las metas y la orientación que será perseguida a través de la planificación es el propietario (sea este un individuo, un grupo de inversores u otra empresa), orientado básicamente por la maximización de las ganancias

que pueden ser obtenidas, admitidas las restricciones vigentes. Ya en el sector público quien planifica es alguien que lo hace en nombre del “bien público”, de ahí que no exista una clara correspondencia entre los intereses de los diferentes conjuntos de la población y las elaboraciones hechas por los planificadores del ámbito del Gobierno.

Como consecuencia de esto, es preciso que quede claro quién es el planificador y a partir de qué óptica planifica. En nuestro caso, el punto de vista adoptado es el de una planificación realizada a partir de alguna instancia gubernamental. De este modo se acepta que no se trata de realizar una actividad que tenga como fin aumentar el margen de lucro de uno o más inversores privados, se trata de aceptar el desafío de generar más y mejores condiciones de salud para la población a la que está dirigida la acción de dicho sistema.

Para poder entender mejor cómo se da este proceso, es conveniente realizar un breve recorrido por la historia de la planificación en salud en las últimas décadas, buscando identificar tanto a los sujetos cuanto a sus motivaciones. Como punto de partida será tomado el inicio de la década del 60, por coincidir con el marco de la planificación en salud pública, la aparición del método CENDES<sup>9</sup> para la programación en salud.

### 2.1.1. Breve historia de la planificación en salud en América Latina

Cuando se habla de planificación en salud en nuestra región, se está haciendo referencia específicamente a la planificación hecha por sectores del gobierno y que tiene como objeto al amplio abanico de las acciones en la salud pública.<sup>10</sup> Por lo tanto, la sucinta revisión que sigue se refiere a ese tipo particular de planificación, la gubernamental.

Desde 1960 hasta ahora, se pueden distinguir tres momentos en la planificación en salud. Un primer momento denominado “normativo”, representado por el método CENDES, que se extiende hasta mediados de la década del 70; un segundo momento se identifica con el movimiento conocido como “planificación estratégica” y llega, con variantes, hasta nuestros días; y un tercer momento que comienza —aproximadamente— con los años 90, y que coloca en jaque las diversas visiones históricas de la planificación en salud, destacando los aspectos relacio-

nados con la crisis del modelo que reconoce en la planificación el instrumento esencial para promover cambios.

### 2.1.1.1. La planificación normativa: el método CENDES

Los últimos años de la década del 50 han sido testigos de sorprendentes avances en el campo de la ciencia y de la técnica; el lanzamiento del primer “Sputnik” soviético parecía presagiar que, por fin, el hombre había conseguido romper las amarras que lo ataban y confinaban a su planeta, la Tierra. Embarcando en esta ola, que reforzaba los progresos obtenidos en varios campos como consecuencia de la aplicación, no siempre pacífica, de diversas tecnologías desarrolladas durante la Segunda Guerra Mundial, se afirmó una nueva concepción Iluminista del progreso social. Junto con esto, viejas convenciones sociales fueron cuestionadas por movimientos que, como los *beatniks* en Estados Unidos, asumían abiertamente el consumo de drogas, el amor libre, la ruptura de los estrechos límites de la ciudad natal, para hacer de los caminos el paraíso de sus aventuras y descubrimientos. Kerouac, en *On the road* (En camino), será uno de los voceros de esa transformación. El mundo comenzaba a tomar conciencia de que era global.

Mientras esto sucedía, se afirmaba en ciertas élites la convicción de que la ciencia y su lógica, aquí confundida con la lógica de las ciencias exactas, o sea, la vieja lógica formal, era un instrumento cuyo poder no se agotaba sólo en el laboratorio. El nuevo Iluminismo, ahora bajo los ropajes del “desarrollismo” postulaba que el Progreso (con mayúscula) era una condición ineluctable para la raza humana. La ciencia y la racionalidad científica serían sus partereros. De este modo, el subdesarrollo era una etapa en este proceso de avances continuos y sus efectos, indeseables y transitorios, podrían ser amenizados o disminuidos. Para ello, sólo era preciso contar con la cantidad de capital necesaria para crear las condiciones propicias para el “despegue” (*take off*).

Esa visión Iluminista, impulsada principalmente por pensadores del primer mundo y, en especial, de los Estados Unidos, se manifestó mediante una política internacional que apoyó la constitución, en América Latina, de varios gobiernos que adoptaron la propuesta (por ejemplo Kubitschek en Brasil y Frondizi en Argentina). Fue bajo la égida de estos

gobiernos y de ese pensamiento desarrollista, que en lo económico y en América Latina reconocía en la Comisión Económica para América Latina —CEPAL— su mayor representante, que se generó el gran movimiento de la planificación en salud llamado, posteriormente, “planificación normativa”.

En aquel contexto los sujetos privilegiados de la planificación en salud fueron los técnicos de nivel central de los Ministerios de Salud, instituciones que poseen, con excepción de Brasil, la mayor parte de la red de servicios de salud. De esta manera se produce la fusión de dos tipos de actividades en un mismo sujeto: los que hacen la formulación teórica y los responsables por la ejecución de la planificación, son frecuentemente, una sola y misma persona.

Así, surge casi naturalmente la aceptación de que la planificación sólo puede ser normativa, o sea, la condición aparente de disponer del poder dispensa de colocar el problema del otro. Quien puede mandar manda, quien no puede mandar obedece. Esta es la lógica subyacente a lo normativo.

Cabe observar que dijimos que el poder de los técnicos en planificación era sólo aparente porque, en el mejor de los casos, se restringía al ámbito del propio sistema de planificación, en cuanto el mundo real seguía su curso al margen de esta situación. En este mundo real, quien tomaba las decisiones era el político. Para enfrentar los problemas creados por la “irracionalidad” de los políticos, había dos estrategias de acción para hacerles “tragar” los planes formulados por los técnicos. Una, consistía en intentar mostrarle al político que la racionalidad de la planificación era superior y que el costo de apartarse de sus indicaciones eran muertes que podrían ser evitadas si se seguía el curso de acción “correcto”, o sea, el indicado por los planificadores. La segunda opción, estilo Pilatos, consistía en, una vez hecha la propuesta técnica, dejar a elección del nivel político el curso de acción a seguir.

En lo que hace al método de planificación utilizado,<sup>11</sup> éste tenía por fundamento la creencia de que existían relaciones de causalidad simple entre factores y estados de salud, y entre intervenciones y resultados. El problema básico era de cantidad y disponibilidad de recursos, traducido en la opción adecuada para maximizar resultados con los recursos dados o, su alternativa, minimizar recursos para resultados prefijados.<sup>12</sup>

11. Las observaciones sobre el método de planificación están referidas al método CENDES/OPS, considerado como paradigmático para la planificación normativa.

12. Obsérvese que estos son los dos problemas centrales de la economía.

Con este cuadro como referencia, el papel del planificador era encontrar las técnicas más eficientes para atacar las enfermedades, o hacer frente a los problemas de salud, de acuerdo con prioridades determinadas a través de una función directamente proporcional a la magnitud de la enfermedad (traducida por el número de muertes que provocaba), al impacto que las técnicas disponibles podrían tener sobre ella (medido a través de un coeficiente, denominado vulnerabilidad, que variaba entre cero y uno) y a un coeficiente que pretendía medir la relevancia que tenía para una determinada sociedad el grupo social más afectado por dicha enfermedad (denominado trascendencia, y que también variaba entre cero y uno); para considerar la dimensión económica, la función era inversamente proporcional al costo de evitar una muerte por la técnica más eficiente disponible (lo que era denominado de costo-efecto).

Esa función de prioridades daba al método una apariencia científica, que permitía postular, por lo menos teóricamente, que era posible atribuir prioridades “racionalmente”, sin la interferencia del sujeto que planificaba.

### 2.1.1.2. Aparición y consolidación de la planificación estratégica

Las décadas de los años 80 y 90 marcan en América latina, el abandono definitivo del modelo desarrollista. Ya en 1964, el Brasil abre el camino para los regímenes “burocrático-autoritarios”, dictaduras más o menos blandas, que gobernarán los países latinoamericanos hasta mediados de los años 80. El Cono Sur, principalmente, se va a embarcar en una violenta represión de aquellos que reivindicaban, no siempre pacíficamente, mayor participación, democrática o ciudadana. En algunos países esta represión es acompañada de procesos de cambio en la estructura económica que modifican de manera importante el papel del Estado.<sup>13</sup>

Este proceso tuvo, en el campo de la planificación en salud, un impacto diferencial que interesa destacar por las conclusiones que permite extraer sobre la transformación del papel desempeñado por los sujetos que formulaban y elaboraban los planes de salud. Los planificadores que en la década anterior desarrollaban sus actividades en el ámbito del gobierno fueron dejados de lado y muchas veces dejaron sus países en busca de nuevos y más saludables horizontes. El gobierno ya no forma parte del esque-

ma de poder, a ser ocupado o servido, de quien es apartado del juego debido al cambio de las reglas. Así, lo normativo no respondía más a las necesidades de este conjunto no despreciable de planificadores y cobró aliento la respuesta encarnada por la denominada “planificación estratégica”.

Desde diferentes vertientes y con objetivos no siempre compartidos, los planificadores en salud incorporaron críticas a los modelos de gestión tradicionales, ya sea los que seguían la línea de reflexión de pensadores como Ansoff, oriundo del área de administración de empresas; sea siguiendo el camino trazado por la crítica de Carlos Matus a los enfoques económicos de la CEPAL, sea en el eje de la discusión del poder, como en los trabajos de Mario Testa, que rescataron originalmente enfoques que reconocen en Gramsci, Foucault y otros pensadores de la línea marxista, los primeros aportes para discutir el problema de la hegemonía y del poder en el campo de la salud.

En cuanto en América Latina se producían las alteraciones políticas y económicas mencionadas, el mundo continuaba su evolución. La difusión acelerada del microcomputador y las comunicaciones vía satélite contribuyeron para que, ya en los comienzos de los años 80, los cambios e innovaciones originados en los países más desarrollados fuesen conocidos casi simultáneamente en la mayoría de aquellos países de la región que contaban con formas de acceso a las nuevas tecnologías de procesamiento de la información.

Cambia el modelo de la producción fordista, la línea de montaje propia de la industria automovilística es substituida por el modelo de producción robotizada y/o computarizada. Cada componente puede ser producido en un lugar o país diferente, realizándose el montaje en algún otro lugar, que no participa de la producción de los elementos componentes. La tercerización de los procesos no esenciales al objetivo final de la organización se torna una práctica generalizada en la industria privada e invade el sector público.

Todo esto conduce a que la empresa no pueda ser pensada como un sistema cerrado, que puede definir objetivos, procesos y productos ignorando al mundo que la rodea. El espacio de la organización se torna más complejo y sus límites más difusos.

Acompañando estos cambios, nuevos abordajes para los problemas de la orga-

13. En los años 30, consecuentemente con el impacto de la gran depresión americana provocada por la quiebra de la bolsa de Nueva York, en la mayor parte de América latina los estados adoptaron la forma “mixta”, abandonando el liberalismo económico (ya que el liberalismo político nunca llegó a ser puesto en práctica) heredero del *laissez faire*, para intervenir más directamente en la esfera económica.

nización hacen énfasis en la necesidad de flexibilizar las estructuras, monitorear el ambiente, prever tendencias y consultar los deseos de los consumidores o usuarios. Estos nuevos enfoques reconocen, en el campo de la administración, en los trabajos pioneros de Ansoff, la vertiente estratégica. Deming y Juran establecen las bases del control total de calidad, renovando completamente las concepciones acerca de las relaciones en las organizaciones productivas, abriendo un amplio camino, por el cual transitarán numerosas iniciativas más o menos creativas y duraderas, en busca de respuesta a las crecientes demandas de un mundo en continua y acelerada transformación.

En el campo de la salud, los elementos apuntados provocan la división del campo de los planificadores en dos grandes conjuntos. Los antiguos planificadores, que habían iniciado la corriente normativa, siguiendo el método CENDES, y que en gran medida habían pasado a formar parte de las instituciones de enseñanza e investigación, impulsan el enfoque estratégico de la planificación, colocando el centro de la discusión en nuevas categorías, y destacando la existencia de diversas lógicas (aparecen los otros). Se puede decir que uno de los ejes para comprender lo estratégico en salud se encuentra en el cuestionamiento de la autonomía del que toma las decisiones.

El otro conjunto es formado por aquellos que continúan, o se incorporan, al aparato de gobierno, y que tienen el poder para imponer sus decisiones reforzado, en cierto modo, por el hecho de desarrollar sus actividades en un contexto autoritario. Así, en la esfera de gobierno la planificación continúa siendo llevada a cabo siguiendo un modelo prescriptivo, aunque este modelo sufre algunas importantes transformaciones como consecuencia de la nueva coyuntura. Las principales son la incorporación de algunas de las proposiciones del enfoque estratégico de la administración, ya en uso en las empresas privadas, aunque la mayor parte de las veces esa incorporación sea solamente formal. Un segundo aspecto que cabe ser destacado es el empobrecimiento de la estructura teórica que sustenta a la práctica de la planificación.

Sin analizar cuáles son las causas que dan origen a ese empobrecimiento, lo que excedería los fines de este trabajo, es posible identificar algunas de sus manifestaciones. La principal de ellas es que el eje del plan deja de estar centrado en los resultados finales, medidos en térmi-

nos de nivel de salud de la población, para buscar su justificación en el ámbito restringido de la administración de los recursos humanos y, particularmente, en la gestión de los recursos financieros.

Se puede afirmar, sin temor a cometer grandes injusticias, que, actualmente, gran parte de los modelos de planificación en el área de la salud son orientados por el simple y único objetivo de reducir gastos, privilegiando la racionalidad de los medios sobre los fines.

### 2.1.1.3. Las nuevas tendencias: el abordaje de la complejidad

Paralelamente a los eventos relacionados en el ítem anterior, en la década del 70 comenzaron a manifestarse otros cambios que presentaron un impacto notable tanto en el campo del conocimiento, en su forma más abstracta (o teórica), cuanto sobre lo cotidiano de grandes contingentes de la población. Este nuevo modo de entender la realidad, así como las alteraciones que se produjeron en las esferas de lo político, lo económico y lo social (en su sentido más amplio) tuvieron, tienen y tendrán, una enorme influencia en el desarrollo de la planificación en salud y, en particular, en la identificación de sus sujetos.

Entre las alteraciones en proceso en este fin de siglo, en todos los campos de la actividad humana, una deberá ser de crucial importancia para la reformulación del arsenal teórico de las ciencias y, en consecuencia, de la planificación en salud: se trata de la epistemología de la complejidad y sus desdoblamientos metodológicos.

Este abordaje epistemológico, que abarca desde el campo de las ciencias sociales hasta el de las denominadas ciencias exactas, coloca en jaque los paradigmas del conocimiento en bases newtonianas y abre un nuevo mundo de posibilidades para la comprensión de la realidad que nos rodea.

Desde Newton, y por casi tres siglos, el mundo fue considerado mecánico y preciso [Lewin, 1994:22]. Esta visión fue contestada por la acumulación de evidencias de que, lejos de ello, la mayor parte de la naturaleza (incluida en ella las sociedades construidas por los hombres) se conduce de forma no lineal, siendo, en consecuencia, difícil prever su comportamiento. La mayor parte de los sistemas que tienen interés para la vida de los seres humanos, o para la comprensión de la naturaleza, son sistemas complejos, no li-

neales, denominados por algunos autores: *sistemas dinámicos*.<sup>14</sup>

Un sistema dinámico es aquel que frente a pequeños estímulos responde con alteraciones de gran magnitud e imprevisibles a partir de las condiciones iniciales. Como ejemplo de un sistema dinámico dentro del campo de la salud, se puede pensar en la epidemia de cólera en América latina, donde un caso (estímulo despreciable frente a la masa poblacional) tiene un efecto multiplicador que coloca en riesgo el sistema de salud como un todo.

El estudio de este tipo de sistemas comenzó en el ámbito de las ciencias exactas (Física, Química). En el plano de la reflexión epistemológica (ver, por ejemplo Morin) mostró rápidamente su potencial para la comprensión de numerosos fenómenos que excedían el marco del conocimiento formal. Hoy, el paradigma en ascensión en el campo de la ciencia es el de la complejidad, inclusive para comprender el mundo macroscópico que nos rodea.

Hace un tiempo que sabemos que en el mundo conviven tanto fenómenos deterministas como aleatorios, siendo que actualmente se acepta que estos últimos son los que predominan o, como mínimo, tienen mayor importancia para la supervivencia del hombre.

¿Pero qué significa que el mundo es complejo? En primer lugar, que muchos de los procesos fundamentales de la naturaleza son irreversibles y aleatorios [Nicolis/ Prigogyne, 1994:13]. La inestabilidad juega un papel preponderante, haciendo que pequeñas variaciones en las condiciones iniciales originen grandes variaciones en los estados finales.

Las interrelaciones que ligan entre sí a los seres humanos, sus construcciones sociales y la biosfera, son tan complejas que todos los aspectos se influyen en alto grado [Gell-Mann, 1995]. Una consecuencia directa de esto es que los estudios parciales de un sistema complejo no lineal no permiten formarse una idea sobre el comportamiento del todo. Los sistemas sociales son, en su mayor parte, sistemas complejos adaptativos, o sea, sistemas que aprenden y evolucionan como lo hacen los seres vivos.

En esta clase de sistemas se observa que uno de los caminos evolutivos consiste en la creación de un orden global a partir del caos. De este modo, surgen propiedades globales a partir del comportamiento gregario de los individuos [Lewin, 1994:24]. Se puede afirmar que son

las condiciones intermediarias entre el orden y el desorden absoluto las que caracterizan al medio ambiente dentro del cual se puede dar la vida. Es más, la vida sólo se da en ese tipo de ambientes [Gell-Mann, 1995:134].

Esas cuestiones son apenas una parte ínfima de las que hoy abordan algunas de las vertientes de la epistemología y de la investigación de la complejidad, que buscan respuestas para temáticas tan diferentes como: el rápido colapso de la URSS; la estabilidad de las antiguas especies y del ecosistema por millones de años y su transformación en un instante geológico. También indagan sobre la transformación de la "sopa" primordial de aminoácidos y otras moléculas simples en las primeras células vivas. Muchas otras indagaciones son hechas sobre temas y fenómenos que abarcan un amplio espectro que va desde el campo de la física de las partículas elementales, pasando por la biología y llegando hasta el ámbito de las ciencias humanas (economía, sociología, antropología, etc.).

Todos esos sistemas complejos, ricos en interacciones, dan lugar a procesos adaptativos caracterizados por la auto-organización espontánea, generando sistemas adaptativos que detentan una forma de dinamismo que los torna cualitativamente diferentes de los objetos estáticos. La vida de estos sistemas se desenvuelve al "borde del caos" (*edge of chaos*) [Waldrop, 1992].

Lo anteriormente expuesto no es gratuito, una vez que el sistema de salud, creación humana, es un sistema que puede ser considerado como complejo adaptativo, lo que en parte explica su supervivencia frente a las numerosas tentativas de los planificadores, administradores, políticos (entre otros actores sociales) con más o menos buenas intenciones, que procuraron y procuran moldear el sistema a su imagen y semejanza.

En lo que hace al sujeto que planifica, el reconocimiento de la complejidad del sistema y de su capacidad de auto-organización, nos conduce a postular que el nuevo sujeto de la planificación deberá ser plural y diverso. Así, el papel del planificador será cada vez más el de orientar las decisiones de quienes deciden, en función de distintos escenarios probables y un conocimiento, supuestamente adecuado, de cómo opera el sistema de salud en sus distintas partes componentes y como un todo. Este papel de asesor u orientador, deberá substituir el que actualmente ejerce el planificador, consistente, en la

14. El precursor de dicha denominación para este tipo de sistemas es el premio Nobel de Química Ilya Prigogyne.

mayor parte de los casos, en la ejecución ritual de procedimientos surgidos de uno o más métodos desprovistos de contenidos substanciales.

## 2.2. El objeto de la planificación en salud

### 2.2.1. Dimensiones del objeto

El propósito último de la planificación es contribuir a mejorar, tanto cuanto sea posible, dados los conocimientos y recursos disponibles, el nivel de salud de la población en su conjunto. Para aproximarse al cumplimiento de este propósito los planificadores se valen de la “estrategia”, entendida en este contexto como el proceso a través del cual, y mediante el uso de escenarios a mediano plazo, son evaluadas las oportunidades y amenazas externas al sistema, con el fin de determinar metas y un conjunto de planes de acción para concretarlas [Shank/Govindarajan, 1995:117].

Dado que el diseño de una estrategia requiere hacer explícitos escenarios, evaluar la coyuntura, estimar y organizar recursos, y elaborar planes alternativos de intervención, el planificador tendrá que dedicar su atención, simultáneamente, a varias dimensiones de la realidad. Estas dimensiones definen el conjunto de objetos de reflexión y trabajo del planificador en salud.

Un primer objeto es el constituido por la dimensión salud y sus determinantes y condicionantes. Por lo tanto, el análisis epidemiológico constituye una herramienta esencial. En este sentido, se debe insistir en que actualmente el interés de los así llamados planificadores en salud está, por sobre todo, dirigido a los aspectos presupuestarios. Así, lo que debería ser un medio, se transformó en un fin. Los recursos financieros no son más vistos como los mediadores para alcanzar el mayor grado de bienestar en función de las restricciones existentes; ahora, lo que interesa, es gastar lo menos posible y adecuar la salud del conjunto de la población a las exhaustas arcas de un Estado quebrado. Resta, para quien posee los medios necesarios, buscar en el sector privado la salud del tamaño adecuado a su bolsillo.

El segundo objeto de reflexión del planificador en salud está determinado por la dimensión metodológica. Los métodos y procedimientos empleados para planificar deben corresponderse tanto con el propósito perseguido, cuanto con

los modos de actuar que serán privilegiados para alcanzar los objetivos que hacen operativo al propósito.

En este sentido, caben algunas observaciones con relación a la inflexión percibida en los métodos de planificación. En cuanto los métodos tradicionales, mal llamados de normativos, centraban su arsenal metodológico en los métodos y técnicas cuantitativas, de cuño determinístico,<sup>15</sup> hoy los planificadores vuelcan su interés al campo del conocimiento social. Los paradigmas hegemónicos corresponden a los de las diversas vertientes del plano socio-político. Los abordajes cualitativos prevalecen. Actores sociales, hegemonía, conflicto, sistemas de valores, comunicación, entre otros muchos conceptos del área social, substituyen a los viejos términos media, tasa, desvío estándar. Resta señalar que tanto uno como otro enfoque son posiciones extremas que desconocen la inmensa versatilidad de la realidad que abordan. Ambos son enfoques reduccionistas.

La especulación carente de un anclaje en el mundo de la práctica cotidiana, así como el empirismo acrítico, pretenden corregir los errores del dogmatismo cuantitativo. El término medio aristotélico se perdió detrás de los intereses de los diversos grupos que se dilaceran en la arena de la planificación en salud. La reflexión es substituida por el dogma disfrazado de enunciado científico. Las panaceas milagrosas (japonesas, alemanas o de cualquier otro lugar del mundo) proponen el éxito fácil para quien sea que las adopte. Entre tanto, asume proporciones enciclopédicas el desconocimiento de la dimensión, y de las posibles causas, de los fenómenos más corrientes en el ámbito de la salud.

Para superar los conflictos generados por estas maneras de ver la realidad, donde las posiciones adoptadas *a priori* funcionan como anteojeras, es preciso dejar de lado los preconceptos y admitir la interrelación dialéctica entre métodos, sujetos y objetos. La complejidad del mundo impone la necesidad de utilizar más de un tipo de aproximación, donde lo cualitativo y lo cuantitativo deben articularse en función del problema específico a ser analizado. Todavía se está a la espera de un marco teórico que dé cuenta de las dificultades cotidianas de la práctica en salud, permitiendo que el planificador pueda determinar instrumentos adecuados para intervenir en ella, buscando el constante perfeccionamiento de las mismas, y la mejora de la situación sanitaria de la

15. Aunque muchas de las técnicas usadas en la planificación en salud fueron extraídas del campo de la estadística, el tratamiento de los datos era determinístico. Intervalo de validez, probabilidad de ocurrencia, grado de indeterminación y tantos otros conceptos propios de las variables estocásticas eran (son) totalmente desconocidos para la mayor parte de los planificadores de salud. Como resultado, las metas son expresadas por valores puntuales (que tienen la apariencia de ser precisos), cuando deberían ser expresadas por intervalos dentro de los cuales es posible que se observen los resultados.

población, destinataria, en primera y última instancia, de los esfuerzos de los gerentes que desempeñan funciones en los sistemas de salud y, en particular, de los planificadores.

La tercera dimensión que permite definir los objetos de preocupación de los planificadores en salud, es la de la acción. El plan sólo se justifica en la práctica: es ahí en donde se comprueba si es bueno o no. Así, el planificador deberá dedicar el máximo de su capacidad para procurar entender y explicar el mundo real, no sólo en lo que hace a los aspectos formales que conforman el plan. Es forzoso que se encuentren incluidas las dimensiones económica, política, social y, por último pero no por ello menos importante, la cultural.

La comprensión de este último aspecto no ha merecido la atención necesaria en el tratamiento habitual de la planificación en salud, aunque —según la experiencia acumulada— sea fundamental a la hora de determinar las verdaderas posibilidades de que un plan pueda ser puesto en práctica. Al respecto, podemos citar a Lester C. Thurow:

*“Aun en el interior de empresas inmersas en la misma cultura nacional, las opciones tecnológicas son altamente influenciadas por las políticas internas de poder, valores, historia y cultura de cada empresa”.* [Thurow, 1996:16].

### 2.2.2. Momentos estratégico, táctico y operacional

Las tres dimensiones que determinan objetos de reflexión de la planificación, se manifiestan en los tres momentos en que puede ser dividida la actividad del planificador: estratégico, táctico y operacional. La habilidad del planificador es medida por su capacidad de articular los diversos tratamientos característicos de cada uno de estos momentos, que suceden simultáneamente a lo largo del proceso. El planificador debe tratar al mismo tiempo cuestiones referidas al largo y al corto plazo, de cuestiones administrativas, del presente y del futuro. Lo que varía es el énfasis con el que estos aspectos serán contemplados según la oportunidad de que se trate. En el armado de este delicado equilibrio reside uno de los secretos del suceso de la planificación.

El momento estratégico se refiere a la conducción del proceso, a su determinación en el espacio de la política o de la misión, campo que históricamente ha sido objeto de la atención de los planifica-

dores de la salud en América Latina. Contempla los procesos relacionados con los cambios estructurales u organizacionales de medio y largo plazo. Para establecer el marco teórico y su metodología, es necesario recorrer, entre otros, a los saberes propios de la biología y de la medicina, de la ciencia política, de la sociología, de la macroeconomía, de la epidemiología, de la demografía y de la estadística.

A medida que el horizonte temporal de la planificación se distancia del presente, el grado de incertidumbre aumenta. Las metas pierden precisión, se persiguen objetivos más cualitativos que cuantitativos. A los efectos prácticos, se puede convenir que el plazo del plan queda definido por el tiempo necesario para que las restricciones presentes puedan dejar de operar, sea como consecuencia de las acciones encaminadas por el mismo, sea porque es razonable suponer que las fuerzas que actúan en el presente perdieron vigor o dejaron de ejercer su acción.

Para determinar el conjunto de acciones estratégicas es necesario que sean satisfechas algunas condiciones:

a) debe existir una explicación o teoría (aunque sea tentativa) que permita relacionar las acciones con los resultados;

b) se debe haber identificado un conjunto de problemas relevantes, sobre los cuales la organización planificadora tenga capacidad para intervenir, y cuyas causas pueden ser removidas o sus efectos disminuidos, a mediano o largo plazo;

c) se debe tener capacidad para determinar prioridades de acción en función de maximizar el impacto y minimizar los costos de todo tipo (no sólo los monetarios, también los políticos y sociales);

d) se debe poder supervisar la marcha de las acciones, evaluando el impacto y los costos, de manera de poder cambiar el rumbo si fuese necesario.

Si estas condiciones no están presentes la planificación puede reducirse a un simple ejercicio académico.

El momento táctico está referido a la planificación a corto plazo, o sea, trata de lo que habitualmente se entiende por programación. Por este motivo de aquí en adelante pasaremos a emplear indistintamente ambas denominaciones para referirnos a este momento.

El horizonte temporal de la programación coincide, en general, con el período definido para el ejercicio presupuestario: un año calendario. En el momento táctico el objetivo perseguido es determinar el conjunto de acciones (programas, pro-

yectos) que permitan concretizar los objetivos fijados en el momento estratégico o, si esto no es posible en esa coyuntura, crear las condiciones necesarias para hacer viable la consecución de esos objetivos en un futuro.

Para poder definir las acciones y actividades a ser realizadas en el momento de la programación, el planificador debe hacer uso de disciplinas tales como: la economía (en especial la microeconomía y la contabilidad de costos); estadística; investigación operativa;<sup>16</sup> administración. La finalidad principal de la programación es determinar las acciones (o el conjunto de las mismas) que maximicen el rendimiento de los recursos con vistas a la consecución de los objetivos estratégicos.

Es importante destacar que en cuanto la imagen-objetivo de la planificación, en su momento estratégico, es difusa e indefinida, los objetivos del momento de programación, no sólo deben ser definidos con precisión, también deben ser medidos<sup>17</sup> para verificar si fueron cumplidos en el tiempo determinado. No se puede olvidar que el tiempo es el recurso estratégico por excelencia.

Además de las marcadas, existe otra diferencia importante entre el momento estratégico y el táctico. En cuanto el pensamiento estratégico puede explorar un campo de posibilidades más o menos amplias, en virtud de las características anteriormente mencionadas, la programación está seriamente condicionada por dispositivos legales y normativos que cercenan los devaneos del programador. Podemos afirmar que, mientras la estrategia consiste en ampliar los grados de libertad disponible para quien planifica, la programación consiste en aprovechar las libertades que pueden conseguirse dentro de los grados de restricción que la limitan.

Una última diferencia que merece ser destacada es la que se refiere al nivel de detalle con que debe hacerse la programación. Mientras el plano estratégico esquematiza las líneas maestras de lo que se debería hacer, el programa debe detallar y precisar los detalles de manera que la implementación siga lo más de cerca posible el esquema del programa, incluido en él, el cronograma de las actividades y acciones. Los actores protagonistas del plan pertenecen al nivel institucional u organizacional más elevado, ya los ejecutores de la programación se sitúan en los niveles intermediarios (divisiones, departamentos, sectores).

Resumiendo las diferencias entre el momento estratégico y el táctico, en el caso de que aceptemos la analogía de que el primero puede ser pensado como una ruta o trayectoria aérea y el segundo como una ruta terrestre, podemos, entonces, citar a Pessotti:

*“(...) hay dos trayectorias diferentes, la terrestre, llena de desvíos, calles sin salida y atolladeros y otra como una ruta aérea; sin zanjas, bloqueos y embotellamientos. (...) la progresión obedece a reglas diversas en cada una de las rutas (...)”*

*“En la ruta terrestre cada paso determina inexorablemente el decurso que le sigue inmediatamente, generando una progresión no siempre económica. En la ruta aérea son los parámetros generales del vuelo los que determinan el decurso y el ritmo de la progresión”* [Pessotti, 1993:21].

El momento denominado operacional reúne las funciones relativas a la ejecución propiamente dicha. Es en esencia una instancia administrativa. Los proveedores de servicios de salud (médicos, odontólogos, enfermeras, fisioterapeutas, técnicos de laboratorio) son en esencia consumidores de materiales (material de consumo, material que puede reutilizarse, material descartable). Dada la naturaleza de la actividad desarrollada hay una acentuada intolerancia tanto a la falta cuanto a la escasez de dichos materiales, siendo secundario el costo de los mismos. Esto hace a la función del administrador quien, especialmente en el momento operacional, debe procurar satisfacer simultáneamente las condiciones impuestas por las demandas de los proveedores de servicios y por la contención o racionalización de los costos, que debe ocurrir para que la oferta esté en condiciones de operar oportuna y eficazmente [Reisman, 1981:1].

Los plazos con que se trabaja en el momento operacional son medidos en días, semanas y, eventualmente, en meses. Las decisiones deben tomar en cuenta los problemas cotidianos y, generalmente, no existe mucho tiempo para consideraciones estratégicas. De ahí la importancia de la difusión e incorporación de las directrices generales de la política, ya que cuanto más internalizada por los miembros de la organización esté, más fácil será que estos la tengan en consideración en los diarios procesos decisorios.

Una dificultad adicional que interfiere en la comunicación entre los niveles de decisión (estratégico, táctico y operacio-

16. Por investigación operativa se entiende el ramo de la matemática que reúne un conjunto de teorías y métodos orientados para la solución, en general óptima, de problemas concretos. Forman parte de ese conjunto de teorías, por ejemplo, la Programación Lineal, la Espera en Fila, la Programación Dinámica, la de Almacenamiento, la de Fallas y Reemplazos, la Programación no Lineal, la de Juegos y los Modelos de Simulación.

17. En este caso se debe entender la medición en un sentido amplio, es decir, excediendo los márgenes de la medición física (la simple cuantificación con relación a una unidad de referencia) para incorporar, cuando sea necesario, la evaluación cualitativa.

nal) está dada por el significado diferente que adopta una misma palabra según sea el marco de referencia de quien la emplea.

Según Testa, la lógica de la programación no depende sólo de los objetos, depende también de los procesos a los cuales dichos objetos están sometidos, los cuales, a su vez, dependen del nivel en el cual los objetos son procesados. Esto se torna importante si tomamos en consideración que mientras en el nivel local se administra y se presta el servicio, en el nivel central sólo se administra [Testa, 1989:94].

Para precisar mejor estos desarrollos, se puede tomar el ejemplo discutido por Testa, los distintos entendimientos y percepciones asociados a un recurso ampliamente empleado en los servicios de salud, el algodón. Para el médico o la enfermera que trabaja en el consultorio se trata de un producto que debe estar diariamente disponible, para el administrador del hospital se trata de un ítem de gasto que debe ser distribuido de manera conveniente a lo largo del año, para el nivel central el algodón desaparece dentro de la rúbrica presupuestaria “material de consumo” que es el agregado con el cual trabajan los responsables por el presupuesto y los planificadores. Ya para el área económica el algodón es uno de los productos primarios sobre el cual se pueden definir políticas específicas tendientes a incentivar o no su producción, haciendo uso de los elementos de intervención de que dispone.

Este simple ejemplo permite visualizar el amplio campo de conflictos que se abre a partir de estas diferentes perspectivas.

Un modo de superar este problema de comunicación es emplear la *función de producción*, entendiéndose por esta: la relación de bienes y servicios consumidos o invertidos para producir un número determinado de unidades. Una buena aproximación a esta función es la dada por el *instrumento* definido en el método CENDES/OPS.<sup>18</sup>

El espacio definido por la función de producción, articula las lógicas técnica y administrativa. La lógica técnica, al poner en evidencia una forma determinada de utilizar los recursos que refleja, en la práctica, la interpretación de la norma técnica propia del saber específico de la medicina y de la biología; la lógica administrativa, por permitir la traducción de esos recursos reales, que pueden ser interpretados dentro de las categorías pre-

supuestales (grupos y elementos de gasto) en unidades monetarias. De este modo se genera una intersección de espacios, dentro de la cual pueden ser establecidas las bases comunes para la discusión de las soluciones originadas en las diferentes lógicas.

### 3. Determinación del dominio (governabilidad)

Para poder determinar cuál es el dominio o ámbito dentro del cual el planificador en salud puede ejercer su influencia o, mejor aún, tener posibilidades de ver concretizados los objetivos y propósitos perseguidos es necesario que se tenga plena consciencia de cuál es el lugar organizacional a partir del cual se planifica y la finalidad perseguida al elaborar el plan.

Sean cuales sean las respuestas a estas cuestiones, no se puede dejar de lado la ley empírica que dice que el grado de gobernabilidad de un sistema es inversamente proporcional al grado de cambio perseguido. Mantener el *status quo*, cuando no existen fuerzas contrarias al mismo, requiere mucho menos esfuerzos que implementar una política destinada a redefinir una situación dada.

Volvamos ahora a las primeras cuestiones.

El lugar de la organización a partir del cual se planifica define cuál es el estilo o el alcance del plan. Una sección difícilmente se puede proponer mudar las condiciones de salud de una ciudad o estado y si lo hiciese, no tendría la menor posibilidad de implementar acciones que tuviesen ese nivel de impacto. Ya en el ámbito central cabe identificar y precisar las grandes directrices, sin perderse en la determinación de los detalles operacionales. Los objetivos y las metas establecidos en el nivel central tienen por finalidad direccionar las acciones y actividades de los niveles subordinados o de aquellos que actúan dentro de su ámbito de influencia.

En particular, los objetivos y metas del nivel central deben ser expresados en términos de indicadores de salud. Cabe a los otros niveles de la organización determinar las metas intermediarias que permitirán alcanzar esos objetivos y metas en los plazos determinados y de acuerdo con las modalidades de acción previstas.

También es responsabilidad del nivel central determinar los criterios que permitirán definir las prioridades en los diversos ámbitos institucionales. Como

18. El *instrumento* es constituido por un conjunto de recursos heterogéneos que deben ser combinados en proporciones, que varían dentro de límites fijados por factores técnicos y económicos, para poder realizar una acción de salud específica. El intervalo de variación de los límites es relativamente pequeño [OPS, 1965:29].

consecuencia de los cambios organizativos que promueven la delegación de responsabilidades tan cerca de la ejecución como sea posible, se requiere, por un lado, que la variedad de trabajadores que trabaja en ese lugar tengan la capacidad y la habilidad necesarias para tomar las decisiones correctas. Por otro lado, que los diversos responsables de comunicar las políticas estratégicas de la organización tengan la capacidad y la habilidad necesarias para que esta comunicación llegue hasta los niveles de ejecución, de tal manera que quien decide en el nivel periférico lo haga del mismo modo que lo haría el nivel central, si tuviese la información que está disponible en las instancias operativas [Thurow, 1996;81]. Para que esto sea posible, además de ser necesario que los agentes de los diferentes niveles posean el perfil adecuado, es preciso que las estrategias y políticas sean reducidas a lo esencial, ya que el exceso o redundancia de información es tanto o más perjudicial que su falta.

La segunda cuestión colocada está referida a los fines perseguidos por la planificación. Para qué se planifica es una pregunta fundamental casi nunca hecha. Se verifica en la práctica que la mayor parte de los planificadores lo hace porque supone que esta es su función. De este modo el plan se convierte en la finalidad última de quien planifica. Se planifica para tener un plan y el plan es necesario porque existen determinaciones superiores (algunas veces ni esto) para que se haga el plan o, lo que es peor, los planes son hechos porque siempre se hicieron planes. Ninguna persona en sus cabales espera que el plan sea algo más allá de una pieza del presupuesto a ser invocada en oportunidades selectas. Se trata de una planificación ritual.

En otros casos, la planificación es hecha con la esperanza de que sirva para solucionar los diferentes males que afectan a la organización. Son hechos exhaustivos estudios y análisis que dan origen a extensos diagnósticos, pero a la hora de definir el curso de acción es tan grande el número de problemas detectados y son tan variadas sus causas que la propuesta está muy lejos de aproximarse a lo que sería deseable. Se trata de la planificación "Aquarela do Brasil", comienza con una sinfonía y termina como una marchita.

Actualmente está en boga emplear como método de planificación diversos tipos de recetas que pueden ser reconocidas por siglas o denominaciones en otras

lenguas, y como dice el tango "... *no ha de ser nada bueno, si hay que andar con todo al aire, y en vez de batirlo en criollo, te lo baten en francés...*".

El principal encanto de estas propuestas reside en una cierta aura mística que las rodea por haber sido aplicadas con gran éxito en otras latitudes, si bien muchas veces no es fácil comprobarlo. Una característica común a este tipo de propuesta es su reiterada apelación al sentido común o al acuerdo (consenso) entre diversas personas (generalmente identificados como actores), para lo cual se hace uso de diversos métodos probados en otras latitudes y para otros fines. Una segunda característica que marca a estos procedimientos, es el rechazo, casi visceral de quien los emplea, a tratar cuestiones numéricas, ya sea para dimensionar los problemas, o para estimar los recursos necesarios para implementar las medidas necesarias. El éxito de estos procesos se mide más por el número de adeptos que los apoyan que por los resultados obtenidos en la práctica. Se trata de la planificación esotérica. Puede ser substituida por cualquier procedimiento místico y, probablemente, con ventajas desde el punto de vista de los resultados obtenidos.

Con lo anterior no se pretende negar la importancia de considerar los aspectos cualitativos y emocionales, sólo procuramos llamar la atención sobre el hecho de que cada cosa tiene su hora y lugar. Planificar no es hacer una apuesta a ciegas sobre el futuro, intentando acertar los resultados. Planificar es una acción de base racional que busca construir un futuro, a partir de un conocimiento más que razonable del pasado y del presente. Planificar implica movilizar recursos y voluntades para que lo planificado se concrete.

Por último, y sobre todo el tema de la finalidad de la planificación, es preciso no olvidarse que toda planificación que amerite ese nombre, persigue la finalidad de cambiar alguna situación (o conjunto de situaciones) no deseada. Por lo tanto, procura crear las condiciones de viabilidad (esfera política) necesarias para facilitar la consecución de los fines que se propone alcanzar. En este sentido, pensar estratégicamente la planificación consiste en diseñar estrategias que permitan ganar grados de libertad. Esto se realiza creando las condiciones necesarias para tener recursos disponibles para potenciar las transformaciones. Para planificar estratégicamente es preciso contar con recursos no comprometidos,

ya que los que tienen un destino, en general no permiten crear ni implementar propuestas alternativas.

En resumen, la gobernabilidad del sistema planificado es una función inversamente proporcional a la cantidad e intensidad de las mudanzas pretendidas. Para aumentar el grado de gobernabilidad es necesario ampliar los grados de libertad disponibles y para eso es preciso cumplir con dos condiciones básicas: crear condiciones de viabilidad política (mediante alianzas, convencimiento, cooperación, cooptación o coerción) y liberar o generar recursos que puedan ser usados con flexibilidad para potenciar los procesos de cambio. En otro plano, se debe enfatizar que para aumentar las condiciones de gobernabilidad los planificadores deberán abandonar cualquier pretensión de totalidad, focalizando su accionar en el número mínimo de procesos de mayor impacto y factibilidad, compatibles con las restricciones existentes en la coyuntura y previsibles dentro del horizonte de la planificación.

#### **4. Factores determinantes y condicionantes (diagnóstico)**

La planificación comienza por la identificación de un estado de cosas insatisfactorio, juicio que puede surgir a partir de un análisis profundo de la situación o, en el otro extremo, como resultado de la experiencia o intuición del planificador. Esta constatación da inicio a una serie de acciones que deberán culminar en la elaboración de un plan. Para que esto no quede en un mero ejercicio de imaginación, más o menos creativo, es conveniente procurar entender la razón del estado de las cosas observado, lo que conduce a la búsqueda de las causas o factores que subyacen, determinando o condicionando, la situación que está siendo considerada. En esta búsqueda se ha de tener presente que “lo existente es la condición de una acción futura, no su límite” [Sarlo, 1994:11].

Puesto de otra forma; se debe identificar el ámbito en donde la intervención pueda ser más eficaz, actuando sobre las causas y no sobre las manifestaciones más superficiales del fenómeno. Por lo tanto es preciso escoger los problemas que podrían ser abordados, buscando obtener de la intervención que vaya a ser realizada, los mejores resultados posibles. La identificación de factores en función de los problemas percibidos y de las

soluciones probables es hecha a través del diagnóstico de la situación.

Históricamente el diagnóstico era una larga tarea, mediante la cual se pretendía compilar todo y cada material relacionado con la salud. Así, datos demográficos, epidemiológicos, administrativos (acerca de los recursos disponibles), legales, financieros y otros tantos, eran recolectados y presentados, habitualmente, en tablas de entrada simple (distribución de frecuencia de una variable) o, como máximo, de doble entrada (cruzando dos variables). Pero, con la total ausencia de una teoría previa que permitiese asociar e interpretar dichos datos, poca o ninguna información se obtenía de ello. De este modo se conseguía acumular gran cantidad de datos que permanecían vírgenes de contacto con al menos una neurona pensante.

Más aún, cuando quien tomaba las decisiones precisaba determinar un curso de acción debía recurrir a levantamientos especiales o hacer uso de su intuición.

Hoy, es un hecho aceptado que carece de sentido el acumular datos con la esperanza de que en algún momento tome forma el conocimiento, esto equivale a juntar ladrillos esperando, que si acumulamos los suficientes, en algún momento tendremos una casa. Para tener una casa los ladrillos son necesarios, pero también, entre otras cosas, es preciso contar con un plan de obra, un programa para su ejecución, personal idóneo y otros materiales que permitan “unir” esos ladrillos para transformarlos en la casa soñada.

No existe un diagnóstico universal. Sólo debe ser diagnosticada, comprendida, aquella situación que es relevante desde el punto de vista de lo que se desea realizar. Por otra parte, los datos a ser recolectados para el diagnóstico tienen que surgir de una teoría o hipótesis explicativa que permita seleccionar cuáles son los pertinentes.

Los factores causales, determinantes o condicionantes, pueden estar relacionados a problemas finales o intermediarios, o sea, pueden tener que ver con los estados de salud o con los medios disponibles para actuar sobre ellos. Los factores relacionados con los fines de los servicios de salud nos indican cuáles son las causas eficientes para que exista una enfermedad, sea en los individuos, sea en los conjuntos sociales. En este sentido la determinación de los factores queda dentro del ámbito de las ciencias de la salud (medicina, biología, etc.) y de la epidemiología (clínica, social), y pasa por la identifica-

ción de los problemas y necesidades en salud, cuyos factores causales eficientes se encuentran dentro de la esfera de acción (dominio) de quien está planificando. La determinación de la problemática relacionada con los recursos empleados para atender las necesidades o solucionar los problemas, está más relacionada con el campo de la administración y el de las ciencias sociales (sociología, psicología, antropología, etc.). También en este caso, es necesario que los problemas seleccionados para la intervención, estén al alcance de la institución que planifica, bajo la amenaza de que, por estar fuera del radio de acción, no se pueda hacer nada, o lo que viene a ser lo mismo, se deba esperar hasta que estén dadas las condiciones necesarias, lo que en general pospone la acción para el día de San Nunca.

Dediquemos, por ahora, nuestra atención a los aspectos relacionados con los recursos empleados para enfrentar los problemas en salud. Una primera observación que debemos hacer es que este es el campo del diagnóstico tradicional de la planificación conocida como normativa [Testa, 1989:203]. Básicamente, se trata de relacionar los objetivos y las metas con recursos, mediante algún tipo de elaboración mental que permita establecer cuáles serían esas relaciones. Llegado aquí, es preciso dejar en claro, que en lo que se refiere al ámbito de la planificación, en la mayor parte de América Latina se sabe muy poco sobre ese tipo de relaciones. Así, podemos mencionar numerosas áreas a ser exploradas: costos de las diversas prestaciones, funciones de producción, rendimientos de las diversas composiciones técnicas de los recursos, la eficacia comparada de diferentes intervenciones frente a un mismo tipo de afección, etc. Este desconocimiento enciclopédico conduce a decidir basándose en opiniones o, lo que es peor, en función de intereses de grupos económicos, políticos, corporativos.

En particular, los grandes diagnósticos no explicativos emplean categorías de análisis sin ninguna utilidad práctica, así la diversidad del conjunto de la población se oculta tras calificaciones que desconocen dicha especificidad. Por ejemplo: se habla de población de tal o cual edad o sexo, en el mejor de los casos se emplean categorías como rural o urbano, olvidando que edad o sexo pueden servir como recorte inicial, pero no son suficientes para definir acciones efectivas. Es verdad, que para niveles de decisión lo suficientemente apartados de

la práctica de los servicios, esas categorías ayudan a determinar grandes líneas de acción, pero cuando lo que está en juego es la programación de acciones relativa a algún grupo específico de la población, el conocimiento también debe serlo, ya que lo que vale para un conjunto no siempre puede inferirse para los elementos que lo componen.

En síntesis: el diagnóstico sobre el uso de los recursos, o diagnóstico administrativo, debería proveer los elementos necesarios para definir cuáles ordenaciones de recursos (función de producción) podrían emplearse para la atención de las demandas y necesidades de la clientela de los servicios de salud. Esto incluye la determinación de los costos de los servicios prestados, la posibilidad de analizar alternativas para el tratamiento, la prevención, promoción o cura de una enfermedad específica, la organización de los servicios, la definición de niveles de complejidad tecnológica, y la productividad y el rendimiento esperado de las diferentes ordenaciones de recursos. No debería estar ausente de este diagnóstico la previsión de los desarrollos futuros en el campo de la tecnología, de modo que en la estimativa de costos se pueda incluir la incidencia de la depreciación de lo invertido (sin importar qué método se haya usado para hacer esta estimativa).

Este último punto nos lleva a considerar un tema de gran relevancia para el establecimiento de los diagnósticos administrativos, la inexistencia de sistemas de costo que permitan conocer, no sólo el desembolso financiero o el gasto en el cual se incurre para realizar una prestación, sino también, y sobre todo, la composición de los recursos reales utilizados para prestar un servicio. Esta carencia es aún más grave en momentos en que son hechas afirmaciones sobre la eficiencia comparada de servicios pertenecientes a distintas dependencias administrativas (pública, privada) y que persiguen objetivos diferentes. ¿Cómo comparar y sacar conclusiones válidas cuando no se sabe ni la composición de los recursos, ni su productividad, y mucho menos sus costos y su eficacia relativa?

De este modo es preciso, para que se pueda hablar de un proceso de planificación con un mínimo de objetividad, que sean dedicados esfuerzos especiales para el montaje de este tipo de sistemas. Pero es preciso hacer una salvedad, la expresión monetaria de los costos es apenas una de las dimensiones que debe ser tomada en consideración, tan importante

cuanto ella son las relaciones costo/beneficio, costo/eficacia. Volveremos sobre estos temas al tratar, en el próximo ítem, de la selección de los cursos de acción.

Veamos ahora, brevemente, el diagnóstico sobre el estado de salud. Como ya fue dicho, la planificación en salud tiene como propósito primero y último, mejorar las condiciones y el estado de salud de la población, o sea, de todos y cada uno de los habitantes de un determinado territorio. Para que esto sea alcanzado es preciso conocer no sólo los indicadores de salud, sino también las causas que dan origen a esos indicadores. Así la epidemiología se constituye en un instrumento fundamental, no sólo proveyendo esos indicadores, sino también poniendo a disposición del planificador los elementos que permiten conocer los factores causales que se encuentran tras los mismos.

En lo que hace a la noción de causalidad, esta ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo, pasando de causa única a la de multicausalidad, del agente patológico a las causas sociales, llegando hasta la determinación por parte del ecosistema (incluido en éste el sistema social). Desde los conceptos clásicos de Leavell y Clark (agente, huésped, ambiente) se llega a los planteos de la epidemiología social, donde se intenta establecer relaciones entre las formas de producción (procesos de trabajo, modos de producción) y los fenómenos de salud [Testa, 1989:205]. Es dentro de este contexto que el diagnóstico de la situación procurará identificar las condiciones (individuales o grupales) que exponen a los individuos a riesgos diferenciados en cuanto a sus condiciones de salud. Así agentes, vectores, estilos y condiciones de vida, el ambiente de trabajo y el *hábitat* de un modo general, las relaciones establecidas entre los diferentes conjuntos sociales en su convivencia, son elementos a ser analizados para poder establecer un diagnóstico adecuado sobre la evolución de las afecciones que hayan sido identificadas, en una primera aproximación, como críticas y merecedoras de una atención especial.

Dentro del conjunto de instrumentos que hoy pueden ser utilizados para elaborar un diagnóstico de situación, merecen una mención especial aquellos destinados a establecer los escenarios donde será llevada a cabo la planificación.

Como los estudios sobre el futuro son realizados en función de numerosos y variados propósitos, algunas reflexiones pueden ayudar a quien pretenda entrar en este campo extremadamente amplio y po-

co preciso, en el cual muchas veces se confunde la posibilidad de efectuar precisiones sobre temas de los que se posee algún tipo de conocimiento, con la dudosa facultad de adivinar el porvenir.

La variedad de propósitos que dirigen la construcción de este tipo de escenarios, puede ser, en parte, explicada por la existencia de puntos de vista en conflicto acerca de la posibilidad de predecir el futuro. Hay quien trata al futuro como determinado por los procesos que se encuentran en marcha y, en algunos casos, por sus orígenes históricos. De este modo el futuro puede ser casi totalmente predicho. En el otro extremo, se pueden identificar aquellos para los que el futuro es alguna cosa a ser escrita y, en consecuencia, todo futuro es posible. Entre estas dos posturas se abre un amplio abanico de posiciones que perciben el futuro en términos de probabilidad y posibilidad [Garret, 1994:102].

Sobre el telón de fondo que establece el acuerdo sobre el grado de determinación del futuro, surge otra dimensión que agrega entropía al tema, la posición asumida sobre el papel de la subjetividad en este tipo de trabajos, o sea, las creencias de los estudiosos acerca de la mayor o menor posibilidad de construir escenarios "objetivos" que puedan proveer a los dirigentes un conjunto no sesgado de futuros alternativos.

De cualquier manera, no podemos seguir dejando de colocar la necesidad de construir algún tipo de escenario que defina las condiciones para las cuales se está planificando, al mismo tiempo que se puede intentar verificar si el posible estado de esas condiciones afectaría de manera importante las determinaciones que están siendo tomadas. Esto último puede ser entendido como una prueba de la estabilidad de las decisiones frente a los posibles escenarios. Cuanto más dependan las decisiones de esos escenarios futuros, más precisas deberán ser las estimativas, lo que puede llevar a identificar algunas incoherencias o inconsistencias en el sistema de decisiones antes de que éstas hagan que se cometan serios equívocos.

En resumen, quien desea construir buenos escenarios debe tener presente la letra del samba que dice: "*Cuando pienso en el futuro no me olvido del pasado*".<sup>19</sup>

## 5. Selección de los cursos de acción

La selección de los cursos de acción a ser empleados para alcanzar los objeti-

19. Paulinho da Viola, "Dança da solidão".

vos estratégicos establecidos se constituye en un momento crítico del proceso de planificación, ya que enfrenta al dirigente con un dilema eterno: dejar las cosas como están para ver cómo quedan, sin correr riesgos (ya que en este caso siempre se puede argumentar que se está haciendo lo que siempre se hizo); o decidir recorrer nuevos caminos con los riesgos inherentes al hecho de tener que enfrentar lo desconocido.

Además de las incertidumbres propias de la toma de decisiones, existe otro factor complicador que aumenta las dudas de los dirigentes, en particular de aquellos que pertenecen al sector público, puesto que esta elección significa algún grado de conflicto con aquellos cuyos intereses fueron contrariados. Por otra parte, la práctica es una prueba crucial para cualquier teoría dentro del campo de la administración en general y en la planificación en particular. Es en ella que se ven verificadas la bondad o la no adecuación de los postulados teóricos, es en el mundo real que las propuestas académicas alcanzan su significado.

Como consecuencia de las particularidades del campo social que no permite los ensayos de laboratorio, la sociedad adquiere este papel, y es ahí en donde reside el peligro para el dirigente que escoge un curso de acción, en tener que someter a la ciudadanía a dicho proceso, para juzgar el éxito o el fracaso de una propuesta.

Para diluir o acotar el margen de riesgo presente en toda toma de decisiones es preciso, primero, explicar los criterios que llevaron a escoger un determinado modo de hacer las cosas; segundo procurar afirmar esta decisión en elementos relativamente objetivos, o sea que admitan la posibilidad de que más de un observador haga la misma lectura. Obsérvese que no se postula la objetividad total (que todos los observadores que empleen el mismo instrumento hagan las mismas lecturas dentro del margen de error del instrumento o método adoptado) ya que se está trabajando en un campo de la realidad donde los elementos cualitativos y las opiniones tienen un peso considerable.

El reconocimiento de las limitaciones inherentes al pensamiento llamado racional a la hora de decidir en el campo de la salud, no implican desconocer las necesidades de contar, cada vez más, con instrumentos que permitan acotar el margen de arbitrariedad de las decisiones que envuelven criterios que se relacionan con

valores y principios que no pueden ser reducidos a simples cantidades.

En este sentido, actualmente, es posible contar con dos valiosos instrumentos originados en los campos de la economía y de la epidemiología, que permiten construir un camino donde una cierta dosis de objetividad limita la arbitrariedad de las decisiones pertenecientes al sector. Para la definición de este camino la economía puede contribuir con las técnicas de evaluación económica (análisis de costo/beneficio, costo/eficacia). Desde la epidemiología, los indicadores obtenidos a partir de estudios recientes, como los Años de Vida Ajustados por la Calidad (AVAC en español o QALYs —*Quality Adjusted Life Years*, en inglés), Años de Vida Ajustados por la Incapacidad (AVAI o DALYs —*Dissability Adjusted Life Years*) e Impacto Global de la Enfermedad (IGE) abren la posibilidad de trabajar con valores que se aproximan a la medición de eficacia o al impacto de las acciones pertenecientes al sector.

El análisis de costo/beneficio busca evaluar la rentabilidad social de usos alternativos de recursos, parte de la cuantificación monetaria de los recursos empleados en un determinado proceso y de la medición de los beneficios obtenidos (o que podrían ser obtenidos) a partir de ese mismo proceso. Habitualmente los resultados también son medidos en términos monetarios, para facilitar las comparaciones. Este análisis apunta a determinar la eficiencia distributiva, o sea, el grado de optimización en la distribución de los recursos entre diferentes usos concurrentes. Los análisis de costo/eficacia proveen de elementos para identificar las estrategias que conducen al mejor resultado posible en función de los costos en los cuales se incurre. Estos análisis pueden ser realizados en función de la ganancia líquida en salud (o disminución del impacto global de la enfermedad) que es o sería obtenida en función de una estrategia dada de intervención.

Ambos tipos de análisis económicos tienen características en común que determinan sus limitaciones. La primera, y más importante, es que en general obligan a valorar monetariamente los productos de la salud, lo que trae no pocas complicaciones como ya fue mencionado reiteradas veces. En particular, este tipo de análisis induce al razonamiento economista, y algunas veces, ni siquiera a eso, quedándose sólo en los aspectos financieros, lo que sirve de refuerzo para aquellas tendencias que pretenden reducir la pro-

blemática de la salud a un simple balance entre recursos presupuestarios existentes y necesarios, olvidándose que el objetivo final es la salud. Un segundo elemento que es compartido por ambos tipos de abordaje económico, es la consideración del costo de oportunidad en que se incurre a partir de la utilización de los recursos en un determinado proceso productivo, lo que provoca su falta de disponibilidad para otros usos, estos aspectos son contemplados actualmente en el área de salud mediante los estudios sobre oportunidades perdidas.

Una última salvedad sobre estos procedimientos de evaluación económica es la referida a las premisas que se encuentran tras estos análisis, en otras palabras, como no existe ninguna teoría universal que identifique cuáles son los costos a ser considerados en un determinado proceso o estrategia de salud, la amplitud que puede asumir esta consideración puede ser muy extensa, lo que sin duda afecta los resultados obtenidos así como las comparaciones entre lugares y tiempos distintos.

Las limitaciones sucintamente mencionadas tienen como finalidad llamar la atención sobre el alcance de los análisis económicos, sin que eso invalide su utilización, ya que entendemos que la introducción de este tipo de lógica, y los estudios que se desprenden de ella, significará un importante paso en el sentido de mejorar el conocimiento sobre recursos utilizados, costos y resultados de las actividades del sector, lo que puede resultar en mejores criterios de decisión.

En lo referente a los indicadores epidemiológicos que permiten aproximarse a la medición del impacto de la enfermedad, tales como el AVAI y el IGE, aunque puedan hacerse algunos reparos metodológicos por la manera en que fueron construidos, ya que ésta posee una razonable carga de subjetividad, constituyen un avance en el sentido de que estiman con mayor propiedad la eficacia de un determinado sistema de salud, retomando el camino indicado por el CENDES en los años 60. La utilización de este tipo de indicadores puede permitir que los gerentes de los sistemas de salud salgan de los estrechos límites de la gestión de recursos, para comenzar a analizar el impacto sobre la salud de las acciones emprendidas.

En resumen, creemos que la selección de cursos de acción a ser seguidos solamente conseguirá salir de su actual fase basada en opiniones y principios, cuando

la decisión sea formada por criterios que lleven en consideración costos y beneficios, lo que exige un montaje de procedimientos de registro e investigación que permitan obtener datos e información más profunda sobre la realidad del sector. No es más posible que dada la naturaleza social y política de las acciones en salud, ésta sirva como manto para ocultar la arbitrariedad de las decisiones. Justamente, es el carácter social y redistributivo que pueden asumir las actividades de salud, el que obliga a optimizar el empleo de recursos buscando maximizar los resultados que pueden ser alcanzados.

## 6. Monitoreo y evaluación

Evaluar consiste en comparar un hecho o fenómeno con un modelo, patrón o conjunto de valores, y determinar la mayor o menor adecuación entre lo observado y dicho modelo.<sup>20</sup> En particular, en el campo de la planificación evaluar significa identificar el objeto a ser evaluado, describirlo y explicarlo, con su historia pasada y con las consecuencias razonablemente previsibles. La evaluación histórica es lo que habitualmente se entiende por diagnóstico, aunque un buen diagnóstico requiere que también se evalúe si el fenómeno se comportará de la misma manera en un futuro previsible.

Debería quedar claro a partir de lo expuesto que evaluar es un acto que contiene una dosis de subjetividad (arbitrariedad) ya que exige la elección de un modelo de comparación, lo que pone en juego lógicas e ideologías particulares propias del sujeto (individual o colectivo) que evalúa. Sin entrar en muchos detalles, se puede afirmar, en una primera aproximación, que en este proceso se enfrentan tres tipos de lógica: la técnica (propia del campo de la salud pública, basada en los conocimientos médico-clínicos y epidemiológicos) que centra su preocupación en los resultados sobre la salud de los individuos y los grupos sociales); la administrativa (basada en los conocimientos de la administración y de la economía) cuyo objeto central son los recursos; y la política, preocupada, fundamentalmente, con las cuestiones del poder y su distribución. A cada una de estas lógicas se le superpone la ideología, entendida como un conjunto de ideas sobre cómo es y cómo debería ser el mundo en el que vivimos, generando un nuevo campo de conflictos en el interior de cada una de las lógicas mencionadas.

20. A partir de este punto, para simplificar la exposición, la referencia a "modelo" incluye los estándares de comparación y el conjunto de juicios de valor.

Una primera conclusión que podemos extraer de lo anterior, es que difícilmente se podrá aceptar la existencia de un método de evaluación universal y científico (en el sentido clásico de ser independiente del observador). Para un mismo objeto de observación las conclusiones podrán ser diferentes según sea la óptica definida por el par lógica/ideología, adoptado por el que realiza la evaluación.

La evaluación debe ser entendida como un proceso permanente destinado a mantener bajo control la marcha en dirección a los objetivos propuestos. En este sentido, no se agota sólo en la evaluación de los resultados alcanzados en un determinado momento, deja de ser un acto espasmódico para tornarse en una actividad continua propia de la gerencia y para la cual se dispone de distintos mecanismos o procedimientos. Dentro de los diversos instrumentos que pueden ser empleados para estos fines se destacan; la evaluación estratégica *ex-post* y *ex-ante*, y la supervisión estratégica. En lo que hace al acompañamiento diario o a corto plazo, la evaluación puede realizarse a través del control de rutinas y la supervisión, para citar algunos instrumentos que consideramos más relevantes.

La evaluación estratégica *ex-ante* procura establecer si los objetivos y metas fijados pueden ser alcanzados y si, considerando los escenarios más probables, en el caso de que dichos objetivos y metas sean alcanzados, serían todavía deseables. No se trata de identificar solamente el punto de llegada, es preciso determinar también posibles metas intermediarias que irán determinando el camino, hasta alcanzar los resultados propuestos. En la evaluación *ex-ante*, se procura analizar si estos puntos (situaciones intermediarias) de la trayectoria a seguir son políticamente viables, y técnicamente factibles, además de verificar su coherencia y consistencia con las premisas mayores de las políticas en juego.

La evaluación *ex-ante* obliga a hacer explícitos los escenarios futuros (posibles, probables, previsibles y preferibles) donde se desenvolverá el proceso planificado, esto es de gran importancia ya que el curso de acción así escogido, tanto como sus alternativas son función de esos escenarios, de esta manera si la previsión no llega a concretizarse es forzoso establecer nuevos cursos de acción a ser seguidos. Aunque el enunciado anterior parezca trivial, un viejo hábito de los planificadores en salud es trabajar ignorando que las soluciones propuestas responden

a alguna visión particular del futuro y que, en general, éste es algo que difiere de la simple extrapolación de tendencias.

La evaluación *ex-post* es simultáneamente un diagnóstico de situación, busca identificar y explicar las diferencias entre las situaciones alcanzadas y las que se esperaba alcanzar, o sea, procura evaluar la distancia que media entre las intenciones y lo que realmente aconteció, identificando las causas más probables de estas diferencias. En este análisis de las causas se intenta precisar: cuáles son las que tuvieron impacto sobre la dirección del proceso, en qué momento, con qué intensidad, cuáles de ellas habían sido previstas (aunque su fuerza no hubiera sido correctamente evaluada), y cuáles no habían sido pensadas o eran desconocidas. Todo esto apunta a aumentar el conocimiento sobre el proceso para mejorar la determinación de los objetivos y prioridades, así como también, la selección de los recursos de intervención más adecuados.

De esta manera, la evaluación *ex-post* sirve de soporte para la evaluación *ex-ante* en el establecimiento de nuevas estrategias para alcanzar los objetivos válidos y en la determinación de nuevos objetivos, cuando los anteriores no tengan validez.

Una observación importante a ser hecha es que aunque la evaluación pueda ser identificada mediante expresiones que hacen referencia al tiempo, esto no debería inducir a pensar que existen momentos bien definidos a lo largo del proceso planificación/ejecución, destinados a este tipo de actividades. Por el contrario, la evaluación es una actividad constante que se realiza en todo y cada instante del proceso, y no apenas cuando se pretende haber cumplido con una etapa del mismo. Para que la evaluación sea eficaz tiene que ser acompañada por el monitoreo estratégico de la coyuntura, identificando obstáculos y detectando nuevas o imprevistas alternativas para el cumplimiento de los objetivos propuestos inicialmente.

La evaluación no se puede limitar al análisis burocrático de resultados y a justificar los fracasos. Es necesario comprender la historicidad del proceso y, en consecuencia, reconocer que es forzoso que la evaluación marche lado a lado con la ejecución, de manera de alimentar continuamente la trayectoria estratégica escogida, indicando las mudanzas en el rumbo que se hacen necesarias para alcanzar los resultados esperados.

El monitoreo estratégico está centrado en el acompañamiento y en el análisis de lo cotidiano, en la práctica a corto plazo. Procura identificar de qué manera la coyuntura afecta las estrategias seleccionadas, así como la viabilidad y factibilidad de los objetivos, se limita a establecer si dados estos, las condiciones permitirán que sean alcanzados en la forma y en los plazos previstos. La información provista por el monitoreo alimenta la evaluación estratégica. Simultáneamente, el monitoreo estratégico provee la información requerida por la gestión a corto plazo, para que sus decisiones sean coherentes con la dirección determinada.

Es en ese punto que el monitoreo estratégico se articula con el control de las rutinas y la supervisión,<sup>21</sup> ya que ambos persiguen el ajuste diario de las actividades a las normas establecidas con antecedencia. Este monitoreo de las rutinas permite determinar la validez de las normas a partir de su confrontación con la práctica y, simultáneamente, posibilita la identificación de las innovaciones, que la capacidad de crear e improvisar de los diferentes agentes del sistema ponen en juego para eludir las dificultades cotidianas, de este modo el monitoreo de las rutinas se constituye en un instrumento privilegiado para incorporar dichos aportes y renovar el arsenal de instrumentos de los que disponen aquellos que están distanciados de la práctica.

La necesidad de evaluación continua pone en cuestión el tema de los sistemas de información, ya que sin un flujo constante y oportuno de señales es casi imposible mantener la gobernabilidad y el rumbo de la organización. En el caso de los servicios de salud esto implica la necesidad de una revisión completa de los actuales procedimientos de información, decisión y participación, para que se adapten al requisito de que la decisión quede lo más cercana posible al ejecutor final.

## 7. A modo de conclusión

Las reflexiones precedentes, aunque incompletas y desordenadas, resumen, de alguna manera, más de tres décadas de trabajo en el área de la planificación en salud. Tiempo a través del cual fue posible asistir a la ascensión y a la caída de la planificación normativa, al surgimiento de la planificación estratégica, a la glorificación del sector público y a su repudio.

Los planificadores, todopoderosos ayer, hoy se refugian en las academias o

en núcleos, que bajo la denominación de planificación se ocupan del control de gastos. Mientras florecen propuestas teóricas y se incrementa la discusión, la realidad queda cada vez más lejana.

La innovación se transformó en un fin en sí mismo, no se innova para hacer frente a nuevos problemas o a viejos problemas no resueltos, se crean "ondas" para hacerse un lugar. Así, pocas son las ideas nuevas, en general se asiste a nuevas versiones de viejas ideas. Lo nuevo es lo viejo con otras vestiduras.

El camino para intentar cambiar la realidad pasa por su conocimiento cada vez más profundo. El reconocimiento de la complejidad del mundo real no impide la tentativa de emplear los recursos cada vez mejor para disminuir la brecha que separa a los favorecidos de los marginados, aquellos que todo lo tienen y aquellos que nada poseen. En esta empresa la planificación puede y debe ser un instrumento privilegiado. No es una solución, pero es la mejor manera que conocemos para acercarnos a ella.

## Bibliografía

Chorny AH. 1994. Investigación en servicios de salud e investigación educacional. En J. Haddad Q, Clasen Roschke MA, Davini MC eds. *Educación permanente de personal de salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 100, Washington D.C.: OPS.

Garrett MJ. 1994. An introduction to national futures studies for policymakers in the health sector. *Wld hlth statist. quart.*, vol. 47 N° 3-4.

Gell-Mann M. 1995. *El quark y el jaguar. Aventuras en lo simple y lo complejo*. Barcelona: Tusquets Editores.

Katz J, Muñoz A. 1988. *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina/CEPAL.

Lewin R. 1994. *Complejidad. A vida no limite do caos*. Rio de Janeiro: Rocco.

Menéndez EL. 1992. Salud Pública: Sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible in: OPS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica N° 540. Washington : OPS/OMS.

Naisbitt J, Aburdene P. 1990. *Megatrends 2000. Ten new directions for the 1990's*. New York: William Morrow and Company, Inc.

Nicolis G, Prigogyne I. 1994. *La estructura de lo complejo*. Madrid: Alianza Universidad.

OPS 1965 *Programación de la salud. Problemas conceptuales y metodológicos*. Publicaciones Científicas N° 111. Washington D.C.: OPS.

Pessotti I. 1993. *Aqueles cães malditos de Arquelau*. Rio de Janeiro: Editora 34.

21. En este trabajo, la supervisión es entendida como una forma de ejercer el control, que incluye elementos de educación y participación en el aprender haciendo.