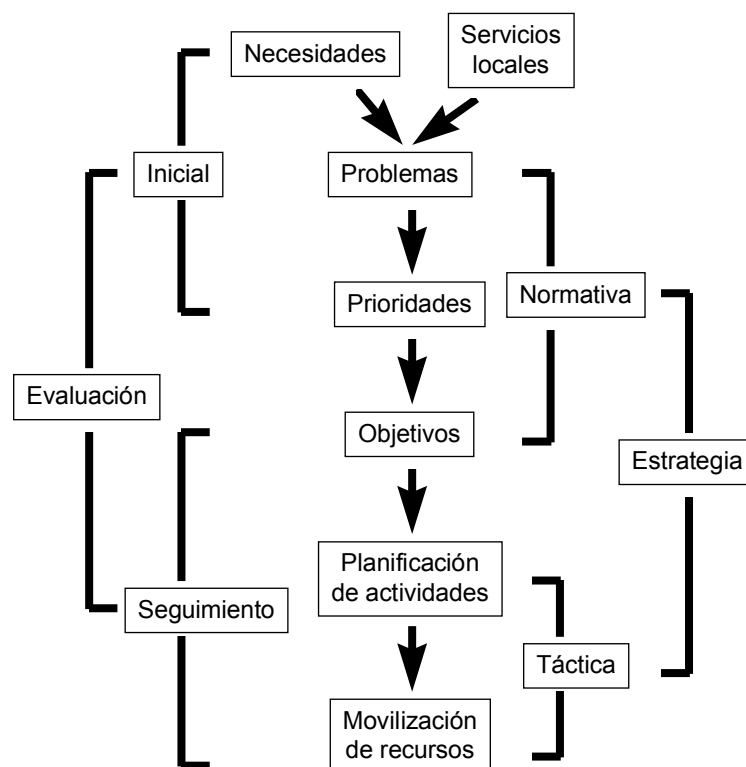


PLANIFICACIÓN SANITARIA. PROYECTOS DE SALUD

Pineault define el proceso de planificación como un proceso continuo de previsión de recursos y servicios necesarios para alcanzar unos objetivos, determinados según un orden de prioridades, teniendo en cuenta el contexto actual y sus alteraciones previsibles por la influencia de factores internos o externos. Dominar las etapas y los instrumentos de la planificación es esencial para poner en práctica un programa de salud.

El proceso de planificación abarca en realidad una serie de etapas que van desde el “¿En qué situación nos encontramos?” (evaluación inicial) al “¿Qué vamos a hacer?”, pasando por determinar lo importante, lo que podemos y queremos hacer, cómo y con quién. Todo el proceso debe incluir una estrategia, es decir, definir un orden entre las prioridades y objetivos, así como en las actividades y la movilización de recursos. La figura siguiente resume esquemáticamente dicho proceso.

Figura 1. Esquema de planificación



Fuente: Perrin, CICR, 1995

La identificación de los problemas de salud de una población consiste en determinar qué *necesidades* no se encuentran cubiertas mediante los *recursos*

locales disponibles. Así pues, la **evaluación inicial** incluye no sólo el estado de salud sino el de los servicios existentes.

El estado de salud de una comunidad indica, y a la vez determina, el nivel de desarrollo alcanzado, la cantidad y calidad de vida de sus miembros, el grado de distribución de bienes y derechos sociales en su seno y, en fin, el grado de bienestar social colectivo en el que se encuentra en un momento histórico dado. Tanto en el proceso de descripción de la situación de salud como en la elaboración de proyectos y programas, es importante la participación de la población; no sólo es más democrático, sino que puede aumentar la eficiencia y eficacia de la intervención.

Existen numerosos cuestionarios que permiten diagnosticar una situación determinada. Junto a los datos de población y contexto geográfico, las necesidades más básicas comprenden la vivienda, protección frente al clima, alimentación, acceso al agua potable y disposición de excretas, sin olvidar la situación global de seguridad. Las necesidades sanitarias incluyen las principales causas de morbilidad, el acceso a los servicios, estado inmunitario (vacunaciones) y gestión-distribución de medicamentos esenciales. Deben evaluarse las estructuras sanitarias y sus recursos materiales, financieros y humanos.

Cuadro 1. Características del diagnóstico

- **Objetividad** en el análisis de la realidad. Debe explicar los fenómenos de forma cuantitativa definiendo criterios para identificar y medir la importancia relativa de cada uno de los problemas de salud. La percepción que la comunidad tiene de los problemas de salud indica la trascendencia social de éstos.
- **Integralidad.** El diagnóstico debe ser completo, es decir, capaz de describir, explicar y evaluar la situación de salud de toda la comunidad en su conjunto.
- **Temporalidad.** El diagnóstico es un análisis de la situación de salud en un momento determinado, desde el que se proponen metas a alcanzar y acciones a implementar.

Cuadro 2. Fases del diagnóstico

- a) **Descripción de la situación de salud:** Nivel y estructura de la salud, mortalidad, morbilidad, indicadores de salud.
- b) **Factores condicionantes del nivel de salud:** Educación, vivienda, acceso al agua potable, eliminación de excretas y basuras, situación socioeconómica, distribución de la renta, medios de comunicación y almacenamiento, creencias y costumbres.
- c) **Políticas de salud:** en la mayoría de los casos existen unos planes establecidos, posiblemente unos objetivos y unos recursos más o menos organizados.
- d) **Explicación de la situación de salud**
- e) **Pronóstico de la situación de salud:** evolución previsible de la realidad, con o sin la participación de recursos externos, léase en nuestro caso de un programa de cooperación en salud
- f) **Evaluación de la situación encontrada** en comparación con otra que se juzga satisfactoria.

Determinar **prioridades** significa establecer un orden jerárquico a los problemas de salud identificados, para seleccionar aquéllos a los que se atacará de forma preferente. La importancia de un problema concreto de salud dependerá de su frecuencia, gravedad y trascendencia de cara a la población (lo cual incluye a menudo las urgencias). Junto a dichos factores y al impacto previsible de una intervención o programa de salud, es prioritario lo que es vulnerable (o posible), incluyendo las dificultades políticas o logísticas, la seguridad, el coste, etc.

La **determinación de objetivos** es la fase más difícil del proceso de planificación, de la concepción de un programa de salud. Consiste en transponer una idea, con frecuencia muy general (“mejorar el estado de salud de una población...”) en actividades específicas.

Cuadro 3. Características de un objetivo.

1. Debe enunciar una acción dirigida a un problema de salud (*por ejemplo: “Reducir la Tasa de malnutrición...”*).
2. Define la población (“diana”) a quien se dirige la intervención (*...entre los niños menores de 5 años...*).
3. Cuantifica los resultados que se esperan con dicha intervención (*... del 25 al 10%...*).
4. Establece un lapso de tiempo para lograr el resultado previsto (*... en 3 meses*”).

La concatenación entre objetivos y acciones es lo que da coherencia al programa. Las actividades, en la práctica, se descomponen en tareas. Por ejemplo, “abastecer los Centros de Salud con medicamentos esenciales” puede subdividirse en elaborar la lista de medicamentos, definir los dispensarios a cubrir, la compra, el transporte, distribución, formación del personal, normas de dispensa, evaluar la utilización,...

Para realizar las tareas establecidas, es preciso movilizar una serie de recursos, una vez valorados los que existen a nivel local, si la población tiene acceso a ellos y en qué medida deben completarse. La falta de recursos puede conducir a la modificación de los objetivos. Los recursos se dividen en cuatro categorías.

Cuadro 4. Tipos de recursos aplicables a un programa de salud.

1. **Humanos:** locales y expatriados.
2. **Materiales:** medicamentos, instrumental, infraestructura, alimentos, etc. Deben estar adaptados a las costumbres locales y fáciles de movilizar, almacenar y distribuir.
3. **Medios de transporte,** aplicables tanto al personal, como a los materiales o a los enfermos (referencia entre niveles de atención).
4. **Financieros:** exteriores, nacionales, a nivel comunitario.

La distribución de la población por grupos de edad, con vistas a la planificación de actividades en salud (cálculo de raciones alimentarias o dosis de vacunas a prever, número de consultas previstas o de personal necesario, por citar algunos ejemplos), suele respetar unas proporciones bastante fijas en la mayoría de países en desarrollo, aunque existen notables excepciones como China y la India, donde el estricto control de natalidad modifica el índice de masculinidad a favor de los hombres. El siguiente cuadro debe considerarse, pues, como un instrumento de planificación y no como un dogma demográfico.

Cuadro 5. Estructura de una población homogénea por grupos de edad, a efectos de la planificación de actividades sanitarias.

- Mujeres: 51% / Hombres : 49% (Sex ratio = 1,02).
- Niños menores de 5 años: 18%.
 - Menores de 1 año: 4% de la población total.
 - 1 a 5 años: 14%.
- 5-14 años: 26%.
- Mujeres en edad fértil (15-45 años) : 50% de las mujeres, es decir, 25% del total de la población.
- Embarazadas: 20% de las mujeres en edad fértil (5% del total).
- Mujeres lactantes equivalente a los niños de 0-1 año.

Para considerar una población homogénea , debe haber un nº similar de hombres y mujeres entre 15-45 años, así como una Sex ratio (relación mujeres/hombres) $\leq 1,10$

El objeto de la **evaluación** es mejorar los programas y proyectos de salud para su ejecución y orientar la distribución de los recursos entre las actividades ya emprendidas o que puedan emprenderse en el futuro. La evaluación debe permitir obtener una visión de conjunto de una situación determinada que permita compararla con la situación de partida al inicio del programa. A modo de síntesis, la evaluación debe realizarse a tres niveles, que se reflejan en el Cuadro siguiente.

Cuadro 6. Niveles de evaluación.

1. Análisis de los recursos invertidos (**input**) :

- Cuantitativamente.
- Cualitativamente: si los medicamentos corresponden a las necesidades, los suplementos alimentarios son culturalmente aceptables, el transporte adecuado, la formación del personal suficiente, etc.

2. Análisis de los servicios dispensados (**output**): calidad de la atención, cantidad en relación a las necesidades.

3. Análisis del impacto sobre el estado de salud de la población (**outcome**), que exige comparar los resultados con los objetivos fijados al principio del programa.

La evaluación va íntimamente ligada al concepto de seguimiento, o mejor aún, de información sanitaria o “vigilancia”, que consiste en el registro regular de informaciones para obtener unos elementos objetivos (indicadores de salud) que definan la cobertura sanitaria y la evolución del estado de salud, así como las tendencias, posibles epidemias y la necesidad de reorientar o finalizar un programa.