

Capítulo II

PREPARACION PARA LA FORMULACION DEL PLAN

A. LA ORGANIZACION PARA LA PLANIFICACION

El curso que han seguido los procesos de planificación en América Latina a partir de los enunciados generales con que se iniciaron en la década de 1960, muestra un variado panorama de intentos, muchos de los cuales no pasaron de sus fases organizativas iniciales para emprender la formulación de planes y de proyectos. La perspectiva histórica se encuentra relatada en las obras de Waterston,²⁹ de Tinbergen³⁰ y en las numerosas publicaciones de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y del Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Uno de los estudios que merece ser revisado es el de Carlos A. de Mattos, y más recientemente, el N° 31 de la *Revista de la CEPAL*, dedicado en su totalidad al tema del Estado y la planificación.³¹

Cabe destacar algunos hechos que permiten explicar los problemas de organización propios de la planificación en casi todos los sectores económicos y sociales. Nos referiremos aquí solamente a los relacionados con la salud.

—La planificación integral de la salud y no solamente la formulación de programas o proyectos del sector, nació con la planificación global del desarrollo económico y social.

—Muchas de las técnicas y métodos fueron elaboradas y utilizados conjuntamente con los sectores económicos y sociales.

—El personal de los servicios de salud no estaba compenetrado ni aún lo está cabalmente, de esas técnicas y métodos, por lo cual no fue posible que tomara a su cargo todo el proceso de planificación del sector.

—La planificación del sector debía llevarse a cabo desde la base de los servicios de salud y recibir las normas, directivas y orientaciones desde el nivel central del sector y de la oficina central de planificación del gobierno. Como en

²⁹A. Waterston, *Development Planning: Lessons of Experience*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1965.

³⁰J. Tinbergen, *Central Planning*, New Haven, Yale University Press, 1964.

³¹Carlos A. de Mattos, "Planes versus planificación en la experiencia latinoamericana", *Revista de la CEPAL*, N° 8, Santiago de Chile, agosto de 1979. Publicación de las Naciones Unidas N° de venta: S.79.II.G.4; *Revista de la CEPAL*, N° 31, LC/G.1452, Santiago de Chile, abril de 1987.

algunos otros sectores, la programación de la salud es eminentemente local y es allí donde se encuentra el personal más adecuado para esas tareas.

Era urgente que todo el personal, en todos los niveles, recibiera adiestramiento en las técnicas y métodos señalados.

Fue indispensable no sólo preparar al personal planificador, sino organizarlo en una oficina central de planificación del sector de la salud y crear con la mayor urgencia, oficinas o unidades en las provincias y en los servicios locales, con la capacidad técnica suficiente para asesorar a los órganos de gestión en las tareas de planificación.

Estas unidades centrales y locales del sector debían coordinarse estrechamente con la administración de los otros sectores, en los cuales era necesario crear también oficinas o unidades de planificación, obteniéndose gradualmente la creación de un sistema nacional de planificación que, en muchos países, ha tenido como eje central, un ministerio de planificación.

Al organizarse una oficina sectorial de planificación deben resolverse numerosos problemas técnicos y administrativos, de acuerdo con los usos y procedimientos de cada país. Entre ellos mencionaremos: La definición de las funciones de la unidad u oficina de planificación; los procedimientos técnicos y los métodos que debe utilizar; los equipos con que debe dotarse; los cursos y niveles de adiestramiento que requiere el personal; la procedencia de los funcionarios que se ocuparán de tareas de planificación, incluidas sus condiciones personales; la organización interna de la oficina y del equipo planificador, de acuerdo con la definición de sus funciones; la forma de coordinar sus tareas dentro del sistema de salud, así como con organismos extrasectoriales; los métodos de información técnica, administrativa, política social, etc, que debe utilizar para preparar los planes y dar a conocer la marcha del proceso, sus obstáculos y necesidades; y sus relaciones con las oficinas estadísticas, presupuestarias y de control contable del sector.

Más adelante nos referiremos con algún detalle a los problemas de organización y de gestión que presenta el proceso de planificación de la salud, especialmente a nivel de la gestión de los programas.

B. EL MANDATO DEL PLAN

Decidida la formulación del plan, resueltos sus problemas más importantes relacionados con la organización de sus tareas, y suscritos los acuerdos institucionales respectivos, etc., se da comienzo a las tareas, definiéndose con toda precisión, en documentos especialmente preparados, las que serán sus directrices para iniciar y conducir el proceso.

Estas directrices son de dos órdenes: las que define la autoridad y aquellas que por formar parte del marco en el que se desarrollará el plan, orientarán necesariamente el proceso.

Las primeras pueden agruparse en lo que se considerará el *mandato* del plan y las segundas, en sus *términos de referencia*.

Por definición, los mandatos son las decisiones que el superior transfiere a los funcionarios de su dependencia, es decir, aquella parte de la gestión que una persona confía a otra. De modo concreto, en este caso, el mandato es la responsabilidad que la administración delega en un órgano de su dependencia para que lleve a cabo la formulación de un plan, un programa o un proyecto, y para que lo supervise y lo evalúe.

El mandato no figura necesariamente en un documento, ni está revestido de la formalidad que aquí aparenta. Sería conveniente, sin embargo, para la buena marcha del proceso, reunir las disposiciones que lo forman, contenidas en muchos documentos administrativos: decretos, cartas, notas, etc.

Algunas de sus disposiciones más importantes se refieren a lo siguiente:

—*El contenido del plan*: ¿qué parte del país comprenderá el plan? ¿Incluirá al sector privado? ¿Qué aspectos de la política nacional de salud constituirán los temas de referencia? ¿Qué grupos de población serán prioritarios? ¿Qué estrategias preferenciales se aplicarán a algunas enfermedades? ¿En qué medida se promoverá la participación de la comunidad? ¿Qué alcance se dará, por ejemplo, a la participación de agentes de salud comunitarios existentes en los lugares en que se aplique? El *organismo encargado* de la formulación del plan. ¿Será una unidad de planificación especialmente creada para ese propósito? ¿Una división del Ministerio de Salud? ¿Una agrupación de divisiones ministeriales? ¿Una oficina directamente dependiente del Ministro, del Vice-Ministro, del Secretario General, etc.?

—*La responsabilidad de su funcionamiento*. ¿Será encargada a un director técnico o a un jefe administrativo? ¿Cuál será su jerarquía institucional?

—*Los integrantes de la unidad*. ¿Lo serán a tiempo completo? ¿Qué tareas cumplirá cada uno? ¿Qué plan se propondrá para su formación?

—*El comité asesor*. La dirección técnica y administrativa, ¿tendrá un comité asesor o diferentes comités? ¿Quiénes lo compondrán? ¿Qué funciones y responsabilidades les competará?

—*La coordinación*. ¿Existirá un comité de coordinación en el más alto nivel del Ministerio para vincular a éste con los demás ministerios y oficinas técnicas respectivas? ¿Qué facilidades tiene el personal de la unidad de planificación para establecer estos contactos en forma permanente, como lo exigen sus tareas?

—*La instalación*. Por tratarse de un organismo nuevo, ¿dónde y cómo se lo instalará? ¿De qué medios de trabajo dispondrá: oficinas, personal auxiliar, equipos, vehículos, etc.?

—*El presupuesto*. ¿Con qué recursos financieros contará para desempeñar sus funciones? ¿Qué margen de operación le permite esa disponibilidad de fondos?

C. LOS TERMINOS DE REFERENCIA DEL PLAN

Mandato y términos de referencia se suelen usar en el mismo sentido, aunque expresan cosas diferentes.

Al decir términos de referencia, aludimos a las condiciones reales o previsibles que deben tenerse en cuenta, debido a las particularidades que imponen a la formulación y al desarrollo del plan. Por ejemplo, una epidemia es una contingencia que exige acciones determinadas e ineludibles. Una crisis económica, acompañada de bajos salarios, desempleo, etc., es una situación que afecta el proceso de planificación. Una nueva ley crea nuevas obligaciones y, por lo tanto, es un elemento importante que hay que considerar.

Examinaremos someramente algunos de los términos de referencia habituales.

- La estructura administrativa y la gestión de servicios en todos los niveles son condiciones que deben ser definidas y consideradas detalladamente.
- La existencia de ciertas *enfermedades prevalentes*.
- Las deficiencias sanitarias existentes, es decir, la incapacidad de corregir la escasez de agua en una región durante un largo período.
- La distribución de la población por *grupos de edades* y por *sexos*.
- La distribución de la población por grupos de *ingreso económico*.
- Las *áreas geoeconómico-sociales* menos favorecidas y sus problemas.
- Los *problemas del desarrollo económico y social* de la región del plan: nuevas industrias, áreas productivas, zonas militares.
- La evolución de la *seguridad social*.
- La *actitud de la comunidad* frente a estas situaciones.
- La actitud de los *gremios* y del cuerpo médico en particular.

Nótese que estos ejemplos indican condiciones que deberán tenerse en cuenta en la formulación y desarrollo del plan. No sugieren condiciones favorables ni desfavorables. Muchas de ellas son el motivo mismo de la planificación, y en ese sentido pueden considerarse como elementos positivos o como obstáculos. Por ejemplo, el desarrollo industrial y agrícola será a la larga altamente beneficioso para una sociedad, pero al corto plazo creará obstáculos al desarrollo del plan de salud, y también al largo plazo, si no son debidamente considerados todos los componentes que pueden afectar la vida de la población. Como por ejemplo, el problema habitacional.

D. DISPONIBILIDADES PRESUPUESTARIAS

El presupuesto de gastos e inversiones del sector de la salud es al mismo tiempo un mandato y un término de referencia para el plan. El planificador conoce los límites financieros de su gestión, representados por un presupuesto, lo que constituye el "techo" del plan y debe atenerse a él, pues es una decisión política. Sin embargo, como se ha señalado a propósito del plan como instrumento de gestión y de cambio, hay márgenes de opción importantes. En primer lugar, ha de considerarse todo aquello que permita una gestión más eficiente, es decir, menos costosa, lo que a su vez redundaría en una mayor disponibilidad financiera. En segundo lugar, debe hacerse el mejor uso de las posibilidades marginales que ofrece siempre todo presupuesto nacional como

resultado del crecimiento de la economía, de las transferencias, etc. Estas posibilidades no entran en las atribuciones del planificador, pero éste debe tenerlas en cuenta.

Entre el poder político y el plan se interpone la administración, es decir, la burocracia, que como hemos dicho tiende a tener "vida propia" dentro del sistema y, por lo tanto a manejar el presupuesto de acuerdo con sus normas y tradiciones. Más adelante, se trata el tema del presupuesto por programas, que constituye quizá la mejor respuesta a esta restricción.³²

La presupuestación y el financiamiento del sistema de salud es un tema complejo y constituye un capítulo separado, del dominio de la administración y de la economía de salud. No será tratado en este lugar, pero se lo mencionará repetidas veces a lo largo del desarrollo del proceso de planificación de la salud.

E. ESQUEMA DEL PROCESO DE PLANIFICACION DE LA SALUD

En el gráfico 5 se presenta un esquema de las etapas de desarrollo de un proceso de planificación de la salud a lo largo del tiempo. Su ciclo de duración es habitualmente de un año y se repetirán regularmente las etapas que se describirán en el texto. Por tal motivo no requieren aquí una explicación detallada. Sin embargo, hay que hacer referencia al esquema para entender la continuidad del proceso.

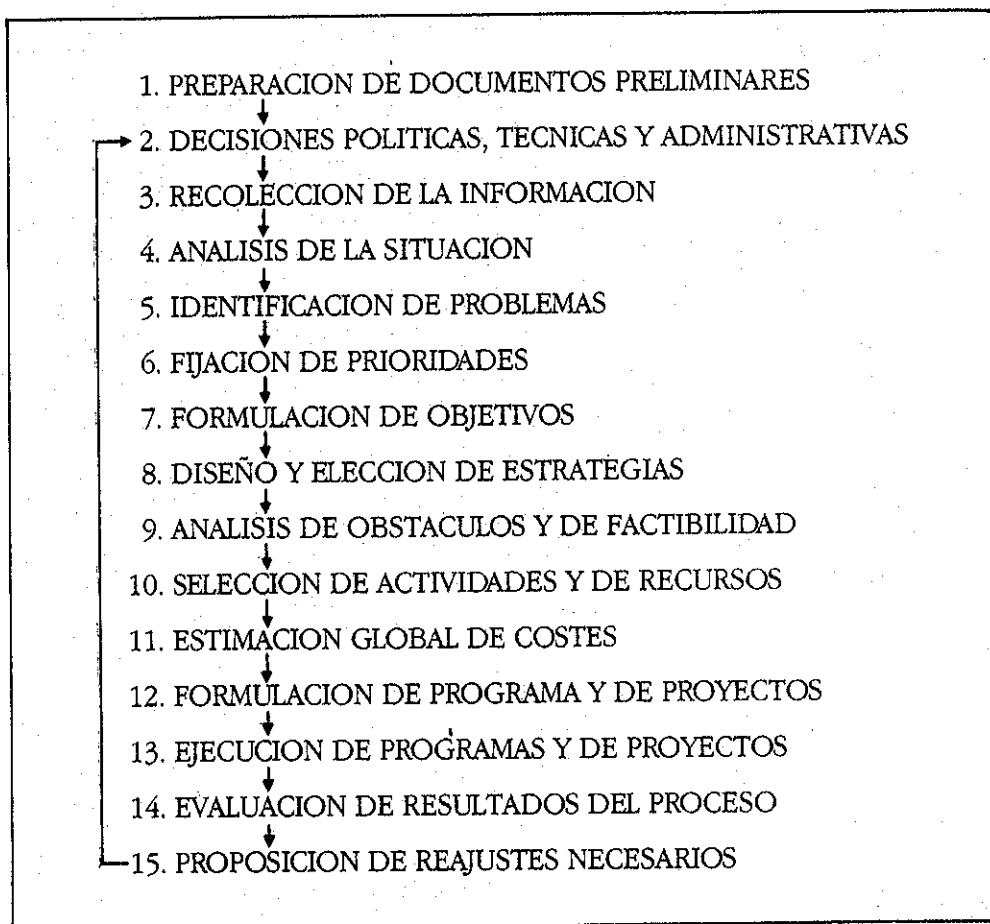
Existen innumerables esquemas de este tipo y no deberá entenderse que estamos proponiendo el definitivo. Se trata sólo de destacar la secuencia que necesariamente debe tener el proceso de planificación.

Cabe destacar la continuidad que debe tener el proceso de planificación de la salud una vez iniciado, lo cual se cumplirá por medio de etapas bien definidas que completarán ciclos (anuales, o de otro tipo) en los cuales el proceso está sometido a un perfeccionamiento continuo mediante evaluaciones, controles, reajustes, etc., que deben culminar en mejoramientos perceptibles de los niveles y tasas observados al comienzo, al efectuar el análisis del sistema.

Las etapas señaladas en el esquema no son rígidas y debe procederse en forma iterativa, es decir, avanzar hacia una o más etapas para luego volver con más precisión a las anteriores.

La evaluación de los resultados conseguidos por el proceso gestionado es, en realidad, la evaluación de los programas y proyectos que culmina con la evaluación del plan en los niveles donde fue formulado (central, regional, etc.). Este sería teóricamente el momento de reajustar el diseño del plan integral dentro del cual se formularon los programas y proyectos. Ese reajuste puede requerir nuevas decisiones políticas, técnicas, administrativas, etc.

³²K. Lee, y A. Mills, *Policy-Making and Planning in the Health Sector*, op. cit.

ESQUEMA DE LA SECUENCIA DEL PROCESO DE PLANEAMIENTO

En esta esquematización de una secuencia de planificación sólo se pretende destacar la lógica interna del proceso a la cual el planificador pretende atenerse. En la práctica, pueden ocurrir innumerables variantes que dependen principalmente de factores políticos y administrativos. En alguna medida, esas variaciones reflejan el interés que despierta el proceso fuera del ámbito restringido del planificador técnico.

F. CALENDARIO DE OPERACIONES

La necesidad de preparar un calendario de operaciones es algo que no se discute. Desde el momento que en virtud de un mandato, se dispone formular un plan y se visualizan las etapas que deberán sucederse durante un ciclo operativo, no hay duda de que es indispensable contar con un calendario de operaciones.

El problema comienza cuando uno se pregunta: ¿de qué tipo de operaciones se trata? Desde luego, las etapas señaladas en el esquema podrían servir para preparar un calendario para el primer año, cuya realización es aconsejable aunque sea en líneas muy generales. Pero dichas etapas, a su vez, están constituidas por innumerables operaciones, de manera que sería un calendario interminable y difícil de comprender. Luego, es indispensable que el calendario abarque períodos cortos y muy concretos de trabajo del equipo. Por ejemplo, la realización de las etapas 1, 2, y 3, y luego, la preparación de nuevos calendarios para las etapas siguientes. Ese procedimiento es más práctico y más alentador para el equipo, pero hace perder la perspectiva general del proceso.

El problema siguiente consiste en asignar un tiempo a cada operación, lo cual requiere experiencia. No se pretende llenar un espacio de tiempo, sino aprovecharlo útilmente; tampoco se pretende abrumar al equipo, exigiéndole cumplimiento de calendarios en tiempos apremiantes.

Finalmente, el otro problema consiste en establecer el método más adecuado para formular un calendario de operaciones cuando hay que realizar varias operaciones a la vez y, sobre todo, cuando algunas dependen del cumplimiento de otras. Hay varios métodos para resolver estos problemas, que trataremos más adelante al hablar de las operaciones de un proyecto.