

# Los programas y la programación de la atención de salud\*

## Programmes and programming of health care.

Dr. Carlos Montoya-Aguilar\*\*

### Resumen

La programación es una técnica necesaria en el sector salud. Se trata de uno de los modelos del amplio campo de la planificación: éste se describe aquí brevemente. Se define un Programa, en Salud Pública, como la formulación de un conjunto de actividades dirigidas a resolver un determinado tipo de problemas y aspiraciones de salud de una población, considerada en su medio ambiente; incluye la especificación de los problemas a resolver, los recursos a emplear y la manera de organizarlos y conducirlos. Programar implica un ir y venir entre las necesidades diagnosticadas y los recursos disponibles. También, un ir de lo que se hizo antes a lo que se hará y a lo que se debería hacer. Se expone la nomenclatura a emplear, incluyendo las definiciones de los índices programáticos. Se esboza el esquema de redacción de un programa. Se subraya la importancia de la decisión de apertura de los programas básicos y transversales. Hay una sección sobre evaluación y monitoreo. Se distinguen los proyectos como un modelo de planificación que no debe confundirse con los programas. La identificación de "quien programa" se relaciona con técnicas especiales de información, como el SIG y el SIGFE; de coordinación, como los "compromisos de gestión"; de presentación para la aprobación central, como la "matriz de marco lógico".

La programación se relaciona con otros grandes esquemas conceptuales, como los de Sistemas y Modelos, contenidos en las Políticas de Salud. Ella se encuentra en el origen de la Administración y conduce a Presupuestos racionales, por Programas y por Centros de Costos.

*Palabras clave:* Programación en salud; componentes programáticos; apertura de programas; proyectos.

### Abstract

Programming is a necessary technique in the health sector. It belongs in the wide field of planning, which is succinctly described here. A Programme is defined, in Public Health, as the expression of a set of activities aimed at solving a certain type of health problems and aspirations of a population-in-its-environment; it includes the specification of the problems to be overcome, the resources to be used and the ways to organize and manage them. Programming implies going and coming between the needs observed and the available resources. It also implies going from the past to the future and to hypothetical, optimum situations. A programme outline is provided. The importance of deciding which programmes should be "opened" is emphasized. There is a section on the evaluation and monitoring phases of programmes. Projects are described as a planning model that should not be confused with programmes. Who does the programming is related with special information techniques, such as SIG (management information system) and SIGFE (Government financial information system); coordination techniques, such as "management commitments"; and special forms for requesting government approval of Projects. Programming is related to other large conceptual schemes, such as Systems and Models, which belong as contents in Health Policy formulation. Programming also flows into the organization of the system; and it facilitates the formulation of rational budgets, i.e. "programme-budgets", linked to the concept of "cost centers".

*Key words:* Health programming; programme components; decision on programmes to be implemented; projects

\* Ver publicaciones anteriores de esta serie de "Bases conceptuales de la Salud Pública" en Cuadernos Médico Sociales, vol. 44 (4) y vol. 45(1).

\*\* Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile. <cmontoya@minsal.cl>

## 1. INTRODUCCIÓN.

Un **sistema** de salud consiste en componentes interrelacionados, incluyendo una infraestructura que provee diversos **programas** de salud (Organización Mundial de la Salud, 1981) (1). Para la OMS, los programas son el primer producto y razón de ser del sistema (2).

En épocas recientes se ha considerado discutible la necesidad de la planificación, posiblemente porque, desde el punto de vista de la ideología liberal predominante, sería más confiable la guía de la "mano invisible" del mercado. También se ha propagado la idea errada de que los planes son recetas rígidas que la autoridad espera aplicar, desconociendo que, en los hechos, aparecerán situaciones complejas e imprevistos que impiden su cabal cumplimiento. En realidad, una planificación competente siempre tomará en cuenta las eventualidades y proveerá a quienes toman las decisiones con varias alternativas entre las cuales elegir; más aún, incorpora procesos de monitoreo y evaluación que permiten corregir el rumbo sin perder de vista los objetivos esenciales que se hayan definido.

Como quiera que sea, durante los últimos quince años se han empleado, en uno u otro nivel y en mayor o menor medida, conceptos y métodos del área de la programación. Sin embargo, por ser esta técnica una parte de la planificación, y por las circunstancias mencionadas más arriba, se debilitaron dichos conceptos y métodos en la formación misma de los especialistas en salud pública. A ello contribuyó fuertemente la exoneración de la mayoría de los docentes universitarios de estas materias, docentes que antes tuvieron un papel importante en el desarrollo de ellas al nivel continental.

La situación descrita llevó a cierta confusión en la localización de las responsabilidades por la determinación y ejecución de las actividades del sector; apareció una plétora de "programas" poco coordinados entre sí; y ellos sufrieron, en algunos casos, interrupciones, o quedaron a la deriva en uno u otro punto del territorio frente a los frecuentes cambios organizacionales. Las correcciones que se aplicaron fueron a veces parciales y compartamentalizadas, acentuando los problemas de conducción y armonización en los niveles del sector y entre ellos.

## 2. ¿ QUÉ ES UN PROGRAMA?

Es posible que se piense que esta es una pregunta muy elemental. Sin embargo, la abordamos por

considerar que es importante y que debe existir en la práctica de la Salud Pública un lenguaje común, particularmente por la necesidad de cooperación entre profesionales provenientes de distintas disciplinas.

El "programa" de salud es uno de los modelos empleados en la planificación de la salud. Cabe definir aquí, brevemente, el amplio concepto de "planificación de salud": es el proceso por el cual (a), una sociedad define lo que se propone lograr - en el futuro - en el campo de la salud y (b), asigna los recursos para tales fines. Entre los modelos que se utilizan en la planificación, el más importante es la "planificación general" o planificación amplia, a veces denominada también "planificación de país"(3).

Puesto que un programa local se inscribe en la planificación general, es necesario comenzar por describir sucintamente este último modelo.

Un plan general de salud comienza por describir a la población-objeto del plan, su entorno, los problemas de salud que la afectan y las demandas y deseos de atención de aquella población. A continuación, pondera aquellos problemas, demandas y deseos de acuerdo a su magnitud y trascendencia social, con el auxilio de información objetiva y de opiniones de expertos y otros participantes. Luego trata de identificar los determinantes de los problemas - utilizando los métodos de la epidemiología - y los prioriza de acuerdo a su grado de influencia o fuerza causal. De aquí pasa a examinar las intervenciones posibles para controlar los factores detectados y así reducir los problemas. Las propuestas de elección de estas intervenciones se deberán basar en su efectividad y en su factibilidad tanto técnica como económica y cultural; también deben tomarse en cuenta tanto la sinergia de varias intervenciones actuando sobre un problema como el efecto múltiple de una intervención sobre varios problemas.

El modelo de planificación general o amplia se utiliza a nivel nacional o regional y se desarrolla en profundidad cada cuatro o cinco años. Sirve como marco o guía para los otros modelos de la planificación de salud, incluyendo el que aquí nos ocupa: la programación, que es el más próximo a la ejecución y que se elabora o revisa para períodos de tiempo más cortos.

Cerramos esta sección con una breve respuesta a la pregunta inicial. Un programa, en Salud Pública, es un conjunto de actividades dirigidas a resolver un determinado tipo de problemas y aspiraciones de salud de una población considerada en su medio ambiente. Incluye la especificación de los problemas

a resolver, los recursos a emplear y la manera de organizarlos y conducirlos.

### 3. ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO BÁSICO DE PROGRAMACIÓN.

Estos elementos son cuatro:

- ∞ **La población (en su medio), portadora de problemas, necesidades y/o deseos en el campo de la salud;**
- ∞ **Actividades que responden a esos problemas;**
- ∞ **Instrumentos con los cuales se ejecutan las actividades**
- ∞ **Administración de los instrumentos y actividades, es decir, su organización y su manejo o dirección.**

El modelo de programación puede concebirse como un flujograma que parte de las necesidades de la población y pasa de ellas a las actividades para resolverlas y luego propone los tipos y cantidades de instrumentos requeridos. Es habitual que este razonamiento nos enfrente a una estimación de los requerimientos que parezca exceder a lo que es posible. Puede transitarse en sentido inverso, preguntando ¿qué actividades se pueden realizar con los instrumentos existentes y qué problemas se pueden resolver con esas actividades? En la práctica, la programación efectúa un ir y venir en ambas direcciones, hasta encontrar una respuesta que sea lo más justa dentro de lo posible, con la expectativa de lograr un acercamiento progresivo a la satisfacción plena de las necesidades en sucesivos ciclos (3).

### 4. TIEMPOS DE LA PROGRAMACIÓN.

En la programación y en la planificación general se dan ciclos que comienzan con el diagnóstico de la situación inicial, continúan con la formulación del programa, luego con su ejecución y finalmente con la evaluación. Esta última fase cierra el ciclo y equivale al diagnóstico de un nuevo ciclo similar al primero. El proceso es CONTINUO: los ciclos deben sucederse, con variaciones moderadas, en tanto no cambie el plan general.

En el plano temporal, el modelo puede pensarse en forma prospectiva, como la formulación de lo que se hará: ¿a qué población se va a atender? ¿qué

actividades (y cuántas) se realizarán? ¿con qué instrumentos se contará? ¿cómo será la organización?

También puede usarse en un sentido retrospectivo, al momento de la evaluación y de un nuevo diagnóstico: ¿qué población se atendió? ¿qué problemas se abordaron? ¿qué actividades se ejecutaron? ¿cuáles y cuántos instrumentos se utilizaron? ¿cómo se administraron?

Finalmente, el modelo puede desarrollarse en forma teórica, con un sentido normativo: ¿qué población y qué necesidades deberían ser atendidas? ¿qué actividades deberían efectuarse? ¿de qué instrumentos debería disponerse? y ¿cuál sería la organización óptima? (3).

### 5. NOMENCLATURA DE LA PROGRAMACIÓN.

Es necesario definir los términos que hemos usado hasta aquí.

La *población* se define por su tamaño, por su estructura (edades, sexos, etnias, ocupaciones, niveles de escolaridad, etc.) y por su dinámica (natalidad, mortalidad, migración). En el *medio* o *entorno* se distinguen sus aspectos físicos, biológicos, socioeconómicos, culturales y político-administrativos, así como los principales problemas, planes y perspectivas de la comunidad.

Las *actividades* son combinaciones de intervenciones o de tareas que van a solucionar directamente algún problema de salud de una persona, familia o colectividad. Sus atributos son: el tipo de actividad, la cantidad, la cobertura, la concentración, la composición (intervenciones y tareas que incluye), la calidad, el costo unitario y el efecto.

Los *instrumentos* son combinaciones de recursos reales con los cuales se ejecutan las actividades. Sus atributos son: tipo, cantidad, composición (recursos que incluye), rendimiento, calidad y costo unitario. Existe un tipo de instrumento por cada tipo de actividad. Los recursos reales comprenden: el personal, con sus conocimientos y habilidades; la infraestructura física y los insumos de bienes y servicios no personales. La suma de los costos de estos recursos forma el presupuesto del programa.

Las relaciones entre población, con sus problemas de salud, las actividades, los instrumentos, los recursos y el presupuesto constituyen los *índices programáticos*, los cuales se definen a continuación:

La cobertura es la relación entre la población que ha recibido o va a recibir actividades de un determinado tipo y la población que debe o debió haberlos recibido.

La concentración es el cociente entre el número de actividades de un determinado tipo realizadas o programadas y la población correspondiente.

El rendimiento o productividad es el índice que resulta de dividir el número de actividades realizadas o programadas por el número de unidades del instrumento que las generan.

El índice de composición de un instrumento utilizado o por utilizar en un programa local es el conjunto de proporciones en que cada recurso real entra en una unidad de dicho instrumento.

La razón instrumentos/población es también un índice que se utiliza con cierta frecuencia. Ejemplo: horas médicas por mil habitantes.

Los precios de los recursos reales son la razón entre el presupuesto de adquisición de cada tipo de recursos y la cantidad de recursos adquiridos y utilizados.

El costo unitario de un instrumento resulta de su composición y de los precios de los recursos incluidos.

El costo unitario de la actividad equivale al costo unitario del instrumento que la genera dividido por la productividad de dicho instrumento.

La eficiencia económica se relaciona con el costo unitario de las actividades del programa. Decimos que es más eficiente un establecimiento o un programa que brinda las mismas actividades que otro similar con un costo unitario menor.

El efecto es la variación en el nivel de un problema, necesidad, demanda o satisfacción de la población, que podemos atribuir a las actividades realizadas. Interesa la relación COSTO/EFEECTO: el costo monetario de producir una unidad de efecto, tal como podría ser una vida salvada o un caso evitado.

Efectividad es un término que tiene una doble acepción. Como índice programático es la razón entre el número de actividades y las unidades de un efecto producido. La fórmula es: (magnitud inicial del problema—magnitud con la intervención) / magnitud inicial. También es, simplemente, la capacidad que una intervención tiene de producir un efecto.

Finalmente, Eficacia es la producción de un efecto en condiciones ideales, como en un ensayo clínico o en un laboratorio.

La magnitud de un efecto depende de cuatro factores:

- ∞ De la eficacia de la intervención
- ∞ De la calidad con que se aplique la intervención
- ∞ De la cobertura alcanzada
- ∞ De la magnitud del problema abordado.

Estos conceptos y términos son ya herramientas definitivas de la programación en salud. Proceden del economista chileno Jorge Ahumada, en la época en que trabajaba en el Instituto Cendes, de Venezuela (4). Se trata del método Cendes-OPS. Es fácil recordarlos como nombres de las filas en una matriz de programación, así:

PROGRAMA: INFANTIL	POBLACIÓN	10 000
ACTIVIDAD: CONSULTAS	COBERTURA	100 %
	POBLACIÓN A CUBRIR	10 000
	CONCENTRACIÓN DE ACTIVIDADES	3
	Nº DE ACTIVIDADES	30 000
INSTRUMENTO: HORA MÉDICA	RENDIMIENTO DE INSTRUMENTO	5
	Nº DE INSTRUMENTOS	6 000
	COSTO DEL INSTRUMENTO	\$ 7 000
	COSTO DE LA ACTIVIDAD	\$ 42 000000

Esta tabla muestra la forma matricial de un programa de atención de salud. En ella habrá tantas columnas cuantas actividades diferentes haya (5).

Los TIPOS de ACTIVIDADES deben ser establecidos al comienzo del proceso de programación, cuidando de que sean poco numerosos, es decir, que no se dé la categoría de "actividades" a las intervenciones o tareas individuales. Junto con las actividades, quedarán definidos los instrumentos correspondientes. Se enumeran a continuación los tipos que se utilizan con más frecuencia y que pueden ser suficientes:

Actividades	Instrumentos
Consultas de... (se especifica profesional)	Horas Médicas... (o de otro profesional)
Hospitalizaciones	Cama-año o cama-día
Visita domiciliarias	Horas visitador
Inspecciones	Horas Inspector
Cirugías mayores ambulatorias *	Horas Pabellón

\* Un tipo nuevo de actividades, que no encaja en las consultas ni en las hospitalizaciones

## 6. REDACCIÓN DE UN PROGRAMA

Un programa consta no sólo de las matrices de datos cuantitativos, aun cuando estas son esenciales. El texto del programa debe comprender las siguientes partes:

- ∞ **Diagnóstico: de la situación de salud y sus factores; de la comunidad; de la programación anterior y sus resultados; de la organización local del sector salud.**
- ∞ **Objetivos. Estos pueden ser: de reducción de problemas o daños de salud; de promoción del desarrollo humano y ambiental; de satisfacción de las aspiraciones de la población en materia de salud.**
- ∞ **Métodos e intervenciones a utilizar para alcanzar los objetivos.**
- ∞ **Desarrollo matricial cuantitativo del programa: población, actividades, instrumentos y costos.**
- ∞ **Identificación de las limitantes que puedan encontrarse para la ejecución del programa, y formas de superarlas. Este es un aspecto que se desarrolla más plenamente, como estrategia, al efectuar la "planificación amplia".**
- ∞ **Adaptación de la organización y de la gestión existentes en la localidad.**
- ∞ **Método de evaluación que se aplicará al final del período o ciclo programático. Se tendrán en cuenta aquí: los objetivos y las metas planteados; el cumplimiento de las normas técnicas del sistema; las tendencias de los problemas; la situación en áreas similares, en la región y en el país.**

De tales textos hay excelentes ejemplos (6,7,8). Su debilidad suele residir en la matriz cuantitativa, y ella se debe a la falta de información recolectada de modo deliberado para el fin de programar.

## 7. APERTURA DE PROGRAMAS

Antes de programar, es necesario definir cuáles son los programas a formular. La "apertura de programas" es una decisión que cada país adopta en un momento determinado y que se cambia sólo por motivos justificados. Tal decisión no es sólo un asunto de organización interna de un Ministerio, sino que compromete a todo el Sistema Nacional de Atención.

Deben definirse primero los Programas Básicos. En la mayoría de los países, ellos se determinan por los grupos de edad y género que caracterizan el ciclo vital: programas de atención del niño, del adolescente, del adulto (incluyendo el del adulto mayor) y de la mujer. Otros se definen por emplear tecnologías y profesionales especiales: ambiente, salud bucal.

Hay buenas razones para definir los programas básicos por edad y género:

- ∞ **La atención, con sus funciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, se dirige a las personas; éstas son las portadoras de los problemas y condicionantes de la salud, en combinaciones individuales y siempre diferentes. Son también las portadoras de aspiraciones y de expectativas de servicio.**
- ∞ **La edad y el género determinan la agrupación de las personas en lugares y ocasiones que facilitan el acceso de los equipos a ellas y de ellas a la atención. Este hecho es fundamental para la organización de la atención en programas y se refleja en los éxitos obtenidos.**
- ∞ **Los grupos así constituidos comparten patrones comunes de patología, susceptibilidad y factores determinantes de su estado de salud.**
- ∞ **Cada grupo de edad y género corresponde a una especialidad básica de la medicina y a un perfil determinado de equipo de salud.**

Al interior de los programas básicos, el trabajo normativo puede diferenciarse de acuerdo a subgrupos de edad, a problemas o a intervenciones. Estos pueden dar origen a subprogramas; la mayoría de estos cruzan transversalmente a los programas básicos. De aquí que la descripción del conjunto suela adquirir la forma de matrices o de cubos. Siendo muchos los problemas e intervenciones específicas en el área de la salud, es imposible que estén todos representados en el organigrama del Ministerio o de un Servicio de Salud. Para elaborar las normas respectivas y supervisar técnicamente su cumplimiento, hay que recurrir a especialistas que se hallan en otros lugares del sistema, formando con ellos Grupos Normativos con raíces en las Universidades y en las Sociedades Científicas.

Lo importante es que las actividades centradas en problemas específicos no desorganicen a los problemas básicos y no atomen el sistema, como ha solido ocurrir.

## 8. EVALUACIÓN Y MONITOREO

La evaluación, como momento del proceso de planificación y de programación, tiene tres aspectos:

- a) **La comparación entre cada índice observado y un referente, que puede ser un principio de política, una norma técnica, un objetivo o meta del plan o del programa;**
- b) **La apreciación de las diferencias observadas en términos de una escala de valores. Por ejemplo: ¿es la diferencia importante o intrascendente? ¿es justificada o no? ¿es aceptable o es injusta e inaceptable?**
- c) **La determinación de los factores que explican los resultados encontrados.**

La evaluación es la base para el ciclo siguiente de la planificación o programación.

El monitoreo es una operación relacionada con la evaluación, cuyo objetivo es conocer oportunamente lo que está ocurriendo en cualquier aspecto de un plan o programa. Permite iniciar con prontitud una acción correctiva.

La evaluación y el monitoreo son oportunidades para el **"pensar programático"**, es decir, para considerar las diversas posibilidades de ajuste entre los recursos disponibles y las necesidades, como para llegar a un equilibrio favorable. Una de esas posibilidades es la de subdividir la población con un criterio de enfoque de riesgo; otras son las de modificar coberturas, concentraciones, rendimientos, composición de los instrumentos y precios de los recursos elegidos, procurando al mismo tiempo no perder efectividad. También se pueden cambiar las prioridades entre programas, subprogramas y actividades; agregar o potenciar recursos a través de la colaboración de la comunidad, de las autoridades locales, de otros sectores y de organizaciones sociales, estudiantes o voluntarios. Existe la opción de cambiar las intervenciones conservando o aumentando las de mayor efectividad. Será la evaluación y el seguimiento del programa lo que nos permitirá ubicar los puntos donde intervenir modificando o mejorando la eficiencia, manteniendo el mismo efecto o aumentándolo.

## 9. PROGRAMAS Y PROYECTOS

A diferencia de los programas, los proyectos son otro modelo de planificación, caracterizado porque tienen un comienzo y un fin. Consisten en una su-

cesión de actividades, con los respectivos recursos y plazos, que conducen a un producto pre-definido, el cual puede ser un edificio, un seminario, la creación de una nueva categoría profesional, una reforma cualitativa de ciertos programas o estructuras, etc. Los proyectos son, pues, instrumentos de cambio (9). Para los ingenieros y economistas, los proyectos son lo más importante: son sinónimos de inversión y desarrollo. En salud, en cambio, el desarrollo se cimenta en programas correctamente formulados y ejecutados, para los cuales los proyectos son elementos de apoyo. Hay un problema cuando se denomina proyecto a un programa, o viceversa.

Otro modelo de apoyo a los programas de salud es el conjunto de "Programas de desarrollo de recursos reales (insumos)". Estos tienen un carácter cíclico y continuo, tal como los programas de salud; pero en vez de generar actividades de atención de salud generan personal calificado, medicamentos u otros insumos que se requieren de manera continua como componentes de los instrumentos de los programas de atención.

## 10. QUIEN PROGRAMA

Programan los consultorios, donde las enfermeras, en nuestro país, tienen la mayor experiencia. Los hospitales deben, igualmente programar; en efecto, la atención especializada y la atención cerrada son actividades que pertenecen a los programas básicos o a determinados subprogramas. Estos establecimientos cuentan con el apoyo posible del Sistema de Información Gerencial – SIG o WinSIG -, que ordena los datos acerca de actividades, instrumentos y gastos de cada Servicio y los relaciona con la población atendida (10). Se trata de un apoyo valioso cuyo uso debería extenderse con rapidez, y que puede ser la base para efectuar una adecuada programación de cada hospital.

Por otra parte, dado que las necesidades de salud de la población se deben manifestar en los hospitales mediante referencia desde los establecimientos de atención de primera línea y no directamente desde la comunidad (salvo las urgencias), la programación hospitalaria puede tomar como punto de partida el número y tipo de actividades que son solicitadas desde aquel nivel. A esta práctica se le denomina "programación en red" (11). Esa demanda se compara con la "oferta" disponible, es decir, con el producto de los instrumentos existentes por su rendimiento

esperado. Si hay un déficit de oferta, se priorizan las posibles soluciones a nivel del Consejo Coordinador de Red, en función de las metas sanitarias nacionales y locales. Es aconsejable evaluar la demanda recibida con respecto a las necesidades reales, utilizando el conocimiento de la epidemiología local.

Programa el Sistema Nacional de Atención de Salud, bajo la orientación de las oficinas normativas y de la oficina de planificación. Esta última "abre" los programas y formula los objetivos sanitarios. La coordinación necesaria del nivel nacional con los niveles regionales y locales se estimula mediante los "Compromisos de Gestión". Este método consiste en la formulación de metas consensuadas entre los niveles y apoyadas con recursos desde el Ministerio; su ámbito corresponde a algunos programas o a partes de los mismos, seleccionados según su importancia en el período (12). La Reforma de Salud de Chile ha agregado otro tipo de compromisos sistémicos denominados "Garantías Explícitas en Salud", que se refieren a atributos a cumplir respecto a ciertas intervenciones dirigidas a enfermedades específicas o a intervenciones preventivas, también con el apoyo de recursos del nivel central, en el caso del sistema público (Ley Nº 19966).

Interviene en la programación de los distintos sectores el Gobierno Central a través del Ministerio de Planificación. Este normaliza el perfil, el diseño y la ejecución de los "programas" que le son sometidos por los sectores. En realidad, se trata de una metodología de Proyectos ( los Programas propiamente tales son denominados "actividades normales de funcionamiento"). La metodología, llamada a veces "matriz de marco lógico", requiere que se formule un objetivo general o "fin", un objetivo directo, unos productos o "componentes", y las tareas contempladas para generar los productos; a ello se agregan indicadores y se especifican duraciones y presupuestos. Se pide planear un seguimiento (monitoreo), una evaluación de resultados y, de ser necesario, "programas" de arrastre o completación (13).

También se ha preocupado el Gobierno Central de Chile de desarrollar un sistema electrónico de información y control centralizado acerca de los recursos que utilizan los programas y proyectos de todas las estructuras del Estado. Se le denomina Sistema General de Información Financiera del Estado (SIGFE) y es aplicado por el Ministerio de Salud desde el año 2005 (14).

## 11. RELACIONES DE LA PROGRAMACIÓN.

Ya se mencionó la naturaleza de los programas como productos del Sistema de Salud. Éste es a su vez el medio para llevar a la realidad el Modelo de Atención que la Política de Salud de una sociedad se propone brindar a la población (15). Los programas especifican detalladamente el Modelo en su aplicación a grupos de la población, a condiciones del ambiente y a tipos de necesidades y aspiraciones en salud.

La Administración de Salud se puede definir como el conjunto de disciplinas y técnicas que tienen como fin el de llevar a la práctica el Plan y los programas del Sector. A su vez, de la matriz programática nace la Organización de los Servicios de Salud. En efecto, los componentes de la organización se crean para la ejecución de las Actividades de los programas; los Servicios están formados por los Instrumentos de los programas y giran en torno a las Poblaciones a atender y a los lugares en que se les atiende. Sin embargo, aunque hay estructuras que programan y estructuras que ejecutan, los Programas no son estructuras. La expresión "Jefe de Programa" induce a error: no se trata de un jefe situado en la línea jerárquica de autoridad; es un asesor del Ministro, del subsecretario, del Director de Servicio o de Establecimiento, que es quien dirige a los equipos encargados de llevar los programas a la práctica (16).

Los Presupuestos surgen de manera racional de los costos de los Instrumentos. Lo deseable es contar con "Presupuestos por Programas", además de Presupuestos tradicionales "por objeto del gasto". Aquellos presupuestos se apoyan en la Contabilidad de Costos, la cual a su vez se relaciona con los conceptos de Centro de Costos y Centros de Responsabilidad, utilizados también en el Sistema de Información Gerencial de un hospital o de un consultorio, mencionado más arriba.

La Programación depende de la Información, que es el reflejo de la población y del sistema de atención. La existencia de información pertinente, completa y exacta es la que permite un diagnóstico, un monitoreo y una evaluación de real utilidad.

## REFERENCIAS

- 1 Organización Mundial de la Salud, *Estrategia Global para la Salud de Todos en el Año 2000*, Ginebra, 1981
- 2 Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la Salud del Mundo. Sistemas de Salud: mejorando su desempeño*, Ginebra, 2001
- 3 Ministerio de Salud de Chile (ed.: Montoya-Aguilar C) *Planificación y gestión local en salud*, Santiago, julio 2002
- 4 Ahumada J, Arreaza A, Durán H, Pizzi M, Sarué E, Testa M, *Health Planning, Problems of Concept and Method*, Pan American Health Organization, Scientific Publication N° 111, Washington D.C., April 1965
- 5 Montoya-Aguilar C, *National Assessments of Health Care Coverage and of its Effectiveness and Efficiency*, SHS/83.7, WHO, Geneva, 1983
- 6 WHO, *Mental Health Policy, Plans and Programmes* (ed. Minoletti, A.), Geneva, 2005
- 7 WHO, *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing*, Geneva, 2005
- 8 WHO, *National Cancer Control Programmes* (eds. Marlin A, Sepúlveda Cecilia, Ulrich A), Geneva, 2002
- 9 Durán H, *Los Proyectos en el Sistema de Servicios de Salud*, en: *Aspectos conceptuales y operativos del proceso de planificación de la salud*, ILPES, Santiago, Chile, 1991
- 10 Montoya-Aguilar C, Madrid S, Sánchez JM, *Uso y perspectivas del Sistema de Información Gerencial en los Hospitales Chilenos*, en: *Ministerio de Salud de Chile, El Hospital Público en Chile, Vol I* (ed. Montoya-Aguilar C), Santiago, 2002
- 11 Ministerio de Salud de Chile, *Oficio Ordinario del Subsecretario*, 18 de noviembre, 2003
- 12 Ministerio de Salud de Chile, *Proyecto Minsal-Banco Mundial, Compromisos de Gestión (documento de trabajo y estudio)*, Santiago, septiembre 1992
- 13 Ministerio de Planificación y Cooperación de Chile, *Requisitos de Información para Programas*, Santiago, 2000
- 14 Ministerio de Hacienda. *Dirección del Presupuestos, SIGFE: Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado*, Santiago, 2001
- 15 Montoya-Aguilar C, *Objetivos de Salud y Decisión Política: Definiciones y Problemas de las Políticas Nacionales de Salud*, *Crónica de la Organización Mundial de la Salud* 1977; 31: 493-500
- 16 Montoya-Aguilar C, *Elementos de Administración en el Sistema de Salud*, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Ed. Mediterráneo, Santiago, 2000