

EL USO DE ESCENARIOS EN LA PLANIFICACION DE LA SALUD

Dr. Lenín Sáenz

Resumen:

Este artículo ha sido escrito tomando en consideración que existe muy poca literatura sobre aspectos metodológicos útiles para el uso de escenarios en la planificación de la salud. En él se trata de hacer una revisión de literatura sobre el tema, e ilustrarla con un ejemplo de la experiencia del autor.

En la primera parte se revisan las definiciones de estos útiles instrumentos de trabajo, los principales tipos que existen para ese uso y algunos conceptos generales sobre ellos. A continuación, se discuten varias circunstancias que hacen cada vez más necesario el uso de escenarios para la planificación de la salud en Costa Rica. Se plantea que un escenario global útil para la planificación de la Salud en Costa Rica debe basarse en escenarios parciales de cuatro ámbitos íntimamente interrelacionados: el socioeconómico, el demográfico, el epidemiológico y el de recursos. Se comentan algunos aspectos metodológicos útiles para su elaboración, insistiendo en el uso de proyecciones para estudiar la probable evolución y comportamiento futuro de las principales causas de enfermedad y muerte, basadas en las tendencias de los últimos años. Se insiste en la necesidad de prestar especial atención a los problemas que afectan predominantemente a los grupos de población más vulnerables por la patología emergente y por la que le está cediendo su lugar, y de concentrar los mayores esfuerzos en las circunscripciones geográficas con mayor deterioro de su situación sanitaria, para lo que se recomienda el análisis comparativo de tres universos: el promedio nacional, el conjunto de cantones que, por su situación deficitaria, deben ser considerados como prioritarios, y el resto de cantones, no prioritarios. Finalmente, se comentan, a manera de ejemplo, algunos de los resultados que se pueden obtener con el uso de estos instrumentos en la planificación de la salud y algunos aspectos importantes que el autor ha tenido la oportunidad de apreciar durante sus esfuerzos iniciales para desarrollar un escenario del ámbito epidemiológico, de los tres universos indicados.

Introducción

Los escenarios son instrumentos de trabajo que emplean las ciencias sociales para enfrentarse a la rápida obsolescencia de las predicciones tradicionales en un ambiente cambiante. A pesar de que existe abundante literatura de carácter gene-

ral sobre el tema, llama la atención su escasez en lo referente a aspectos metodológicos relativos a su uso en la planificación de la salud. Esta limitación ha motivado al autor a escribir este artículo. Su intención básica es comentar algunos aspectos que ha tenido la oportunidad de apreciar durante sus incursiones en labores relacionadas con esta materia. Sin embargo, por la poca familiaridad con ella que se tiene en el campo de la salud, en el país, ha creído conveniente revisar, además, algunos conceptos generales sobre estos útiles instrumentos.

Definiciones y aspectos generales

Un escenario consiste en un conjunto de supuestos sobre las características que, en un momento determinado, podrán tener varios elementos que conforman una situación. Ampliando la concepción que se tiene de este término en el teatro, en las ciencias sociales, un escenario no se limita a describir el sitio en que se desarrollará la acción, sino, también, el posible comportamiento de los actores. Ha sido definido en muchas formas, entre las que se destacan tres, que dan una mejor idea de sus características y utilidad.

Para Wiener y Kahn, es "Una secuencia hipotética construida con el propósito de llamar la atención hacia procesos causales y puntos de decisión", y "da respuesta a dos preguntas: ¿cómo se producirá cada paso de la hipotética situación futura?, y ¿qué alternativas existen en cada paso para que cada actor puede facilitar, evitar o modificar el proceso"⁽²⁾.

El "Seminario OMS/EURO sobre proyecciones de la futura situación de Salud en Europa", lo definió como: "Una secuencia hipotética de eventos futuros, posibles y probables, construida para el propósito de llamar la atención hacia sus mutuas interrelaciones causales y procesos de decisión subyacentes"⁽¹³⁾.

Con una orientación más política, el "Equipo de Investigación Holandés del Comité de Escenarios sobre Envejecimiento y Salud" lo describe como "Un recuento (descriptivo, numérico o expresado por medio de un modelo o un cuadro) de la situación actual de una sociedad o de una parte de ella (como el Sector Salud), de sus situaciones alternativas futuras posibles y deseables, y de las secuencias de eventos que conducirán a esas circunstancias, a

partir de las actuales"⁽¹²⁾.

Cabe aclarar que un escenario no es la simple proyección de un conjunto de situaciones, sino la combinación de éstas para dar la visión global del futuro de una situación y de su ambiente. En consecuencia, la elaboración de un escenario requiere combinar las proyecciones de un conjunto de partes, para integrar un todo con ellas. Para ello, es necesario superar varios problemas, entre los cuales, los principales son: identificar con claridad las trayectorias que conducirán del presente hacia el futuro; determinar una aceptable posibilidad de que esas trayectorias se ajusten a lo previsto; identificar las posibilidades de que cambien las tendencias; establecer las interrelaciones lógicas entre los eventos esperados; y determinar la motivación de los actores para actuar sobre ellos.

Un escenario puede ser "proyectivo" o "prospectivo", según se base en la extrapolación de información pretérita y actual hacia el futuro, o se limite a describir posibles situaciones venideras, prestando sólo de manera secundaria atención al presente y al pasado.⁽⁹⁾ Además, en términos generales, se considera que puede ser de tres tipos:

- a) **"Explorativo"**, llamado por otros autores **"de pronóstico"**, describe probables situaciones futuras y se utiliza como elemento de predicción para analizar posibles alternativas de acción.
- b) **"Estratégico"**, también llamado de **"de política"**, describe alternativas de acción y los probables cambios secuenciales que se espera obtener como resultados del desarrollo de intervenciones orientadas a la solución de los problemas más importantes.
- c) **"De situación de recursos"**, describe las probables modificaciones de estos, que se produzcan como resultado de la implementación de determinadas estrategias.

Escenarios útiles para la planificación de la salud en Costa Rica

En Costa Rica, actualmente, existen varias circunstancias que hacen cada vez más necesario el uso de escenarios para la planificación de la salud; ellas son:

- a) el proceso de transición epidemiológica que está experimentando el país, con persistencia de un remanente de la morbilidad y mortalidad por causas nutricionales, infecciosas y parasitarias, y un aumento proporcional de las crónicas y degenerativas, cuyo costo de prevención y tratamiento es mucho más elevado;⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

- b) las repercusiones de la crisis económica, que han restringido los recursos del sector y el mejoramiento de la situación de salud, aumentan la incertidumbre ante el futuro y obligan a la máxima racionalización del uso de sus escasos recursos;⁽¹⁰⁻¹¹⁾.
- c) las limitaciones de las técnicas tradicionales para suministrar elementos de juicio que faciliten la formulación de estrategias efectivas en situaciones con tales características;
- d) la definición política, expresada por el Poder Ejecutivo durante varias administraciones, de impulsar la "democratización geográfica", concebida como una distribución del poder político; y
- e) la definición política, también expresada por el Poder Ejecutivo durante varias administraciones, de impulsar una reforma estructural del Estado costarricense, en la que constituyen elementos fundamentales los procesos de descentralización y desconcentración;
- f) la necesidad de alcanzar metas cuyo cumplimiento requiere, cada vez más, una acción multidisciplinaria y multisectorial y una planificación que haga mayor énfasis en el mediano y largo plazo.

Ante este panorama, con el fin de obtener elementos de juicio que permitan orientar mejor las políticas de salud, es conveniente emplear metodologías con las que se pueda elaborar escenarios que permitan predecir y analizar probables situaciones futuras, y formular estrategias en una sociedad moderna y compleja, en la que los cambios se están produciendo a una velocidad mucho mayor que la observada en el pasado.

Tomando en cuenta las circunstancias descritas, un escenario global de la situación de salud en Costa Rica, útil para planificar su mejoría, debe basarse en los escenarios parciales de cuatro ámbitos íntimamente interrelacionados: el socioeconómico, el demográfico, el epidemiológico y el de recursos.

Es probable que, por depender en mayor grado de decisiones adoptadas en otros sectores, los dos primeros sean, para el planificador de la salud, de tipo predominantemente explorativo. Sin embargo, se debe tener presente que su utilidad aumenta a medida que incluyan el análisis de elementos de tipo estratégico, que se deben identificar en las políticas definidas o seguidas por los sectores responsables.

En el ámbito epidemiológico, que es el mejor representante de los resultados del desempeño del sector, el escenario debe ser, a la vez exploratorio y estratégico.

Finalmente, en el ámbito de los recursos, el escenario debe abarcar los tres tipos descritos, y reflejar las posibilidades de acción o los productos esperados de las decisiones adoptadas como resultado del esfuerzo planificador. Para ello, su elaboración debe basarse tanto en el examen de la situación que describa los otros tres escenarios como en el análisis de la disponibilidad y uso de los recursos, existentes y potenciales.

Un posible escenario epidemiológico costarricense

Con base en su experiencia, el autor considera conveniente iniciar el desarrollo de escenarios útiles para la planificación de la salud en Costa Rica con el correspondiente al ámbito epidemiológico, por su relación más directa con la responsabilidad de este sector y por la forma en que refleja los resultados de su labor. Para su elaboración, resulta necesario identificar las tendencias de la mortalidad y la morbilidad manifestadas en los últimos años, y utilizarlas para efectuar proyecciones que permiten estudiar su probable evolución y comportamiento futuro. Al hacerlo, se debe prestar especial atención a los problemas que afectan predominantemente a los grupos de población más vulnerables por la patología emergente y por la que le está cediendo su lugar. Aunque, en teoría, se debería dar preferencia al análisis de la morbilidad, en la práctica resulta más fácil estudiar la mortalidad, porque es el fenómeno para cuya medida se cuenta con la información más completa y confiable.

Se debe tomar en cuenta la necesidad de concentrar los mayores esfuerzos de los servicios de salud en las circunscripciones geográficas con mayor deterioro de su situación sanitaria. Para la identificación de estas, cabe recordar que en Costa Rica se utiliza un "indicador resumen" que condensa el producto de siete indicadores de mortalidad y cinco sociales muy relacionados con la situación de salud. Con él, se ha podido seleccionar, entre los ochenta y dos cantones nacionales, a los treinta que presentan las condiciones más deficitarias. Debe recordarse que el cantón es la unidad político administrativa de menor tamaño en que se dispone de información confiable para construir indicadores útiles que permitan medir los principales problemas de salud y las causas de mortalidad.

A diferencia de los diagnósticos tradicionales, que centran su atención en el estudio de los promedios nacionales, un escenario epidemiológico costarricense debe incluir el análisis comparativo de tres universos: el promedio nacional, el conjunto de cantones que, por su situación deficitaria, debe ser considerado como prioritario y el resto de cantones, no prioritarios. Además, también a diferencia de los diagnósticos tradicionales, que dan preferencia al estudio de los antecedentes y la situación existente, este escenarios deben centrar su

atención en las situaciones que cabe esperar en el futuro, en caso de que persistan las tendencias de los últimos años, o de que se pueda alcanzar algunas metas posibles para las condiciones del país.

Para facilitar el análisis y evitar que el tamaño reducido de la población expuesta al riesgo de algunos cantones lo altere, amplificando en sus indicadores las variaciones de magnitud de un fenómeno, es conveniente agrupar a los prioritarios, para conformar con ellos áreas geográficas homogéneas, tomando en consideración su vecindad y similitud de características económicas y culturales.

Los datos utilizados para este tipo de estudios deben ser procesados, para agruparlos en las áreas geográficas seleccionadas, identificar y proyectar sus tendencias, y determinar la eficacia de concentrar la acción del sector en algunas áreas geográficas, o en la solución de algunos daños de salud, para modificar tales tendencias.

En una primera etapa, el esfuerzo para identificar las probables situaciones futuras se puede concentrar en la identificación de escenarios de tipo exploratorio, basados en una simple proyección de las tendencias de los problemas analizados durante el último quinquenio. Para eludir cifras demasiado optimistas en algunos grupos de edad en los que las tasas ya son bastantes bajas, puede ser necesario ampliar el estudio de las tendencias a más años anteriores, y reducir las proyecciones a menos años futuros.

En una segunda etapa, se debe incorporar un enfoque estratégico al análisis, para estudiar la forma en que, al modificar alguno de los componentes, en forma parcial o total, se puede esperar que cambien los demás. Esta revisión se debe complementar, en una tercera etapa, con la identificación de los distintos actores que intervendrán en el proceso (instituciones, grupos de presión y personas en posiciones de decisión) y sus probables actuaciones, que influirán directamente en el escenario de recursos y, en forma menos inmediata, sobre todos los demás.

Cabe comentar que el simple enfoque exploratorio ya permite identificar en un futuro próximo el probable surgimiento, en algunas áreas prioritarias, de problemas difíciles de detectar mediante el análisis de la situación actual, así como en cuáles de ellas se debe concentrar los recursos para obtener mayor impacto en la lucha contra algunos daños específicos, como algunas enfermedades crónicas y degenerativas. Al incorporar el enfoque estratégico, se puede medir la forma en que la concentración de esfuerzos en las áreas más deterioradas modifica al conjunto de cantones prioritarios, o al promedio nacional.

Un ejemplo sumario

El escenario correspondiente al ámbito epidemiológico, con cuyas dos primeras etapas inició el autor el desarrollo de escenarios útiles para la planificación de la salud en Costa Rica, muestra varios aspectos importantes. A manera de ejemplo, se tratará de resumir algunos de los más destacados. Cabe aclarar que este ejemplo no describe un escenario completo, sino sólo algunos de sus elementos.

La mortalidad de la mayoría de los grupos de edad del país muestra una tendencia al descenso, con tasas que, en su mayoría, tienden a ser más altas en los cantones prioritarios que el promedio nacional y que las de los no prioritarios. La mortalidad general, la perinatal y la neonatal se apartan de este comportamiento: aunque también fueron más altas en aquellos hasta el inicio de la década de los 80, en el transcurso de ese decenio pasaron a ser mayores en los no prioritarios. Este cambio, en el caso de la mortalidad general, se puede atribuir al envejecimiento relativo de la población, por disminución de las defunciones en los grupos más jóvenes, y a la sustitución de las de origen nutricional, infeccioso y parasitario, que afectan especialmente a tales grupos, por las causadas por las enfermedades crónicas y degenerativas.

Llama la atención la tendencia al aumento de la mortalidad fetal tardía a nivel nacional, influida de manera determinante por las tasas de los cantones prioritarios, en especial en algunas áreas, en las que hace evidente la necesidad de mejorar la atención prenatal y del parto.

Otro aspecto que se destaca en el análisis efectuado al elaborar el escenario epidemiológico, es la forma brusca e inesperada en que, entre 1989 y 1990, se modificaron las tendencias de algunos indicadores de salud, en especial las de algunos grupos de menor edad y de enfermedades infecciosas y parasitarias en los cantones prioritarios. Esta modificación coincidió con una disminución del financiamiento de las actividades preventivas de salud y una modificación de la dotación de personal del sector público responsable de su ejecución, debida a los programas de movilidad laboral. Si persistiese, amenaza con interrumpir el proceso de mejoría de la situación que se viene produciendo desde la década de los 70.

También es notorio que, aunque la tasa promedio nacional de mortalidad materna tiende a decrecer, gracias a su reducción en los cantones no prioritarios, en los prioritarios tiende más bien a aumentar, en especial en dos de sus áreas. Durante el resto del siglo, bastaría mantener estas tasas similares a las de 1989 para reducir de manera significativa esa tendencia ascendente de los cantones prioritarios, con la consiguiente

reducción de la tasa promedio nacional. Este esfuerzo sería suficiente para alcanzar en esta área de trabajo las metas definidas de salud para todos en el año 2000.

Aunque con tasas más elevadas, en los cantones prioritarios la tendencia moderada al descenso de la mortalidad de 1 a 4 años contrasta con su relativa estabilidad en los no prioritarios. Si se pudiese acentuar la tendencia descendente de los primeros, se podría cerrar la brecha entre ambos grupos de cantones en el transcurso de la década actual. La acentuada tendencia ascendente que se observa en algunas áreas prioritarias indica la urgente necesidad de concentrar esfuerzos en ellas, para modificarla.

Entre las principales causas de defunción en el país, la mortalidad por enfermedades transmisibles muestra una clara tendencia al descenso, y es mayor en los cantones prioritarios que en los no prioritarios y que el promedio nacional. La causada por la mayoría de enfermedades crónicas y degenerativas y por accidentes, aunque es menor en aquellos, tiene una franca tendencia al ascenso, que probablemente la llevará a invertir esta relación en un futuro próximo. Esta tendencias contradicen la hipótesis de que los cantones prioritarios dejarán de serlo en pocos años cuando, al ser sustituidas las enfermedades transmisibles por las crónicas y degenerativas, éstas predominen en los cantones actualmente no prioritarios. Las proyecciones muestran que esta patología predominará, también, en los cantones prioritarios, y los hará mantener su prioridad.

En apoyo de esta observación, llama la atención que, entre la patología emergente, la mortalidad por cáncer de cérvix uterino no sólo muestra ya tasas más elevadas en los cantones prioritarios que en los no prioritarios, sino, también, una fuerte tendencia ascendente. Esta situación podría deberse, en parte, a una menor disponibilidad en ellos de recursos para su diagnóstico temprano. Además, cabe recordar que algunos factores de riesgo para este daño han sido asociados a la pobreza, y que esta es mayor en aquellos cantones que en la mayoría de los no prioritarios.

También es notable la fuerte tendencia al aumento de la mortalidad por cáncer de próstata a nivel nacional, y la existencia de tasas más elevadas de este daño en los cantones no prioritarios que el promedio nacional.

Como sería de esperar, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es más elevada en los cantones no prioritarios. Sin embargo, aunque en los prioritarios es inferior, su tendencia ascendente la llevará a cifras más elevadas en ellos, a mediano plazo. En consecuencia, si se desea una reducción sustancial de este daño, será necesario actuar preferentemente en los cantones no prioritarios.

Principales causas de muerte en el año 2000

A nivel nacional, si se hubiesen mantenido las tendencias existentes hasta 1989, de las causas de muerte que ocuparon ese año los cinco primeros lugares, cuatro se habrían consolidado en esos mismas posiciones durante el resto del siglo: la isquémica del corazón; los accidentes, traumatismos o envenenamientos; el accidente cerebro vascular y el cáncer de estómago; las enfermedades infecciosas y parasitarias, que aquel año ocuparon el quinto lugar, habrían continuado reduciendo sus tasas, y se habrían desplazado al noveno en el año 2000, mientras la diabetes habría ascendido al quinto en 1995, para mantenerlo hasta el año 2000. Sin embargo, las cifras de 1990 han afectado estas posibilidades y, de mantenerse, las enfermedades infecciosas y parasitarias amenazan con recuperar su importancia, y la infección respiratoria aguda (IRA) con incrementarla, para alcanzar el cuarto y el quinto lugar, respectivamente, en el año 2000.

En los cantones no prioritarios, las cuatro primeras causas de defunción fueron en 1989 las mismas del nivel nacional, y la quinta fue la diabetes, que desplazó a las enfermedades infecciosas y parasitarias. De mantenerse las tendencias existentes hasta entonces, estos daños se habrían consolidado en esas mismas posiciones durante el resto del siglo, y las infecciosas y parasitarias se habrían desplazado al noveno lugar. Sin embargo, en 1990 la diabetes cedió el quinto lugar a la infección respiratoria aguda, y se modificaron las tasas de manera que hace prever la posibilidad de que, en el año 2000, este daño y las enfermedades infecciosas y parasitarias figuren entre las cinco primeras causas.

En los cantones prioritarios, en 1989, las cinco primeras causas de defunción fueron: los accidentes, traumatismos y envenenamientos; la enfermedad isquémica del corazón; el accidente cerebro vascular; las enfermedades infecciosas y parasitarias y el cáncer de estómago. De mantenerse las tendencias existentes hasta entonces, en el año 2000, los cuatro primeros, con algunos intercambios en sus posiciones, se habrían mantenido en los cinco primeros lugares, mientras el cáncer de mama, que ocupaba el duodécimo lugar, habría pasado al quinto, y las enfermedades infecciosas y parasitarias habrían disminuido su importancia, para desplazarse al sexto lugar, concentrándose prácticamente en tres áreas prioritarias. En 1990, esas primeras causas se mantuvieron con ligeras modificaciones en sus posiciones, pero las modificaciones que experimentaron sus tasas conducirán a que en el año 2000 la infección respiratoria aguda pase a ocupar el tercer lugar, las enfermedades infecciosas y parasitarias se desplacen al sexto, y el cáncer de mama apenas ocupe el noveno.

Conclusión

El ejemplo anterior muestra cómo, durante el proceso de elaboración de un escenario, y aún sin haberlo completado, se van obteniendo elementos de juicio útiles para la toma de decisiones.

La sustitución que se está produciendo actualmente, de la planificación normativa por la estratégica, y las circunstancias que, anteriormente, se indicó que existen en Costa Rica, hacen cada vez más necesario el uso de escenarios para la planificación de la salud en el país. Aunque es necesario reconocer que su uso se dificulta por la escasa literatura de que se dispone sobre aspectos metodológicos en este aspecto, esta deficiencia puede ser fácilmente superada con una buena base conceptual, y con un poco de imaginación para usar con ese fin la abundante información de que se dispone en el país.

Si este artículo lograra despertar el interés y estimular la discusión sobre el tema, habrá logrado ampliamente sus objetivos.

Bibliografía

- 1.- Barrenechea, J.J., Trujillo-Urbe, E y Chorny, A. "Salud para todos en el año 2000. Implicaciones para la planificación y administración de los servicios de Salud". Editorial Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 1990.
- 2.- Kahn, h. and Wiener, A. J. *The year 2000. A framework for speculation on the next Thirty-three years*. New York, USA, 1967.
- 3.- Martino, J.P. *Technological forecasting for decision making*. North Holland, New York, USA., 1975.
- 4.- Matus, C., *Política, planificación y gobierno*". (2do. borrador). OPS, Wasington, D.C., USA., 1991
- 5.- Ministerio de Salud. "Memoria anual". San José, Costa Rica, ediciones de 1980 a 1991.
- 6.- Ministerio de Salud, Unidad Sectorial de Planificación. "Evaluación de la situación de salud en la década 1971-1980" San José, Costa Rica, 1990.
- 7.- Ministerio de Salud, Unidad Sectorial de Planificación. "Salud en Costa Rica. Evaluación de la situación de salud en la década de los años 70". San José, Costa Rica, 1980.
- 8.- Ministerio de Salud, Unidad Sectorial de Planificación, Departamento de Estadística. "Anuario". San José, Costa Rica, ediciones de 1979 a 1989.

-
- 9.- Pannenberg, C.O. "*Scenarios a Method of probing and planning the future of health care*". The Hague, Holland, febr, 1985.
 - 10.- Sáenz, Lenín. "*Logros de una política e impacto de una crisis en la Salud de un país*". Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1989.
 - 11.- Sáenz, Lenín. "La salud pública y el papel del Ministerio de Salud". *Revista Costarricense de Salud Pública*, (1), San José, Costa Rica, Dic., 1992.
 - 12.- Steering Committee on Future Health Scenarios, "*Interim report on Aging and Health*". Ministry of Health, The Hague, Holland, 1984.
 - 13.- WHD EURO. *seminar on projections of the future health situation in Europe.*, Tampere, WHO ICP/HST 009 (3), Copenhagen, Denmark, Aug, 1983.