

UNIDAD 4: La planificación en los Sistemas de Salud.

Compilación: Mgter. Od. Jorgelina Ulloque

“El mundo me comprende y me engulle como un punto, pero yo lo comprendo”. “El espacio social me engulle como un punto. Pero este punto es un punto de vista, el principio de una visión tomada a partir de un punto situado en el espacio social, de una “perspectiva” definida en su forma y su contenido por la posición objetiva a partir de la cual ha sido tomada. El espacio social es en efecto la realidad primera y última, puesto que sigue ordenando las representaciones que los agentes sociales puedan tener de él”. P. BORDIEU a partir de un pensamiento de Pascal

EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN

“Ningún tipo de acción (social, cultural o educativa) que pretenda alcanzar un objetivo o resultado debe dejarse librada a la total espontaneidad de quien o quienes la realizan. Toda acción que pretende lograr un efecto implica la necesidad de realizar un esfuerzo deliberado por introducir organización y racionalidad en lo que se lleva a cabo”.¹

Programar es prepararse para hacer algo en la mejor forma posible, es prever las cosas con la anticipación suficiente para que al momento de la acción no haya dudas sobre lo que queremos hacer ni falten los elementos para poder hacer lo que nos proponemos. Todos nos preparamos y programamos para afrontar nuestra actividad cotidiana y esto es relativamente sencillo, si lo que vamos a hacer es simple o estamos habituados a hacerlo. Pero programar intervenciones en educación para la salud, atención primaria, incluso un sistema local de salud o aun alguna de sus partes, como un área o un centro de salud, es algo complejo por varias razones como la multiplicidad de actores, instituciones y disciplinas con las que hay que acordar para emprender la acción; la cantidad de tareas que desarrollan y /o gerencian; la brevedad de los tiempos para alcanzar resultados, la laboriosidad de algunas técnicas y procedimientos para llevar las ideas a la práctica; la incertidumbre y los cambios repentinos que muchas veces se dan inesperadamente en los contextos en que se desarrolla la programación.

En su sentido más amplio y corriente, planificar significa diseñar un futuro deseado y los cursos de acción más adecuados para lograrlo. La planificación constituye la guía para el cambio dentro de un sistema social, proceso en virtud del cual las decisiones actuales se relacionan con los resultados futuros deseados y sus objetivos son enriquecer la toma de decisiones.

Sus propósitos fundamentales son profundizar la comprensión y ampliar la visión de los responsables de la toma de decisiones a todo nivel. En la práctica, no es poco frecuente que el proceso de toma de decisiones se realice como un “proceso de reacciones de adaptación a corto plazo”, para “salir del paso” y no para introducir mejoras de fondo.

La planificación, entonces, es un proceso que se ocupa de *reunir información y utilizarla* para el desarrollo, elaboración y evaluación de las acciones y actividades que una determinada organización va a implementar. La epidemiología brinda un *método* dentro del proceso de planificación para *reunir la información* y para *establecer lineamientos* para ejecutar las actividades o programa.

PLANIFICACIÓN SANITARIA SEGÚN EL NIVEL ORGANIZATIVO

Las organizaciones, incluidas las que se ocupan de salud buco dental, están conformadas por conjuntos de personas vinculadas entre sí, diferenciadas por el tipo de decisiones que toman. Se reconocen así:

-grupos de conducción “político- administrativos”: toman decisiones de planificación.

-grupos intermedios “técnico administrativos”: toman decisiones de mando.

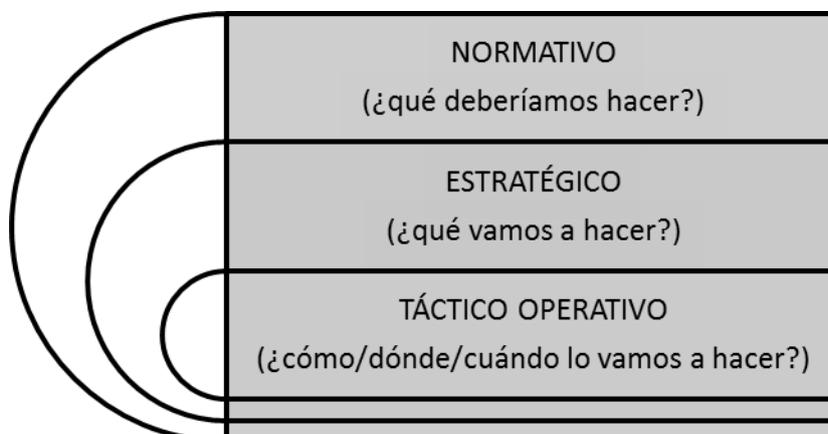
-grupos operativos “técnico- operativos”: toman decisiones ejecutivas.

El carácter más o menos participativo de estas instancias y actividades va a depender de la organización: su apertura o democratización. El éxito o fracaso de una organización depende del nivel de racionalidad en el

¹ Ezequiel Ander Egg y María José Aguilar Idáñez: *Cómo elaborar un proyecto*. Ed Lumen/ Humanitas. 15 Ed. 2000

proceso: si los que deben planificar y decidir la direccionalidad de la organización no lo hacen, los que mandan lo hacen según un criterio propio si es que lo hacen, y en caso que lo hicieran, los operativos terminan haciendo lo que pueden².

La planificación sanitaria puede desarrollarse desde los mencionados diferentes niveles organizativos, que se engloban entre sí desde un nivel más amplio hacia otros de mayor especificidad:



Los distintos niveles constituyen una red organizada en un sistema integrado de planificación, en la que los elementos son interdependientes. La ausencia de una política de salud conduciría a que las intervenciones, los cuidados de la salud y los recursos aprobados tendieran a planificarse con una lógica propia, alejándose de una finalidad global de salud mientras que la falta de una planificación estratégica crearía un vacío de coordinación y complementación con otros efectos del mismo territorio.

Ejemplo: A nivel de ministerio de salud nacional, se plantea como línea de trabajo, el Programa de Sanidad Escolar (ProSanE) que se basa en la evaluación del estado de salud de los niños en edad escolar, seguimiento de los problemas de salud e implementa acciones de promoción y prevención de la salud en las escuelas. Desde este marco (nivel normativo), cada provincia elaborará los planes de acción para su desarrollo (nivel estratégico) y al interior de sus efectores sanitarios, (nivel táctico operativo) se definirán las particularidades de implementación local.

<http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/229-programa-de-sanidad-escolar>

I. El Nivel Normativo o de Planificación de Políticas

Es el nivel más alto. Brinda una orientación general hacia dónde se tiene que dirigir. La planificación de la política es un proceso que está relacionado con la estructura de valores de una sociedad, o con lo que la sociedad considera importante. La planificación a este nivel es normativa, idealista o creativa para el futuro ya que trata de lo que debería ser. Se trabaja a nivel de los grupos de conducción o “político- administrativos”

Responde al interrogante: **¿Qué deberíamos hacer?**

II. El Nivel Estratégico

Es el segundo nivel, con mayor grado de especificidad. Es la planificación estratégica: se trata de lo posible a ser realizado. Se deciden prioridades y las alternativas de acción que tendrán consecuencias en el mediano y el largo plazo. Compete a los grupos “técnico- administrativos”. Responde al interrogante **¿Qué vamos a hacer?**

La planificación en el nivel estratégico nos proporciona un marco general para la acción organizativa. El propósito de este proceso es establecer los objetivos principales y las prioridades. En este sentido, se establecen *objetivos* a

² Perrone en Bordoní N, Escobar Rojas, Castillo Mercado. *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. 1ª ed- Buenos Aires: Médica Panamericana, 2010. Cap. 47.

mediano y largo plazo y se estudian los *medios* para materializar los objetivos propuestos. Contempla los planes de acción concretos para cumplir con los objetivos, contando con elementos internos de la organización y externos del entorno.

III. El Nivel Táctico-Operativo o de Programación

En el tercer nivel, la planificación operativa consiste en desarrollar *programas detallados* para ejecutar las estrategias (o tal vez solamente las que se consideran prioritarias) desarrolladas en el nivel estratégico. La planificación operativa describe un proceso iterativo (que se repite) en el cual se plantean las posibilidades acerca de cómo, cuándo y dónde se desarrollarán las actividades y en la cual se controlan, evalúan y reorientan los resultados cuando se detectan desviaciones con respecto a los objetivos expresados. Su producto es el programa. Una variante constituye el proyecto, que tiene objetivos a corto plazo. Es menos permanente y sirve como evaluación o investigación, se integra a los programas; cuenta en general con estructuras menos rígidas y con recursos destinados al evento. Compete a los grupos “técnico- operativos” y responde a los interrogantes del **¿Cómo, cuándo, dónde lo vamos a hacer?**

La planificación engloba la programación; que es una prolongación más específica y operacional, asegura una coherencia entre el alcance y la profundidad de acción que se obtiene con la programación. El proyecto concreto de puesta en marcha, es objeto de la planificación operativa -con decisiones a corto plazo- desarrollo de actividades, comentarios de ejecución y gestión de recursos.

TIPO DE PLANIFICACIÓN SEGÚN EL NIVEL ORGANIZATIVO	PLAZOS	PROPÓSITOS	PROCESOS	PRODUCTOS
NORMATIVA	5- 10 años	Definición de grandes lineamientos, fines	Orientaciones	Plan general
ESTRATÉGICA	3-5 años	Materializar los objetivos propuestos	Priorización y organización de los recursos y actividades para el logro de los objetivos	Planes de acción
TÁCTICA	1-3 años	Utilización de recursos	Desarrollo de actividades en el tiempo y espacio concretos	Programas – gestión de operaciones- Proyectos (más acotados aún)
(Adaptado de Pineault, 1979)				

En este sentido, podemos definir los productos de la planificación según sus particularidades, vinculadas a los diferentes niveles de la planificación.

Plan: El plan define a grandes rasgos las ideas que van a orientar y condicionar el resto de niveles de la planificación para el mismo. Determina prioridades y criterios, cobertura de equipamientos y disposición de recursos, su previsión presupuestaria y horizonte temporal. Se define el nivel normativo.

Programa: El programa concreta los objetivos que se exponen en el plan, teniendo como marco un tiempo más reducido. Ordena los recursos disponibles en torno a las acciones y objetivos que mejor contribuyan a la consecución de las estrategias marcadas. Señala prioridades de intervención en un tiempo y lugar definidos, con los recursos disponibles. De esta forma las ideas generales del Plan se llevan a una situación concreta.

Proyecto: se refiere a una intervención concreta, individualizada, para hacer realidad algunas de las acciones contempladas en el nivel anterior. Define resultados previstos y procesos para conseguirlos, así como el uso concreto de los recursos disponibles.

Para aclarar estos tres conceptos, algo complejos desde un punto de vista teórico, podríamos decir que el plan es la expresión de una voluntad institucional, el programa representa la especificación de fines y la concreción de recursos, por lo que corresponde a los responsables concretos de las estructuras, centros o servicios concretos. Y los proyectos deben ser responsabilidad de las personas y equipos que tienen encomendada la intervención. Así, un PLAN se desarrolla a través de diferentes PROGRAMAS, y de la misma manera, cada programa se desarrolla mediante diferentes PROYECTOS.

PLANIFICACIÓN PARA LA SALUD - DIFERENTES ENFOQUES

Existe un “**modelo tradicional**” de asumir la planificación sanitaria, donde no se tienen en cuenta las características de las comunidades donde se desea introducir intervenciones. La planificación desde este enfoque, se trata de un procedimiento que tiende a fijar normas de contenido racional y consistente entre sí, que generalmente dependen de la posibilidad tecnológica de lograr algo, y que se refieren al momento futuro, ya que su oportunidad de acción es el futuro. Más aún, la concepción de actividades del sistema de salud ignora aquellos aspectos de la salud que se refieren al estilo de vida, al medio-ambiente, a los procesos sociales, a los capitales culturales. Las metas del proceso no son confrontadas con la opinión de los efectores del proceso ni aún con los destinatario. No admite oponentes. El planificador es un técnico de escritorio, al servicio del político.

En contraposición al modelo antes descrito, surge un modelo de planificación que se basa en el marco holístico en que se concibe actualmente a la salud, el “**modelo holístico**”, donde se pone de manifiesto que la gente aprecia una alta calidad de vida, la oportunidad de una existencia productiva, el bienestar y la ausencia de enfermedad como valores o motivaciones propias. Así, en este marco, las normas referidas a morbilidad, discapacidad y mortalidad reducida, y mayor nivel de bienestar, se transforman en expectativas de la gente y son capitalizadas en el proceso de planificación. Se prevé la necesidad de garantizar continuidad en los procesos, por ello considera que el tiempo de la planificación es el hoy, es decir, la situación actual, y el futuro se construye desde ahora, contemplando la dinámica social y las oposiciones. A partir de un problema se da la operación o creación de un plan explicativo permanente. Esta concepción de la planificación no busca establecer normas, sino desencadenar un proceso de análisis de los problemas sociales que lleva a proponer metas que serán replanteadas en forma permanente junto con la comunidad.

“Toda práctica de planificación es una combinación dosificada de cálculo previsorio que se prealimenta de una simulación constante del futuro y de cálculo reactivo que se retroalimenta de la constatación de los problemas agravados o atenuados”. CARLOS MATUS

PROGRAMACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA³

La OPS la define como un proceso de carácter científico que responde al contenido de las ciencias sociales y administrativas mediante el cual un servicio o conjunto de servicios, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la población, es capaz de:

- a) Identificar las necesidades de atención de salud de una población,
- b) Identificar prioridades de acción en base a riesgos poblacionales,
- c) Orientar los recursos y actividades de la red de servicios para resolver los problemas prevalentes en las poblaciones más necesitadas,
- d) Promover la participación de la comunidad en la definición de prioridades y en la realización de actividades,
- e) Ajustar permanentemente las actividades de salud para lograr la cobertura efectiva y la resolución de los problemas de salud,
- f) Evaluar los procesos y resultados de las acciones de salud.

El proceso de programación local tiene algunas características que merecen destacarse:

³ Moreno, Elsa y col: “Guía de Programación Local Participativa. Actividades de salud materno infantil en el primer nivel de atención” Ministerio de Salud de Argentina. 2000

a) Es un proceso continuo; por ello las llamadas etapas de un proceso deben ser concebidas como "momentos", concepto de gran valor. Matus define los momentos como una instancia, ocasión, circunstancia, que atraviesa un proceso continuo o en cadena, que no tiene comienzo ni término definido. En la programación local no puede aceptarse una secuencia lineal en donde el diagnóstico de salud comienza y termina en un momento determinado, seguido por etapas posteriores. Por lo contrario el diagnóstico es un proceso permanente que se modifica en cada monitoreo o evaluación y que se utiliza para realizar los ajustes necesarios durante la ejecución. Tampoco puede esperarse la finalización del diagnóstico para sólo entonces actuar, ya que en la práctica se recogen valiosos elementos para completar el mismo

b) Es un proceso flexible, adaptado a la realidad de cada contexto que une la observación de lo cotidiano a la visión estratégica de mediano y largo plazo.

c) El proceso de programación es generador de ideas y soluciones creativas y aptas para ser aplicadas en su ámbito de responsabilidad, sin perder de vista el contexto regional y nacional del que forma parte. Para lograr este objetivo es preciso:

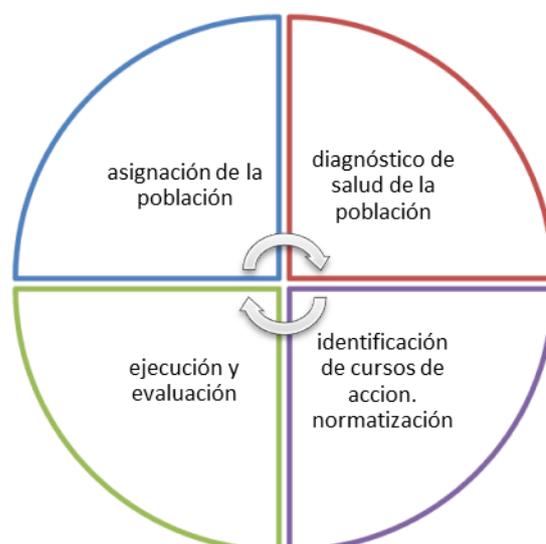
- 1) Desarrollar a nivel local el diálogo permanente entre los miembros del equipo de salud y la comunidad;
- 2) realizar investigación acerca de los problemas de salud del área y sus soluciones, teniendo como eje de estas actividades la evaluación de la calidad de la atención que se está brindando, así como los resultados que se obtienen con los recursos disponibles.

d) El proceso de programación local debe ser simple, no debe generar un exceso de actividad administrativa que reste tiempo para la verdadera actividad del equipo de salud que es la atención de las necesidades, demandas y expectativas de la gente. No se debe implementar un proceso de programación complicado y con gran número de formularios sino un procedimiento accesible a todos los trabajadores de salud y a la población.

e) El producto final de la programación local no consiste en disponer de un documento final; y mucho menos se debe pensar que es un ejercicio que se realiza una vez al año. El documento inicial de programación de un servicio debe ser seguido de ejercicios permanentes de ajuste donde se vuelquen los aspectos detectados en la supervisión y monitoreo de los procesos y los resultados que se van registrando. Sin temor podemos asegurar que ejercicios permanentes de ajuste son mucho más importantes que la programación inicial, ya que ésta muchas veces se realiza con insuficiente información, la cual se mejora a medida que progresa el proceso de Programación-Acción-Monitoreo-Evaluación.

Momentos de la Planificación Local

La elaboración de una planificación admite su desarrollo en cuatro momentos básicos que constituyen un proceso continuo y permanente. Hablamos de "momentos" y no de "pasos" asumiendo la idea de que los momentos pueden ir trabajándose en orden indistinto, volviendo a trabajarlos cada vez que sea necesario, mientras que los pasos dan cuenta de un recorrido o construcción secuencial y estructurada.



1- ASIGNACIÓN DE LA POBLACIÓN

Este es un aspecto fundamental del proceso de programación local. Las jurisdicciones nacionales, en la totalidad de los casos, han realizado un proceso de regionalización que define espacios geográficos poblacionales donde las unidades de atención operativas asumen una responsabilidad concreta de atención a poblaciones definidas. En el subsector público estas divisiones tienen diversas denominaciones: Zonas Sanitarias, Regiones, Áreas Programáticas, Áreas Programas, etc. A su vez, cada uno de los servicios de esos espacios-población –ya sean puestos de salud, centros de salud, hospitales– suelen tener asignadas poblaciones sobre las cuales tienen la responsabilidad de atender las necesidades, demandas y expectativas de la gente y que denominamos Área de Responsabilidad del servicio. Para los servicios de la Seguridad Social y de las Prepagas la responsabilidad corresponde a la población beneficiaria.

La asignación de población a recursos de salud nunca es fija y total. La diferente capacidad de resolución de problemas por parte de los recursos hace que una población deba estar asignada a más de un recurso o establecimiento, dependiendo del tipo de necesidad.

Así, por ejemplo, un Centro de Salud atenderá correctamente el control del embarazo en su área de Responsabilidad pero para la atención del parto derivará a la paciente a un Hospital que pueda atender adecuadamente a la madre y al recién nacido, según el grado de riesgo de ambos. En un sistema regionalizado estas decisiones son fundamentales, y objeto de negociación y adjudicación de responsabilidades.

En la programación local el área de responsabilidad del servicio es la Unidad de Programación. El programa de las Zonas Sanitarias, Regiones, Áreas Programáticas, Áreas Programas, etc. resultan de la sumatoria de los programas de estas unidades.

La adjudicación de Áreas de Responsabilidad a cada uno de los servicios se realiza a través de información de censos de población y sus estimaciones intercensales. Estos datos, en muchos casos estimados al comenzar el trabajo programado, deben ser permanentemente evaluados y ajustados por medio de datos recogidos en los servicios, así como a través del censo de población realizado por agentes sanitarios o voluntarios del mismo servicio.

El Censo de Población es una tarea indispensable en las áreas rurales y de la periferia de las ciudades donde son frecuentes las migraciones en las primeras y los nuevos asentamientos en las segundas. Si no se dispone de personal para hacer censos del total de la población deben ser realizados por lo menos en las áreas de riesgo. Desde el trabajo pionero del Dr. Alvarado, en Jujuy, en el país hay experiencia en censos realizados con agentes sanitarios y actualizados periódicamente por este personal, a través de las rondas sanitarias. Para realizarlo hay formularios especiales, que deben ser complementados con croquis del área donde se señala la ubicación de las viviendas. A nivel de las provincias se dispone de Formularios para realizar este tipo de censos.

2- DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Este trabajo resulta del análisis de las estadísticas demográficas, vitales, epidemiológicas y de servicios de salud. Sin embargo, no debe limitarse al frío análisis estadístico y debe tenerse en cuenta lo que la gente piensa y siente respecto a sus necesidades y expectativas respecto a los servicios.

Para llegar a definir el diagnóstico de salud una población determinada, es necesario realizar una exhaustiva identificación de problemas y necesidades, conocida también como **“diagnóstico de situación”**, el cual se construye utilizando diferentes maneras o fuentes a través de las cuales es posible reunir la información necesaria. Es a través de estas fuentes, que puede realizarse la compilación (recopilar datos a partir de fuentes existentes), el desarrollo (producción de nueva información) y la integración (síntesis de la información)⁴.

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA POBLACIÓN: Fuentes para la recopilación de la información		
Indicadores	Encuestas	Espacios para la búsqueda de censo

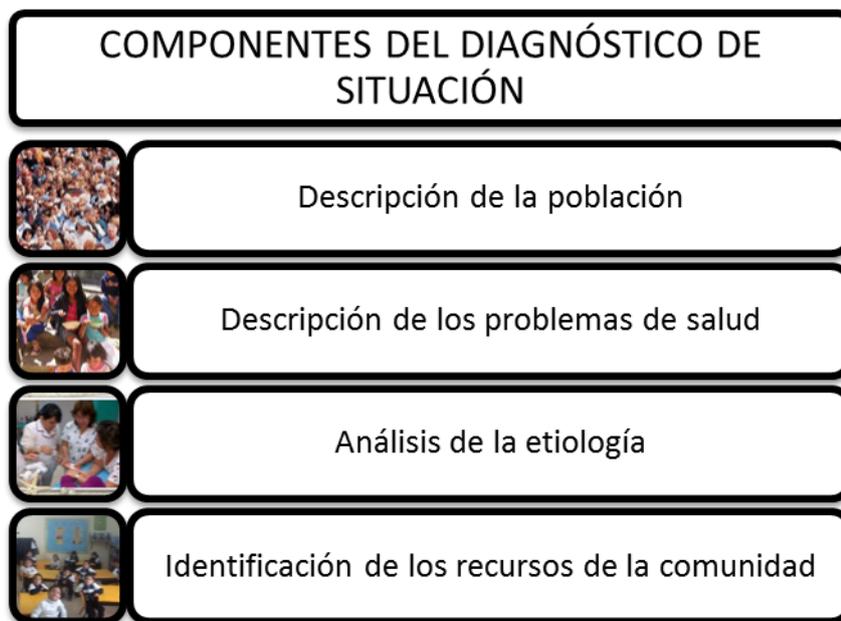
4 Dever, A. 1987

- **Indicadores:** la situación de salud puede ser identificada y analizada por medio de diferentes indicadores:
 - **Indicadores del estado de salud:** dado que las necesidades de salud se basan en el estado de salud de la población, los indicadores utilizados para medir este factor se utilizan para la determinación de las necesidades (indicadores de morbilidad, mortalidad, discapacidad, indicadores de enfermedades específicas como por ejemplo caries y enfermedad periodontal e indicadores de riesgo).
 - **Indicadores sociales:** surgen de las mediciones de la condición social de la población. Generalmente se los utiliza como indicadores aproximados. Las fuentes de información pueden ser las estadísticas por edad, sexo, educación, antecedentes étnicos, vivienda, trabajo, cobertura de la seguridad social, etcétera.

- **Encuestas:** la encuesta es un importante medio para recabar información acerca de la situación de salud y necesidades de la población.
 - **Análisis de la utilización:** examina las necesidades en términos de demanda de servicios, que se mide por tipo y calidad de servicios que una población determinada utiliza. Por este medio es factible recabar datos tales como características de los pacientes, servicios recibidos, estado de salud, entre otros. Los datos pueden ser reunidos en formularios específicamente diseñados o tomados de los registros de las instituciones.
 - **Encuestas tipo:** se toman de la población general y determinan las necesidades de los encuestados directamente, que a menudo son entrevistados en sus propias viviendas. Un enfoque alternativo consiste en entrevistar a los usuarios en el punto de utilización del servicio (centro de salud). Este método permite reunir información proveniente de un grupo que por lo menos ha tenido algún contacto con los servicios de salud.
 - **Encuestas a Informantes clave:** Las entrevistas se realizan a miembros de la comunidad o a trabajadores locales que tengan experiencia directa en el área en estudio. Las preguntas de la entrevista se refieren a los servicios existentes y a las características demográficas de la comunidad.

- **Espacios para la búsqueda de consenso:** se centra en los medios a través de los cuales se pueden evaluar las opiniones profesionales y no profesionales de la necesidad de atención de salud en discusiones participativas en grupo. Admite diversas alternativas:
 - **Foro comunitario:** reunión abierta en la cual se invita a todos los presentes a exponer sus opiniones sobre las necesidades del área.
 - **Grupo nominal:** reunión muy estructurada y multifacética de individuos que se encuentran íntimamente relacionados con el área que se está evaluando. Por ejemplo un pequeño grupo objetivo (de diez individuos) compuesto por usuarios de servicios de salud, administradores y miembros del personal de las instituciones sanitarias se reúne para precisar la naturaleza de las necesidades de atención médica en la comunidad. Se sigue un procedimiento ordenado preestablecido para definir las ideas individual e independientemente al principio y luego se las enumera y clarifica en conjunto. El grupo luego cataloga las ideas por votación secreta y el resultado es una clasificación de las necesidades por él definidas.
 - **Impresiones comunitarias:** integra la información reunida en entrevistas con pequeños grupos o informantes clave con datos provenientes de una variedad lo más amplia posible de indicadores o de encuestas. La lista de necesidades confeccionada de esta manera es luego convalidada por medio de un proceso de foro comunitario.

A través de la utilización de estas diferentes fuentes de información, y una vez recopilados los datos, podemos construir el “diagnóstico de situación” o “identificación de necesidades y problemas” estas diferentes maneras de recopilar información.



Componentes del “diagnóstico de situación” o “identificación de necesidades y problemas”:

- **Descripción de la población:** a partir de elementos demográficos, socioeconómicos y geográficos se realiza una descripción completa de la población objeto.
- **Descripción de los problemas de salud:** la evaluación de este punto se realiza en base a los distintos enfoques. La combinación de enfoques resulta más productiva y adecuada que un método aislado. La epidemiología hace aquí su aporte en el enfoque por indicadores que es esencialmente el enfoque descriptivo-epidemiológico, analizando indicadores de mortalidad, morbilidad y factores de riesgo. La morbilidad incluye enfermedades, dolor e incapacidad, agudos y crónicos. Los factores de riesgo se relacionan con los elementos intrínsecos de cada una de las cuatro dimensiones del concepto de campo de salud. En este punto resultan de mucha utilidad los índices específicos (Índice del Diente Sano, C.P.O., c.e.o., Índices de Higiene Bucal, Índices Gingivales y Periodontales, etcétera) que permiten la descripción de los problemas de salud bucal.
- **Análisis de la etiología:** resulta útil determinar las causas, el origen de los problemas, lo que se realiza mediante la valoración de los factores de riesgo. La epidemiología analítica proporciona los datos y conocimientos para la determinación de los factores de riesgo.
- **Identificación de los recursos comunitarios:** recursos de la comunidad utilizables para realizar las acciones en salud destinadas a disminuir los factores de riesgo identificados. Tales recursos pueden ser instituciones de salud pública, hospitales, escuelas, grupos comunitarios, infraestructura disponible, recursos humanos y técnicos, etcétera.

De la evaluación demográfica de la población y de la descripción y análisis epidemiológicos de los datos obtenidos, debe surgir un claro cuadro de los problemas de salud del área. Igualmente, el análisis de la utilización del servicio y la identificación de otros recursos comunitarios indican a cuáles de estos problemas deben apuntar nuestras acciones. Esto constituye el elemento básico para trabajar la asignación de prioridades.

Un primer análisis debe identificar grandes daños (mortalidad infantil y materna por ej.) y a continuación los factores causales tanto biológicos como sociales de esos daños. Para cada uno de los daños identificados se debe analizar cuáles son las respuestas que actualmente da el servicio en términos de cobertura y calidad de la atención. En este punto, se deben tener en cuenta aspectos que, muchas veces, el análisis de datos estadísticos no puede revelar, tales como los siguientes:

- Las características del modelo de atención, muchas veces centrado en la atención exclusiva de la demanda por patología,
- El cumplimiento de los horarios y el uso del recurso tiempo por parte de los miembros del equipo de salud,
- La actitud del personal para estimular la participación comunitaria,

- La confianza en el personal de salud que manifiesta la población del área,
- Las actividades de coordinación con organizaciones de la comunidad tales como escuelas, parroquias, etc.

La integración de conocimientos acerca de la situación de grupos humanos en relación a los daños, las características sociales, económicas y geográficas que condicionan el estado de salud y el abordaje de los recursos en términos de disponibilidad y su utilización, hace que el diagnóstico se concrete en problemas concretos a resolver, con el conocimiento disponible.

3- IDENTIFICACIÓN DE CURSOS DE ACCIÓN. NORMATIZACIÓN

A partir de la caracterización del perfil epidemiológico de la población, de los grupos de riesgo, de la cuantía, organización y capacidad resolutoria de los recursos disponibles y mediante la administración del conocimiento debe buscarse la solución más apropiada para cada situación de salud. Esta tarea deberá ser el producto de un trabajo participativo de análisis y discusión de normas y estrategias por parte del equipo de salud, con participación activa de la comunidad.

Una vez identificados los problemas, lo que sigue es determinar cuáles son los más importantes para la planificación y asignación de recursos. Diversos criterios entran en juego a los fines de la **determinación de prioridades**. En este momento la epidemiología brinda elementos de juicio importantes a los responsables de la toma de decisiones para la racionalización de prioridades, señalando evidencias que puedan servir de guías para las decisiones políticas. Se pueden aplicar dos tipos de criterios epidemiológicos:

- La magnitud de la pérdida. Por medio de técnicas epidemiológicas es posible estimar la pérdida de vida como consecuencia de una causa de mortalidad determinada. También es factible determinar la importancia relativa de factores de riesgo.
- La posibilidad de que la pérdida sea prevenida o reducida. La epidemiología brinda su aporte mediante la determinación de la celeridad con que se puede prevenir la enfermedad o reducir sus efectos adversos mediante la utilización de:
 - las opiniones y criterios de los expertos en el tema.
 - la experiencia en otras regiones.
 - análisis de tipo costo-beneficio.

En el caso de los problemas odontológicos, las enfermedades más prevalentes, caries y enfermedad periodontal, llevan a la pérdida de elementos dentarios en una magnitud importante. Por otra parte, ambas son enfermedades prevenibles a un costo significativamente inferior que el que representa la rehabilitación. Por lo tanto ambas enfermedades representan un problema prioritario para el odontólogo sanitarista. Asimismo, en cuanto a dentición, se prioriza la permanente, en razón de que constituye la definitiva.

Una vez determinadas las prioridades, se puede efectuar la planificación de los **objetivos** para cada grupo de problemas o factor de riesgo. La planificación de cada *programa* comienza por fijar los objetivos. La contribución de la epidemiología en este paso se centra básicamente en expresar los objetivos de manera cuantitativa (utilizando tasas de prevalencia e incidencia) o cualitativa según corresponda. Además utilizando las relaciones de riesgo que la epidemiología brinda, se puede disponer de información sobre la factibilidad de reducir la incidencia o prevalencia de determinadas enfermedades.

Las **metas** constituyen los diferentes peldaños que constituyen la escalera para alcanzar los objetivos. Se refieren a períodos más cortos de tiempo y son siempre *mensurables*.

A partir de esto, comienza la generación de ideas para identificar maneras posibles de lograr los objetivos. Asimismo, los objetivos a lograr y los cursos de acción que se vayan definiendo, se deben traducir operativamente, esto implica la identificación y asignación de **recursos** necesarios para producir esas actividades o servicios. Se considera un recurso todo lo que pueda utilizarse para el logro de un objetivo. Los principales tipos de recursos son:

- Humanos: el personal capacitado para llevar a cabo las acciones planificadas.
- Infraestructura: edificios, centros de salud, etcétera.
- Equipamiento y materiales.
- Información: libros y manuales de métodos, registros e informes, investigaciones, etcétera.
- Factores de relaciones sociales: opinión pública, apoyo gubernamental o privado, grupos comunitarios, etcétera.
- Recursos técnicos y del medio-ambiente: electricidad, clima, transporte, etcétera.
- Presupuesto: es el dinero necesario para obtener otros recursos. Puede provenir del gobierno, de instituciones privadas o de la comunidad.
- Tiempo: debe considerarse el tiempo necesario para el funcionamiento del plan.

También es necesario considerar los obstáculos y limitaciones que pueden presentarse. Un método sencillo es la confección de una lista de objetivos, anotando paralelamente los obstáculos para el logro de cada uno de ellos y agruparlos según:

- Obstáculos que pueden eliminarse: los que tienen solución.
- Obstáculos que pueden modificarse o reducirse, superarse.
- Obstáculos que no pueden superarse.

La gente es el recurso más importante para un programa. Cuando se discuten los obstáculos y cómo pueden superarse, debe participar la comunidad o sus representantes. Ellos pueden indicar qué pueden hacer por sí mismos, garantizando que lo que se está planeando es lo que necesita. La elección del mejor plan de acción depende de las circunstancias; quizás se prefiera dar mayor cobertura en el largo plazo o una cobertura integral a pocas personas, etcétera.

4- EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

Después de la discusión técnica sobre diversas alternativas posibles respecto de las coberturas a alcanzar y de las actividades a desarrollar en relación con los recursos disponibles o a incrementar, comienza la **ejecución del programa local** y simultáneamente, la **evaluación**.

La evaluación no puede ser pensada como un proceso independiente de la programación y ejecución —salvo con fines conceptuales—, ya que la evaluación reinicia el ciclo diagnóstico que precede a las decisiones programadas. Por otro lado, la evaluación a lo largo del proceso de ejecución permite conocer los avances, lo que hace posible un permanente ajuste de la programación.

La evaluación supone detenerse, distanciarse frente a la acción y pensar sistemáticamente sobre el quehacer, para identificar y explicar los resultados a la luz de lo programado. Una definición interesante de evaluación que sintetiza los pasos del proceso y sus objetivos es la de Nirenberg y col.: "Entendemos por evaluación de programas o proyectos sociales una actividad programada de reflexión sobre la acción, basada en procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información, con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables sobre las actividades, resultados e impactos de esos proyectos o programas, y formular recomendaciones para tomar decisiones que permitan ajustar la acción presente y mejorar la acción futura".

La evaluación de programas de salud a nivel local consiste fundamentalmente en identificar en qué medida se han alcanzado las coberturas y los estándares de calidad que se formularon como objetivos. Los hallazgos de la evaluación en términos de deficiencias, desvíos y restricciones, así como las bondades, las potencialidades, las oportunidades y las fortalezas de la ejecución y su contexto, representan importantes elementos para generar propuestas de intervenciones para modificar, ratificar, innovar o reforzar los cursos de acción del programa. Sin duda en toda evaluación siempre hay comparación, ya sea contra sí mismo en el tiempo (antes-después) o bien contra parámetros existentes o deseables, expresados en los objetivos.

Las comparaciones se pueden hacer a través de mediciones y/o precisiones. Medir implica comparar una cantidad contra su respectiva unidad, en lenguaje numérico (indicadores cuantitativos) mientras que precisar significa concebir una cosa como distinta de otra, lo cual se expresa en descripciones y juicios en lenguaje verbal (indicadores cualitativos), no por ello menos rigurosos. El proceso evaluativo concluye con un juicio valorativo fundamentado.

La evaluación adquiere distintas formas en función de diversos factores: la naturaleza del sujeto-objeto a evaluar, el punto de vista del evaluador, la instrumentación más o menos detallada, el contexto en que se desarrolla y la audiencia a quien va dirigida.

Los servicios de salud por su naturaleza son complejos y tienen características particulares ya que corresponden a diferentes niveles de complejidad y recursos. Estos servicios atienden a poblaciones diferentes también en cuanto a necesidades y expectativas de salud y características socioeconómicas y culturales, aspectos que es preciso tener en cuenta al realizar la programación y que, consecuentemente, condicionan la evaluación.

Uno de los principales problemas de la evaluación lo constituye el punto de vista del evaluador, en términos de la subjetividad que este puede incorporar a sus juicios valorativos; como en toda actividad cognitiva o perteneciente a disciplinas de la ciencia, la evaluación debe procurar un máximo de 'objetividad' (y, por ende, de comunicabilidad); pero ese requerimiento no debe ser confundido con la obligación de cuantificar, ya que muchas veces la sola adjudicación de un valor numérico a un juicio, no garantiza su objetividad. La participación de los diversos actores involucrados en los procesos de gestión, particularmente de los beneficiarios, es un modo de superar las subjetividades individuales –de un evaluador o un equipo de evaluadores– introduciendo lo que se denomina un campo epistemológico de inter subjetividad; de modo que desde un punto de vista filosófico, la evaluación participativa, al igual que la programación participativa, tiene fundamentos no sólo éticos, en el sentido de respeto a los derechos humanos de ciudadanía, sino también epistemológicos, en el sentido de superar la subjetividad individual en la generación de conocimientos.

CUADRO RESUMEN



Bibliografía:

- **Ander- Egg E.** Introducción a la Planificación Estratégica. 1ªed. Buenos Aires: Lumen, 2007.
- **Dever A.** Epidemiología y administración de servicios de salud. OPS-OMS; 1991, cap. 2, 3.
- **Pineault M; Develuy M.** La Planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1987; pp 9-10.
- **Moreno, E.:** "Guía de Programación Local Participativa. Actividades de salud materno infantil en el primer nivel de atención" Ministerio de Salud de Argentina. 2000.
- **Bordoni N, Escobar Rojas, Castillo Mercado.** Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1ª ed- Buenos Aires: Médica Panamericana, 2010.
- **Ander Egg, E y Aguilar Idáñez, MJ :** Cómo elaborar un proyecto. Ed Lumen/ Humanitas. 15 Ed. 2000