Planeación en el sector de salud: divulgando conceptos esenciales

Camilo Caicedo Montaño[I]
Alexánder Gómez Rivadeneira[II]

Resumen

La planeación en salud ha sido impulsada en el país con las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Desde entonces se han elaborado el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021; sin embargo, tanto la elaboración como la implementación de estos planes han tenido una discusión conceptual de moderado impacto, por lo que se propone este documento para facilitar la difusión de los planteamientos de Andrew Green, docente de planeación internacional en salud, incluyendo modelos, enfoques y etapas necesarios para llevar a cabo un sistema de planeación en salud exitoso, y tomando como ejemplo el modelo de espiral de la planeación racional realística y algunas de las metodologías clave para su desarrollo.

Palabras clave

Planeación, sistemas de planeación, toma de decisiones.

Introducción

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social está impulsando el despliegue del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 a través de los planes de salud de entidades territoriales y de entidades promotoras de salud en el marco de lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007. La elaboración, la implementación y la evaluación de estos planes territoriales e institucionales se enriquecen con aportes conceptuales relacionados con planeación en el sector.

La cantidad y calidad de los textos sobre planeación en salud disponibles en el país ha aumentado paulatinamente; sin embargo, existen referentes internacionales muy valiosos poco difundidos en nuestro medio. Para facilitar la divulgación de uno de los libros de planeación en salud utilizados internacionalmente y aplicable a las particularidades colombianas, este artículo tiene como propósito presentar de manera sintética los planteamientos del profesor Andrew Green publicados en el libro *Green A. An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems.* Tercera edición, Oxford University Press (Reino Unido), 2007. El profesor Green es docente de planeación internacional en salud del Centro para la Salud y el Desarrollo Internacional de la Universidad de Leeds en el Reino Unido; para complementar sus planteamientos y ofrecer algunos detalles adicionales se utilizaron otras referencias que se enumeran al final de este documento.

Generalidades de planeación

La planeación surge de la preocupación por tomar decisiones hacia el futuro; es útil para entidades públicas y privadas en su conjunto o para sus áreas funcionales y dependencias. Las organizaciones pueden planear de manera explícita o tácita, buscando minimizar las influencias que puedan desviarlas de alcanzar sus objetivos.

La planeación se realiza desde hace siglos de manera cotidiana, pero desde hace poco tiempo se ha convertido en una disciplina académica. La aparición de la planeación como disciplina se relaciona con la independencia de las colonias de las potencias europeas, con las exigencias de la reconstrucción a gran escala después de la Segunda Guerra Mundial para los gobiernos de los países involucrados y con el aumento de tamaño y complejidad de las organizaciones que pasaron de negocios familiares a multinacionales en pocas generaciones.

La planeación es el proceso transparente, comprensible y participativo para tomar decisiones sobre la distribución de recursos que son insuficientes para satisfacer todas las necesidades de la población. La planeación puede tener dos orientaciones:

a) Manejar lo cotidiano mediante herramientas para la implementación de tareas rutinarias como el uso de cronogramas.

b) Transformar lo cotidiano para alcanzar objetivos explícitos en el futuro a través del uso eficiente y apropiado de recursos, disponibles. Esta orientación puede manifestarse en diferentes aproximaciones o 'enfoques':

I Médico, docente Facultad de Medicina Fundación Universitaria Sánitas.

II Médico, Magíster en Salud Pública, docente Facultad de Medicina Fundación Universitaria Sánitas.

Tabla 1. Modelos de planeación

Nombre del modelo	Características	Actividades	Requisitos
Racionalismo comprensivo	Supone que la planeación puede abarcar cada detalle solamente con argumentos técnicos.	Definir la situación actual; establecer objetivos; identificar alternativas; elegir la mejor alternativa; ejecutar acciones.	Alto nivel de detalle de la información; gran cantidad de tiempo; mayor entrenamiento del talento humano.
Escaneo mixto	Inicia con un análisis general y luego prioriza áreas sobre las cuales se realizará la planeación.	Definir la situación actual; establecer prioridades; establecer objetivos de cada prioridad; identificar alternativas de cada prioridad; elegir la mejor alternativa; ejecutar acciones.	Requiere definir criterios explícitos para evitar sesgar los contenidos de los planes.
Incrementalismo	Reconoce la naturaleza política de la planeación.	Fases separadas que permiten avanzar de manera gradual hacia las metas propuestas según el grado de apoyo de diferentes grupos de la población.	Requiere superar críticas por mantener la posición de las clases dominantes.

Fuente: Elaboración de los autores a partir de información suministrada por Green.

Tabla 2. Etapas de la espiral de planeación racional realística

Etapas	Características
Análisis de la situación en salud	Describe la situación actual, las características demográficas, socioeconómicas y de infraestructura de la población, el ambiente político, las necesidades en salud, los servicios prestados desde el sector, teniendo en cuenta los recursos disponibles en términos de efectividad, eficiencia, calidad y equidad.
Establecimiento de prioridades	Determina la jerarquía de objetivos, metas y estrategias de forma coherente con el contexto en salud, de recursos y político descrito en el análisis de la situación. Este tipo de decisiones requiere establecer criterios, incluyendo la viabilidad política.
Valoración de alternativas	Consiste en la generación y discusión de las posibles alternativas para alcanzar los objetivos planteados, teniendo en cuenta la viabilidad, impacto, eficiencia y las posibles barreras para su implementación, incluyendo la aceptación social y política.
Programación y presupuestación	Traduce los resultados de las decisiones anteriores en una serie de programas con sus respectivos presupuestos para cada área prioritaria. A partir de las estrategias seleccionadas se elabora un documento de declaración de intenciones denominado 'documento plan'.
Implementación y monitoreo	Transforma los programas y estrategias en planes operativos con actividades y cronogramas.
Evaluación	Define el cumplimiento de los objetivos establecidos una vez se ha terminado la implementación y provee las bases para un nuevo análisis de la situación.

Fuente: Elaboración de los autores a partir de información suministrada por Green.

- Enfoque de solución de problemas: se parte de un problema y sus posibles soluciones según las condiciones económicas, ideológicas, políticas.
- Enfoque de planeación estratégica y operativa: se define una situación ideal a largo plazo que se expresa en planes estratégicos o indicativos y se despliega en planes operativos más detallados con metas de corto plazo.

El resultado del proceso de planeación es la formulación de un plan concreto. Este documento plan puede presentarse de manera narrativa o mediante matrices y diagramas.

Niveles de planeación

En la planeación se reconoce que en un país los niveles nacionales, subnacionales y locales (nación, departamento, distritos y municipios) de administración del Gobierno pueden estar subordinados entre sí; sin embargo, el grado de coherencia y subordinación varía entre países.

El grado de coherencia entre los planes que se elaboran en los diferentes niveles se puede analizar en dos dimensiones. En la dimensión vertical, los planes deben estar armonizados con los niveles jerárquicamente superiores y servir de referencia para los niveles inferiores. En la dimensión horizontal los planes de una organización deben estar articulados con otras organizaciones que están al mismo nivel jerárquico.

El grado de subordinación está definido por el proceso de descentralización; por lo tanto, en países con procesos de descentralización menos desarrollados, las autoridades subnacionales y locales necesitan aprobación central del Ministerio, mientras en los países con procesos de descentralización más robustos esas regiones y municipios solicitan al Ministerio asistencia técnica solamente cuando lo consideran conveniente.

Aspectos técnicos y políticos de la planeación

El proceso de la planeación es un proceso técnico y político. Los aspectos técnicos hacen referencia a la aplicación de modelos de planeación, mientras que los aspectos políticos hacen referencia a que los planeadores comprendan la importancia del apoyo social realizando consultas ciudadanas.

Para abordar los aspectos políticos se deben tener en cuenta los actores, los procesos sociales y el contexto político, utilizando en la planeación técnicas como el mapeo político, el análisis de partes interesadas (*stakeholders,* en inglés) y los análisis de campos de fuerza.

Para que la planeación se aplique exitosamente al sector salud, los sistemas de salud deben contar con un sistema de planeación que se preocupe por la salud y no solo por la atención durante la enfermedad; que busque resultados en salud claros, prioritarios y equitativos mediante metas claras y alcanzables; que permita la participación de las comunidades y grupos y que proporcione adecuada asistencia técnica y articulación entre los niveles local, regional y nacional.

Modelos de planeación

Los modelos de planeación más utilizados en el sector salud son descritos en la Tabla 1.

Green plantea además un modelo de planeación en salud que combina los anteriores incorporando las herramientas técnicas con la sensibilidad hacia la realidad política denominado 'Planeación racional realística', la cual se realiza en seis etapas en forma de espiral (descritas en la Tabla 2). Cada ciclo de seis etapas reinicia el ciclo en un nivel superior.

Tabla 3. Información de un análisis de situación en salud

Características de la población	Información demográfica	- Tamaño de la población. - Distribución por edad y género. - Estadísticas vitales: natalidad, mortalidad, fertilidad. - Tasas de inmigración y emigración. - Tasa de crecimiento poblacional general.
	Características educativas, religiosas y culturales	- Niveles de educación y alfabetización. - Características culturales y religiosas de ciertos grupos.
Características del área y de infraestructura	Situación geográfica y topográfica del área	
	Infraestructura	- Acceso a agua potable y saneamiento básico. - Modos y rutas de transporte y nuevas vías futuras. - Esquemas de repoblación. - Distribución de redes de electricidad y comunicación.
	Situación socioeconómica	Incluyendo situación de vivienda y desempleo.
	Estructuras del sector público y del privado	- Posición del sector de salud dentro del sector público. - Relaciones con otros sectores de la sociedad. - Planes de descentralización. - Relación con sector privado y ONG y sus roles.
Ambiente político y de políticas	Políticas nacionales, incluyendo planes de desarrollo y políticas hacia sectores minoritarios.	
	Políticas en salud existentes (y en desarrollo).	
	Ambiente político, sensibilidad al tema y grupos de presión, apoyo u oposición.	
Necesidades en salud	Necesidades en salud médicamente percibidas	- Morbilidad: incidencia, prevalencia. Por grupo afectado: edad, género, clase, etnia, localización (permite identificar transiciones epidemiológicas). - Mortalidad: general, infantil, materna, por causas específicas y por grupos afectados. - Discapacidad. - Carga de enfermedad: DALY, QALY.
	Necesidades en salud percibidas por la comunidad	- Encuestas de actitudes y visiones de la comunidad. - Indicadores de percepción de la comunidad a través de comités locales o estructuras representativas.
Servicios prestados y planes fuera del sector salud		Con especial atención a los sectores de educación, agua y sanidad, agricultura, desarrollo comunitario, trabajo social, industria y minería.
Servicios de salud	Facilidades en salud	- Número y complejidad de los servicios. - Capacidad de los servicios. - Localización de los servicios. - Propiedad de los servicios. - Servicios de apoyo.
	Uso del servicio	- Tasa de ocupación hospitalaria (en relación con las áreas de captación de los pacientes). - Tasa de uso de los servicios. - Número de actividades preventivas realizadas.
	Brechas en el servicio	- Áreas no cubiertas por servicios de salud. - Brechas creadas por cambios en la población. - Cambios en los estándares de los servicios.
	Acuerdos organizacionales de los servicios de salud	- Cambios proyectados en las organizaciones. - Toma de decisiones y participación comunitaria. - Relación con otros sectores de la sociedad. - Relación dentro de los actores del sector salud. - Existencia de propuestas de reforma al sector de salud.

Tabla 3. Información de un análisis de situación en salud

Recursos	Financieros	- Recursos actuales y futuros para el sector de salud. - Fuentes de recursos. - Flujo de recursos dentro del sector salud. - Gastos actuales y futuros en otros sectores. - Posibles recortes al gasto actual (y por cambios de moneda extranjera). - Tasas de inflación proyectadas.
	Personal	- Número de personal empleado por categorías. - Personal en entrenamiento proyectado a graduarse. - Pérdidas de personal proyectadas. - Transferencias de personal proyectadas entre los sectores público y privado, y hacia otros países. - Brechas actuales y futuras en personal.
	Edificios, equipos y vehículos	Tipo, edad, localización, propiedad y estado actual.
	Otros suministros	Medicamentos, tecnologías de la información.
Eficiencia, efectividad, equidad y calidad de los servicios actuales		- Técnicas de costo-efectividad y costo-beneficio. - Comparación de costos básicos por actividad. - Comparación de acceso de información. - Balance de recursos para diferentes servicios. - Distribución de servicios y recursos en poblaciones de diferentes etnias, localizaciones, clases sociales.

Fuente: Elaboración de los autores a partir de información suministrada por Green.

Tabla 4. Técnicas de priorización

Tipo	Técnicas
Técnicas económicas	Análisis de costo-efectividad, costo-utilidad y costo-beneficio. Estudios de carga de enfermedad.
Matrices multivariables de decisión	Costo por DALY. Nivel de demanda de los servicios por los usuarios. Discapacidad y mortalidad.
Procesos de toma de decisiones	Métodos de consulta (una persona en posición de poder consulta a colegas o comunidades). Métodos de consenso (técnica Delphi).

Fuente: Elaboración de los autores a partir de información suministrada por Green.

A continuación se desarrollan cada una de las etapas:

Primera etapa. Análisis de situación en salud

Permite generar un punto común de referencia denominado situación actual que sirva de contexto para la selección de prioridades. El análisis de la situación de salud puede desarrollarse en los niveles nacional, regional, distrital o comunitario mediante la siguiente secuencia de actividades propuesta por Green (Tabla 3).

Segunda etapa. Establecer prioridades

Para distribuir los recursos del sector salud, que siempre resultan insuficientes frente a las necesidades y expectativas de la población, es necesario definir prioridades para afrontar esa demanda de servicios buscando obtener la máxima ganancia en salud con equidad.

Para definir prioridades se deben realizar las siguientes actividades:

1. Iniciar con un análisis de la situación de salud del país que sirva de contexto.
2. Llevar a cabo discusiones con representantes de todos los sectores para identificar políticas nacionales ajenas al sector salud pero que influyen en el bienestar de la población (como aquellas con enfoque de equidad, género y etnia) y lineamientos para las políticas y programas del sector salud.
3. Análisis de la situación subnacional y local (departamental, distrital y municipal), con la asistencia técnica del Ministerio y la participación efectiva de la comunidad.
4. Definición de prioridades de forma consistente con políticas y lineamientos nacionales.
5. Revisión a nivel ministerial de las prioridades establecidas en los niveles subnacionales y locales.

Para definir las necesidades en salud se utilizan datos del sistema de información, las características del modelo de atención y las percepciones de los profesionales de salud y de la comunidad. Pueden existir discrepancias entre las prioridades definidas por los profesionales y las comunidades debido a percepciones diferentes de la salud y la enfermedad.

Al definir prioridades no es suficiente que una intervención sea efectiva, barata y controlable para escogerla como una prioridad. Si existen sistemas de información robustos, es posible pasar de indicadores relacionados con las intervenciones que se brindan en los servicios de salud a indicadores que midan resultados en salud, incluyendo “años de vida saludable perdidos” o “años de vida ganados” (Avisas), los indicadores de calidad de vida física (PQLI), los años de vida ajustados por calidad (QALY) y por discapacidad (DALY).

Para priorizar se pueden utilizar diferentes técnicas, como las enunciadas en la tabla 4.

Como resultado del proceso de selección de prioridades, inde-

pendientemente de la técnica usada, se suelen expresar las prioridades en términos de ganancias en salud usando el acrónimo SMART (Específicos, Medibles, Alcanzables, Relevantes y logrables en el tiempo).

Tercera etapa. Valoración de alternativas

La valoración es el proceso de decidir entre diferentes alternativas para alcanzar un objetivo, previo a la implementación de actividades. Estas opciones no deben estar confinadas al sector de salud ni a la prestación del servicio y se basan en la escasez de recursos (costos) contra las necesidades de competencia (beneficio); por tanto, las técnicas usadas se centran en el aspecto económico empleando los siguientes pasos:

1. Determinar los objetivos de la actividad que está siendo valorada

Deben estar claramente descritos y responder al proceso de selección de prioridades.

2. Identificar opciones alternativas

Se debe describir una lista inicial de posibilidades, que puede ser mediante lluvias de ideas que pueden considerar mantener el *statu quo* u opciones que no necesariamente signifiquen un cambio (como mejorar las condiciones existentes o ampliando a acciones intersectoriales).

3. Excluir opciones inviables o económicamente insostenibles

Mediante el uso de cuatro criterios generales:

- Cualquier opción con respaldo político fuerte debe ser incluida; si se rechaza, los argumentos para el rechazo deben ser lo suficientemente sólidos.

- Cualquier opción evidentemente inviable debe ser excluida.

- Cualquier opción que puede ser mejorada por otra, en términos de costos y beneficios, debe ser excluida.

- Las opciones similares deben agruparse y ser representadas por una sola.

4. Identificar los recursos necesarios para obtener los beneficios de cada opción

Deben ser considerados en diferentes niveles de la sociedad con sus posibles efectos en términos de costos, beneficios y externalidades. Generalmente, es metodológicamente débil por la dificultad para identificar efectos fuera del sector de salud y la introversión institucional.

5. Costear los recursos requeridos

El enfoque básico de las técnicas de costeo se realiza 'de abajo hacia arriba', y requiere identificar los recursos y el capital disponible, llevándolos en lo posible a expresión en dinero y se realiza a su vez en cinco etapas:

5.1 Identificar la actividad

Se debe clarificar la actividad que se va a costear, por ejemplo "costear un centro de salud" puede significar costear algunas actividades del centro, extramurales, de soporte o de sistemas de referencia.

5.2 Identificar los recursos

Incluye los costos de toda la ejecución (incluyendo los relacionados con la comunidad). De dos tipos:

- Capital (o de desarrollo): para el desarrollo de la actividad, que no debe ser reemplazado en menos de un año, a los cuales se pueden aplicar depreciación en términos de intereses o años de vida útil.

- Recurrentes (u operativos): necesarios para la operación de la actividad.

Deben ser cuantificados y pueden organizarse en forma de listas de chequeo.

5.3 Traducir a términos de dinero

Depende de las fuentes de información y variarán según el ítem por estudiar.

5.4 Añadir contingencias

Recursos que inesperadamente se necesitan; se deben contemplar pero no aumentar en exceso, por lo

que se considera suficiente entre un 5-10% del total de la suma.

5.5 Inflación

Como el costeo se expresa en dinero presente, siempre se deben considerar las tasas de inflación, información que se puede obtener de oficinas de Hacienda o de los bancos centrales.

6. ¿Qué tipo de análisis realizar?

Las técnicas económicas utilizadas comparan el costo de la intervención contra el resultado esperado (beneficio) mediante seis posibles técnicas:

- Análisis costo-beneficio (CBA) completo, en el que el beneficio se expresa en términos de dinero y pueden ser comparados con costos.
- Análisis costo-efectividad (CEA) completo, en el que el beneficio se expresa en indicadores simples como años de vida ganados, años de vida extendidos (en la esperanza de vida) o niños vacunados.

No incluye beneficios diferentes a los obtenidos en salud. Se considera adecuado cuando se da mayor peso a las actividades que benefician a algunos grupos diferenciales.

- Análisis costo-utilidad (CUA) completo, en el que el beneficio es expresado como indicadores compuestos que incluyen dos o más aspectos de la salud, como los PQLI, DALY, QALY.

No incluye beneficios diferentes a los obtenidos en salud. Se considera adecuado cuando se da mayor peso a las actividades que benefician a algunos grupos diferenciales.

- Análisis CBA, CEA o CUA parciales: que evalúa algunos de los beneficios en dinero o indicadores, y otros no son medidos.

7. Descuentos

Son cambios en los costos y los beneficios de las alternativas que pueden variar en el futuro; se han propuestos dos conceptos relacionados:

- Costos de oportunidad social: todos los recursos pueden ser usados de formas alternativas.
- Preferencia de tiempo social: la sociedad en sí misma varía su preferencia en beneficios y en costos a través del tiempo.

8. Análisis de sensibilidad

Calcula el efecto de los cambios en el valor de una variable; se realiza cuando se duda de las variables para una toma de decisión.

9. Comparación de costos y beneficios, o radios de costo-efectividad

La comparación de beneficios y costos depende de la técnica utilizada:

- Para los análisis CUA y CEA se seleccionará la que menor costo tenga.
- Para los análisis CBA se requiere realizar una de las siguientes metodologías:
- Valor presente neto (NPV): suma de los valores de costos y beneficios; se considera que la opción es viable económicamente si es mayor a 0 (los costos son menores a los beneficios).
- Tasa de retorno interno (IRR): en casos en los que la tasa de descuento para el NPV es cero. Se considera que la opción es la mejor cuando tiene el IRR más alto.
- Radio de beneficio a costo (BCR) total: divide los beneficios entre los costos; se considera que la opción es viable económicamente si es mayor a 1.
- BCR neto: divide la diferencia entre beneficios y costos; entre los costos, se considera que la opción es viable económicamente si es mayor a 0.

10. Aspectos no económicos

En la etapa final de la valoración de alternativas se incluyen además aspectos no económicos como:

- Factibilidad técnica, administrativa y legal: ¿en realidad operará el plan como está escrito?, ¿es administrativa y legamente viable?
- Efectos más amplios a los considerados; por ejemplo, el aumento de la demanda de un servicio.
- Disponibilidad financiera y de recursos: puede que sea costo-efectiva la intervención, pero no se cuente con los recursos suficientes.
- Sostenibilidad a largo plazo: puede ser sostenible a corto plazo, pero no a largo plazo.
- Aceptabilidad: incluye aceptación de la comunidad, del talento humano y consideraciones éticas.
- Efectos sociales, económicos y políticos: si afectan estructuras de poder comunitario y empleo.
- Efectos de distribución y equidad: por ejemplo, un programa de alimentación en los colegios solo beneficiaría a los niños escolarizados.
- Efectos de género: modificación en actividades de hombres y mujeres sin equidad.

- Efectos ecológicos y ambientales.
- Expansión de proyectos piloto a actividades completas: pueden ser intervenciones costo-efectivas a nivel del piloto, pero no en su despliegue.

Cuarta etapa. Programación y presupuestación

Programación

La programación involucra llevar los resultados del proceso de establecimiento de prioridades y de la valoración de alternativas en actividades puntuales en el marco de programas, considerando la necesidad de mantener proyectos, descontinuarlos o, en el caso de ser necesario, crearlos.

Su desarrollo dependerá de la disponibilidad de recursos, tanto financieros como humanos, y todo el proceso debe ser documentado, incluyendo:

- Los objetivos que el programa espera sean alcanzados.
- Cómo estos objetivos serán alcanzados.
- Las implicaciones de recursos para los programas.
- Otras implicaciones, como legales y organizacionales.
- Cronograma para el logro de los objetivos.
- Otros riesgos o vulnerabilidades asociados.

Presupuestación

Consiste en el proceso de distribución final de recursos para el desarrollo de las actividades, lo cual depende del tipo de presupuesto usado (tabla 5).

Distribución de recursos desde el nivel nacional

Inicialmente, el Ministerio de Hacienda distribuye fondos al Ministerio de Salud, luego se distribuyen a los niveles regional y local buscando que las decisiones de cómo los recursos deben ser invertidos se tomen en el nivel administrativo más bajo posible, utilizando el techo definido por el nivel central.

Estas decisiones de distribución del centro a la periferia deben ser basadas en la equidad y conociendo las características demográficas y epidemiológicas de la población, los costos diferenciales de proveer los servicios, los costos diferenciales según área, los costos asociados no derivados de la atención (por ejemplo, los de educación en salud) y el uso de los servicios por pacientes provenientes de áreas distintas (flujos entre fronteras).

Una vez se ha establecido la distribución de recursos a la periferia usando las diferentes fórmulas que están disponibles, se aplica alguna de las siguientes metodologías establecidas en la Tabla 6.

Tabla 5. Tipos de presupuesto

Presupuesto institucional	Depende del sitio donde se realiza la actividad; se basa en quien realiza los presupuestos y los ítems que requiere sean presupuestados. Se puede organizar por tipos de recursos, por actividades realizadas o por una mezcla entre ambos.
Presupuestos para los programas	Dependen de las actividades realizadas, lo que permite relacionar directamente el gasto realizado en el programa con beneficios obtenidos.
Presupuestos capitales	Organizan los recursos capitales de la organización, generalmente realizados por los departamentos de planeación.
Presupuestos recurrentes	Organizan los recursos recurrentes de la organización, generalmente realizados por los departamentos de contabilidad.
Presupuestos de volumen	Aquellos en los que se consideran grandes recursos y a su vez se complementan con presupuestos complementarios.
Presupuestos limitados	Presupuestos en los que si hay algún cambio durante el año financiero, se espera que las actividades se continúen realizando mediante la reducción de otros gastos.

Fuente: Elaboración de los autores a partir de información suministrada por Green.

Tabla 6. Métodos de distribución de presupuesto

Presupuestos con incrementalismo histórico	Se basan en el del año pasado, con ajustes de estimados de gasto. Se asocian a imposibilidad de cambiar prioridades entre los servicios, y asumen siempre que los presupuestos pasados fueron apropiados.
Presupuestos basados en distribuciones por capital	Se aproximan a desarrollos en los que el capital debe proveer todos los recursos para funcionamiento.
Presupuestos basados en cero	No hay presupuesto asegurado; al final de cada año se solicita a todos los departamentos que envíen los registros de todas sus actividades y objetivos alcanzados empleando indicadores de gestión. La falla en justificar los recursos con los objetivos alcanzados se castiga con una reducción en el nuevo presupuesto.
Presupuestos basados en cero 'al margen'	En ellos la disminución o aumento de los costos se modifica en un 5%; pueden ser más aceptados y fáciles de manejar.
Presupuestos marginales para cuellos de botella	Identifican factores negativos que afectan la implementación (cuellos de botella) e identifican el costo 'marginal' para eliminarlo.

Fuente: Elaboración de los autores a partir de información suministrada por Green.

Presupuestación y planes rotatorios

La elaboración de la cuarta etapa se puede situar en el contexto de planes a mediano plazo (3 a 5 años) y programas para presupuestar el año entero. En la práctica se puede realizar llevando el plan a mediano plazo a planes de corto plazo para cada año (planes rotatorios). Este proceso varía según el grado de descentralización, pero por lo general se realiza el proceso en seis pasos:

1. Revisión del distrito de su ejecución del plan en comparación con los objetivos y metas

Revisión de las actividades del año anterior como parte de la monitoría de la planeación; considera los niveles de gasto de los diferentes servicios en comparación con los objetivos propuestos. Como mínimo debe responder a dos preguntas:

- ¿Los objetivos del servicio están siendo cumplidos? Si no, ¿está esto relacionado con recursos de su presupuesto o con una pobre administración?

- ¿El gasto del año actual superará o se quedará corto en lo presupuestado? ¿Por qué?

2. Asistencia técnica y guía del Gobierno central

El Gobierno central debe proveer guía al Ministerio de Salud para su financiación como ministerio.

3. El Ministerio de Salud define la distribución de recursos y los objetivos planeados

Una vez que el Ministerio recibe la proyección del Ministerio de Hacienda, este utiliza mecanismos de distribución de recursos a las entidades locales. Esta información debe suministrarse según las tasas de inflación del nuevo año.

4. La entidad local revisa el presupuesto y los objetivos planeados

El nivel local revisa su plan y presupuesto para el próximo año, con énfasis en diferentes servicios y en los posibles cambios externos de prioridades.

5. Discusión y negociación entre los diferentes niveles

Puede realizarse de forma ascendente o descendente. Usualmente requiere intervención del nivel regional; debe centrarse en propuestas, centradas en cuatro tipos:

- Descripción de cambios de los servicios y los efectos esperados del cambio.
- Implicaciones de personal.
- Implicaciones de presupuesto de gastos recurrentes.
- Implicaciones de presupuesto de gastos capitales.

6. Establecimiento del presupuesto final

Aprobación final del Gobierno central y nivel político (Congreso, parlamento local, presidente, alcalde).

Quinta etapa. Implementación y monitoreo

La implementación involucra el desarrollo de planes operacionales y estratégicos, vinculados a los presupuestos. Las fallas en este proceso pueden deberse a cinco causas grandes:

- Cambios en las prioridades o políticas originalmente seleccionadas, posiblemente asociado a un análisis incorrecto entre las relaciones del servicio prestado y los objetivos esperados.
- Resistencia al cambio inherente al plan, desde fuera o dentro de los servicios de salud.
- Falta de los recursos necesarios para la implementación.
- Detalles imprecisos del proyecto o del programa en ejecución.
- Falta de estructura organizacional apropiada para el despliegue del proyecto o programa.

Mejorando el desempeño de la implementación

Se puede hacer mediante tres tipos de estrategias:

- Mejorando la relación entre los planeadores y la gestión de los servicios: implementando cualquier cambio en infraestructura o talento humano que se llegue a necesitar para implementar o mejorar un programa. Luego contactar de forma temprana al gestor para coordinar cómo superar problemas venideros, asegurando que los recursos están bien especificados, haya estructuras organizacionales claras y apropiadas, un cronograma y presupuesto claro y con adherencia, además de verificar que quienes se involucren en el proceso entiendan sus responsabilidades específicas.
- Mejorando las relaciones entre planeación y presupuestación.
- Marco legislativo y organizacional sólido.

Documentación

Define la naturaleza del desarrollo de una actividad; puede cumplir tres objetivos: primero, actuar como una lista de chequeo para asegurar que las actividades se cumplan; segundo, proveer documentación para los tomadores de decisiones; y, finalmente, proveer un documento que pueda ser la base de monitoreo y eventualmente de evaluación. Como ejemplo, se presenta el siguiente orden:

- Nombre del proyecto o del programa.
- Número del presupuesto.
- Resumen de los objetivos y justificación.
- Resumen de los costos del proyecto o programa.
- Metas y objetivos.
- Documentación de contexto (reportes de consultoría, estudios de factibilidad).
- Relación con documentos nacionales, incluyendo planes nacionales de salud.
- Descripción del proyecto o programa.
- Recursos requeridos, cuantificados y especificados.
- Costos por año de cada ítem, recurrente y capital, y cómo son calculados.
- Fuentes de recursos.
- Arreglos de actividades para realizar el proyecto o programa, si se aplica.
- Dificultades en administrar los recursos.
- Requerimientos de entrenamiento y de infraestructura.
- Arreglos organizacionales y de gestión.
- Relación con otros ministerios, sectores, agencias y comunidades.
- Efectos negativos en la salud o en el ambiente.
- Cronograma de implementación con puntos críticos.
- Proceso de monitoreo y evaluación.

Tabla 7. Documentación tipo marco lógico

Resumen narrativo	Indicadores objetivamente verificables (OVI)	Medios de verificación	Supuestos
Fin o meta: objetivo al cual contribuirá el proyecto significativamente.	Impactos: indicadores que miden los impactos (o efectos directos a largo plazo).	Fuentes de información y recursos para cada indicador para verificar el impacto del proyecto a nivel del fin.	Acontecimientos, condiciones y decisiones de importancia que posibilitan sostenibilidad y continuidad de los beneficios generados por el proyecto.
Propósito u objetivo: hipótesis del efecto directo por lograr como resultado de la utilización de los productos del proyecto.	Resultados: indicadores que miden los efectos directos que se esperan lograr como resultado del proyecto.	Fuentes de información y recursos para cada indicador para verificar en qué medida se logró el propósito del proyecto.	Acontecimientos, condiciones y decisiones de importancia que deben ocurrir con el logro del propósito, para contribuir al fin del proyecto.
Componentes: productos para entregar al final de la implementación del proyecto.	Productos: indicadores que describen los productos que habrá de generar el proyecto. Deben especificar su cantidad, calidad y plazo previstos; se denominan términos de referencia (TOR) del proyecto.	Fuentes de información y recursos para cada indicador para verificar los componentes producidos por el proyecto.	Acontecimientos, condiciones y decisiones de importancia que deben ocurrir con el logro del propósito, para contribuir junto con los propósitos al fin del proyecto.
Actividades o estrategias: grupo de principales actividades requeridas para producir cada componente.	Contrapartida: indicadores para actividades principales, y los recursos y el tiempo con los que se realizan.	Fuentes de información y recursos para cada indicador, que den seguimiento a los planes de implementación y presupuestación de cada proyecto.	Acontecimientos, condiciones y decisiones de importancia que deben ocurrir con el logro del propósito, para contribuir junto con los componentes a los propósitos del proyecto.

Fuente: Modificada por los autores de Parada Fortis O., La matriz del marco lógico (MML). Versión revisada. Banco Interamericano de Desarrollo, 2010.

Documentación tipo marco lógico

Es una metodología para identificar de forma jerárquica tanto objetivos como resultados y los recursos para su logro, también para identificar cualquier preconcepto o riesgo respecto a estos mismos. Además, es una herramienta para asegurar el acuerdo de los diferentes actores en las diferentes metas, objetivos y enfoques del proyecto o del programa, como se observa en la tabla 7.

Documentación tipo política operacional

Sigue un esquema más operativo para programas y proyectos, que por lo general sigue este esquema:

- Objetivos del programa o proyecto.

- Descripción general de cómo se proveerá el servicio.
- Descripción detallada de cómo se organizará el servicio.
- Implicaciones de recursos.
- Arreglos organizacionales.
- Descripción de los resultados esperados del talento humano.

Cronogramas de implementación

Se utilizan para evitar una falta de coordinación entre los recursos reales y una falta de realismo sobre los tiempos planeados. Se pueden elaborar mediante tres técnicas generales:

- Flujogramas: en orden de ocurrencia se dibujan los pasos que deben seguirse, con división para las opciones en los casos que dé lugar. Más de una actividad puede realizarse al mismo tiempo.
- Diagramas de barras (tablas de Gantt): muestran el orden en que los eventos ocurren según la actividad; cualquier demora en una de estas actividades se corresponderá a un retraso subsecuente.
- Análisis de camino crítico: emplean la misma base del diagrama de barras, pero se superponen unos estimados de tiempo para cada actividad.

Monitoreo

Es el proceso de observar que los cambios planeados en una actividad o servicio están ocurriendo; es la oportunidad de identificar problemas en la implementación. Se puede hace a través de diagramas lógicos, planes de actividad y agendas, e incluso sistemas de información administrativos.

Para el monitoreo financiero es esencial identificar desviaciones de lo presupuestado para iniciar acciones correctivas. Se reconoce que hay dos errores que se pueden encontrar: 'superávit' (menos ejecución de recursos) y 'deuda' (mayor ejecución de recursos a la esperada), que se pueden deber a:

- Estimación inicial inferior.
- Distribución inadecuada entre ítems presupuestados.
- Cambios no planeados en el volumen de actividad (epidemias, emergencias).
- Cambios no esperados en precios.
- Cambios en el nivel de eficiencia.

Acciones correctivas financieras

Las opciones disponibles son las siguientes:

- Giro: es el proceso de transferir recursos de una línea del presupuesto a otra, de aquellas con superávit a las que están en deuda. Es un mecanismo restringido por algunos países.
- Solicitar recursos adicionales: pueden solicitarse al nivel regional o nacional, lo que depende de la disponibilidad de recursos, presupuestos de contingencia y aumentos no anticipados de actividad.
- Mejoría en la eficiencia: obtener el mismo nivel de actividad con la misma calidad, pero con uso de menos recursos. Se puede estudiar haciendo uso de las técnicas económicas para la valoración.
- Reducción en los niveles de actividad: puede llevar a reducciones de la eficiencia; además, por lo general, no es fácilmente manejable. Puede tener resistencia de los profesionales y la comunidad.
- Reducción en la calidad del servicio: es preferible a una reducción en los servicios; puede ser a través de reducción de cuidados de enfermería, alimentos u otras opciones.
- Control de ítems de línea del presupuesto: búsqueda de reducción de alguna línea planteada en el presupuesto. Lleva a una reducción en la equidad, calidad o niveles de actividad de los servicios.

Sexta etapa. Evaluación

La evaluación se lleva a cabo durante la implementación o una vez

terminada esta. Busca respuestas en forma de por qué y si hay necesidad de realizar modificaciones; puede ser sumativa, si se cumple una vez se ha completado la ejecución, o formativa, cuando se realiza durante la implementación.

Las posibles razones para hacer una evaluación incluyen:

- Decidir si valió la pena realizar la actividad o si debe ser o no continuada.
- Determinar si los objetivos fueron alcanzados o se deben extender.
- Determinar si una modificación a la actividad podría modificar su desempeño.
- Decidir si debe haber actividades adicionales.
- Justificar políticamente la práctica de una actividad.

Además, hay que contemplarse todos los posibles efectos de la actividad en la evaluación –económicos y no económicos–. Se debe desarrollar en las siguientes cuatro etapas:

1. **Aclarar las preguntas que quiere resolver la evaluación**
   Generalmente, requiere indicadores en cuatro tipos de información:
   - Líneas de base: describen la situación previa a la actividad.
   - Indicadores de resultados: describen la situación posterior a la actividad.
   - Indicadores de recursos o de entradas: describen los recursos empleados para el programa.
   - Indicadores de proceso o gestión: describen el proceso de implementación de la actividad.

   Debe aclararse por áreas, comparando las regiones en las que se desarrolló la actividad y dónde no.

2. **Determinar las medidas para responder cada pregunta**
   Dependerá de los indicadores requeridos, puede ser en registros, encuestas y otras fuentes. Debe ser con enfoque tanto cuantitativo como cualitativo.

3. **Determinar cómo la información de los indicadores puede obtenerse.**

4. **Determinar quién debe realizar la valoración o la evaluación**
   Deben tenerse en cuenta las habilidades de quien la realiza y la representación de las personas que evalúan, si son externos, internos o lejanos al proceso evaluado; lo ideal es lograr una combinación de los tres tipos de evaluadores.

Este proceso de evaluación puede considerarse como un proceso de 'examinación', pero debe siempre mostrarse el proceso como de aprendizaje, en el que se pueda llevar a reformular las actividades y permitir fortalecer el ejercicio de un nuevo análisis de situación en salud al iniciar una nueva espiral de planeación.

Conclusiones

La planeación en salud como disciplina académica es relativamente nueva; sus enfoques y sus modelos pueden contribuir a una mejor discusión para la elaboración y la implementación de los planes de salud en el país. Este documento presenta de manera sintética los conceptos de Andrew Green centrados en el modelo de planeación racional realística, que consiste en seis etapas en forma de espiral; el final de cada subetapa lleva a un nuevo ciclo pero en 'un nivel superior'.

Las etapas propuestas en la planeación racional realística son seis: inicialmente, un análisis de la situación en salud que describe la situación actual de la población en términos demográficos, socioeconómicos y de necesidades y servicios en salud; luego un establecimiento de prioridades que emplea técnicas económicas y de otras disciplinas para la priorización de eventos en salud. En la tercera etapa se valoran las posibles alternativas de forma coherente con las prioridades establecidas. Posterior a estas etapas iniciales están el desarrollo de programas y proyectos, presupuestación, la fase de implementación y monitoreo de las actividades, y una etapa de evaluación que permite reiniciar el ciclo con el análisis de una nueva situación en salud.

Estos procesos se desarrollan tanto en ámbitos técnicos como políticos, requieren la participación de los diferentes niveles administrativos (comunitarios, locales, municipales, distritales, regionales y del nivel nacional) y de múltiples actores tanto en el sector salud como fuera de este. La principal contribución de este documento se constituye precisamente en ello, facilitar la información sobre planeación disponible en la literatura para fortalecer la discusión académica al respecto y así mejorar el funcionamiento del sistema de planeación en salud del país.

Referencias

Green A. (2007). *An introduction to Health Planning for Developing Health Systems*. Tercera edición, Oxford University Press (Reino Unido).

Lopera M. (2014). "Aspectos históricos y epistemológicos de la planificación para el desarrollo", *Rev. Gerenc. Polit. Salud* 13 (26): 28-43.

Saavedra R, Castro LE, Restrepo O *et al.* (2001). *Planificación del desarrollo*. Segunda edición, Editorial Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano (Colombia).

Méndez-Montesinos JR, Pascual-Hernández D. (2012). *Manual de medicina y cirugía. Planificación y gestión*. Octava edición, Grupo CTO (España).

Parada Fortis O. (2010). *La matriz del marco lógico* (MML). Versión revisada. Banco Interamericano de Desarrollo.