
Unidad V

Programación

UNIDAD V

PROGRAMACIÓN

RESUMEN DE LA UNIDAD

La programación en salud abarca todas las actividades de un establecimiento de salud, necesarias para alcanzar resultados esperados y es fundamental que sea elaborada por el equipo de gestión del establecimiento.

Debemos considerar las acciones de supervisión y control de calidad para identificar el grado de satisfacción y la rendición de cuentas contables; las acciones de soporte de información para que se use y la incorpore en el proceso de decisiones; y en tercer lugar, el sistema de costos para determinar el costo eficacia.

En este sentido, se da importancia al enfoque estratégico de la gerencia financiera para garantizar el financiamiento, es necesario costear para concretar financieramente la programación y realizar una eficiente asignación de recursos; que posibilite niveles adecuados de efectivo, en apoyo a los objetivos y programas.

Los criterios a utilizar para la asignación de recursos son: costo del programa, eficiencia, importancia política, impacto esperado y grado de necesidad de la población.

Cuando se trata de asignar recursos, se tendrá en cuenta el mejorar el estado de salud de la población a su cargo, fin último de nuestros servicios de salud.

Como trabajamos en el sector público tendremos en cuenta el clasificador de gastos y la Directiva para la aprobación, ejecución, control y evaluación del proceso presupuestal del sector público.

LECTURA Nº 1:

PLAN DE GESTIÓN DE LOS PROGRAMAS

SOLIS, Wilfredo (1995). En Módulo de Programación. CSP UPCH.

RESUMEN

En la lectura sobre «Plan de gestión de los programas», nos recuerda que es importante considerar el plan de gestión que considere tres elementos: acciones de control para que los objetivos/resultados se alcancen de acuerdo a lo planeado aquí destacan la observación como visita periódica del equipo de gestión a los operativos, la supervisión en que se da un proceso constructivo y esencialmente educativo facilitando la toma de decisiones; el control de calidad para identificar el grado de satisfacción y la rendición de cuentas contables.

El segundo elemento, son las acciones de soporte de información para que se usen y se incorporen en el proceso de decisiones.

El tercer elemento es el sistema de costos para determinar el costo eficacia, el costo efectividad o el costo resultado, que nos permite elaborar el presupuesto con una adecuada distribución.

PLAN DE GESTIÓN DE LOS PROGRAMAS

La programación quedará incompleta y su utilidad puede verse seriamente afectada si no se formula un plan de gestión. El plan de gestión es un instrumento que permite delimitar los aspectos operacionales y administrativos de la programación de Programas de Salud; permite preparar la fase operativa o de ejecución, que es la de integrar los recursos, dirigir, y monitorear las fases ejecutadas.

A nivel operacional, el plan deberá organizar temporalmente el desarrollo de las actividades programadas. Deberá considerar un cronograma de actividades o un PERT; se definirán responsabilidades de nivel central, regional y local tanto individuales como organizacionales

A nivel administrativo, el plan deberá definir la forma de asignación y distribución de los recursos a las unidades operativas.

El plan de gestión permite un adecuado seguimiento y monitoreo de los programas.

Un plan de gestión debe constar fundamentalmente, de tres elementos:

1. PROCESO DE CONTROL

Las acciones de control son una de las funciones principales de la administración en general y de la gerencia de Programas de Salud en particular.

El control es una categoría científica en las ciencias de la administración y es una guía para la organización del trabajo.

Existen muchos aportes al concepto de control, destacando el siguiente: «Control es el proceso para determinar lo que se realiza, valorizando, comparando con lo previsto y aplicando las medidas correctivas, de forma tal que los objetivos/resultados se alcancen de acuerdo a lo planeado».

Dentro de las principales finalidades del control en los programas de salud cabe destacar los siguientes:

- Identificar los defectos de que puede estar adoleciendo el desarrollo de un programa de salud.
- Medir hasta qué punto se ha cumplido los objetivos/resultados.
- Evaluar el grado de efectividad e impacto de las acciones.
- Acumular conocimiento que permita el mejoramiento de los servicios y el fortalecimiento de los recursos humanos.

Es indispensable tener presente el papel que pueda llegar a jugar la investigación de servicios de salud en el proceso de control; actualmente, no tener presente esto lleva a los programas de salud a prácticas constantes de prueba y error que sólo incrementan notablemente los costos.

Es necesario establecer algunos principios como formas básicas de pensar el control y que podemos aplicar a los programas de salud:

- El control es sólo un medio para alcanzar los propósitos deseados: No se debe controlar para conocer el pasado e identificar responsables de los errores, sino se debe controlar para buscar mejores soluciones futuras.

- El control no debe costar más que los errores que evite: Debe tener su racionalidad económica en cuanto el análisis costo/resultado.
- El control debe basarse en un sistema permanente de retroalimentación: Es necesario contar con un sistema de soporte de información que sea suficiente, oportuno y veraz.
- Las actividades deben ser priorizadas para su control: Las innumerables acciones en cualquier programa de salud impiden el control de cada una de ellas. Hay que evitar construir engorrosos formularios, cifras y documentos para controlar que distorsionan el proceso e incrementan la burocracia. Para seleccionar las actividades es necesario utilizar un conjunto variado de criterios que van desde los recursos disponibles hasta el costo de cada actividad.
- Existen diferentes tipos de control, dentro de los que destacan: La observación, inspección, auditorías, supervisión, evaluación, monitoreo, verificación, rendición de cuentas, etc.

Los autores expresan algunas de ellas con igual significado*. A continuación las más usadas:

Observación

Es un conjunto de visitas periódicas efectuadas a los establecimientos y programas de salud que el equipo de dirección realiza, por diferentes razones. Por observación directa se pueden identificar defectos o bondades en el desarrollo de las actividades. Una desventaja de esta acción de control es que se pueden incurrir en superficialidades o formas rutinarias de visitas, situación muy frecuente en nuestros servicios.

Inspección

Es la comparación del cumplimiento de normas, reglamentos, circulares, directivas y otros; puede ser avisada y sorpresiva. Su abuso puede promover sensaciones de persecución, represión, temor, desconfianza y en consecuencia una disminución de la eficiencia.

Auditoría

Es el control que se realiza teniendo como base los documentos administrativos o científico-técnicos (auditorías contables, de almacén, de historias clínicas); si se encuentran violaciones de normas éstas pueden ser sancionables. El exceso de esta acción tiene el mismo efecto anteriormente señalado, su falta produce descontrol administrativo y científico. Se utiliza para la medición de la Calidad de la Atención Médica en los Comités de historias clínicas.

Supervisión

Es un proceso técnico-administrativo de investigación y análisis de interrelación activa, constructiva y esencialmente educativo por cuanto brinda asesoría y apoyo técnico al supervisado, orientándolo hacia el cumplimiento de sus actividades de acuerdo a las Normas y Objetivos establecidos; facilitando la toma de decisiones y la calidad de los servicios. La supervisión tiene tres etapas: planeamiento, ejecución y propuestas de desarrollo (conclusiones y recomendaciones).

Evaluación

Proceso de comparación, medición o enunciado de un juicio de valor en relación al cumplimiento de los objetivos propuestos en el programa y que pasa por valorar los componentes estructurales, de proceso y resultados de los mismos. Esta acción de control busca, reúne y procesa información sobre diferentes componentes del programa con la finalidad de tener elementos para la toma de decisiones que permitan con su continuación, modificación o abandono. Debe ser acompañada de otras formas de control.

Monitoreo

Es una forma de control que se realiza sobre actividades de suma importancia, de corto plazo y de poca predictibilidad en sus resultados, lo que crea la necesidad de una observación continua, para la rápida y precisa toma de decisiones.

Control de Calidad

Se lleva a cabo para identificar el grado de satisfacción o defectos que tenga la prestación de servicios; por ejemplo: grado de satisfacción de los usuarios, infecciones hospitalarias, etc.

Rendición de Cuentas

Forma de control que consiste en emitir informe a una instancia sobre las actividades realizadas. La forma más utilizada en nuestro medio es la rendición de cuentas contables.

La frecuencia del control y la forma que se emplee, dependen:

- De los problemas que se quieren identificar.
- Del tipo de institución o programa que se quiera controlar.
- De la capacidad del personal que ejecuta las tareas y de la especialidad de los integrantes de los equipos de control.
- De la calidad y cantidad de información disponible.
- De los recursos disponibles.

La ausencia de control origina:

- Funcionamiento al azar de los programas de salud.
- Adecuación de normas y procedimientos según conveniencias
- Inercia de la organización.
- Sentimientos de insatisfacción y falta de motivación.
- Incremento de costos y gastos injustificados.

Con estos breves alcances sobre el control y sus diversas formas queremos hacer notar que es necesario un conocimiento más amplio y profundo de sus técnicas que faciliten el buen desarrollo de los programas de salud y sobre todo que contribuyan al cumplimiento de sus resultados esperados.

2. SISTEMAS DE SOPORTE DE INFORMACIÓN

El sistema de información en los programas de salud es el conjunto que alimenta el proceso racional y continuo de la toma de decisiones que conduce a elegir un curso de acción determinado.

La información es fuente de conocimiento para el manejo de los procesos de decisión, para la elaboración de los programas de acción, para el desarrollo de los procesos de control; convirtiéndolos en herramienta de análisis.

La información adquirida permite a los usuarios, mediante un análisis, transformarla en conocimiento. Conceptualmente, «informar» es suministrar al receptor los elementos necesarios para construir una configuración mental en torno a una realidad.

Frecuentemente observamos que la información que se produce no se usa, ya sea porque es deficiente en calidad y cantidad o porque no es la que se requiere para el manejo de los programas de salud. Este panorama se complica si se ve que un gran número de datos son producidos masivamente sin ningún criterio de selección, no dimensionando adecuadamente los problemas y las formas de resolverlos.

Los usuarios en los diferentes niveles ignoran la existencia de información. Hay otros usuarios que reciben la información pero no saben cómo usarla y no la incorporan en el proceso de decisiones.

Se describe como una gran deficiencia de los sistemas de información, el no contemplar a la comunidad como usuario, lo que dificulta y limita su participación en las actividades de salud.

La finalidad de un sistema de información como elemento del plan de gestión de la programación del programas de salud es:

- Describir el ámbito geográfico poblacional del programa de salud.
- Contribuir al análisis situacional, identificando y priorizando problemas.
- Contribuir al desarrollo y evaluación de los servicios de salud.

Es conveniente señalar algunos principios para la implementación de un sistema de información:

- Los sistemas de información deben ser flexibles y dinámicos, deben usar diversas metodologías a fin de obtener datos útiles y económicos.
- La información obtenida y procesada debe ser posible de compararla con la ejecutada por otro programa de salud en ámbitos distintos.

Un sistema de información tiene dos elementos estructurales que lo identifican y definen; la información y la comunicación. Desarrollar un sistema de información, por consiguiente, implica asegurar las fuentes y contenidos e identificar y desarrollar los flujos entre los usuarios que hagan factible la comunicación.

3. SISTEMA DE COSTOS

Conjunto de información que registra y expresa el comportamiento de elementos tales como; actividades del programa, unidad de medida de la actividad, unidades de producción, gastos por actividad o unidades de producción, costo por actividad, costo por servicio, costo marginal, costo del desperdicio, etc.

Sirve para la adecuada toma de decisiones en la gerencia de los programas, el mismo que puede ser evaluado económica y socialmente.

Se debe establecer los costos por programas y actividades teniendo en cuenta el clasificador por objeto del gasto y otros documentos (directivas, ley de presupuesto, ley de control, normas de donaciones, etc). Además es necesario que las áreas de logística y de personal desagreguen los recursos respectivos que manejan por actividades, subprogramas y programas a fin de facilitar el sistema de costos.

El establecer los costos nos permitirá determinar el costo eficacia, el costo efectividad o costo resultado de los programas.

El contar con costo por actividad nos permitirá elaborar con facilidad el presupuesto por programas, facilitando la gerencia dinámica, flexible y oportuna, viabilizando la adecuada distribución de los recursos escasos.

Permite sustentar el proyecto formulado de los programas en base al estudio de costos.

Limitaciones:

La ausencia de un sistema de costos contribuye:

- A la inadecuada toma de decisiones en la gerencia de los programas.
- Falta de sustentos para la formulación de los programas en la búsqueda de financiamiento de los mismos.

La implementación del sistema de costos permite la determinación de costos en: fijos, variables, directos, indirectos, producción, unitarios, etc., y la recuperación de costos.

Costos fijos

Son aquellos costos que no varían con la cantidad producida, son constantes e independiente del nivel de producción de actividades. Por ejemplo, remuneración del personal, costo de depreciación.

Costos variables

Los costos variables son los que varían con la cantidad producida del servicio. Por ejemplo: a mayor número de inyectables, mayor cantidad de agujas y jeringas.

Costo marginal

El conocer los costos por actividad ayudará a establecer el costo marginal, que significa que por cada unidad adicional de servicio que brinda (cantidad de actividades producidas) se sabrá cuánto es el costo.

LECTURA Nº 2:

**MANUAL PARA LA PLANIFICACIÓN LOCAL EN
ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL PRIMER NIVEL**

SUBREGIÓN DE SALUD IV - Cajamarca. Aprisabac. Enero 1998.

RESUMEN

En la lectura sobre el manual para la programación local en establecimientos de salud de primer nivel, se le da importancia a la estimación de recursos, en dos grandes áreas: cálculo de los recursos humanos y cálculo de los gastos operativos, equipo e infraestructura. Para el cálculo de recursos humanos se proponen tres pasos: el primero, estimación de la proporción de actividades intra y extramurales; segundo, cálculo del tiempo adicional por actividad extramural; y tercero, cálculo de las horas por tipo de personal que necesitamos para las actividades.

MANUAL PARA LA PLANIFICACIÓN LOCAL EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL PRIMER NIVEL

ESTIMACIONES DE RECURSOS

Es necesario, una vez establecidas todas las actividades, estimar los recursos que necesitamos para poder cumplirlas, tanto en personal de salud, como en materiales, insumos servicios y otros, este será un primer paso para poder conocer los costos de cada una. Con ello será posible elaborar con facilidad el presupuesto por programas y áreas, viabilizando la adecuada distribución de los escasos recursos; facilitando la gerencia dinámica, flexible y oportuna.

El establecer los costos nos permitirá posteriormente determinar el costo - eficiencia, el costo-efectividad o costo-resultado de los programas.

El contar con un presupuesto nos ayudará a:

- La adecuada toma de decisiones en la gerencia del establecimiento de salud.
- Un buen sustento para la búsqueda de financiamiento de los programas y proyectos.

Para poder realizar estos cálculos es útil contar con una lista de precios actualizados de los principales recursos considerados en el plan.

Procedimiento para la estimación de recursos en dos grandes áreas: cálculo de los recursos humanos y cálculo de los gastos operativos (materiales, servicios, bienes), equipamiento e infraestructura.

A. Cálculo de los recursos humanos:

Se pretende identificar a partir de las metas establecidas en el plan, el tipo y número de personal necesario a contratar, teniendo en cuenta las características propias de cada ámbito.

PASO 1: Estimación de la proporción de actividades intra y extramurales por actividad

Como sabemos, hay un conjunto de factores que limitan la accesibilidad de la población al establecimiento de salud, que hace necesaria una búsqueda activa en sus comunidades o casas para poder prevenir, controlar o recuperar su salud.

Lo ideal sería tener una estimación de estos diversos factores: económicos, cultural, geográfico para poder tener una idea más precisa de la necesidad de actividades extramurales; sin embargo, la información disponible en este momento no nos permite hacer este tipo de análisis. Por esta razón utilizaremos como criterio para calcular la necesidad de actividades extramurales solamente la accesibilidad geográfica. Para ello se realiza:

Estimación del porcentaje de población accesible físicamente al establecimiento:

$$\frac{\text{Nº de comunidades a menos de 3 horas o menos de 12 Km. del establecimiento}}{\text{total de comunidades del ámbito}} \times 100$$

Se considera que esta población tiene mayores posibilidades para asistir a una atención intramural.

De otro lado se calcula la población con difícil acceso geográfico al servicio de salud:

$$\frac{\text{Nº de comunidades a más de 3 horas o más de 12 Km. del establecimiento}}{\text{total de comunidades del ámbito}} \times 100$$

Este porcentaje de población que requiere de una acción de búsqueda activa o desplazamiento del personal hasta su comunidad o un punto cercano a ella.

PASO 2: Cálculo del tiempo adicional por actividad extramural

Una vez que conocemos el porcentaje de población que requiere de una atención extramural, necesitamos saber cuál es el tiempo adicional por cada actividad realizada en la comunidad o domicilio.

Para ello calcularemos primero el **tiempo promedio de desplazamiento** a las comunidades (T) sumando el tiempo empleado en ir y volver de cada comunidad del ámbito y dividiendo este resultado entre el número total de comunidades.

$$T = \frac{\text{Tiempo a comunidad 1} + \text{Tiempo a comunidad 2} + \dots + \text{Tiempo a comunidad } n}{N \text{ (número total de comunidades)}}$$

Como en una salida a comunidad no se realiza una actividad sino un conjunto de actividades simultáneamente. No podemos sumar este resultado a cada actividad. El tiempo promedio de desplazamiento encontrado debemos dividirlo entre el número promedio de actividades por cada salida para encontrar el tiempo adicional por actividad extramural (TAe).

$$TAe = \frac{\text{Tiempo promedio de desplazamiento}}{\text{Número promedio de actividades por salida}}$$

Número promedio de actividades establecidas por la SRS=15

PASO 3: Cálculo de las horas por tipo de personal que necesitamos para las actividades del plan

Con los elementos que hemos trabajado anteriormente estamos listos para calcular el tiempo requerido para cada una de las actividades programadas en el plan. Proponemos utilizar la siguiente matriz.

Para las columnas referentes a **Actividad y Meta** recurriremos al plan ya trabajado (Matriz programación de actividades) y de él extraemos solamente las actividades y las metas propuestas en atención a la salud ya sean actividades preventivas, recuperativas o de rehabilitación.

Concentración: En esta columna colocaremos el número de veces que se requiere hacer la actividad en el año. Muchas de las actividades ya están normadas en los programas de salud. Ej. El control prenatal debe hacerse por lo menos 4 veces al año, la vacuna DPT 03 veces y así por cada actividad. En caso de no existir estos criterios en algunas actividades, se pueden utilizar los promedios o estándares subregionales.

Nº Total de actividades: Se obtiene de multiplicar la meta por la concentración.

Nº de Atenciones Intramurales y Extramurales: Tomando en cuenta los porcentajes estimados en el paso 1, se calcula el número de atenciones intra y extramurales por actividad.

$$\text{Nº de Atenciones Intramurales} = \frac{\text{Nº total de actividades} \times \text{Porcentaje intramural}}{100}$$

$$\text{Nº atenciones extramurales} = \frac{\text{Nº total de actividades} \times \text{Porcentaje extramural}}{100}$$

Tiempo Promedio por Actividad Intramural: En esta columna colocaremos el tiempo en minutos que se requiere para cada atención.

Muchos de estos tiempos ya están normados en los programas de salud., Ej. minutos y así por cada actividad. En caso de no existir estos criterios en algunas atenciones se pueden utilizar los promedios o estándares subregionales.

Tiempo promedio por actividad extramural: Para calcular el tiempo promedio por actividad extramural sumaremos a los tiempos establecidos para la actividad intramural el tiempo adicional por actividad extramural calculado en el paso 2.

Total minutos intramural: necesarios al año para realizar la actividad, se obtiene de multiplicar el total de atenciones intramurales por el tiempo por actividad intramural.

Total minutos extramural: necesarios al año para realizar la actividad, se obtiene de multiplicar el total de atenciones extramurales por el tiempo por actividad extramural.

Total minutos año: es la suma de los minutos intramural más los extramural.

Total Horas Hombre año: El total de minutos al año se divide entre 60 y así se convierte en horas/hombre/año.

Todos estos datos pueden ser resumidos en la siguiente matriz.

| Actividad | Recursos | Car |
|-----------|----------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Tipo de Recurso: Teniendo en cuenta el carácter de la actividad y capacidad resolutive del establecimiento se señalará si se necesita un médico, una enfermera, una obstetrix, un odontólogo o un médico para esta actividad.

Ej. Un control prenatal en un C.S. que debe atender el embarazo de mediano riesgo y las referencias de las P.S. necesita una obstetrix o un médico para esta actividad.

En un P.S. que sólo realiza control del embarazo de bajo riesgo e identificación del alto riesgo para su referencia a otro nivel puede ser efectuado por una enfermera o un técnico.

Total de horas por tipo de recurso: se sumarán todas las horas que corresponden a un médico, una enfermera, una obstetrix o un técnico.

| TIPO DE RECURSO | TOTAL HORAS/AÑO |
|------------------------|------------------------|
| Médico | |
| Obstetrix | |
| Enfermera | |
| Técnico | |
| TOTAL | |

B. Cálculo de los Recursos Materiales: Para su funcionamiento el establecimiento necesita de un conjunto de recursos materiales, el pago de servicios por consumo de energía, agua, etc. Es conveniente estimar que necesitamos para cada actividad y cuánto nos cuesta todo esto. Para ello podemos utilizar esta matriz.

RECURSOS Y PRESUPUESTOS POR ACTIVIDAD

C. Presupuesto Consolidado: para facilitar el manejo de los recursos por el equipo técnico es necesario que este cuente con un consolidado que le permita hacer las descentralizaciones, rendiciones y monitoreo de la ejecución del presupuesto., Para ello se pueden utilizar varios formatos, uno primero por partidas de acuerdo a los establecido por el MINSA y en segundo lugar un consolidado por áreas o líneas de trabajo.

PRESUPUESTO CONSOLIDADO POR ÁREAS

| COMPONENTE/AREA | PRESUPUESTO |
|---|--------------------|
| 1.COMPONENTE GESTION | |
| Planificación | |
| Supervisión y Evaluación | |
| Sistema de Información | |
| Sistema de Vigilancia | |
| | |
| | |
| SUB TOTAL | |
| | |
| 2.COMPONENTES DE PRESTACION | |
| Area Salud del Niño | |
| Area Salud de la Mujer y Adolescente | |
| Area de Programas Especiales | |
| Area de Control de Enfermedades Transmisibles | |
| Area de Saneamiento Básico | |
| | |
| | |
| <u>SUB TOTAL</u> | |
| TOTAL | |

LECTURA N° 3:

**DIRECTIVA PARA LA FORMULACIÓN DEL
PLAN OPERATIVO 1997
N° 002-96 SA-OCP-OEPP****RESUMEN**

Elaborado para la Formulación del Plan Operativo del sector salud recomienda se tome la información del año anterior y la apertura funcional programática del sector salud que será el marco orientador de las actividades luego precisa conceptos generales sobre el plan, el contexto general, el presupuesto, el seguimiento y la evaluación.

DIRECTIVA PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN OPERATIVO 1997 Nº 002-96 SA-OCP-OEPP

I. Objetivo

Impartir las orientaciones y pautas pertinentes para la etapa de formulación del Plan Operativo para el año 1997 de las dependencias del Sector Salud a nivel nacional, que constituye el principal instrumento en el cual se plasme las acciones del quehacer de salud para el logro de los grandes objetivos nacionales de salud.

II. Alcance

La presente Directiva es de alcance para los órganos y organismos del Ministerio de salud, tanto los de la Sede Central como de sus órganos desconcentrados y descentralizados así como otras instituciones del Sector.

III. Base legal

- Constitución Política del Perú.
- Decreto Ley Nº 25548, Creación del Consejo Nacional de Planificación. Artículo 6º.
- Ley Nº 26703 «Ley de Gestión Presupuestaria del Estado».
- Ley Nº 26706 «Ley de Presupuesto del Sector Público para 1997».

IV. Aspectos Generales

La presente establece las orientaciones y las pautas para la formulación del Plan Operativo 1997 de los órganos y del Ministerio de Salud, tanto de la sede central como de sus órganos desconcentrados y descentralizados y otras instituciones del Sector, con criterio técnico que respondan a los objetivos de la Política Nacional de salud.

Para la elaboración del Plan Operativo 1997, se tomara información de la evaluación de las acciones de salud ejecutadas en el transcurso del año 1996 correlacionada con la ejecución presupuestal, las premisas y supuestos macroeconómicos utilizados en la etapa de formulación del Presupuesto para el año 1997 y la Apertura Funcional Programática del Sector Salud.

La Formulación del Plan Operativo se inicia con un análisis de situación refiriéndose a elementos de relevancia central en dicha problemática (población, perfil epidemiológico, salud del ambiente, recursos del sector, producción, gerencia y otros) los cuales permitirán identificar los nudos críticos y priorizar los problemas a ser intervenidos tomando en consideración las necesidades y respuestas del Sector subrayando los logros y deficiencias encontradas y los mecanismos de gestión y gerencia a ser soporte para las intervenciones que se pretenden ejecutar. A partir de ello se establecen las intervenciones a mediano, corto y mediano plazo y lo que se pretende alcanzar traducido en objetivos, actividades, componentes y metas para el Corto Plazo (1997).

En relación a las metas para 1997, éstas deben expresar los objetivos de una manera cuantitativa y cualitativa que sean el reflejo de la misión-visión objetivo de la institución, la cual se logrará por el conjunto de acciones, actividades, componentes y tareas que

programe ejecutar la institución en beneficio de la salud de la población que acude a los servicios de salud de los distintos establecimientos que dispone el sector. Por lo que se debe prever cuales serán los recursos humanos, financieros, físicos y materiales (requerimientos presupuestales) para la consecución de las metas establecidas para el logro de los grandes objetivos de Política del Sector y por ende de los objetivos Nacionales del gobierno.

Para la programación de las actividades se dispone de la Apertura Funcional Programática 1997, que es el marco orientador de las actividades y proyectos que constituyen las principales herramientas del quehacer de salud para el logro de los objetivos.

V. Aspectos Específicos

La Presente Directiva presenta la matriz de programación de actividades involucradas en el quehacer de Salud, además incluye la tabla de programación de actividades de salud.

La información contenida en la matriz y en la tabla, tienen un carácter de información-tipo y debe, por lo tanto, ser tomada como referencia. Su adecuación, en caso necesario, a la realidad regional, sub regional o local corresponde hacerla a la gerencia local e intermedia, las cuales deberán incluir todas las actividades que brinde el servicio de salud además de las propias tales como las de gerenciamiento y administración.

La programación en salud es el ente motor que debe articularse en una programación descentralizada de las actividades correlacionada con los recursos presupuestales necesarios, como se dará en este año 1997. Esta programación se efectuará de acuerdo al nivel de trabajo de los diferentes estamentos involucrados en salud por actividades de cuadro a la Apertura Funcional que forma parte de esta Directiva

CONCEPTOS GENERALES

Plan Operativo

Instrumento para la gestión de los órganos y organismos, del Ministerio de Salud, tanto los de al sede central como de sus órganos desconcentrados y descentralizados, regiones y subregiones del Ministerio de Salud, así como otras instituciones del Sector. Esta herramienta de gestión establece las prioridades, orientación básica, las acciones a desarrollar dentro de una secuencia lógica y explícita con los requerimientos físicos, humanos y financieros para el cumplimiento de las metas, precisando de esta manera la acción estatal en el campo de la salud pública en un período anal.

Contexto General

Está dado por el proceso general en el que se encuentra embarcado el país, región, subregión o nivel local, poniendo énfasis en los aspectos demográficos, económicos, financieros, social y cultural para luego abordar los problemas de salud.

Presupuesto requerido para 1997

Se debe consignar en este acápite el presupuesto requerido por toda fuente para cumplir y/o lograr la ejecución de las actividades y proyectos, para lo cual se debe acompañar los costos unitarios así como el cronograma de ejecución.

Seguimiento y Evaluación

En todo plan se debe plasmar los mecanismos para hacer seguimiento a las acciones planteadas así como definir los distintos indicadores de proceso, estructura y de resultados, tanto de salud como de gestión para evaluar el cumplimiento de lo planteado.

VI. Disposiciones finales

- El Plan Operativo debe ser presentado a más tardar en el mes de enero de 1997 a la Oficina General de Planificación para su aprobación y consolidación a nivel sector.
- Dejar sin efecto la R. N° 857-95-SA/DM., y demás disposiciones legales que se opongan a la presente Resolución.

LECTURA Nº 4:

**INSTRUCTIVO DE LA MATRIZ DE
PROGRAMACIÓN****RESUMEN**

Da énfasis a que realizado el análisis situacional, se prioriza los problemas según criterios y se plantean los objetivos luego habla sucesivamente de las actividades, metas, recursos, financiamiento, responsables y cronograma.

INSTRUCTIVO DE LA MATRIZ

1. PROBLEMAS PRIORIZADOS

Después de realizado el análisis situacional, enfocado a través de la demanda y la oferta de los servicios que produce el establecimiento de salud, direcciones regionales y/o subregionales de salud, Institutos especializados, oficinas y dependencias del Ministerio de Salud, OPDs y otros involucrados en el quehacer de salud, se procede a listar los problemas que ocasionan los grandes nudos críticos, agrupados en sanitarios, de gestión e inversión.

La priorización de los problemas identificados debe hacerse con enfoque de riesgo del usuario, de la comunidad, de los servicios y del establecimiento y de acuerdo a los siguientes criterios:

- Magnitud del problema: En relación con la cantidad de población afectada.
- Tendencia del problema: Relacionado con el incremento, decremento o estabilidad en el tiempo de las características y repercusiones del problema.
- Gravedad del problema: Relacionada con el mayor o menor riesgo de la población ante el problema presentado.
- Percepción del problema por la población: Cuando un problema es visualizado por la población, como ésta participa activamente en la resolución del mismo.
- Capacidad de intervención: Relacionado con la capacidad de resolución del establecimiento o recurre a instancias superiores.

Lo que se logrará es:

Racionalizar los recursos para un tiempo determinado.

Ordenar las intervenciones según los problemas de salud.

Asignación de los recursos según necesidad y disponibilidad.

2. OBJETIVOS

Los objetivos se derivarán del planteamiento de lo que se pretende alcanzar cuando se interviene el problema, sea para resolverlo en su totalidad o por lo menos mitigar su acción.

3. ACTIVIDADES

Actividades de Salud: Son todas las actividades de salud intramurales y extramurales, recuperativas, preventivas y promocionales y otras que ejecuten. Para el caso específico de salud, se utilizará la tabla auxiliar de programación. Estas actividades a su vez se pueden desagregar en componentes, tareas, dependiendo del nivel con que se realice la programación de actividades, tomando en cuenta que para efectos de Formulación del Presupuesto para el año 1997 se ha considerado hasta el componente.

Actividades de Gestión: Son todas las actividades y componentes que involucra las acciones de planeamiento, organización, dirección, evaluación y control de las actividades sanitarias.

Actividades de Inversión: son actividades, componentes y trabajos orientadas a incrementar la capacidad instaladas (infraestructura, equipos y recursos humanos).

4. METAS

Unidad de Medida: Es el atributo cualitativo de un componente de la actividad o en algunos casos de la actividad, dependiendo del nivel de desagregación.

Cantidad: Es el objetivo cuantificado que se quiere alcanzar con la ejecución del componente y/o actividad.

5. RECURSOS

Identificar y cuantificar los recursos necesarios para la ejecución de las actividades, componentes u otros programados.

6. FINANCIAMIENTO 1997

Identificar el financiamiento para cada actividad y/o componente programado, considerando fondos de Tesoro Público, otros de Tesoro Público, contribución de la comunidad, proyectos u otras fuentes.

7. RESPONSABLES

Precisar el/los responsables para la ejecución y seguimiento de las actividades y/o componentes programados.

8. CRONOGRAMA

Cronograma de Gantt.

INSTRUCTIVO DE LA TABLA AUXILIAR DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD AÑO

Esta tabla facilitará el llenado de la matriz de Programación de actividades y/o componentes de salud.

Actividad:

Actividades de Salud: Son todas las actividades de salud intramurales y extramurales, recuperativas, preventivas y promocionales y otras que ejecuten. Para el caso específico de salud, se utilizará la tabla auxiliar de programación. Estas actividades a su vez se pueden desagregar en componentes, tareas, dependiendo del nivel con que se realice la programación de actividades, tomando en cuenta que para efectos de Formulación del Presupuesto para el año 1997 se ha considerado hasta el componente.

Actividades de Gestión: Son todas las actividades y componente que involucra las acciones de planeamiento, organización, dirección, evaluación y control de las actividades sanitarias.

Actividades de Inversión: Son actividades, componentes y componentes que involucra a incrementar la capacidad instaladas (infraestructura, equipos y recursos humanos).

Unidad de Medida:

Es el atributo cualitativo de un componente de la actividad o en algunos casos de la actividad, dependiendo del nivel de desagregación.

Población sujeta de Programación:

Es la población objetivo a ser considerado en la programación.

Atendidos:

Es el beneficiario a demandante final de los servicios de salud.

Atenciones:

Veces en el que el beneficiario o demandante concurre a los servicios de salud.

Cobertura:

Es la relación porcentual del número de sujetos atendidos y el número de beneficiarios.

Concentración:

Es el número de veces que se repite una actividad en un mismo beneficiario.

Instrumento:

Es la expresión del número de horas.

Rendimiento:

Es el número de actividades producidas por unidad de Instrumento en un tiempo.

LECTURA Nº 5:

**ENFOQUE ESTRATÉGICO Y SISTÉMICO DE LA
GERENCIA FINANCIERA**

FONSECA, J. y ALBÁN. OPS/OMS. 1996

RESUMEN

En la tercera presente lectura «Enfoque estratégico y sistémico de la gerencia financiera» se da importancia al enfoque estratégico de la gerencia financiera para garantizar el financiamiento del corto, mediano y largo plazo con recursos que crecen en menor proporción que las necesidades. Nos explica que la planificación y la programación preceden a la formulación presupuestaria y respalda a las necesidades de la población. Cuando costeamos, concretamos financieramente el plan estratégico.

ENFOQUE ESTRATÉGICO Y SISTÉMICO DE LA GERENCIA

Si la gerencia estratégica es una necesidad en la gestión de los servicios de salud, el enfoque estratégico en la gerencia financiera resulta imprescindible para garantizar el financiamiento a corto, mediano y largo plazo de los servicios y el mayor impacto posible con recursos que concuerden en menor proporción que las necesidades.

El enfoque estratégico de la gerencia financiera implica la maximización de los ingresos tradicionales y el desarrollo de fuentes no tradicionales, la desburocratización, la incorporación de todos los actores y el estudio de todas las variables que inciden en la gerencia financiera.

Como el lector observó hasta este momento, la gerencia financiera en los servicios de salud es el resultado de interacción dinámica entre una serie de variables internas y externas a la institución, por lo que, para brindar un enfoque estratégico a la gerencia financiera es necesario desarrollar un proceso analítico detallado, el cual se inicia con un estudio del entorno (las condiciones económicas, políticas, sociales y de salud, entre otros aspectos), cuyo énfasis primordial es determinar las necesidades y los grupos prioritarios, la influencia que las variables y los agentes tanto internos como externos pueden tener sobre las finanzas e identificar fuentes alternativas o complementarias de ingresos.

En segundo lugar es vital conocer la situación relacionada con las perspectivas futuras y la competencia tanto tecnológica como de prestación de servicios, en un marco de actualización y mejoramiento continuo.

Posteriormente es importante realizar un diagnóstico de las capacidades de producción, la eficiencia, los costos y la calidad de los servicios que se brindan en las instituciones que componen el SILOS, con el fin de conocer las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que pueden incidir positiva o negativamente en la situación financiera. Cada gerente de un establecimiento de salud del SILOS, debe integrar la planificación estratégica y financiera para conferir al plan resultante un enfoque estratégico. Para hacerlo, debe tener presentes permanentemente tres aspectos:

- El plan estratégico y la formulación del presupuesto son responsabilidad directa del gerente, por lo tanto él debe participar activamente en ambos aspectos, como parte de la gerencia superior.
- El plan estratégico debe preceder a la formulación presupuestaria y responder a las necesidades de la población.
- El presupuesto debe ser concebido como una concreción financiera del plan estratégico y como un aliado de la operación de los programas.

El procedimiento para lograr el análisis requerido se esquematiza en la Figura 1, es importante destacar que éste debe involucrar el mayor número de personas y niveles de decisión.

Adicionalmente, es necesario establecer la «cadena de valor del usuario», es decir, se analiza desde el punto de vista del cliente, la valoración que él establece para cada paso del proceso de la atención que recibe, a partir del momento en que manifiesta su necesidad del servicio. Esto con el fin de determinar cuáles actividades componentes de la prestación de servicios de salud reciben la mayor importancia por parte del usuario y procurar ofrecerlas sin restricciones, y con ello basar la estrategia en sus necesidades.

Al comparar los estudios anteriormente citados, se identifican las prioridades, se programan las actividades, se establecen las estrategias y la misión, para contrarrestar los puntos críticos y dar respuesta a las verdaderas necesidades y expectativas de los usuarios. A continuación se ejecuta el componente de presupuestación o expresión financiera de las estrategias.

Dentro de la perspectiva sistémica de la gerencia financiera, es relevante incorporar los controles suficientes y necesarios para evaluar la eficiencia, eficacia y productividad del proceso de prestación de servicios.

LECTURA Nº 6:

LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS

FONSECA, J. Y ALBA. *LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS. OPS/OMS. 1996*

RESUMEN

En la lectura sobre «Asignación de Recursos», se destaca que la revisión de los gastos no debe centrarse en la disminución de éstos, sino más bien, en el adecuado aprovechamiento de insumos limitados, mediante una eficiente asignación de recursos; que posibiliten niveles adecuados de efectivo en apoyo a los objetivos y programas.

Es necesario la implantación de controles de costos, con una optimización en el uso de los recursos.

La asignación de recursos debe ligarse con:

- Volumen de ingresos previstos.
- Futuras metas y operaciones planificadas.
- Las responsabilidades organizacionales.
- Prioridades establecidas y eficiencia del desempeño.

Lo básico: Fijar estándares.

El gerente debe planificar, controlar y evaluar con decisiones estratégicas para el logro de objetivos.

Debe interactuar con responsables de la ejecución de actividades.

Priorizar proyectos y decidir inversiones.

La asignación debe mantener el equilibrio más eficiente.

Debe relacionarse con manejo de los mercados de capital.

CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS

Las jefaturas son responsables de los resultados del área a su cargo y de los recursos utilizados para su logro.

El impacto de resultados se miden en: actividades ejecutadas o servicios prestados.

El sistema contable y estadístico proporcionarán la información necesaria para el control de operaciones, evaluación de la gestión, asignación de recursos y toma de medidas correctivas.

Tener en cuenta los niveles de desagregación de los diversos programas y servicios y los criterios a utilizar para la asignación de recursos: costo del programa, eficiencia, importancia política, impacto esperado y grado de necesidad de la población.

COSTO: Es importante; pero no debe usarse como criterio único.

EFICIENCIA DE LA GESTIÓN: Un factor motivacional, constituye el sistema de recompensas para las actividades o programas que alcancen niveles de desempeño superiores.

IMPORTANCIA POLÍTICA: Se usa criterio de magnitud del daño, vulnerabilidad y trascendencia del problema impacto de la intervención y costo. Destaca aquí el impacto en mejorar las condiciones de vida.

Por lo tanto, cuando se trata de asignar se tendrá en cuenta el mejorar el estado de salud de la población a su cargo.

LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS

Los gerentes de los SILOS deben asumir la planificación y el control de los gastos como acciones necesarias y vitales para mantener niveles adecuados de efectivo, en apoyo a los objetivos y los programas. La revisión de los gastos no debe centrarse en la disminución de éstos, sino más bien en un adecuado aprovechamiento de los insumos limitados, mediante una eficiente asignación de recursos.

Bajo esta perspectiva, la planificación y el control de los gastos puede resultar en mayores o menores desembolsos. Los gerentes de los SILOS, deben concentrarse en la relación entre los desembolsos y los beneficios derivados de ellos. Los beneficios deseados deben verse como metas y en consecuencia deben planificarse suficientes recursos para apoyar las actividades operaciones que son esenciales para su logro.

Si se analiza el comportamiento tradicional de las instituciones sanitarias, se observa que con frecuencia se recortan los gastos sin considerar los efectos que esto ocasiona sobre los beneficios. Irremediamente, estas decisiones de corto alcance, logran su cometido de reducir en forma temporal los gastos, pero como efecto pronto se originan mayores costos debido a la falta de materiales (medicamentos, jeringas, biológicos y otros), equipos ineficientes, personal desmotivado, elevados costos de operación y acortamiento en la vida de los activos.

Todo lo anterior hace necesaria la implantación rigurosa de controles de costos, procurando una optimización en el uso de los recursos. Por tanto la asignación de éstos debe ser estrechamente ligada con:

- el volumen de ingresos previstos;
- las futuras metas y las operaciones planificadas;
- las responsabilidades organizacionales del SILOS
- las prioridades establecidas; y
- la eficiencia en el desempeño

La esencia del control de gastos descansa en la fijación de estándares; es decir, el importe máximo de un gasto bajo un grupo de condiciones como: programas de trabajo, políticas del SILOS y variables ambientales.

La Gerencia financiera y el logro de los objetivos

Como se analizó en los capítulos anteriores, el rol del gerente de un SILOS no se enmarca exclusivamente en un papel de conductor o director de las acciones que en él se desarrollan. Debe planificar, controlar, evaluar y fundamentalmente tomar decisiones estratégicas que conlleven el logro de los objetivos.

Las responsabilidades del gerente de un SILOS están orientadas a planear la consecución y el uso de fondos. Es decir, el gerente toma decisiones acerca de fuentes y aplicaciones alternativas de fondos. Para lo cual se apoya en las actividades siguientes:

Planificación y pronósticos

El gerente del SILOS, debe interactuar con el personal responsable de la ejecución de las actividades sustantivas de las instituciones y en forma conjunta, estudiar el futuro y

establecer planes que guíen al SILOS para mantenerse y brindar servicios que satisfagan las necesidades de los usuarios.

Decisiones de financiamiento e inversión

Sobre la base de planes a largo plazo, el gerente del SILOS debe obtener el capital necesario para apoyar el desarrollo social.

Una institución sanitaria exitosa, usualmente logra llenar las expectativas de la comunidad, lo cual puede requerir que aumente sus inversiones en planta física, equipos y en activos circulante necesarios para la adquisición de bienes y servicios.

El gerente debe clasificar y priorizar los proyectos de las instituciones que conforman el SILOS, decidir sobre las inversiones específicas que deberán realizarse, así como las fuentes y formas de atraer fondos para financiar las inversiones. Por otro lado, debe tomar decisiones acerca del uso de fondos internos y externos, la adquisición de deudas y las posibilidades de financiamiento a corto y a largo plazo.

Control

Todas las decisiones que se produzcan en el SILOS tienen implicaciones financieras y el gerente debe considerar este aspecto. Por ejemplo, las decisiones de ampliar la cobertura en los programas de atención primaria pueden afectar la disponibilidad de recursos para los servicios hospitalarios, si es necesario desviar fondos de una actividad a otra.

Por lo anterior, quienes toman decisiones en los programas de atención primaria, deben conocer la disponibilidad de fondos, la utilización de los diversos recursos y otros factores que podrían afectar de alguna forma los servicios que tradicionalmente se brindan. Entonces, se requiere desarrollar habilidad en la asignación de recursos con el fin de mantener el equilibrio más eficiente posible.

Interacción con los mercados de capital

La cuarta actividad se relaciona con el manejo de los mercados de capital. Todas las organizaciones afectan y se interrelacionan con los mercados financieros generales, donde se obtienen los fondos y los valores de las instituciones, se negocian, etc., de manera que el gerente debe conocer su funcionamiento y las formas de administrar esta gestión en el SILOS.

En síntesis, las responsabilidades centrales del gerente de un SILOS en el área financiera, se relacionan con aquellas decisiones que tienen relación con las inversiones que las instituciones deben realizar, la forma en que los proyectos deberían financiarse y la manera en que la organización administra sus recursos, con el propósito de obtener el rendimiento más elevado posible de ellos. Si estas responsabilidades son ejecutadas adecuadamente, se contribuirá a maximizar el uso de los recursos disponibles, así como el logro de los objetivos establecidos.

Criterios para la asignación de recursos

Los SILOS se organizan en instituciones y éstas en departamentos, secciones, servicios o programas, cada uno de los cuales es dirigido por una jefatura. En circunstancias normales la jefatura será la responsable, tanto de los resultados del área a su cargo, como de

los recursos utilizados para lograrlos. El impacto de los resultados se puede medir en actividades ejecutadas o servicios prestados; los recursos utilizados podrían ser: materias primas consumidas, salarios pagados, cantidades depreciadas, gastos en electricidad, teléfono, gas y otros. Lo ideal sería obtener resultados óptimos utilizando una cantidad razonable de recursos, lo cual implica trabajar con eficiencia.

Como a la gerencia general le interesa conocer cómo opera cada subdivisión del SILOS, es necesario que el sistema contable y el estadístico proporcionen la información necesaria, tanto de los recursos utilizados como de los resultados obtenidos; por ello, la información concerniente a los ingresos y gastos se mide y se acumula por divisiones organizacionales. Esta información es utilizada para el control de operaciones, evaluación de la gestión, asignación de los recursos y para tomar medidas correctivas.

Por ejemplo, si uno de los departamentos fuera muy eficiente y la demanda sobre él supera la capacidad instalada, posiblemente sería conveniente expandirlo; por el contrario, si un departamento estuviese obteniendo resultados desfavorables, la información concerniente a sus ingresos, costos y gastos podría servir para tomar las medidas correctivas apropiadas.

Para realizar un adecuado control de gestión y distribuir la responsabilidad de manera equitativa, es necesario organizar el quehacer institucional tal que cada centro productivo asuma la gestión de un programa o actividad, controle su producción y los recursos que utiliza.

Como se ha visto en los capítulos anteriores, los departamentos sustantivos son aquellos directamente involucrados en las operaciones que constituyen la base de la organización: vacunación, consultas médicas, atención de emergencias, laboratorio clínico, nutrición y otros. Los departamentos de apoyo o administrativos, tales como los de personal, financiero, de servicios generales y transportes, colaboran y prestan servicios a los departamentos productivos.

Desde esta perspectiva, uno de los criterios más utilizados para departamentalizar es la línea de producción, que permite distinguir, a partir de los productos finales y la afinidad de los procesos, las diversas subdivisiones factibles del quehacer de un SILOS o de un establecimiento de salud. Por ejemplo, las divisiones institucionales de un SILOS representan las diferentes áreas de actuación a saber: salud de las personas, salud del ambiente, aguas y alcantarillado, etc.

Como se ha observado, existen varios niveles de desagregación organizacional en un SILOS. El primero de ellos corresponde al nivel institucional, de modo que cada uno de los grandes programas sanitarios son responsabilidad de sendas empresas públicas o privadas. Por ejemplo, usualmente el macro programa de atención a las personas es responsabilidad del ministerio o secretaría de salud, el seguro social y diversas empresas privadas; la dotación de agua potable y la disposición de aguas servidas y pluviales de la empresa de acueductos y alcantarillados, y la recolección de desechos sólidos del gobierno local.

A este nivel de agregación cada entidad suele tener sus propias rentas fijadas por ley, o generadas por los ingresos provenientes de la venta de servicios; por esa razón resulta difícil modificar lo establecido, por lo que la mejor opción es velar porque en cada una de ellas los fondos se utilicen de manera que logren el mayor impacto posible en las condiciones de salud de la población.

En el segundo y tercer niveles de desagregación, que se refieren a las divisiones departa-

mentales a cuyo cargo se encuentra la gestión de los diversos programas y actividades, corresponde a la gerencia del establecimiento definir las bases sobre las que se realiza la asignación de recursos y ejecutarla. Es en este nivel, que el gerente institucional local de un organismo público, puede y debe tomar decisiones respecto a los criterios que utilizará para la asignación de los recursos. Entre los posibles criterios a utilizar, se pueden enumerar los siguientes: costo del programa, eficiencia en la gestión, importancia política del programa, impacto esperado y grado de necesidad de la población.

Costo del programa

Se inicia el análisis de los criterios para la asignación de recursos por el de costo de los programas a ejecutar, ya que con frecuencia es el único que se utiliza, como inadecuada práctica que tiene desde sus orígenes el proceso administrativo tradicional. Sin embargo, la asignación de recursos únicamente por el criterio del costo de los servicios no permite tomar en cuenta el desempeño de los diversos efectores, no tampoco brinda un enfoque estratégico a la gerencia financiera para que los recursos se asignen a los programas que poseen un impacto positivo mayor en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, esto es, a los programas prioritarios.

El costo como criterio único para la asignación de recursos no permite aplicar consideraciones sociales, epidemiológicas y administrativas, porque resulta de una serie de procedimientos aritméticos cuyo resultado final es tan apegado a la realidad, como acucioso es el contador y adecuado el sistema de información. Mediante el ejemplo que se presenta en la Tabla 1, se pondrán en evidencia los peligros que conlleva este procedimiento tan utilizado.

TABLA 1. EJEMPLO DE COSTO COMO CRITERIO ÚNICO

| | |
|---|---|
| <p>Se parte del supuesto que en la clínica San Fernando se realizan entre otros, dos programas de atención a las personas. El primero consiste en identificar pacientes con factores de riesgo cardiovascular y tratarlos mediante la modificación de la condición de riesgo (reducción de hipercolesterolemias, tratamiento de la hipertensión arteria, modificación de los hábitos) o mediante la atención en caso de un accidente cardiovascular.</p> <p>El segundo programa es el de prevención y control de la enfermedad diarreica infantil, que involucra un programa educativo, así como la atención y rehidratación oral del niño con diarrea. Debido a la escasez de recursos financieros no se ha podido iniciar programas de fluoración del agua y letrización, aún cuando su costo ha sido estimado en UM 160,000 y puede ser desarrollado en etapas.</p> <p>Las estadísticas básicas de ambos programas se muestran a continuación:</p> | |
| <p>Diagnóstico precoz y tratamiento de enfermedades cardiovasculares del adulto</p> | <p>Prevención y control de la enfermedad diarreica en los niños</p> |
| <p>Población meta: 40,000</p> <p>Tasa de mortalidad:..... 2/mil</p> <p>Promedio edad de muerte: 62 años</p> <p>Costo del programa: UM 1.600.000</p> <p>Cobertura: 30%</p> <p>Retrasa el 30% de las muertes por esa causa</p> <p>Importancia política:..... ++</p> <p>Importancia comunal: +++</p> <p>Actividades programadas: 80.000</p> <p>Actividades realizadas: 100.000</p> | <p>Población meta: 60.000</p> <p>Tasa de mortalidad:..... 3/mil</p> <p>Promedio edad de muerte: 3 años</p> <p>Costo del programa: UM 1,200.000</p> <p>Cobertura: 60%</p> <p>Previene el 80% de las muertes por esa causa</p> <p>Importancia política:..... +++</p> <p>Importancia comunal: ++</p> <p>Actividades programadas: 180.000</p> <p>Actividades realizadas: 178.000</p> |
| <p>En la situación que se pone en evidencia con las estadísticas de los dos programas anteriores, si solamente se utilizara el criterio de costo para asignar los recursos, al programa de enfermedades cardiovasculares se le asignarían UM 150.000 y al de control de la enfermedad diarreica UM 120.000.</p> <p>Sin embargo, si se analiza la información consignada arriba, se observa fácilmente que el costo por paciente del primer programa es de UM 40 y el del segundo programa de UM 20.</p> | |

Anualmente, la primera enfermedad o grupo de ellas provoca la muerte a 80 personas con un promedio de 62 años de edad, mientras que la segunda provoca la muerte a 180 niños con una edad promedio de 3 años. La cobertura del primer programa es aún muy baja, pero incrementarla cuesta un 50% más por usuario que en el segundo programa.

Por lo antes mencionado y razones adicionales que se revisarán adelante, ante la imposibilidad de desarrollar ambos programas exitosamente, es necesario dirigir mayor cantidad de recursos al segundo, aún cuando para hacerlo sea necesario reducir la cantidad de servicios que brinda el primero.

Eficiencia de la gestión

Un factor motivacional que ayuda a lograr mayor eficiencia en la gestión de los programas de salud, es el establecimiento de un sistema de recompensa para aquellas actividades o programas que alcancen niveles de desempeño superiores.

El desempeño de un programa puede ser medido a través del mantenimiento de los costos unitarios dentro de niveles predefinidos; del nivel en que alcanzó las metas establecidas en la planificación; y del impacto alcanzado por el programa y del rendimiento de sus recursos críticos (aquellos sin los cuales una actividad no puede ser realizada, por ejemplo el médico en las consultas médicas).

Sin embargo, tampoco este criterio debe utilizarse en forma aislada porque se corre el riesgo de asignar gran cantidad de recursos a un programa o actividad que en el pero de los casos tiene costos de operación muy bajos, posee poco impacto en el mejoramiento de la salud de la comunidad, escasa importancia política y la comunidad no lo siente como importante. Siguiendo el ejemplo anterior:

Volviendo al ejemplo que se presentó en la página anterior, si se siguiera el criterio de eficiencia exclusivamente, partiendo del porcentaje de logro de las metas preestablecidas, la decisión sería incrementar las asignaciones al programa de cardiopatías; sin embargo, de acuerdo con la cobertura convendría hacerlo con el programa de enfermedad diarreica. Por esa razón, tomar decisiones con un solo criterio suele conducir a errores..

Importancia política

El grado de importancia política de un programa o actividad, se pone de manifiesto en las directrices emanadas del nivel político institucional a través de la fijación de prioridades.

En el caso de las entidades públicas, el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social determina las áreas prioritarias para un período determinado y la manifestación práctica se observa en la formulación presupuestaria. Pero no son los montos absolutos asignados a cada programa los que reflejan el grado de importancia, sino la relación que existe entre las necesidades financieras para un desempeño óptimo y la asignación final.

En el proceso de priorización de los problemas sanitarios y sus programas remediales, en el nivel político institucional del sector público suelen usarse criterios como magnitud del daño, vulnerabilidad del problema, trascendencia del problema, impacto de la intervención y costo del programa. Continuando el ejemplo anterior:

De acuerdo al criterio de importancia política únicamente, debería asignarse al programa de diarreas el 100% de los recursos financieros que requiere para cubrir todas sus necesidades de manera que logre un desempeño óptimo, sin embargo la comunidad asigna el mismo valor a ambos programas,

Un aspecto adicional que debe considerarse es que el comportamiento de los problemas de salud cambia de acuerdo a una serie de factores sociales económicos y culturales que los condicionan. Si bien, según el ejemplo dado, existe la decisión explícita de conceder la mayor importancia al programa de control de diarrea infantil, podría ocurrir que en San Diego (departamento, estado región o provincia en donde se ubica la Clínica San Fernando), debido al nivel sociocultural de la población y el amplio desarrollo de un sistema de dotación intradomiciliaria de agua potable, de recolección de desechos sólidos y de disposición de aguas servidas, el control de la diarrea infantil no represente ninguna prioridad.

En esas condiciones, es necesario hacer una interpretación adecuada de las políticas, de tal manera que si la pretensión de fondo es la reducción de la mortalidad infantil, se asignen suficientes recursos a una prioridad local que busca el mismo fin, esto podría ser el control de las infecciones respiratorias.

Impacto esperado del programa

El criterio de impacto esperado del programa se refiere a la capacidad que tendría el programa para mejorar las condiciones de salud de la comunidad. Este criterio puede estimarse tomando en cuenta la vulnerabilidad del problema que se pretende solucionar con las intervenciones que se planifican, pues no es lo mismo reducir o virtualmente eliminar un problema de enfermedades infectocontagiosas prevenibles por vacunación mediante un programa de inmunización masiva, que un problema de mortalidad por cáncer gástrico mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

La eficacia del primer programa mencionado se aproxima al 100% si se utiliza un control de calidad adecuado en cuanto a técnica de aplicación de la vacuna, cadena de frío, etc. Mientras que la del segundo programa aún con las mejores técnicas es bastante inferior.

En relación al ejemplo que se ha desarrollado, el programa de enfermedades cardiovasculares con las estrategias que se están utilizando solamente logra retrasar la muerte por esa causa en el 30% de los pacientes, mientras que el de control de la enfermedad diarreica contribuye a reducir el 80% de las muertes infantiles por esa enfermedad. Por lo tanto, se asignará el mayor apoyo financiero al segundo.

Importancia asignada por la población

La comunidad establece sus propias prioridades en todos los campos, máxime en lo que a salud respecta, porque los procesos patológicos se desarrollan y producen problemas y preocupaciones en los miembros de una colectividad. También la población tiene sus propios mecanismos para demandar respuestas oportunas a sus necesidades, para lo que con frecuencia utilizan a sus líderes políticos o mecanismos administrativos.

Esas prioridades comunales no siempre son concordantes con las prioridades políticas ni con las definidas exclusivamente con criterios técnicos, por lo que se debe buscar una manera inteligente de compatibilizarlas, de manera tal que se logre impactar positivamente la salud de un conglomerado humano. Desde la perspectiva de la comunidad,

usualmente los problemas prioritarios son aquellos que involucran padecimientos que resultan impresionantes para un lego en la materia, o un incremento brusco real o aparente en la incidencia de una enfermedad. Aquellos problemas de salud que en la mayoría de los casos no causan la muerte o secuelas serias y que se observan frecuentemente en una población (como en el caso de la enfermedad diarreica), no suelen ser prioridades comunales.

Desde esta perspectiva, en el ejemplo que se viene desarrollando, puede resultar más importante para la comunidad de San Diego desarrollar un programa de control de la enfermedad cardiovascular que el de control de la enfermedad diarreica.

Perspectiva integral

Como se ha expuesto, el uso de un único criterio para la asignación presupuestaria no resulta adecuado, pues provee una visión parcial del problema que se analiza. Lo que resulta de gran utilidad para tomar decisiones estratégicamente acertadas es hacer análisis previos a la decisión, utilizando todos los criterios enumerados y quizá otros adicionales.

Debido a la variabilidad de las condiciones en los SILOS, no se puede pretender en un instrumento de enseñanza como este manual, ofrecer un método infalible que permita hacer análisis y tomar decisiones contemplando todos los elementos de juicio descrito, ya que eso requiere de herramientas de apoyo, como programas de simulación para uso en computadoras, relativamente complejos.

Por esa razón, se insiste en esta sección del capítulo, que cuando se trata de asignar recursos para la operación o inversión de los diversos programas que se ejecutan, es necesario que el gerente o el cuerpo colegiado que toma las decisiones financieras haga un análisis profundo de la situación mediante las variables antes descritas, con el objeto de garantizar que su decisión de financiar en mayor o menor cuantía tal o cual programa sea acertada en términos de mejorar el estado de salud de la población a su cargo.

Finalmente, conviene retomar el ejemplo que se ha desarrollado para llegar a una decisión que ilustre el proceso descrito.

La alta gerencia de la Clínica San Fernando, tomando en cuenta los siguientes elementos:

- **mayor población meta en el programa de control de diarreas;**
- **mayor tasa de muertes por enfermedad diarreica;**
- **mayor impacto en el promedio general de vida con el programa de control de diarreas;**
- **menor costo del programa;**
- **posibilidad de desarrollarlo en forma escalonada;**
- **mayor cobertura del programa de control de diarrea en los niños;**
- **mayor impacto de ese programa sobre la mortalidad;**
- **mayor importancia política asignada al programa de control de la enfermedad diarreica;**

decidió finalmente asignar el presupuesto necesario para complementar el programa de control de diarreas infantiles y fortalecer las actividades que se venían realizando.

En lo relativo a los programas y actividades de apoyo clínico, conviene mencionar que pueden utilizarse criterios idénticos, pero en vista que esos programas están estrechamente vinculados con el quehacer sustantivo, son arrastrados por ellos. Por ejemplo, si se hubiera definido como programa prioritario el de diagnóstico y tratamiento oportuno del paciente cardiópata, habría sido necesario realizar como actividades de apoyo el diagnóstico electrocardiográfico, establecer un laboratorio clínico para realizar los análisis básicos, así como contar con el personal y el equipo especializados para la atención de accidentes cardiovasculares.



BIBLIOGRAFÍA

1. «PLAN DE GESTIÓN DE LOS PROGRAMAS»
SOLIS, Wilfredo. *En Módulo de Programación CSP UPCH*. 1995.
2. «MANUAL PARA LA PLANIFICACIÓN LOCAL EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL»
SUBREGIÓN DE SALUD IV - Cajamarca. Aprisabac. Enero 1998.
3. DIRECTIVA PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN OPERATIVO. 1997.
MINSA.
4. INSTRUCTIVO DE LA MATRIZ DE PROGRAMACIÓN.
5. «ENFOQUE ESTRATÉGICO Y SISTÉMICO DE LA GERENCIA FINANCIERA»
FONSECA, J. y ALBAN. OPS/OMS. 1996.
6. «LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS»
FONSECA, J. y ALBAN. OPS/OMS, 1996.