

Capítulo VI

LOS PROGRAMAS DE SALUD

A. ASPECTOS GENERALES

La programación es el proceso que comprende todas las decisiones y operaciones relativas a la formulación y ejecución de programas y proyectos, es decir, todo lo que comprende la ejecución y desarrollo de un plan de salud a nivel local.

La gestión del programa es el proceso por medio del cual se organizan actividades y recursos para cumplir objetivos precisos y bien definidos en torno a uno o varios problemas afines y se aplican los procedimientos para ejecutar las acciones con esa finalidad.

El modelo de servicios implícito en todo este capítulo relativo a la programación corresponde al concepto de atención primaria de la salud, que ha cobrado gran auge.⁷⁸ No obstante, el nivel primario de la atención en países desarrollados no es el mismo que el de los países en desarrollo o el de los países menos desarrollados. En los primeros predomina la concepción asistencial hospitalaria, la atención médica privada y los seguros sociales; en los últimos, la "medicina rural", la escasez de recursos y el bajo nivel de vida. A ellos corresponde propiamente el programa de atención primaria de la salud. Nuestro modelo se sitúa entre ambos. Responde más bien a la situación de países en desarrollo, en los cuales la programación no va a encontrar las rigideces estructurales de los países desarrollados ni la extrema carencia de medios, y donde los criterios de programación requieren el análisis de otras variables que no son tratadas en este texto, como son, entre otras, la salud y la pobreza y la medicina tradicional.

Al nivel de la zona, provincia o distrito, de desarrollo intermedio, la existencia de un hospital, si lo hay, no es parte intrínseca del modelo que se describe. Pertenece al sistema o red hospitalaria nacional, por lo que no es tema de programación de este estudio. No obstante, el servicio local hará uso de ese hospital, así como de toda la red de acuerdo con las bases de programa-

⁷⁸OMS/UNICEF, *Atención primaria de salud*, informe conjunto del Director de la OMS y del Director Ejecutivo del UNICEF, Ginebra-Nueva York 1978.

ción establecidas con la red asistencial. Los programas incluirán lógicamente la cantidad y el tipo de atención hospitalaria que requiere cada uno de ellos y las relaciones entre las unidades de base y los hospitales en lo referente al envío de pacientes, interconsultas especializadas, etc., como se verá más adelante. Si bien es cierto que la ejecución de un programa es un tema que atañe fundamentalmente a la práctica de la administración y a su teoría, en el nivel en que se formulan y ejecutan los programas locales de salud no puede distinguirse entre formulación y ejecución en forma tan concluyente. En primer lugar, porque, como se ha señalado, el equipo encargado de formular el programa es el mismo que lo ejecutará, por lo cual las tareas de la ejecución le van a corresponder casi enteramente.

En segundo lugar, porque la administración propiamente dicha, al nivel local (manejo de personal, gastos, suministros) es una débil representación de los órganos administrativos de todo el sistema y sólo cumplirá algunas tareas, puesto que la mayor parte están centralizadas en los niveles regionales y central.

Este hecho determina que en las decisiones respecto de movimiento de personal, gastos, aplicación de leyes y normas, suministros, etc., haya responsabilidad de la dirección local del programa, que es donde se suelen originar las propuestas respectivas. Pero las decisiones finales llegan al nivel local en mayor o menor grado condicionadas por lo que deciden los niveles superiores del sistema. Tratar estos problemas bajo el supuesto de que los servicios deben estar siempre descentralizados, como lo recomiendan los principios y los textos, es una teorización que perjudicaría este análisis al menos en la realidad de los países en desarrollo.

Las operaciones de un programa deben expresar con la máxima precisión posible la naturaleza de la actividad y su duración. La primera contiene los recursos, la tecnología de la operación, su costo, etc.; la segunda, implícitamente, la duración del programa, los obstáculos que han de vencerse y en parte también la tecnología. Piénsese, por ejemplo, en una actividad de vacunación, que contiene tecnología, recursos, costo, duración, obstáculos, etc.

En "informática", ciencia moderna que recurre al tratamiento automático y racional de la información, el término "programa" designa una secuencia de variables y operaciones que deben efectuarse en orden prescrito por medio de artificios mecánicos que han ido adquiriendo un extraordinario perfeccionamiento electrónico. En otras palabras, un "programa" está compuesto por los pasos a especificar para resolver correctamente un problema⁷⁹ o el "conjunto de instrucciones para conducir con éxito una secuencia o una combinación determinada de operaciones"⁸⁰. La informática exige identificar y codificar las variables del modo más correcto y preciso posible. Tenemos que reconocer que en la programación sanitaria, estamos aún lejos de automatizar todas las

⁷⁹T.J. Schriber, *Fundamentos de diagramas de flujo*, México, D.F., Ed. Limusa, 1977.

⁸⁰P. Mathelot, *L'informatique*, París, Presses Universitaires de France, 1982.

operaciones. Sin embargo, es conveniente mencionar este tema anticipándose a estas posibilidades, pues cada día se incorporan a los programas de salud más operaciones automáticas, especialmente en los procesos de gestión: personal, adquisiciones, distribución, presupuesto, control de la ejecución, investigación de operaciones, etc.

En síntesis, la organización del programa y los procedimientos de la gestión no pueden ser tratados separadamente, pues en cada aspecto de la gestión hay un componente organizativo o estructural y otro funcional.

Describiremos ahora la gestión habitual de un programa de salud y las variantes más importantes que se presentan en la realidad. Hay que insistir que nuestro propósito es el análisis general de la programación. En la práctica la ejecución de un programa es mucho más compleja y detallada. Cada servicio opera de modo diferente y crea sus propios métodos, por lo que sin un Manual de Operaciones no pueden organizarse y ejecutarse las tareas. Por esa razón los manuales son propios de cada país y sus procedimientos reflejan su propia experiencia, la que podría solamente servir de orientación para otros países.

B. LA ELECCION DE PROGRAMAS

El jefe de programas y el equipo local tienen como primera tarea la de diseñar el esquema programático con el cual se abordará el plan de salud de su área. Se supone que son bien conocidos y cuantificados, entre otros, los siguientes parámetros que formarán parte de los programas: la extensión del área geográfica que ha de abordarse, los problemas de salud y su prioridad, la población afectada y su distribución, los recursos existentes, las directrices políticas y normativas y la actitud de la población.

De acuerdo con la información disponible, los medios y la capacidad gestonaria, se decidirá acerca de los programas que se formularán, o mejor dicho acerca del modo en que se manejarán los problemas de acuerdo con los medios para resolverlos.

Se trata de agrupar problemas afines o desagregarlos, según convenga a la gestión. Esta estructura no es necesariamente definitiva, pues los programas pueden agregarse o desagregarse de acuerdo con su evolución. El gráfico 7 representa un esquema cuya situación se observa muy frecuentemente en los servicios locales de salud. En la columna 1 figura, a título de ejemplo, una lista de problemas de salud como los que podrían existir en el área de salud de un país en desarrollo, aunque no todos ellos sean reconocibles en dichos países.

No es imaginable que cada problema represente un programa tal como será descrito más adelante, pues no existe capacidad operativa para cada uno, ni conviene separar los problemas afines.

La elección consiste en adoptar la agrupación más conveniente, desde el punto de vista funcional y administrativo. Una alternativa figura en la columna 2, en la cual se presentan cuatro programas para catorce problemas. Esta

agrupación supondría que hay un equipo local para manejar un programa infantil y otro para un programa maternal, así como uno para un programa de saneamiento y otro para atender todos los accidentes.

Gráfico 7

ALTERNATIVAS DE UNA ESTRUCTURA PROGRAMATICA LOCAL

Problema de salud	Programas o subprogramas	Programas o subprogramas	Programa de salud
1	2	3	4
1. Diarrea infantil 2. Desarrollo infantil 3. Malnutrición infantil 4. Inmunizaciones	Infantil	Materno - infantil	Atención primaria de la salud
5. Prematuridad 6. Riesgos del embarazo normal 7. Parto normal 8. Control post-parto	Maternal		
9. Agua potable 10. Eliminación de desechos	Saneamiento ambiental	Medio ambiente	
12. Accidentes de tráfico 13. Accidentes del trabajo 14. Accidentes del hogar	Accidentes		

Estas agrupaciones programáticas representan una deseable división del trabajo para los equipos, pero no satisfacen del todo las funciones respectivas de cada programa. Por ejemplo, la malnutrición infantil es, en principio, parte de un programa de alimentación que debe vincular las actividades de salud pública con las de producción y distribución de alimentos. Además, no conciernen sólo al niño, sino también a la madre y a la familia en general.

Las inmunizaciones tiene también una aplicación más amplia que la del niño. Podrían justificar por sí solas un programa escolar, del cual constituyen casi siempre una de las actividades principales.

Los riesgos del embarazo normal crean problemas que dependen de la promoción, protección y vigilancia de la salud de la embarazada normal. En

tanto que la prematuridad y los problemas ligados al parto pertenecen al dominio de la atención hospitalaria. Es fácilmente reconocible que la gestión de este programa debería repartirse entre atención hospitalaria y prevención. Habitualmente, sin embargo, se incluyen todos en el programa maternal.

Los tres tipos de accidentes señalados se producen en ambientes y por causas muy diferentes. No hay gran ventaja en colocarlos bajo una sola dirección programática, excepto el manejo hospitalario común de sus consecuencias. Sin embargo, la limitación de medios podría exigir la formulación y manejo de un solo programa de accidentes, con un subprograma para cada uno de los problemas que lo integran.⁸¹

Aparentemente, el programa de saneamiento ambiental es el que tiene mayor unidad funcional, pero ocurriría lo mismo que con los anteriores en cuanto se identificaran problemas, como por ejemplo, las zoonosis, que podrían justificar un nuevo programa o un subprograma dentro del saneamiento ambiental. Por supuesto, esto es válido para cualquier otro programa que pueda multiplicarse en varias alternativas posibles, en la medida que la capacidad operativa lo permita.

Es importante recalcar este punto, pues debe quedar claro, una vez más, que es la capacidad operativa la que determina, en última instancia, el organigrama de la estructura programática, aunque la cantidad de problemas reconocidos exceda la capacidad operativa actual del servicio.

Por el contrario, cuando los recursos son muy limitados y la unidad de servicios muy pequeña, los programas pueden reducirse en la forma que se presentan en las columnas 3 y 4 del gráfico 7.

En una unidad muy rudimentaria, como se observa tan a menudo en los países en desarrollo, puede existir un solo programa de atención primaria de la salud, en el cual habrá una menor identificación de problemas y una mayor concentración de operaciones a cargo del reducido personal con que cuenta.

De hecho, una unidad pequeña, por ejemplo un dispensario, distribuirá entre su escaso personal las tareas de todos los programas del área cuando estos tengan responsabilidad sobre la población que extiende ese dispensario. Por ejemplo, el personal de enfermería de esa unidad, que podría estar compuesto de una a tres personas, se encarga de las vacunaciones, las consultas maternas, infantiles y a veces de adultos, de saneamiento cuando lo requieren ciertas tareas inspectivas, etc.

De aquí que las funciones del programa son las que condicionan la estructura organizativa y señalan el reparto de tareas, pues no es realista pensar que cada programa disponga en forma exclusiva de todo el personal necesario para todas sus tareas.

En resumen, al nivel gerencial local, v. gr. un sistema local de salud, se

⁸¹La idea de "subprograma" no afecta los principios que se describen; es simplemente una subdivisión de un programa, el cual, por su extensión o calidad, obliga a repartir funciones y responsabilidades dentro de una misma línea de autoridad y responsabilidad.

formularán programas de acuerdo con la estructura funcional específica para cada uno según objetivos, actividades, etc. A nivel de las unidades que prestan servicios, según sea su tamaño y disponibilidad de medios, la tarea de ejecutar los programas puede obligar a diferentes agrupaciones operativas, como lo representa el gráfico 7.

Estas proposiciones son, en realidad, empíricas, pero representan una de tantas tentativas para resolver el problema de las estructuras programáticas locales. Por otra parte, para buscar una identidad propia, geopolítica y social existe en la actualidad, en el campo de la salud pública, una tendencia a lo "local", con la finalidad de favorecer desde allí la transformación y fortalecimiento de la organización sanitaria nacional, que puede acarrear nuevas proposiciones. Se pretende identificar dentro del sistema nacional de salud aquellos segmentos que abordan directamente a la población y sus problemas de salud, con particularidades geográficas, sociales y culturales comunes, que reúnan las características de lo que se llama un Sistema Local de Salud (SILOS), con atributos definidos que permitan reforzar la gestión a nivel de los problemas de la población comprendida en los límites de un SILOS.⁸²

Por el momento usaremos indistintamente plan regional o plan local para referirnos al plan de un sistema local de salud.

C. LA FORMULACION DE PROGRAMA

Los conceptos que deben tenerse en cuenta y los métodos para formular programas son los mismos descritos en general a propósito del proceso de planificación. Al formular un programa en un área local puede ocurrir que la región o la provincia disponga de un plan general en el cual ya sea han formulado objetivos y se han definido actividades. En ese caso se tendrá en cuenta, en primer lugar, que un plan se formula a mediano plazo: cinco a siete años. Un programa, en cambio, que depende del ajuste más riguroso posible según su evaluación periódica y frecuente, así como de la disponibilidad presupuestaria, tiene que planearse a plazos más cortos, de por lo general un año, aunque su duración sea en principio indefinida, hasta que se resuelva el problema, lo que en la práctica sanitaria tiene plazos largos que obligarán a una evaluación y reformulación permanente del programa.

Si el sistema local de salud dispone de un plan general de salud, situación excepcional, que es en teoría la que se supone en este texto, nos encontraríamos con objetivos y actividades ya formulados. Al programa local le cabe en ese caso utilizar el marco referencial del plan regional o distrital, formular sus propios objetivos y actividades, que servirán a su vez para ajustar los objetivos y actividades del plan del sistema local y eventualmente del plan nacional.

⁸²OPS, *los sistemas locales de salud. Aspectos conceptuales y metodológicos*, Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Grupo interprogramático. Documento de Trabajo, abril de 1988.

En síntesis y como se ha dicho, en el estado actual de la evolución de la planificación, pueden ocurrir diversas posibilidades:

- a) Que exista un plan para un sistema local de salud con objetivos y actividades definidas, pero sin una estructura programática que favorezca la gestión del plan.
- b) Que no exista un plan de salud para el sistema local, pero que haya programas aislados en marcha, creados tal vez a raíz de problemas de salud relevantes que exigieron esos programas y sus asignaciones presupuestarias. La tarea consistiría en ese caso, en formular el plan para el sistema local de salud y en integrar esos programas existentes en una estructura programática adecuada a la gestión del plan de SILOS.
- c) Que no existan ni planes ni programas locales.

La primera situación es en cierto modo la más favorable, porque proporciona un marco definido para instalar un proceso programático desde cero. La segunda, tal vez la más frecuente, deberá enfrentar cuestiones generales dentro del nivel local y quizá también con el nivel central.

La tercera situación es aparentemente y en teoría la menos conflictiva en los países en desarrollo cuando todo está por crearse. Paradojalmente, es muy frecuente en países de mayor desarrollo social y económico, al menos en lo referente a programas de promoción y de prevención.

En el nivel local no se espera contar con un equipo planificador como se suele describir. La organización para la planificación debe constituirse con los mismos elementos encargados de la ejecución del programa. Pueden existir, lógicamente, algunas personas que posean conocimientos especializados sobre técnicas y métodos de planificación, lo cual es muy deseable, pero no es posible ni conveniente que sean ellas por sí solas las que formulen un programa local. A este nivel es necesaria la máxima coordinación del equipo del programa en cuanto a formulación de objetivos, estrategias posibles, actividades, tareas y recursos, siendo todo ello indispensable para desarrollar la gestión del programa.

Otros aspectos que deben tenerse en cuenta han sido señalados en diversas publicaciones de la Organización Mundial de la Salud.⁸³

1. Condicionantes del programa

Extensión geográfica, población y problemas, son en el fondo aspectos tan íntimamente interrelacionados que pueden formar una unidad para el análisis. Prescindiremos aquí del análisis político de estas variables, que se supone tratadas al formular un plan nacional o regional.

El programador del nivel local recibe mandatos precisos de carácter político-administrativo acerca de la extensión del área y de la población de que

⁸³Organización Mundial de la Salud (OMS), *La programación detallada como parte del proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud*, op.cit.

se trata. En parte el mandato incluirá también los problemas pertinentes. En la práctica, sin embargo, debe suponerse que tanto el nivel regional como el nacional no dispondrán de toda la información acerca de problemas cuyo conocimiento será perfeccionado gradualmente a nivel local a medida que se profundice el desarrollo del proceso de programación.

En cuanto a los medios, los datos son también obtenibles durante esta etapa preparatoria. Se trata de los servicios de salud, los recursos con que cuenta, los recursos extrasectoriales de que se disponga y la forma en que todos ellos son utilizados: demanda, cobertura, eficiencia, gestión, etc.

Al analizar la extensión geográfica del programa en relación con la población atendida y el uso de los recursos del sistema, se entra a un aspecto clave de un sistema de salud y de las posibilidades de un programa. El tema ha sido mencionado anteriormente y ha sido examinado en gran número de estudios y publicaciones. Nos remitimos a uno de los más importantes producidos por la Organización Mundial de la Salud.⁸⁴

En este último estudio la relación entre tamaño geográfico, población, necesidades, se define en los tres términos siguientes:

- cobertura del sistema que es la proporción de personas que se benefician de un sistema sobre el total de ella que requiere de él;
- efecto de las actividades de un programa de salud, que es el cambio en el estado de salud de las personas atribuible a dichas actividades, y
- eficiencia, que es la medida del valor económico de la actividad o del efecto producido por el sistema, es decir, indica en qué medida se ha evitado el derroche de recursos.

Es evidente que esto tres conceptos deben ser considerados simultáneamente en el análisis de una situación. Si no existen recursos para programar, es fundamental para su instalación definir previamente la necesaria cobertura. Si existen, deberá realizarse una evaluación, que permita conocer la medida del resultado de su acción.

La medición de estos parámetros pertenece a lo que puede llamarse la etapa determinativa del programa, pues siendo elementos "determinables", estos condicionarán muchos de los aspectos que incluye la formulación del programa. El conocimiento de las variables que concurren en la etapa determinativa permitirá elegir el esquema programático local, tal como fue descrito. Se supone conocidas también las directrices políticas, las leyes y normas que rigen el sistema nacional de salud y la actitud de la población que influirá en la elección de los programas.

2. Cumplimiento de objetivos, elección de actividades y utilización de recursos

Objetivos, actividades (tareas) y recursos constituyen la esencia de un programa, una vez que se han seleccionado los problemas prioritarios que incluirá el

⁸⁴Organización Mundial de la Salud (OMS), *National Assessments of Health Care Coverage and its Effectiveness and Efficiency*, op. cit.

programa. Los tres componentes mencionados fueron tratados con cierto detalle en el capítulo IV, por lo que no se volverá sobre los detalles, pues aunque corresponden al plan de salud, son igualmente válidos para un programa.

Así, por ejemplo, la disponibilidad de personal en un programa, es materia para una programación en sí, tema sobre el cual existe una abundante bibliografía. El manejo administrativo del personal, por su parte, constituye uno de los capítulos más importantes de la gestión. Finalmente, todo lo referente al personal forma parte de departamentos específicos de los servicios centrales y regionales de salud y está contenido en sus normas sobre personal. A continuación nos referiremos brevemente a la planificación de los recursos humanos. No corresponde examinarlo en detalle en este texto pues el programador local tiene un campo limitado en este sentido.

El plan de recursos humanos se formula a nivel central con participación de las entidades formadoras de dichos recursos, como las universidades, y otras, y depende de numerosas variables: los problemas de salud de cada país, la capacidad de absorción por el sistema sanitario, los sistemas de educación, la situación económica y social, la estructura y gestión del sistema sanitario, etc.

Como en todo asunto similar, el planificador local suministra valiosa información a la planificación de los recursos humanos de un país. Le señala, desde luego, el destino habitual de dichos recursos, sus comportamientos personales, sus destrezas adquiridas, su productividad, sus relaciones con la comunidad, etc. En este sentido el tema de la planificación de los recursos humanos puede ser manejado por el programador local.⁸⁵

Otros aspectos relativos a los objetivos, actividades y recursos necesitan ser discutidos:

El equipo tiene así definido por lo menos el problema, la población afectada y el área geográfica correspondiente. Es la etapa del programa que hemos llamado determinativa, en la cual se contemplarán además todos los otros componentes descriptivos en relación con estas variables.

Al formular los objetivos cabrá preguntarse, teniendo en cuenta todos los componentes, qué cuantía de reducción del problema puede obtenerse y en cuánto tiempo, es decir, qué objetivo es posible lograr. Esta pregunta lleva implícita la idea de cómo obtener esa reducción, es decir, qué actividades específicas deberán emplearse y qué combinación de recursos integran dichas actividades.

Como se ha señalado antes, no existe una actividad única para lograr un objetivo. Las alternativas son numerosas. Muchas de ellas ya están contempladas en las normas del sistema de salud. Otras dependerán del conocimiento que se tenga acerca de las posibilidades de las actividades elegidas en el contexto de la realidad programática. Es decir, la tecnología que pueda integrar esa actividad, su tipo y cobertura, la composición de tareas, los recursos y

⁸⁵Para una síntesis completísima sobre el tema se recomienda consultar: WHO, "Health Manpower Planning. Principles, methods, issues", editado por T.L. Hall y A. Mejía, 1978.

su efecto, el rendimiento de los recursos, sus costos, etc. Corresponde luego elegir la estrategia más adecuada, es decir, la que responda mejor a la tecnología por aplicar.

Otro aspecto pertinente en este capítulo sobre objetivos, actividades y recursos, se refiere al realismo que rodea la formulación del programa. En este caso, como con todo el proceso de formulación de un programa, el equipo que lo formula y lo ejecuta está dedicado a muchas tareas, algunas muy exigentes y laboriosas. La formulación de objetivos puede parecer un ejercicio superfluo para los demás, postergable e incomprendido para muchos, que no obliga a detener el trabajo cotidiano.

Se trata ahora de problemas concretos que van a afectar a la comunidad con la cual se ha de trabajar, siendo la suma de los costos de los recursos involucrados, parte importante de los gastos de salud del sistema.

No es posible tratar en detalle todos los aspectos operativos de un programa en este capítulo clave sobre problemas, objetivos, actividades y recursos. A título de ilustración se presenta, al final del capítulo, el esquema de un programa que muestra estos aspectos de acuerdo con un ejercicio en el terreno sobre formulación de un programa denominado Vigilancia del embarazo y parto a partir de datos disponibles. Se trata de una situación con limitada información, con lo cual se quiere señalar que la escasez de datos debe ser superada con los mejores criterios posibles sin sacrificar la formulación del programa y sus objetivos.

D. PRESUPUESTO-PROGRAMA O PRESUPUESTO POR PROGRAMAS

Ya hemos señalado las complejidades de la formulación de planes y de programas y se ha vislumbrado el tiempo que eso debería tomar. ¿Cómo hacer coincidir el resultado final de esa formulación de objetivos, actividades y recursos con las disponibilidades financieras para cumplir ese propósito? ¿Se formula el plan o el programa de acuerdo con determinadas disponibilidades presupuestarias o se asigna el presupuesto porque los propósitos del programa lo exigen?⁸⁶ El problema es complejo, tiene repercusiones de todo orden y ha dado lugar a numerosas discusiones, que no corresponde abordar en este texto. En la realidad, el problema se resuelve de modos diferentes. Desde luego, todo programa se formula *a priori* dentro de un margen de disponibilidades presupuestarias un tanto aleatorias que dependen de determinados sectores de la sociedad: el poder ejecutivo, el poder legislativo, la administración, la comunidad política, etc. Simplificando el problema, podemos decir que el programa ofrece diferentes opciones para disponer de ese margen, lo cual puede expresarse en diversas posibilidades:

⁸⁶No se analiza en este caso aquella situación en la cual no existe un programa previo o se parte de cero. Esa situación saca el problema del terreno de la programación y lo sitúa enteramente entre las opciones políticas posibles. Debe recalcar el término "enteramente", pues cualquiera sea la alternativa, todas están sometidas de algún modo al juicio político.

Una posibilidad consiste en que el programa esté comprendido en un "paquete" de proposiciones que la autoridad somete, al poder político decisor. En ese paquete está calculado el número de actividades y de recursos por utilizar o por invertir y sus costos, pues dichos costos están normalizados y figuran en los inventarios respectivos. De resultados de este proceso se obtiene el grado en que puede cumplirse el objetivo.

La decisión se basa en este caso en el objeto del gasto con el cual se maneja el poder decisorio. Si la decisión modifica las asignaciones se debe cambiar automáticamente el número de actividades y de recursos físicos incluidos en los programas que van en el paquete. No así los recursos humanos, que presentan una gran rigidez frente a estas decisiones, al menos en los países normalmente constituidos. Sin embargo, difícilmente un poder ejecutivo o legislativo dispondrá del tiempo para calcular el efecto que tendría esa decisión sobre los objetivos anteriormente calculados, pues ello significaría replanificar todo el proceso antes de finalizar el período de la aprobación del presupuesto, que está siempre limitado por una ley.

El resultado es lo que suele ocurrir habitualmente: la administración recibe un presupuesto que no satisface los objetivos propuestos. No dispone tal vez del tiempo ni de la capacidad operativa para obtener mayor rendimiento de los recursos y sabe que el servicio se verá afectado frente a la población y sus necesidades.

No obstante lo anterior, el presupuesto por objeto del gasto es el método más frecuentemente utilizado. Se debe esto a una tradición administrativa que deriva de sistemas económicos y sociales donde prevalecía el autoritarismo y el rigor del control de los gastos y en que era menor la presión por producir cambios en la sociedad.

Otra posibilidad que se presenta ocurre cuando los poderes decisores tienen especial interés en alcanzar determinados objetivos, para lo cual, al aprobar un plan o un programa que satisface esos objetivos, están aprobando implícitamente el costo de los recursos que ello representa.

Para los fines de una sociedad, es más importante tomar decisiones sobre los objetivos que se desea alcanzar que sobre los medios para alcanzarlos. De ahí el auge que ha alcanzado este procedimiento, llamado presupuesto-programa o presupuesto por programas. Este sistema tiene el inconveniente de constituir una carta en blanco que se entrega a la administración, pues tampoco el poder decisor (poder legislativo) estaría en condiciones de reformular el programa para averiguar en pocos días qué efecto tiene sobre las actividades y los recursos un cambio en las asignaciones monetarias a un programa basado en el logro de determinados objetivos.

Al señalar este hecho como un "inconveniente", se quiere decir cuáles podrían ser sus perspectivas futuras y el grado de progreso administrativo que representa. Desde luego, obliga a una necesaria descentralización especialmente en lo referente a la distribución y control en el manejo de los recursos. Confiere mayor responsabilidad al ejecutor del programa y acerca más éste al

nivel político. Como bien señala Schaefer,⁸⁷ formular un presupuesto de este modo equivale a asignar fondos en un verdadero acuerdo contractual, en virtud del cual el programa se compromete a producir determinados efectos.

Por el momento se intentan soluciones intermedias que permitan a los poderes públicos basar sus decisiones en los objetivos del programa, sustituyendo gradualmente el presupuesto tradicional por presupuestos-programa. Esto no es posible sin introducir grandes cambios en el sistema contable y presupuestario, especialmente aquello que permita vencer la inercia y la rutina administrativas a que dan lugar los sistemas tradicionales. Ante todo, es necesario buscar "procedimientos que permitan cuantificar el monto de los insumos necesarios para el desarrollo de cada programa".⁸⁸

Hay que producir, entre otros, cuadros de costos unitarios estandarizados de recursos que proporcionen agrupamiento por tipos de servicios que hay que producir, por actividades, por proyecto, por subprograma, por programa, etc.

Es también conveniente "producir unidades de medición significativas de la producción de bienes y servicios a objeto de analizar y medir costos", como lo señala el documento de ILPES recién citado.

Un ejemplo de labor preparatoria se encuentra en trabajos realizados en Portugal,⁸⁹ donde se ha analizado la estructura de gastos en 1980 en tres distritos (provincias), que conduce al estudio de costos por actividad y a comparaciones con indicadores del impacto del factor salud. Se pretende así, dice Rosario Giraldes, "verificar la existencia o no de una determinada lógica en el financiamiento de esos servicios, con vistas a la formulación de propuestas de financiamiento futuro".

Conociendo los gastos representados por los recursos programáticos en las diferentes unidades de servicios, es posible comparar dichos gastos como se presentan en los cuadros 14 y 15 y obtener así costos unitarios por actividad y referirlos al efecto de esas actividades en la población.

Si además fuera posible estimar con criterios o normas la cantidad de recursos y los costos que se asignan a cada daño o enfermedad, se podrían estimar esos costos como se hizo en el Primer Plan Decenal de Salud de El Salvador en el decenio 1964-1973, con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud, que figura en el trabajo de Ahumada y colaboradores.⁹⁰ Un extracto del cuadro 6 de dicho trabajo se presenta en el cuadro 16 de este texto.

Todas las innovaciones que introduce el presupuesto-programa y muchas otras llevan a la simplificación, a la estandarización y a la automatización

⁸⁷M. Schaefer, *op. cit.* p. 242.

⁸⁸ILPES, *Manual de medición de costos por programa*, serie Cuadernos del Instituto Latino Americano de Planificación Económica y Social (ILPES), Serie III, N° 1, 1971.

⁸⁹María do Rosario Giraldes, *Despesas em cuidados primários de Saúde. Avaliação do seu impacto e eficiência no Distritos de Beja, Braga e Setúbal*, serie Cuadernos GEPS, Lisboa, 1982.

⁹⁰J. Ahumada y colaboradores, *op. cit.*

Cuadro 14

**PORTUGAL: ESTRUCTURA DE LOS GASTOS EN TRES DISTRITOS, 1980
(PORCENTAJE)**

Districtos	Total	Personal	Adquisición de bienes	Funcionamiento	Conservación y uso de bienes	Otros gastos corrientes	Inversiones
Beja	100	41.62	6.02	1.88	0.54	47.27	2.67
Braga	100	35.39	3.87	1.17	0.35	58.17	1.05
Setúbal	100	39.54	3.82	1.27	0.49	53.56	1.23

Cuadro 15

ALGUNAS UNIDADES DEL SERVICIO DE LUCHA ANTITUBERCULOSA EN BEJA Y GASTOS EN 1980

Unidades	Gasto total (miles de escudos)	Gastos per cápita (escudos)	Total consultas	Costo por consulta (escudos)
Aljustrel	774.9	61	1 104	702
Beja	3 676.9	93	4 574	804
Moura	1 166.5	60	3 690	316
Serpa	562.1	28	365	1 540

Fuente: María del Rosario Giraldes, Despesas em cuidados primarios de saúde. Avaliação de seu impacto e eficiência no Distrito de Beja, Braga e Setúbal, série Cuadernos GEPS, Lisboa, 1982.

Cuadro 16

EL SALVADOR: COSTOS DE UNA POLITICA DE SALUD POR DAÑOS Y ACTIVIDAD. 1962
(COLONES)

Daño	Hospitalización			Consulta		
	Nº	Costo unitario	Costo total	Nº	Costo unitario	Costo total
Causas mal definidas y desconocidas	3 970	51.96	206 302.38	7 979	3.83	30 576.0
Tuberculosis	1 408	80.08	113 734.00	10 197	3.83	39 050.0
Fiebre tifoidea	558	73.52	41 027.08	710	3.83	2 720.0
Paludismo	330	57.29	18 910.70	1 241	3.83	4 754.0
Enfermedades cardiovasculares	1 098	90.70	99 488.00	711	3.83	2 723.0
Enfermedades respiratorias agudas	2 362	67.70	159 932.00	55 088	3.83	211 056.0
Embarazo, parto y puerperio	5 602	22.79	127 692.00	21 122	3.83	80 916.0
Accidentes y violencias	7 574	98.39	345 791.00	11 343	3.83	42 266.0

Fuente: J. Ahumada et al., *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*, Washington, D. C., Centro de Estudios de la Universidad Central de Venezuela (CENDES) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), serie Publicaciones científicas, Nº 111, 1965.

de las operaciones de los servicios y de los programas. Su incorporación a la administración de salud ha sido lenta, pero va adquiriendo cada vez mayor eficiencia a medida que se perfeccionan los procedimientos.

Una buena prueba del esfuerzo por hacer más eficientes los escasos recursos de que dispone un país, la ha dado Marruecos. Allí se ha procurado abordar estas limitaciones introduciendo el presupuesto-programa. Una ilustración de esta decisión es un programa de control del paludismo en una región de riesgo potencial, aunque el número de casos es bajo. Se propone un programa de tratamiento de casos sospechosos y declarados, de protección, de vigilancia y de saneamiento de focos larvarios. Luego, las actividades del programa son desglosadas en tareas detalladas y en el cálculo de costos unitarios que permiten asegurar el logro de objetivos y ofrecer un marco para la evaluación de resultados.⁹¹

Lo que es esencial, dice Waterston, es que los datos presupuestarios sean proporcionados por los programas y expresados bajo la forma de una tarea por cumplir, así como de unidades de trabajo y costos unitarios.⁹²

E. INSTALACION Y MANEJO DEL PROGRAMA

1. La situación del programa en el organigrama de servicios

En la tendencia actual de integración de los servicios de salud rara vez la totalidad de un servicio o una institución están dedicados a un solo programa, como por ejemplo, un Instituto de lucha antituberculosa, un centro materno-infantil, un servicio de enfermedades venéreas, etc. Cuando eso ocurre se debe a que persisten instituciones de épocas pasadas o a que prevalecen intereses ajenos a los objetivos de salud, como son, por ejemplo, la influencia de personas prestigiosas, de grupos sociales, o bien el interés de conservar fuentes de financiamiento consagradas por convenios, legados, etc.

En un servicio integrado existen programas de acuerdo con los problemas que deben combatirse, que son habitualmente numerosos. La estructura programática fue analizada en la sección sobre elección de programas y el esquema correspondiente en el gráfico 7. De este análisis se desprende que la dirección o coordinación de un programa, revestida de todos los poderes gestionarios locales, corresponde a la jefatura del servicio respectivo—la dirección zonal, la dirección de la unidad, etc.—, pues no hay un jefe o coordinador de programas que esté por encima de estas autoridades.

Por debajo del director a cargo de la jefatura del servicio local, se organi-

⁹¹M. Laaziri, A. Mechbal, M. Ouakrim, *Elements sur la programmation-budgétisation des programmes et des activités sanitaires*, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé Publique. Direction des Affaires Techniques, 1982.

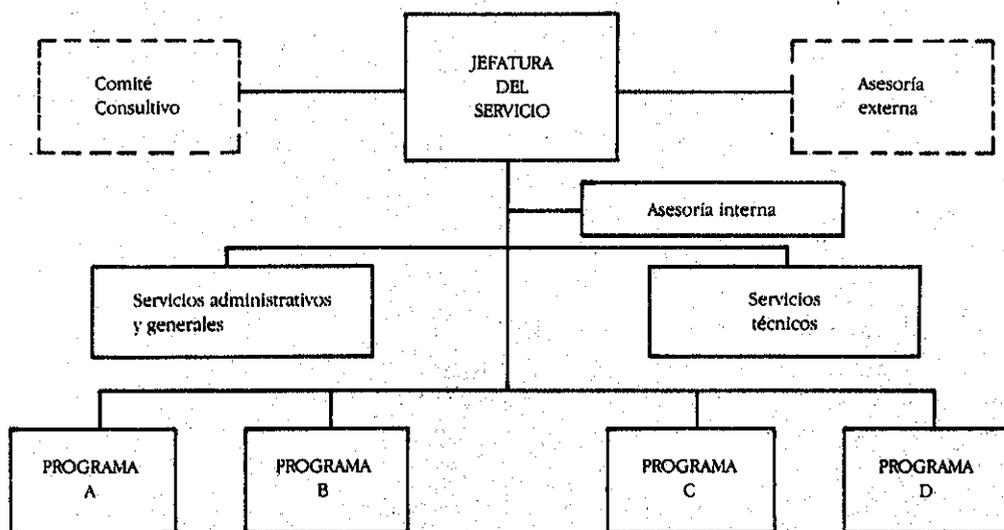
⁹²A. Waterston, *op. cit.*

zan los equipos que manejarán los programas respectivos a cargo de un coordinador.⁹³

Si hubiera un solo programa que integrara a varios subprogramas, como se esquematizó en el gráfico 7, columna 4, existiría igualmente un coordinador de ese programa único, el cual dependería de la jefatura del servicio. En los servicios primarios muy rudimentarios que suelen observarse en países de muy poco desarrollo, el coordinador del programa integrado es al mismo tiempo el jefe del servicio. En los servicios más desarrollados hay toda clase de estructuras organizativas. Sin ánimo de proporcionar un modelo estructural, el esquema del gráfico 8 responde aproximadamente a la posición de los programas en el organigrama, cualquiera sea el desarrollo del país.

Gráfico 8

UBICACION DE LOS PROGRAMAS EN EL ORGANIGRAMA DE UN SERVICIO LOCAL DE SALUD



⁹³En el momento actual se debate si la persona a cargo de un programa debe ser un "director", un "jefe" o un "coordinador". Este debate se produce como consecuencia de la idea de que debe existir un "equipo de salud" para el manejo de un programa.

De la jefatura del área o de la zona dependen los programas y los servicios administrativos, técnicos (laboratorios, rayos X, etc.) y otros, si los hubiera. Adscrito a la jefatura del área, debe existir un comité consultivo para los programas de composición intra y extrasectorial (comunidad y autoridades), así como una asesoría externa eventual para el momento oportuno. Se refiere en este caso al asesoramiento que el programa debe recibir desde fuera de la administración; puede ser la universidad, organismos autónomos, organismos internacionales, etc., que no están en la línea jerárquica del programa ni forman estructuras permanentes.

Debe existir también asesoramiento interno para el programa, lo que debe entenderse como el asesoramiento proporcionado por el personal técnico o administrativo del programa, de otros programas o del servicio regional correspondiente. En principio, la asesoría interna debe tener algún grado de estructura a fin de que se pueda contar con ella cada vez que sea necesario. Se concibe, por lo tanto, como una unidad de servicio permanente aunque se constituye en forma esporádica.

Este simple esquema se adaptará a cada situación. Hay que agregar que una jefatura de área actúa a través de diversos tipos de unidades: centros de salud, consultorios, dispensarios, etc. Los programas se radicarán en la dirección del área así como en cada unidad, y sus tareas se repartirán en estas unidades de servicio de la manera que mejor convenga a los objetivos del programa. Ello exige mecanismos de coordinación de los programas entre sí y con los organismos extrasectoriales afines.

2. El manejo del programa y el trabajo en equipo

Parece superfluo referirse a este punto que ha sido tan reiteradamente tratado en los textos de administración tradicionales. No obstante, le dedicaremos algún espacio por dos motivos principales: por la necesidad de destacar algunos aspectos implícitos en la idea de que un programa debe ser "conducido" o "guiado", lo cual es decisivo en algunos aspectos para lograr la eficacia que el programa se propone, y en segundo lugar, por la evolución que ha experimentado la idea de "dirección", "conducción", "guía", etc., en la administración sanitaria.

La diversificación de tareas, de roles, de destrezas, en una organización, tienden a su dispersión. No está de más por este hecho hacer mención de las recomendaciones clásicas acerca de las cualidades que debe tener un "jefe", quien ante todo debe mantener la unidad y la productividad de una organización o empresa, especialmente por sus cualidades personales y morales. Pero en la conducción de un programa sanitario hay también otras características que aquellas que han inspirado a los tratadistas de la administración de empresas, aunque en el fondo se trate también de conducir una empresa en sentido literal.

En un programa de salud la comunidad de objetivos lleva a desarrollar en todo el grupo participante de sus operaciones una unidad que puede parecerse a una mística de trabajo. Si esta moral desaparece, puede afirmarse que en el mejor de los casos el programa se rutinizará y sus tareas no pasarán del cumplimiento de una función más o menos burocrática.

Un programa de salud es en cierto modo una "empresa" dentro de otra empresa o mejor dicho una parte de un plan de salud más amplio que abarca diversos problemas y objetivos. De ahí su tendencia a competir por recursos y servicios con otros programas. El rol coordinador de la jefatura de servicios provincial, distrital, etc., es obvio.

Es esencial la unidad de propósitos que en un programa sanitario debe existir entre todos sus integrantes. De aquí ha nacido la idea de "trabajo en equipo" que, como se ha dicho, existe más en el espíritu y en el papel que en la realidad.

Para explicar la dificultad que existe al desarrollar equipos de trabajo en salud pública, hay que señalar que en medicina estos han existido siempre, v. gr., un equipo quirúrgico, obligado por el propósito de la tarea que une a sus integrantes. No ocurre lo mismo, sin embargo, en salud pública, por varios factores que convendría explicar.

En primer lugar, los trabajadores sanitarios se integraron al trabajo colectivo sólo a partir de las grandes reformas sanitarias, en especial, desde la creación de los centros de salud. En ellos prevaleció el reconocimiento de la multicausalidad de las enfermedades y la necesidad de fomentar la salud.

Este movimiento dio lugar a la entrada de un variado número de profesionales en las tareas de salud pública. Es natural que ello se haya hecho con miras a conservar y proteger la salud más que a curar enfermos, pues el médico entra en la escena de la promoción y protección de la salud después del ingeniero, del estadístico, del trabajador social.

Se perciben en la actualidad dos puntos de vista en lo que se refiere al trabajo en equipo, que retrasan inúltimamente las tareas. ¿Cuántos y qué profesionales y no profesionales deben integrar un equipo y quién lo dirige?

La primera parte de la pregunta representa un enfoque equivocado del problema, pues si bien es cierto que el objetivo de un programa es único, sus tareas son múltiples, y en torno a actividades y tareas es imperativo el trabajo en equipo. Esto no excluye la concurrencia de todo el personal en la discusión de los objetivos y tareas de un programa, no así necesariamente en la ejecución de objetivos operativos.

La segunda parte de la pregunta es en gran medida resultado de esta contienda. No creemos que esto sea motivo de debate. La idea de equipo trata de imponerse como si fuera un nuevo principio administrativo que rechaza las jerarquías. Desde el punto de vista filosófico, es más bien un ideal de trabajo conjunto necesario. Desde el punto de vista administrativo, es una manera de hacer más eficiente el trabajo sanitario. Se podría definir el trabajo en equipo como la forma coordinada de discurrir y de actuar de un grupo heterogéneo

destinado a identificar problemas y situaciones de responsabilidad institucional en los que le cabe participar, proponiendo las soluciones más adecuadas y la forma de ejecutarlas integradamente para el logro de objetivos comunes.

Cualquiera sea la respuesta, la jerarquía como principio administrativo no puede discutirse, pues un jefe de área no puede entenderse con todo un equipo. Es fácil comprender que su rol debe ser principalmente de coordinación de las tareas que realizan diferentes profesionales, si bien eso no excluye una responsabilidad administrativa. No es importante discutir quién debe ser ese coordinador y cómo debe ser designado, pues ello corresponde a la norma administrativa del país.

En los policlínicos integrales de Cuba, llamados centros de salud, donde el trabajo en equipo tiene su mejor expresión, estos problemas no existen. El trabajo en equipo es el resultado de una "actitud de equipo", como lo dice Escalona.⁹⁴ Hay equipos primarios, verticales, para abordar una tarea específica (como por ejemplo, brigadas de trabajadores de saneamiento) y equipos horizontales cuyo eje es el trabajo domiciliario de médico (internista, gineco-obstetra o pediatra) y el personal de enfermería. Se procura el encuentro de estos dos tipos de equipo cuando las tareas respectivas así lo aconsejan, como ocurre en los estudios epidemiológicos. En cualquier caso, otros profesionales y consultores diversos son habitualmente requeridos para integrarse a los equipos respectivos.

No discutiremos aquí las cualidades personales que debe reunir un jefe, a lo cual se han dedicado muchas páginas en los textos sobre administración. Es extremadamente difícil, dice Molina, "dar una expresión objetiva a los complejos elementos intangibles que hacen la personalidad de un jefe".⁹⁵

Fuera de ciertas condiciones innatas, influyen en esa personalidad su conocimiento y manejo de la ley, su responsabilidad frente a la política de salud que se debe aplicar, su rol como coordinador de personas, sus atribuciones jerárquicas, disciplinarias, etc.

Estas funciones corresponden nominalmente a las del jefe de un servicio, representante de la línea de autoridad. Algunas de ellas serían indelegables al coordinador de un programa y menos aún a todo un equipo, pero el espíritu de esas funciones debe, de un modo u otro, ser asumido por todo el equipo que conduce el programa.

3. Locales y espacio físico

Un programa se distribuye en el espacio urbano y rural, donde se desenvuelvan sus actividades y se emplaza la mayoría de sus recursos. Necesita, por

⁹⁴M. Escalona Reguera, *La medicina en la comunidad*, Ministerio de Salud Pública, Instituto de Desarrollo de la Salud, enero de 1980, año del II Congreso.

⁹⁵G. Molina Guzmán, *Introducción a la salud pública*, Universidad de Antioquia, Escuela Nacional de Salud Pública, Medellín, Colombia, 1977.

lo tanto, locales que permitan el cumplimiento de funciones técnicas y administrativas, atención de consultantes, hospitalización, reuniones, almacenaje, servicios diversos, y otras. Algunas de estas tareas se cumplen de modo itinerante o ambulatorio, pero siempre a partir de una sede de trabajo que es un local físico.

Existe una jerarquía u ordenamiento de tareas que crean alguna relación funcional entre las unidades que prestan servicio, como un hospital, centro de salud o dispensario, que obedece a la distribución de la población en el área servida y a la utilización óptima de recursos con los consiguientes problemas de cobertura.

Todos estos problemas requieren consideraciones sobre la función que desempeña cada unidad de servicio, su emplazamiento, su tipo, su tamaño, las características del local, etc. De aquí ha surgido la necesidad de vincular la arquitectura con la salud pública, pues todo lo relacionado con locales es en gran parte del dominio técnico y especializado del arquitecto.⁹⁶

Todo sistema sanitario tiene departamentos o secciones de arquitectura centrales y regionales para proponer y preparar diseños, y para llevar el control de los locales. Sin embargo, el trabajo conjunto con los funcionarios del servicio sanitario es indispensable por varias razones. En primer lugar, porque el sistema de salud está en permanente expansión física tanto en los países en desarrollo, como en los desarrollados. Una gran parte de los recursos financieros del sistema de salud se destinan a la construcción y mantenimiento de locales, lo que representa altos gastos en proyectos de inversión.

Se entiende que un plan de inversiones en locales de salud debe ser del más alto nivel de decisión política, pero en el diseño básico, así como en la inspección cotidiana del estado de los locales, tiene necesariamente que intervenir el funcionario de salud y a menudo el de los niveles más básicos.

Los departamentos de arquitectura suelen disponer de planos y módulos para los servicios requeridos, que están en permanente revisión. Pero el emplazamiento de las unidades, especialmente rurales, es materia de decisión conjunta del equipo sanitario con el asesoramiento del arquitecto.

En los programas sanitarios básicos en países en desarrollo o en áreas no bien desarrolladas, se toma en cuenta también la colaboración que puede aportar la comunidad en lo que respecta a alquiler, préstamo, donación o construcción de unidades, ajustándose a las normas centrales respecto a las condiciones de los locales.

El tema de los locales y del espacio físico debe incluir también el del aprovechamiento de los espacios existentes o de proyectos modulares.

Suele ser habitual oír quejas en las visitas a los centros de salud, dispensarios, etc., de países en desarrollo, acerca del problema de los espacios insufi-

⁹⁶Véase al respecto la serie de trabajos recopilados y editados por la OMS: "*Approaches to Planning and Design of Health Care facilities in Developing Areas*", de B. M. Kleczkowski y R. P. Piboleau -Offset Publications, N° 29 (vol. 1), N° 37 (vol. 2) y N° 45 (vol. 3)

cientemente aprovechados o mal utilizados, en que existen corredores estrechos, falta de ventilación, salas de espera pequeñas, falta de espacio para los niños, etc.

Muchas soluciones son de simple lógica. Otras requieren investigaciones operacionales de diversa complejidad: flujogramas cuando se trata de circulación interna, estudio de filas de personas cuando se trata de esperas, calendarios cuando se trata de citas.

El conocimiento de los problemas del aprovechamiento del espacio debería comenzar por el conocimiento más detallado posible de las funciones de un centro y del espacio que ocupa cada una de sus actividades y tareas. Este conocimiento debe formar parte de una norma de funcionamiento en la que se basarán los cálculos para preparar módulos, así como la mejor manera de utilizar el espacio con los equipos, muebles, etc. Un buen ejemplo lo proporcionan los estudios del Departamento de Estudios y Planeamiento de Salud de la Secretaría de Estado de Salud de Portugal.⁹⁷

En estos estudios se define un centro de salud y sus funciones frente a sus usuarios. Se clasifican sus actividades principales y los tipos de espacio que se requieren. Luego se dimensionan estos espacios y se presentan planos con sugerencias para la ubicación de los equipos y materiales.

Los estudios y las normativas sobre las materias referentes a locales y su utilización son cada vez más necesarios para la formulación y ejecución de los programas de salud.

4. Asignación, disponibilidad y utilización de los recursos físicos o materiales⁹⁸

Es éste uno de los capítulos más importantes de la programación, conjuntamente con el de los recursos humanos, al cual nos hemos referido brevemente antes. Su asignación a los programas es parte de la estrategia de éstos, resumida en:

PROBLEMAS → OBJETIVOS ↔ ACTIVIDADES ↔ RECURSOS

Estos integran un "instrumento" tal como se definió en el capítulo 3, bajo el acápite Producción de servicios, cuya noción es la que debe guiar la

⁹⁷M. Pontes Carreira, M. J. Gonçalves y M., Reimão Pinto, *Normas para a programação funcional de centros de saúde*. Cuadernos GEPS, Nº 6, enero de 1983.

⁹⁸En rigor, los recursos físicos o materiales se clasifican de diversa manera según el propósito de la clasificación. Por ejemplo, se habla de: a) recursos materiales: maquinaria, artefactos (equipos), muebles, herramientas, vajilla, vehículos; b) consumos: alimentos, medicamentos, material radiográfico, vacunas, material de construcción, y c) locales.

Para nuestro propósito nos referimos sólo a a) y b), que son más del dominio de la gestión de programas.

asignación de recursos, dependiendo de la estrategia seleccionada. Este asunto ha sido examinado a lo largo de las explicaciones anteriores.

En lo referente a la gestión de un programa, las consideraciones más importantes se refieren a los efectos económicos que producen las decisiones locales, no solamente acerca de la adquisición de los recursos físicos, sino también de su transporte, almacenaje, elaboración de inventarios, consumo de bienes, etc., a lo cual nos referiremos brevemente.

Adquisiciones. Un programa debe planificar en detalle los recursos físicos y materiales que sean necesarios, pues éstos consumiran una parte importante de los recursos financieros disponibles o requeridos. Como veremos, no es indiferente la cantidad ni la periodicidad de las adquisiciones. Desde luego, tampoco lo es el lugar donde se adquieran, especialmente si son importados o nacionales, pues éstas son por lo general decisiones del nivel central del sistema sanitario.

Almacenaje. Antes de su distribución, los recursos físicos deberán ser almacenados e inventariados, de lo cual depende el plan de distribución, la verificación de su calidad, la formación de *stocks* de emergencia, etc. Si se considera el aspecto económico, el almacenaje suele representar costos importantes: almacenes, vigilancia, pérdidas, deterioro de mercaderías y fluctuaciones de precios, entre otros.

Logística y transporte. Conocidas las necesidades de los servicios y las oportunidades de uso o consumo de los recursos, corresponde distribuirlos a las unidades. Ello trae aparejadas las consideraciones relativas al transporte. Cabe señalar que las necesidades de recursos materiales de los servicios, excepto las emergencias, son conocidas, y que por lo tanto su distribución es programable por calendario. En la realidad, son numerosos los problemas que obstaculizan estos esquemas.

El solo hecho de requerir medios de transporte obliga a recurrir a uno de los recursos más escasos y costosos: los vehículos. Los servicios locales de los países en desarrollo están siempre escasos de vehículos, y si se visitan sus garajes y almacenes se constata a menudo que un gran número de ellos están paralizados por falta de repuestos o por destrozos. Esta situación empeora si se considera que el mayor uso de los vehículos debe destinarse al personal para realizar funciones de supervisión, control, inspección, visitas, etc., y a menudo también al traslado de pacientes. Con cierta frecuencia además, el uso de vehículos es imperativo: traslado de productos en medios refrigerados (cadena frigorífica), accidentes, etc., lo cual agrava la situación descrita.

Todo esto repercute en los costos de los recursos físicos y materiales y por lo tanto en la eficiencia de los servicios.

La planificación de los recursos materiales. La breve mención que hacemos de la planificación de los recursos materiales en este capítulo sobre la ejecución de planes tiene como propósito señalar al planificador local su participación en la economía del sistema sanitario y por lo tanto, en la eficiencia de los servicios. Hay que pensar en la numerosa cantidad de

servicios locales que existen en un país y en la cuantía que representan las decisiones que toman sus programadores respecto a la forma de utilizar y consumir los recursos materiales en sus áreas. Este tema comprende la "microeconomía de la salud". Es evidente que la microeconomía incluye aspectos relacionados con recursos humanos y otros. Pero aquí sólo revisaremos aquello que tiene relación con los recursos físicos o materiales y el efecto de las decisiones del administrador local del programa.

Al mencionar este tema nos referimos a aspectos económicos tales como el precio de los artículos, las fluctuaciones de la demanda, la utilidad, etc., sino solamente a los efectos económicos que dependen del manejo que haga el administrador local de esos recursos.

Así, por ejemplo, veamos lo que sucede con la compra de una partida de medicamentos o su envío del almacén central o regional—que para el caso es lo mismo—, ya que será cargado a una partida del presupuesto local. Una vez adquirido, debe ser almacenado, inventariado y pasará a constituir un stock de material hasta su distribución.

Se han señalado algunas consecuencias económicas en relación con la adquisición del recurso y su almacenaje. La distribución se carga a los costos de transporte, incluido el uso del vehículo y las correspondientes pérdidas y destrucción del artículo. Luego llega a la unidad, donde nuevamente es almacenado e inventariado, ocupa espacios, requiere vigilancia, etc. Transcurre un período hasta su destino final, que en este caso está representado por el consumo del medicamento, su destrucción o pérdida y a veces, un almacenaje final en poder del consumidor, a lo cual hay que agregar las pérdidas de efecto por caducidad.

Cada recurso tiene un destino diferente, que incluye costos diferentes. Al respecto, surgen varias preguntas: ¿Es posible calcular estos costos y adjudicarlos a la eficiencia de la operación? ¿Es posible planificar el aprovechamiento óptimo de estos recursos, es decir, aumentar la eficiencia del servicio por este camino? ¿Cómo hacerlo?

La primera pregunta lleva a complicadas consideraciones económicas, entre las cuales cabe mencionar la utilidad marginal del bien, su calidad, la elasticidad de precios y el aumento o disminución de su demanda.⁹⁹

Los servicios de salud con la colaboración de economistas, que ya existen en casi todos ellos, aportan datos que se incorporan a las normas de los servicios. El planificador de la salud tiene así mayores oportunidades de conocer las consecuencias de sus decisiones sobre la cadena de efectos que hemos mencionado.

Sin embargo, eso no da respuestas fáciles a las otras dos preguntas. ¿Cómo abordarlas? Una buena gestión local comienza por organizar un

⁹⁹Puede revisarse al respecto el capítulo "Microeconomics of health", de R. M. Bailey, de la obra *Health Planning 1969*, de H. Blum y colaboradores, School of Public Health, University of California, Berkeley, 1970, y la obra de H. E. Klarman *The Economics of Health*, New York, Columbia University Press, 1967.

sistema informativo detallado de los artículos que están almacenados: tipo, cantidad, peso, fecha de entrada, destinos programados, precios, etc. Por lo general, ese inventario se lleva en tarjetas individuales para cada artículo. Ello permite programar su destino, es decir, su distribución, conjuntamente con el uso de los medios de transporte, lo cual a su vez es programable en función de sus otros usos. En el lugar de destino del artículo deben existir inventarios que den cuenta de la fecha de recepción y, por lo tanto, de su antigüedad, lo cual permite programar su reposición. Finalmente, cuando se trata de consumos, en particular de medicamentos, debería llevarse un registro de las entregas individuales, fecha, cantidad, motivo, etc.

Con esta información el programador debe tomar diferentes decisiones que tienen a su vez distintos objetivos y consecuencias. El sentido común y el trabajo metódico deben ser los primeros criterios para responder a las preguntas anteriores.

Son innumerables los ejemplos de soluciones prácticas que ha aportado la experiencia a nivel de los programas. El programador debe saber que estas soluciones pueden ser conocidas por procedimientos más complejos. Se puede construir un modelo en el cual se define cada paso y las alternativas posibles, las decisiones que se requieren, los cursos probables y los resultados que pueden esperarse. Se pueden calcular los tiempos de espera entre cada paso y, en fin, resolver una cantidad de incógnitas que redundarían en una mayor eficiencia del programa.

Estos procedimientos pertenecen al dominio de la investigación operacional, de la ciencia informática y de la automatización. Sus métodos son especializados, pero la rapidez con que han entrado los computadores en este campo permite vislumbrar a corto plazo un gran progreso en la gestión local de los programas de salud.¹⁰⁰

F. FUNCIONES Y TAREAS GENERALES DE UN PROGRAMA

Una vez definido un programa, los problemas que abordará, sus objetivos, actividades y recursos, luego de haberse decidido acerca de su organización, de la formación de sus equipos, de su instalación y de sus recursos se inician los trabajos del programa para conseguir sus objetivos específicos. En la ejecución de los programas hay innumerables funciones y tareas por cumplir. Esas tareas son guiadas por la administración coordinadora local, pero corresponde una gran responsabilidad en su promoción y correcta ejecución a los equipos locales de cada programa de salud.

¹⁰⁰Véase al respecto William A. Reinke y K. N. Williams, "Decision theory, systems analysis and operations research", *Health Planning. Qualitative Aspects and Quantitative Techniques*, Baltimore, Maryland, The John Hopkins University, 1972. También es recomendable un libro clásico como *Modern Management Methods*, de E. Dale y E. C. Michelon, Cleveland, World Publishing Co., 1966; asimismo, se recomienda, a pesar de su antigüedad, la obra de David. W. Miller y Martin Starr, *Acuerdos ejecutivos e investigación de operaciones*, México, D. F., Herrero Hermanos, Sucesores, 1961.

Hemos dicho anteriormente que estas funciones y tareas deben estar definidas en las normas centrales de un sistema nacional de salud y uniformadas en los manuales de programación. Hay que agregar que los manuales son siempre mucho más detallados que lo que ofrece la realidad; de ahí la habilidad y experiencia del trabajador local y en particular del equipo del programa para ceñirse a las indicaciones del manual sin alejarse de ellas a riesgo de crear situaciones que impidan el control y la evaluación del programa respectivo, afectando su eficiencia y eficacia.

1. Definición de tareas y funciones

Es difícil identificar con precisión las tareas de un equipo, de un programa, de un servicio local, de un funcionario determinado. Todas estas tareas están enlazadas de manera que el funcionamiento de una repercutirá necesariamente en el conjunto y finalmente en todo el sistema nacional de salud.

Un servicio local de salud es un organismo que está más cerca de la población y de sus problemas. En consecuencia, ese servicio debe tener la capacidad potencial de resolver todos esos problemas; debe hacerlo además, de modo integral, continuado, es decir, del modo que mejor responda a las necesidades de la salud. Todo ello debe expresarlo de algún modo la definición de las funciones y de las tareas de un programa sin limitarse solamente a las tareas del personal, sino a las funciones del programa, es decir, a las iniciativas de prevención, fomento, recuperación, rehabilitación; a los aspectos de la gestión que deben considerar el modo de abordar a la población, a las autoridades, etc.

Todo manual intentará presentar detalladamente las funciones de cada programa y sus tareas. Habitualmente va a proporcionar información adicional como, por ejemplo, material de consulta, catálogos de equipos y materiales y normas de formación de personal. Detallará probablemente la participación de cada funcionario, como por ejemplo, el grado de responsabilidad de cada profesional o colaborador.

Para organizar un equipo de programa es indispensable clasificar el grado de responsabilidad de sus integrantes de modo resumido, sin perjuicio de definir además, separadamente y en detalle, las funciones de cada persona.

Fuera de esta visión de conjunto de las tareas de los integrantes de los equipos de un programa, se necesita una definición de actividades de cada unidad de operación, sean éstas servicios administrativos (del personal, contabilidad, movilización); servicios técnicos o de apoyo (registro de datos, información, toma de muestras, urgencias) o de otro tipo.

Finalmente, el manual debe contener también normas respecto a funciones del equipo: atención de enfermos, de consultantes, visitas domiciliarias, educación sanitaria, supervisión, control, evaluación, etc.

Veremos a continuación algunas de las tareas habituales de un programa.

2. Información y comunicación

Es uno de los temas más importantes, no sólo de la programación, sino de todo lo que concierne a un sistema: el conocimiento de los problemas, la comunicación entre los componentes del sistema, sus relaciones con el exterior y, sobre todo, lo que se refiere a la toma de decisiones.

Mientras no hubo planes ni programas, puede decirse que la información a menudo era rudimentaria o excesiva, pero no era "pertinente", como bien la llama Ackoff.¹⁰¹

Hoy día, dice este autor, con el auge de la electrónica el énfasis se ha puesto en la construcción de bancos de datos, que tienden a constituir una fuente ilimitada de informaciones, al menos en la administración de empresas. De ahí que el problema consiste en aumentar la información y en reducir la que no es pertinente. Esto vale igualmente para el sistema de salud.

Basta encargar a un funcionario que confeccione un formulario de registro de datos de un centro de salud para convencerse de que está preparado para cubrir todas las contingencias y fenómenos imaginables, no así para proponer el "dato pertinente", aquello que necesita el equipo o la jefatura o el nivel regional o local, para tomar la decisión. Por cierto la culpa debe recaer en la falta de cohesión del sistema, que no permite hacer ver lo "necesario" y no en el funcionario, que no puede ver siempre todo lo que se necesita.

Hay que señalar que la información no basta para llevar el mensaje que permite tomar la decisión e influir sobre la acción. Al registro y compilación de datos debe seguir un sistema de comunicación de esos datos desde la fuente hasta su destino. Hay canales fijos y eventuales o no programados a través del sistema. Estos últimos están constituidos por los hábitos, la indagación, la divulgación, etc., fenómenos en gran parte sociales y psicológicos que recorren el sistema de salud.

Basta lo dicho para comprender que una respuesta al problema de la información y comunicación necesarias, sobrepasa las posibilidades de este texto, que sólo se limita a señalarlo.

Interesa reconocer aquellos mecanismos programables del sistema informativo que pueden ser ajustables en cada programa a fin de influir en las decisiones. Mencionaremos algunos aspectos que se refieren a la información y comunicación en la gestión de un programa de salud.

Un sistema no puede marchar sin un sistema adecuado de información que le permita al menos:

- conocer el estado de salud de la población;
- detectar los factores que condicionan el estado actual de salud de las personas: tamaño y edades de la población, datos del registro civil, el medio

¹⁰¹R. L. Ackoff, *Un concepto de planeación de empresas*, México, D. F., Editorial Limusa, 1980.

ambiente, las enfermedades prevalentes y epidémicas, etc.

- medir las variaciones de esos estados y condiciones a fin de evaluar la marcha del programa;
- registrar el volumen de cada una de las actividades de los programas y la cobertura poblacional;
- conocer la distribución y las necesidades en materia de recursos humanos, físicos y materiales.

Desde un punto de vista práctico, a un equipo de programación le interesan dos aspectos principales en relación con este tema: el registro de los datos para disponer de una información adecuada y los medios para hacer llegar esos datos a los centros de decisión o de utilización de la información.

En lo referente al registro de datos interesa discutir brevemente lo relativo al registro de datos médicos y los procedimientos del registro.

3. Registro de datos

En un sistema de salud es a nivel de un programa que se sitúa la primera fuente de captación de los datos referidos a la atención médica de las personas de una comunidad: morbilidad, mortalidad, denuncia de enfermedades transmisibles, etc. Juega aquí un papel importante el tipo de datos que deben registrarse. La formación que ha recibido un profesional lo inclina a realizar diagnósticos detallados siguiendo la nomenclatura de la clasificación internacional de enfermedades. La imposibilidad de llegar a esas precisiones lo hace a menudo consignar a medias el dato de morbilidad de una unidad primaria. La consecuencia es la inutilidad de esa información por ser a menudo imposible comparar los datos disponibles.

Aun en los países más desarrollados, no es siempre posible registrar con precisión un diagnóstico. De ahí la tendencia actual a sustituir el lenguaje del diagnóstico médico por una clasificación simplificada que exprese el motivo de la consulta, pero dentro de una clasificación clínica aceptable que pueda ser utilizada también por personal no médico, como lo anota Kupka.¹⁰²

4. Procedimientos de registro

En este sentido debe señalarse la importancia de los formularios. La gestión de un programa se efectuará con base en la información registrada en formularios diseñados específicamente para la tarea correspondiente, lo que está en proceso de rápida transformación. Cuando el movimiento destinado a crear centros de salud tuvo su auge, alrededor de los años cuarenta, estas unidades requerían alrededor de ocho a diez formularios básicos para cada programa (ficha maternal, ficha infantil, ficha familiar, ficha de saneamiento, etc.) y unos 30 formularios

¹⁰²K. Kupka, *Notificación de informaciones sanitarias por personal no médico*, OMS, Foro Mundial de la Salud, vol. 2, N° 1, 1981.

auxiliares (exámenes de laboratorio, formularios de referencia, de interconsultas, etc.), lo que dificultaba enormemente el trabajo cotidiano de los centros de salud, pues se daban normas detalladas para su utilización y archivo. En la actualidad este número se ha reducido considerablemente y se avanza en la adopción de mecanismos automáticos y en el archivo en films o diskettes de computación.

De cualquier modo, un equipo de programación está obligado a diseñar formularios para registrar la información, si bien es cierto que el diseño definitivo es materia de una norma nacional. Se hacen recomendaciones acerca de la necesidad de proporcionar medios ágiles de registro, escritura legible, tamaño conveniente, etc., pues la uniformidad de estos formularios es esencial para compilar datos a escala nacional y para comparar programas de las regiones entre sí.

Un tipo de formulario clave para la buena gestión de los consultantes es el formulario de referencias. Una referencia es la interconsulta que una unidad debe efectuar a otra unidad con el objeto de solicitar una opinión o un diagnóstico, o para enviar un paciente que debe ser hospitalizado.

Fuera de los aspectos gestionarios de la referencia con el envío del consultante y la recepción de la opinión sin extravíos ni pérdidas del caso, el formulario juega un papel importante en la comunicación. En un breve Espacio sustituye una conversación o una carta para solicitar una respuesta. Estos dos aspectos, solicitud y respuesta, deben estar diseñados con la máxima economía y precisión para dar y recibir una adecuada información sobre lo solicitado.

5. Difusión de la información

Se trata de la comunicación interna de los datos para la toma de decisiones en el sistema y para la difusión de esta información en todos los niveles. Deben existir al respecto mecanismos internos y permanentes del sistema, para mantener informados a los integrantes del equipo, a la jefatura del servicio y a los encargados de los servicios administrativos, auxiliares, etc., que deben tomar decisiones de diferente naturaleza y jerarquía en todos los niveles.

Deben existir también mecanismos de información al público y a otros sectores. Parte de esta comunicación se hace al compilar periódicamente los datos registrados. Es conveniente agregar a estos resúmenes estadísticos un relato del funcionamiento del programa, sus progresos, obstáculos, etc. Esta información está por lo general contenida en las memorias. A estos documentos informativos se agrega un comentario de la marcha del programa y de sus resultados. Por lo general, las memorias son resúmenes anuales en que se consolidan todos los programas, lo que da una visión global y coherente del funcionamiento del área de salud correspondiente.

6. Vigilancia y control de la ejecución

La información que es comunicada a todo el sistema sanitario durante la ejecución de un programa, debe servir para la vigilancia y control de esa ejecución, es decir, para saber si lo que se está realizando cumple o no con lo que se esperaba realizar. En el corto plazo esta vigilancia permite corregir a tiempo las desviaciones del proceso gestor. Es el control de la ejecución propiamente tal. En el más largo plazo este proceso se confunde con la evaluación, cuando ésta se utiliza para medir los resultados finales de un programa total o de una etapa de éste.

Ackoff¹⁰³ define el control de un plan o programa como el diseño de procedimientos para prever o detectar los errores o las fallas del plan, así como para prevenirlos o corregirlos sobre una base de continuidad.

En teoría, esta definición supone que hay en el fondo de todo programa un modelo óptimo de normas explicitado o no, en el cual hay variables controlables y variables no controlables, de cuyo juego se obtiene un resultado. Ese juego es el conjunto de muchas decisiones que mantienen el curso de la ejecución.

Las variables controlables, dice Ackoff, son las que pueden ser manipuladas, como las asignaciones monetarias, o la distribución de recursos. Su defecto o déficit constituye una restricción al curso de la ejecución que debe ser resuelto por medio de decisiones. Cuando las variables no son controlables, como por ejemplo el clima, las decisiones para corregir los cursos observados, consisten en ajustar las variables controlables frente al obstáculo insuperable.

En buenas cuentas, el control pretende en el fondo, encauzar las decisiones y vigilar que no se sobrepasen los límites óptimos de la ejecución. El control, dicen Bainbridge-Sapirie, no sirve para propósito alguno a menos que incluya una acción correctiva.¹⁰⁴ Desde el punto de vista práctico, el control consiste en seleccionar los indicadores que permitan vigilar durante la ejecución, las variaciones que alejan el curso de la acción de lo previsto, verificar esos cambios y corregirlos.

El procedimiento que permite establecer mecanismos de control y el acuerdo para el desarrollo del programa consiste, en primer lugar, en fijar un calendario de las operaciones del programa. Este calendario debe referirse, por lo menos, a un año completo. ¿Qué clase de operaciones debe incluir el calendario?

La base de su confección es el registro de la cronología de las actividades que deben cumplirse: fecha de iniciación, fecha de término, fecha de asignación de los recursos físicos y financieros a las actividades, y otras. Un mecanismo de control puede estar representado en este sentido, por la fecha de iniciación y término de un proyecto y el análisis de esa ejecución dentro de un

¹⁰³R. L. Ackoff, *op. cit.*, pág. 17.

¹⁰⁴J. Bainbridge y S. Sapirie, *op. cit.*, p. 237.

programa, como pueden ser un curso de perfeccionamiento, una investigación, una construcción.¹⁰⁵

El calendario hará evidentes los indicadores que se necesitan para el control, pues además la administración hará uso del calendario detallado para todos los propósitos gestionarios: las asignaciones financieras, la gestión de los recursos humanos, las tareas de coordinación.

Todos los procedimientos de vigilancia y control son utilizados también en las tareas de supervisión del programa. La supervisión es un proceso de orientación educativa para guiar al equipo en el uso de la tecnología más adecuada para el logro de los objetivos del programa. Si bien esta tarea es propia de toda la línea responsable del programa, en la práctica la supervisión consiste en reforzar esta línea con personal técnico, con más alto nivel de formación y mayor experiencia, no comprometido necesaria y directamente en la gestión, pero perteneciente a la nómina del servicio.

Un tipo de supervisión puede ser proporcionado también por personal asesor, generalmente de fuera del sistema: universidades, centros de investigación, organismos internacionales. Su presencia es ocasional y no compromete la responsabilidad del equipo sino en aquello que el sistema de salud estima adecuado, de acuerdo con las opiniones formalmente expresadas por el asesor.

En los escritos de Bainbridge y Sapirie, como asimismo en diversos documentos de la Organización Mundial de la Salud, se han sintetizado las operaciones para el control de programas,¹⁰⁶ de lo cual haremos aquí un breve resumen:

Los indicadores de control deben referirse principalmente a los siguientes factores:

-*tiempo*: comienzo y término de una actividad (hitos), es decir, duración de la actividad;

-*costo*: selección de ciertas partidas de gastos (salarios, gastos de un proyecto, gasto de ciertos equipos);

-*ejecución* (rendimiento): cantidad y calidad de las actividades operativas, sujetas a análisis crítico de los resultados obtenidos.

Hay que distinguir el control que hace el jefe ejecutivo del servicio y el que efectúa el equipo. El primero puede tener una finalidad diferente y se destinará más bien a la información de las autoridades del sistema y de la comunidad. El control que efectúa el equipo del programa es más detallado. En ambos casos se utilizarán indicadores apropiados para cada uno.

Para instalar un sistema de control en un programa, deben diseñarse formularios apropiados que permitan conocer el desarrollo de las actividades

¹⁰⁵Naciones Unidas. *Manual de proyectos de desarrollo económico*, op. cit., p. 11.

¹⁰⁶J. Bainbridge y S. Sapirie, op. cit., pp. 236 a 251,

-OMS, *La ejecución del programa como parte del proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud*, Ginebra MPNHD/81.5.

-OMS, *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de salud para todos en el año 2 000*. Serie "Salud para todos", N° 4, Ginebra, 1981.

y el uso de los recursos. El diseño dependerá de quién debe informar, sobre qué tema y en qué momento.

Los formularios deben constar en las normas del servicio, pero cada equipo preparará guías para el control más adecuado de su acción. Este trabajo no debe recargar excesivamente las labores habituales del equipo, pues una vez instalado se debe ser riguroso en el registro de las acciones requeridas.

Los indicadores deben permitir la comparación entre el estado actual de la actividad, incluidos los recursos a ella asignados y lo planeado, de acuerdo con los calendarios. Si se encuentran diferencias significativas que revelen, por ejemplo, procedimientos administrativos ineficientes, es posible introducir modificaciones en las estrategias del programa o en su calendario de operaciones.

Los resultados observados son una fuente valiosa para el análisis crítico de la marcha del programa, con el equipo, con las autoridades locales y eventualmente con la comunidad. De ese análisis deben surgir nuevas decisiones a nivel del equipo o a nivel de la autoridad correspondiente del sistema de salud.