

Coordinación interinstitucional de las políticas de salud: el caso de la provincia de Jujuy, Argentina

Marcelo Daniel Bellone

Director Provincial de Salud, Provincia de Jujuy

Julio Alberto Cava

Asesor de la Dirección Provincial de Salud, Provincia de Jujuy

En el proceso de planificación y diseño de políticas públicas, alcanzar el funcionamiento óptimo del sistema que permita la toma de decisiones y el conocimiento más amplio sobre los distintos recursos disponibles –y su distribución– es el objetivo principal que persiguen planificadores y decisores políticos.

En este sentido, hay distintos conceptos que se utilizan habitualmente en el proceso de planificación. En primer lugar, es importante rescatar el concepto de *estrategia*, utilizado tradicionalmente en la milicia y que se ha entendido como “la disposición de las fuerzas en el campo de batalla para derrotar al enemigo y ganar la guerra, algo que planifican los generales del Estado Mayor (Ogliastri:1992). Este concepto se diferencia del de *táctica*, “que consiste en las decisiones y actividades a cargo de los capitanes, de naturaleza más operativa y corto alcance.” (Idem anterior). Ambos conceptos son muy utilizados por los planificadores, especialmente los que adhieren a la metodología conocida como PES (Planeamiento estratégico situacional).

Para el PES, lo más importante es la existencia de sujetos en relación unos con otros, que se encuentran comprendidos dentro del objeto planificado. Por su parte, coexisten varios actores con capacidades diferenciadas, con lo cual hay distintas interpretaciones y explicaciones de la realidad, múltiples racionalidades y criterios. Esto asemeja el proceso de planificación a un “juego social”, abierto a la incertidumbre y al cálculo interactivo o *juicio estratégico* propio de la acción. El PES se transforma en un “puede ser” y una “voluntad de hacer”, y se aleja de los diseños tipo normativo del “deber ser”. De esta forma, la coyuntura se introduce dentro del esquema de planificación, bajo la forma de problemas con fuerte incertidumbre, denominados “problemas cuasiestructurados”. Para los planificadores del PES, es sustancialmente importante el concepto de *operación*, entendida como aquella actividad que compromete un volumen apreciable de recursos, que puede permitir alcanzar una “victoria estratégica”, pero cuyo fracaso no remite a la derrota final (Ogliastri: 1992). Efectivamente, la *operación* implica la realización de actividades diferentes entre sí, con un nivel apreciable de concentración en su ejecución. En este sentido, *estrategia*, *táctica* y *operación* son tres pilares fundamentales del PES, que persigue alcanzar un objetivo general y objetivos específicos formulados y elaborados a partir de determinadas problemáticas o *problemas*. En este nivel del diseño, el concepto de *problema focal* resulta significativo, por cuanto remite a un recorte específico de la realidad sujeta a cambio y bajo análisis por el modelo. Resulta importante remarcar que el PES está intrínsecamente relacionado con el concepto de *política*, por cuanto esta es una manera de alcanzar objetivos. Tal o cual “manera” de alcanzar los objetivos, involucra un conjunto de decisiones, que se formulan a partir de una serie de *apuestas estratégicas*, esto es, determinados “focos” de problemas ha ser resueltos.

Lo esencial del análisis estratégico, no es el plazo, sino la importancia de las mismas, puesto que se está trabajando sobre todo aquello que compromete el futuro. Las decisiones se

toman continuamente, *de acuerdo a la percepción y perspectiva del actor*. A esto remite la idea de *situacional* de la metodología. El “sujeto” que planifica está comprometido en el *objeto planificado*, que comprende a otros sujetos que también planifican. Todos tendrán distinto grado de gobernabilidad, esto es, capacidad de establecer algún grado de control. En el *campo* en el que actúa el actor, lo esencial son los efectos que la estrategia surte, sin importar tanto las cuestiones temporales. Por lo general, contar con plan, estrategia y algún nivel de operación, es “poseer” *política* sobre un tema determinado. Si bien el *plan*, como la *política* no es monopolio del Estado, puesto que pueden existir –y de hecho, existen– fuerzas sociales que luchan por objetivos propios, con capacidad de hacer un cálculo sobre la situación, establecer una estrategia y una táctica, es más que elocuente que el Estado es el que tiene más capacidad de diseñar y establecer un plan propio, a la vez que una *política* determinada sobre algún tema en particular en que están involucrados diferentes actores.

En este sentido, la *articulación de políticas* es el proceso mediante el cual una unidad logra vencer la resistencia que le oponían los otros (victoria) o ganar a los que se oponen –o aún no se han sumado– a la misma para el plan propio (cooptación). En este sentido, es de importancia para ser exitoso en la aplicación de una *política* articular los distintos niveles de gobierno, que pueden diseñar por separados sus propias estrategias y tácticas, en un plan transversal a todos. Generalmente, hay políticas que requieren para su éxito de ser aplicadas en el *largo plazo*, con lo cual requieren el consenso de distintos sectores y fuerzas políticas. El grado de dificultad que se experimenta en alcanzar tal consenso puede verificarse en la existencia o no de *políticas de Estado*, que bien deben diferenciarse de las *políticas de gobierno*. En materia de políticas de salud, esta diferencia se vuelve sustancial, por cuanto involucra la definición de estrategias de corto, mediano y largo plazo, que deben dar lugar a un esquema más o menos definido de estrategias y que involucrarán un sinnúmero de operaciones menores.

La inexistencia de una planificación dificulta la ejecución y el monitoreo de las políticas. A su vez, el organismo que no posee una estrategia propia depende generalmente de un conductor carismático, que la maneja con la fuerza de su personalidad y de un medio impregnado de improvisación, inestabilidad, y liderazgo autoritario o personalizado (Ogliastri:1992).

Los límites de la articulación

Una ventaja que tiene poseer planificación está en que da claridad sobre las expectativas de los actores a todo nivel, permiten la participación, inducen al compromiso de los actores y resultan en una integración de la estrategia.

Hay dos niveles de planificación. La planificación *interna*, que son lo de la organización y responden a la necesaria adecuación de los recursos a las necesidades y la planificación que podemos denominar *externa*, que responden más a la formulación de una estrategia. En este sentido, la articulación de políticas debe comenzar con el análisis de la estrategia, ideas y lineamientos básicos de la política federal, que es el proyecto de construcción colectiva.

El error más común en este paso, es iniciar el plan en base a una serie de objetivos, sin haber definido la estrategia. Asimismo, los objetivos dependen de situaciones sobre las cuales no se tienen control, sobre herramientas y recursos que en algunos casos, no están o llegan a destiempo. En el proceso de planificación, se detecta generalmente la necesidad de cambios en la gestión, que en el caso de las políticas de salud, resulta ser *gestión integrada*,

(Ginestar:1993) en el sentido que se identifican las relaciones de producción en términos de productos e insumos, pero teniendo en cuenta en forma primordial que la forma de producir constituye un bien en sí mismo, pues hace tanto a la satisfacción de quienes producen (en este caso, el sistema provincial de salud) cómo al bienestar de la comunidad (los beneficiarios de las acciones emprendidas.) En este sentido, uno de los desafíos que se presenta en la articulación de políticas Nación–Provincias, es la forma de atender las necesidades locales de “producción” con los lineamientos de “producción” trazados a nivel nacional. Por esta razón, en el párrafo final del Plan Federal de Salud, se establece que “somos conscientes que estamos dejando sin enunciar algunos temas, así es todo cierre, un recorte de una enorme realidad”, esto es, establece el hecho de que recién hemos comenzado en el proceso de articulación de las políticas de salud, por lo cual, con aciertos y errores, el Plan Federal se constituye en un instrumento que establece metas para 2015 – junto a las metas del milenio–, que, si bien sufriran cambios a lo largo del proceso, “sirve para avanzar”, para modernizar todo el sistema. Las limitaciones de la planeación estratégica demanda de un esfuerzo especial para desarrollar acciones concretas que superen estas divisiones. El problema puede transformarse en grave cuando se establece una clara división entre los que planean en general la política y los que ejecutan sin adaptar adecuadamente a su realidad estos principios globales. Es un experimento que no resulta demasiado conveniente (Ogliastri:1992).

Sucede que la articulación de políticas públicas supone algún proceso de *adaptación*, que afecta a los actores que participan del proceso. Dicho proceso supone un grado de participación y la “calidad” de dicha participación condiciona en gran medida el proceso de *adaptación* de los Planes Federales a las realidades provinciales. En efecto, todas las formas de participación enriquecen, por medio de contribuciones de diferente índole, el Plan adaptado. Igualmente, todas las formas de participación están vinculadas con el grado de integración de la sociedad que se trate y eso repercute en la calidad. A menor integración, menor participación y contribuciones de menor calidad.

Estudio de Caso. Plan Estratégico de la Secretaría de Salud Pública de la Provincia de Jujuy

Introducción

En mayo del 2002 se inicia una nueva gestión de la Secretaría de Salud Pública en la Provincia de Jujuy. Según un estudio diagnóstico realizado en ese momento, se detectó como necesidad primordial optimizar el sistema de Salud Provincial. En relación con las demandas existentes, el modelo de gestión existente se encontraba estructurado en torno de procedimientos deficientes en cantidad y calidad, con prácticas de trabajo rutinarias y auto-referenciadas.

Como consecuencia de esta situación, se producía una subutilización de los recursos en general y una clara desmotivación del personal participante del sistema. Los directivos experimentaban un margen estrecho de autonomía, escasa acción creativa e innovadora y se encontraban abocados la mayor parte del tiempo a la resolución de problemas menores, con lo cual su atención no está centrada en atender problemas estratégicos.

En virtud de los resultados obtenidos en este estudio preliminar, se solicitó Asistencia Técnica a la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Presidencia de la Nación, con el objetivo

manifiesto de modernizar el sistema. De esta forma, se buscaba optimizar el uso de los recursos y que fuera posible establecer prioridades de gestión claras, en línea con el programa de gobierno.

A tal efecto se estableció un proceso de planeamiento estratégico, con el fin de generar diferentes ámbitos de procesamiento, en el cual se encontrarán representados todos los sectores de la organización. La metodología con la que se trabajó reposó en una lógica que articula tres grandes operaciones conceptuales:

- *Un momento de carácter explicativo.* Consiste en un proceso de análisis y reconstrucción valorativa de la realidad. Los actores involucrados confrontan sus diferentes perspectivas y representaciones sobre la situación inicial.
- *Un momento de carácter político / estratégico.* Está caracterizado por la definición de la situación-objetivo. Se fija la direccionalidad estratégica, “que marca el rumbo” en el proceso de toma de decisiones y el análisis de su viabilidad.
- *Un tercer momento de carácter táctico operativo u operacional.* En este momento se cimentan las bases para la formulación de un plan operativo, que permite organizar la intervención.

Esta metodología demandó para su aplicación de un conjunto de técnicas, entre las que se cuentan los talleres, que se constituyeron en un espacio multiactoral que persigue como meta integrar a los distintos actores vinculados con la política de salud. Este método tiene las siguientes virtudes:

- Permite abordar la tarea de explicación y análisis situacional de una forma integrada. Esto evita el riesgo de entenderlas como etapas secuenciales. El análisis supone varias dimensiones que se integran: la etapa exploratoria, descriptiva y explicativa.
- Posibilita la construcción de un modelo explicativo, siempre a través de aproximaciones sucesivas y en un espacio multiactoral, en el que se juegan diferentes racionalidades, conocimientos y perspectivas de una misma realidad.
- Facilita la construcción de un lenguaje común en un espacio caracterizado por la diversidad, enriquecido por la visión transversal de los problemas.
- Permite la formulación de estrategias de intervención estrechamente ligada al análisis situacional, evitando el riesgo frecuente de trabajarlos como compartimentos estancos.
- Resulta de fácil aplicación en distintos ámbitos: grupos de especialistas, grupos de base, grupos heterogéneos, etc..

Descripción del Proceso de Asistencia Técnica

Al comenzar el proceso de asistencia técnica, se fijó como objetivo específico implantar el sistema de gestión por resultados en cuatro hospitales considerados clave dentro del sub sistema hospitalario provincial (Guillermo Paterson, H. Quintana, San Roque y Nuestra Sra. del Rosario). De esta forma, se buscaba lograr el fortalecimiento institucional y que esta implantación oficiara de “caso testigo” al resto del sistema.

En esta idea, se realizó un profundo relevamiento de información y se construyó un diagnóstico de base (normativa, presupuesto, recursos humanos, sistemas de gestión, etc.), que operó de insumo al proceso de planeamiento estratégico. Se realizaron entrevistas con profundidad a informantes clave, vinculados a la problemática sanitaria y con toda esta

información se realizaron talleres. En ellos, se identificó el problema focal, se precisaron y explicaron los problemas asociados que lo generaban y se seleccionaron los nudos críticos. El problema focal fue definido de la siguiente forma: “*Deficiente gestión hospitalaria*”. Los principales trayectos causales para describirlo fueron los siguientes:

1. Servicios de baja calidad.
2. Deficiencias de infraestructura.
3. Política inadecuada de RR.HH.
4. Política inadecuada de recursos económicos.
5. Deficiencias orgánico funcionales.
6. Planificación y control inadecuado.

Nudos críticos. Un nudo crítico es una variable que, por su posición en el modelo explicativo, constituye un factor relevante de la situación analizada, que incide en gran parte de los procesos causales y que, por lo tanto, la resolución o mejora contribuye al cambio. En el caso que nos ocupa, hemos detectado los siguientes nudos críticos:

1. Política inadecuada de Recursos Humanos
(Véase Cuadro 6)
2. Política inadecuada de Recursos Económicos
(Véase Cuadro 7)
3. Servicios de Baja Calidad
(Véase Cuadro 8)
4. Deficiencias Orgánico Funcionales
(Véase Cuadro 9)
5. Planificación y Control Inadecuado
(Véase Cuadro 10)
6. Deficiencias en la Infraestructura
(Véase Cuadro 11)
7. Problema Focal
(Véase Cuadro 12)

Posteriormente, se realizó una explicación y se comenzó a construir un árbol de problemas a partir de cada uno de los macro problemas identificados. Se identificó que la problemática hospitalaria necesitaba de acciones correctivas y que reposaba en el ámbito de gobernabilidad y resolución del nivel central de la Secretaría. La implantación del sistema de gestión por resultados requería precondiciones que solo esta instancia podía garantizar. Se trabajó en la validación, redefinición y reconstrucción del plan, con las autoridades de la Dirección Provincial de Salud.

A partir de este diagnóstico, se definieron los ejes prioritarios para garantizar la accesibilidad a la salud. Estos indicadores se constituyeron en vector de resultados para definir la situación deseada en lo referente a la calidad en la prestación del servicio. Se identificaron y

clasificaron los problemas de acuerdo a su pertinencia y relevancia. Se construyó un árbol de problemas que presenta con claridad la situación actual, y un árbol de objetivos que permite visualizar la situación deseada. Por último se diseñaron las grandes operaciones que permitirán alcanzar los objetivos.

Situación Objetivo.

La visión sobre el sistema de salud de la Provincia de Jujuy supone un la construcción de un Modelo Sanitario, flexible, integrado, justo, con regulación y que respete las diferencias regionales. Este nuevo Modelo Sanitario es la política de reforma más importante y presume la construcción de redes de atención, con base primordial en la atención primaria –en virtud de que este es el tipo de enfoque considerado efectivo en el mejoramiento de la salud de la población y en el logro de una cobertura más uniforme–. La atención primaria será la prioridad absoluta, y las acciones de promoción y prevención obtendrán una asignación creciente de recursos.

La Secretaría de Salud Pública toma parte activa en la organización general del sector, y responde a la necesidad de armonizar el sistema en su conjunto. Para ello impulsa la participación de todos los actores sociales de las diferentes regiones en la discusión y definición de las reformas. En este contexto, el pueblo se convierte en protagonista de su proceso de salud, puesto que la salud es un derecho y por tal, requiere de ciudadanos que puedan y quieran ejercer su ciudadanía. En tal sentido, se deben generar ámbitos y mecanismos de monitoreo y control social, necesarios para un adecuado funcionamiento del sistema.

De esta forma, se sigue con el lineamiento de generar ámbitos de articulación de políticas. De igual que forma en que la Nación intenta planificar con los interlocutores locales, la provincia moviliza sus actores para promover una articulación interinstitucionales al interior de la provincia.

Eje estructuradores en los frentes de ataque.

➤ Componentes del Modelo y conformación de la Red

El modelo que se persigue es el de un sistema en el cual las personas pueden acceder a una red. Y no a servicios aislados, bajo la estrategia de atención primaria.

Los componentes de la red son instituciones de gestión pública y de gestión privada, organizadas por niveles de atención y localizadas con criterios de necesidad regional. El sistema tiene reglas comunes de participación de los efectores en el sistema.

El avance tecnológico, especialmente de la informática, introdujo el concepto de sistema de redes entendiendo por ello la posibilidad de interconectar distintos recursos disponibles de manera ordenada en sistemas de complejidad creciente, con criterios de referencia y contrarreferencia, con una misma base lógica operativa consensuada y altos niveles de eficiencia y efectividad.

Las redes sanitarias aparecen como un acuerdo de colaboración entre los componentes de las organizaciones sanitarias.

Los canales de comunicación deben contemplar la inclusión de datos administrativos, socio-

económicos y sanitarios, los que pueden incluirse de manera conjunta o secuencial, según las prioridades y objetivos fijados.

Permite articular organizaciones públicas y privadas, diferentes niveles de complejidad, segmentos a los cuales esta dirigida, niveles administrativos etc.

➤ **Fortalecimiento del Hospital Público**

En la organización del sistema, dentro de la estrategia de atención primaria, el hospital es el protagonista de la cobertura ordenada del segundo y tercer nivel de atención.

Con respecto al modelo de atención lo más importante es que cada hospital tenga precisión respecto a cual debe ser su misión, esto es su perfil prestacional, sus niveles de resolutivez y parámetros de atención.

El concepto de habilitación categorizante y gestión de redes son elementos centrales del presente plan.

El modelo de gestión, hospitalaria apunta a que los establecimientos funcionen en red y con un perfil prestacional preciso, pero con la máxima autonomía posible en el uso de sus recursos.

Para que la descentralización permita la incorporación de un nuevo modelo de gestión del hospital público será preciso desarrollar mecanismos racionales para la toma de decisiones basados en la medición de los costos de los productos que el hospital brinda. Para ello resultará necesario identificar los productos finales de la actividad, es decir conformar una clara Red de Producción.

La determinación del producto hospitalario será el elemento vinculante con el Presupuesto Público. Será también la herramienta para calcular los costos sobre los cuales se establecerán los acuerdos necesarios con las fuentes de financiamiento que aporten los recursos genuinos de cada hospital (terceros financiadores o compradores de servicios).

Los Pilares del Modelo de Gestión son:

- Desarrollo de sistemas de información en áreas estratégicas para la gestión de la salud;
- Regulación de Recursos Humanos;
- Regulación de Tecnologías;
- Jerarquización y acreditación de las acciones de promoción y prevención;
- Calidad en los servicios de Salud;
- Regulación de los Recursos Financieros;
- Planificación Estratégica;
- Monitoreo y Control;
- Petición y Rendición de cuentas por Resultados;
- Participación ciudadana.

Frente de ataque.

“Frente de ataque” para garantizar la accesibilidad a la salud.

➤ Superar las Inequidades propias del sistema: económicas, geográficas, sociales y

ambientales.

- Utilizar racionalmente los recursos: humanos, financieros, físicos (estructura y equipamiento) con características de economía, eficacia, eficiencia y efectividad.
- Promoción, prevención y educación: como cultura sanitaria aplicados a la comunidad, efectores públicos y privados.
- Disponibilidad de recursos a los efectores para la asistencia en la enfermedad Compromiso, predisposición, autonomía de resolución.

Población con dificultoso acceso a una prestación de salud de baja calidad

Baja calidad en la producción del sistema de salud

En el marco de la emergencia sanitaria declarada oportunamente (2002), que fue declarada por la imperiosa necesidad de instrumentar herramientas adecuadas para enfrentar la grave crisis del sector salud. Y de los dispositivos legales (Decreto 486/2002) que tuvieron por objeto la implementación de urgentes e imprescindibles medidas tendientes a superar la situación de riesgo colectivo, posibilitando la utilización de herramientas que otorgaren el marco adecuado para hacer cargo a tal extrema contingencia.

Esta emergencia aún se mantiene como consecuencia de las difíciles circunstancias sociales, económicas y financieras que afectan a la Nación y a la provincia.

El deterioro de los ingresos de la población, derivados de la grave crisis económica y social que padeció el país, ha generado un importante incremento de la demanda de servicios de la red pública de atención de salud por parte de sectores de la población de ingresos bajos y medios.

En atención a la realidad sanitaria de la provincia, y sin perjuicio que algunos de los motivos que dieron origen a la declaración de la emergencia sanitaria han sido atenuados, resulta necesario desarrollar las acciones ya dispuestas e implementar nuevas estrategias para que el estado garantice la calidad de la producción del sistema de salud para facilitar a toda la población jujeña el acceso a los bienes y servicios básicos de salud.

Las responsabilidades del Estado en materia de salud están experimentando constantes transformaciones lo que consecuentemente debe producir una redefinición de las funciones institucionales tendientes a garantizar el ejercicio de su rol rector en los procesos de reforma sectorial.

El sistema de salud a los fines de cumplir los objetivos de universalidad, aumento de la vida saludable, equidad, transparencia y satisfacción, debe ser organizado sobre la base de los principios de justicia social, solidaridad, pluralidad, eficiencia y calidad, siendo imperioso a esos efectos que la comunidad acceda a una red de servicios de salud, organizada por niveles de atención y localizada con criterios de necesidad regional.

La estrategia de atención primaria de la salud ha demostrado un impacto positivo respecto de la salud de la población y una asignación racional y eficiente de sus recursos, resultando por ello imprescindible considerar su fortalecimiento como estrategia permanente.

Dentro del marco de las políticas sanitarias, corresponde desarrollar e implementar un conjunto prioritario de metas protegidas, que fortalezcan en la emergencia sanitaria al sector salud para preservar a la población vulnerable y mejorar la equidad mediante la asignación redistribución de fondos que generen fuertes externalidades positivas.

Árbol de Objetivos

Fin: Población con el acceso y la calidad de la prestación garantizada.

Propósito: La dirección opera bajo un modelo de gestión por resultados.

Operaciones

Calidad en la prestación del servicio.

Estructura:

Op1 Relevamiento de necesidades de la cuestión edilicia

Op2 Solicitud de las necesidades de equipamiento a las áreas programáticas

Op3 Relevamiento de RRHH

Op4 Verificación de la pertinencia de los pedidos de las áreas programáticas

Op5 Categorización de los pedidos en relación a la población objetivo

Op6 Desarrollo de un plan de mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento

Procedimiento:

Op1 Relevamiento diagnóstico de la situación normativa y de procedimientos

Op2 Unificar criterios para la formulación de normas y procedimientos

Op3 Desarrollo de normativa y procedimientos

Resultados:

Op1 Desarrollo de un set de indicadores de impacto, producción y rendimiento

Op2 Desarrollo de un plan para el manejo de los indicadores y la gestión de la información

Estructura:

Op1 Relevamiento de necesidades de la cuestión edilicia

Op2 Solicitud de las necesidades de equipamiento a las áreas programáticas

Op3 Relevamiento de RRHH

Op4 Verificación de la pertinencia de los pedidos de las áreas programáticas

Op5 Categorización de los pedidos en relación a la población objetivo

Op6 Desarrollar un plan de mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento

Procedimiento:

Op1 Relevamiento diagnóstico de la situación normativa y procedimientos

Op2 Unificar criterios para la formulación de normas y procedimientos

Op3 Desarrollo de normativa y procedimientos

Articulación:

Op1 Integrar y poner en funcionamiento el Consejo de Directores

Op2 Integrar y poner en funcionamiento el Consejo Regional de Niveles

Op3 Institucionalizar e implementar las pautas de referencia y contrarreferencia

Op4 Implementar las pautas de articulación regional

Op5 Desarrollar pautas de relacionamiento entre áreas del nivel central

Op6 Optimizar las pautas de relacionamiento con el sector privado

Capacidad científico técnica:

Op1 Definición de necesidades e identificación de competencias)

Op2 Desarrollar un plan integral par la actualización y capacitación

Op3 Desarrollar un marco normativo que regule la actualización y la capacitación

Op4 Desarrollar un plan de capacitación

Op5 Desarrollar el plan de auditoría

Satisfacción del usuario y el prestador:

Op1 Desarrollar un plan integral orientado a la satisfacción del cliente interno y externo

Cultura sanitaria

Promoción, prevención y educación

Op1 Desarrollo de una política de información sobre promoción, prevención y educación para la salud

Op2 Desarrollar un tablero integrado para la prevención de las crisis sanitarias

Op3 Desarrollar un plan de sensibilización para con los efectores

Op4 Creación de un instrumento único (libreta sanitaria)

Op5 Rescatar y reformular la comisión mixta (salud- educación)

Recursos humanos

Op1 Desarrollar un proyecto de carrera única

Op2 Definición de pautas para el funcionamiento de los recursos humanos y puesta en funcionamiento

Profesionales:

Op1 Fijar criterios para el desarrollo de un plan de productividad

Op2 Formular un plan de productividad

Enfermería:

Op1 Rediseñar actualizar y acreditar la carrera

Administración

Op1 Desarrollar un plan de fortalecimiento administrativo

Estadística:

Op1 Poner en marcha el plan de capacitación

Mantenimiento y servicios:

Op1 Desarrollar las pautas de formación y control para el personal de mantenimiento y servicios generales

Op2 Unificar criterios para la formulación de normas y procedimientos

Resultados:

Op1 Conformar Comité de gestión estratégica ampliado

Recursos Económico financieros

Presupuesto:

Op1 Formulación de un manual para la formulación presupuestaria

Op2 Identificación de responsables para la formulación presupuestaria

Op3 Desarrollar un plan de capacitación para la formulación y gestión presupuestaria

Op4 Formular el presupuesto vinculándolo al plan

Recursos propios :

Op1 Desarrollar un sistema de costos

Op2 Desarrollar un sistema de facturación

- Op3 Diseñar un plan de capacitación en facturación y costos
- Op4 Definir el rol de las cooperadoras vinculado al plan de gestión hospitalaria
- Op5 Desarrollo de un plan para la explotación de los legados

Productividad

- Op1 Formular un plan de productividad

Áreas de gestión de los recursos:

- Op1 Diseñar y poner en funcionamiento un área para la gestión integral de los recursos económico financieros

Infraestructura y equipamiento:

- Op1 Relevamiento diagnóstico de la situación actual
- Op2 Desarrollo de un plan rector para la infraestructura y el equipamiento
- Op3 Creación de un área central rectora en la materia
- Op4 Desarrollo de un plan de inversiones

Ejes de la política provincial – Proyectos Estratégicos (Cuadro 15)

Bibliografía

- Burga, Daniel Medianero Metodología de planeamiento estratégico en el sector público: conceptos esenciales, en Revista Moneda 129, Perú
(http://www.bcrp.gob.pe/Espanol/WMoneda/Moneda129/mon129_5.pdf.- 25/07/2005)
- Diagnóstico Estratégico del Estado y de la Administración Pública Nacional. Dirección de Planeamiento y Reingeniería Organizacional, Oficina Nacional de Innovación en la Gestión. Buenos Aires, Marzo 2003.
- El planeamiento estratégico. Cuaderno de Gestión 5, Col. Modelo Barcelona, Aula Barcelona. Francesc Santacana.
- Ginestar, Angel Los cambios en la gestión pública, Cicap oea – sgp, Buenos Aires, 1993
- Gordillo, Agustín Planificación, Participación y libertad en el proceso de cambio, Ediciones Macchi, Buenos Aires, 1973
- Lopez, Andrea; La Nueva Gestión Pública: Algunas Precisiones para su Abordaje Conceptual. Serie I: Desarrollo Institucional y Reforma del Estado Documento Nro 68, INAP, mimeo.
- Ogliastri, Enrique Manual de Planeación estratégica, Tercer mundo editores, Bogotá, Colombia, Febrero 1992
- Ossorio, Alfredo; Planeamiento Estratégico, INAP, Buenos Aires, 2001.
- Planificación Estratégica y Gestión Pública por Objetivos, Serie Cepal Gestión Pública, n.32, Abril 2003. Fernando Sánchez Albavera.

Cuadros, tablas y gráficos

a) Estadísticas de Salud

Establecimientos asistenciales con y sin internación según por dependencia administrativa. Años 90 - 95 - 99

Provincia / Año	Sector Oficial					Sector Oficial				
	con internación					sin internación				
	Total	Nacional	Provin.	Municip.	Otros	Total	Nacional	Provin.	Municip.	Otros
Jujuy90	23		23			177		177		
Jujuy95	20		20			195		195		
Jujuy99	24		24			2		2		

Tasa de Mortalidad General

Población sin Cobertura del Sistema de Salud 2000

Población sin cobertura	% Población Provincia	% Población País
265.821	44,01	36,89

División Político Territorial	Sector Oficial					Sector Oficial				
	con internación					sin internación				
	total	Nacional	Provin.	Municip.	Otros	total	Nacional	Provin.	Municip.	Otros
Jujuy90	23		23			177		177		
Jujuy95	20		20			195		195		
Jujuy99	24		24			2		2		

Consultas médicas, egresos y pacientes día de establecimientos oficiales, nacionales, provinciales y municipales - Años 90 - 95 - 99

	Consultas	Egresos	Pacientes Día
Jujuy1990	1.110.399	39.662	365.328
Jujuy1995	1.235.838	47.037	371.258
Jujuy1999	1.684.007	51.398	349.899

Distribución de médicos - Año 1998

	Estimación Médicos	Habitant./ Médicos
Jujuy1998	1.306	447

Tasa de Mortalidad Infantil

	Tasa de mortalidad infantil		
	Año 90	Año 95	Año 99
Jujuy	35.8	26.4	23.4
Total Nación	25.6	22.2	17.6

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social. Boletines del Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

Tasa de Mortalidad Materna

	Tasa de mortalidad materna	
	Año 95	Año 99
Jujuy	10.3	10.2
Total Nación	4.4	4.1

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social. Boletines del Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

Tasa de Mortalidad por causas Maternas por 10.000 nacidos vivos

	Tasa de mortalidad por causas materna		
	Año 90	Año 95	Año 99
Jujuy	15.1	10.3	10.2
Total Nación	5,2	4.4	4.1

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social. Boletines del Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

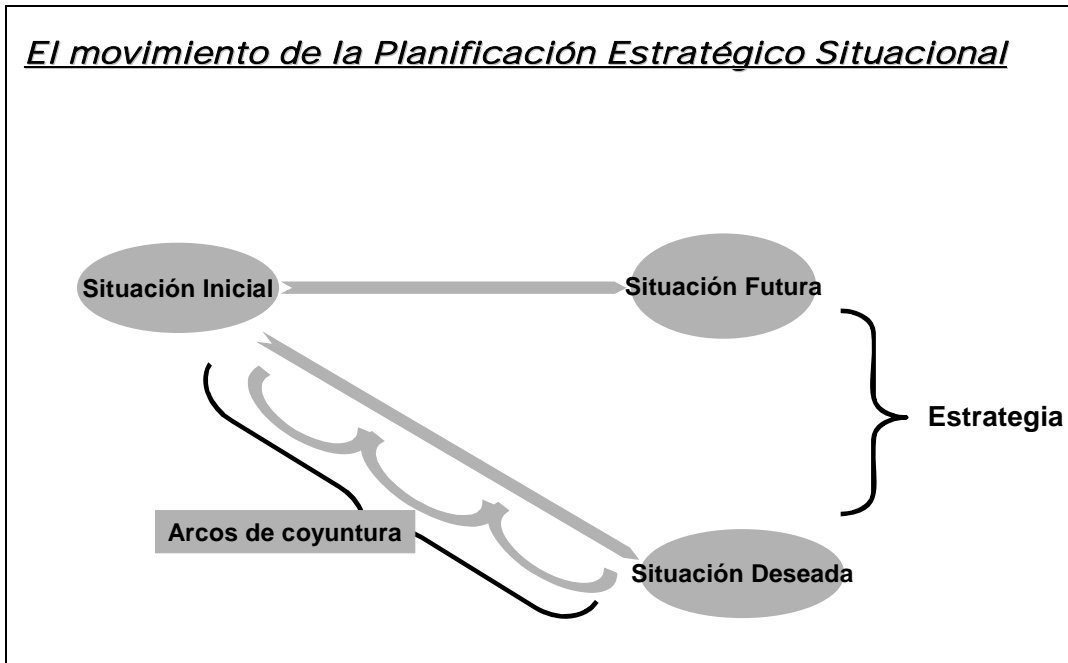
Tasa de Mortalidad de menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos

	Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años		
	Año 90	Año 95	Año 99
Jujuy	46.5	31.5	27.6
Total Nación	29,6	25,4	20,5

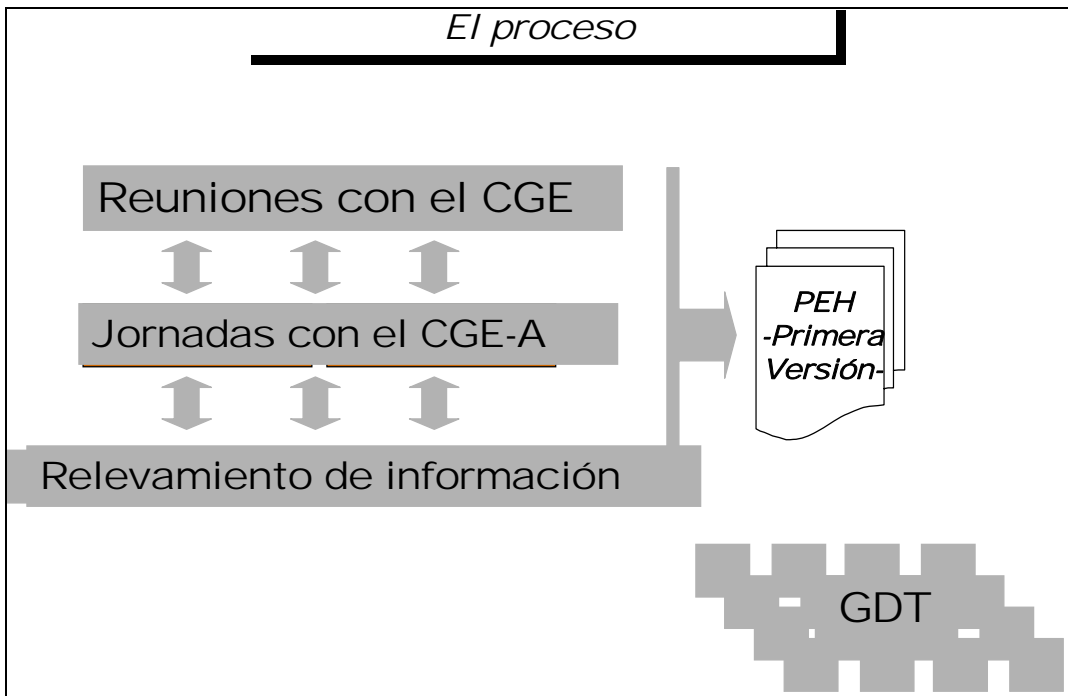
Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social. Boletines del Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

B) Planificación Estratégica.

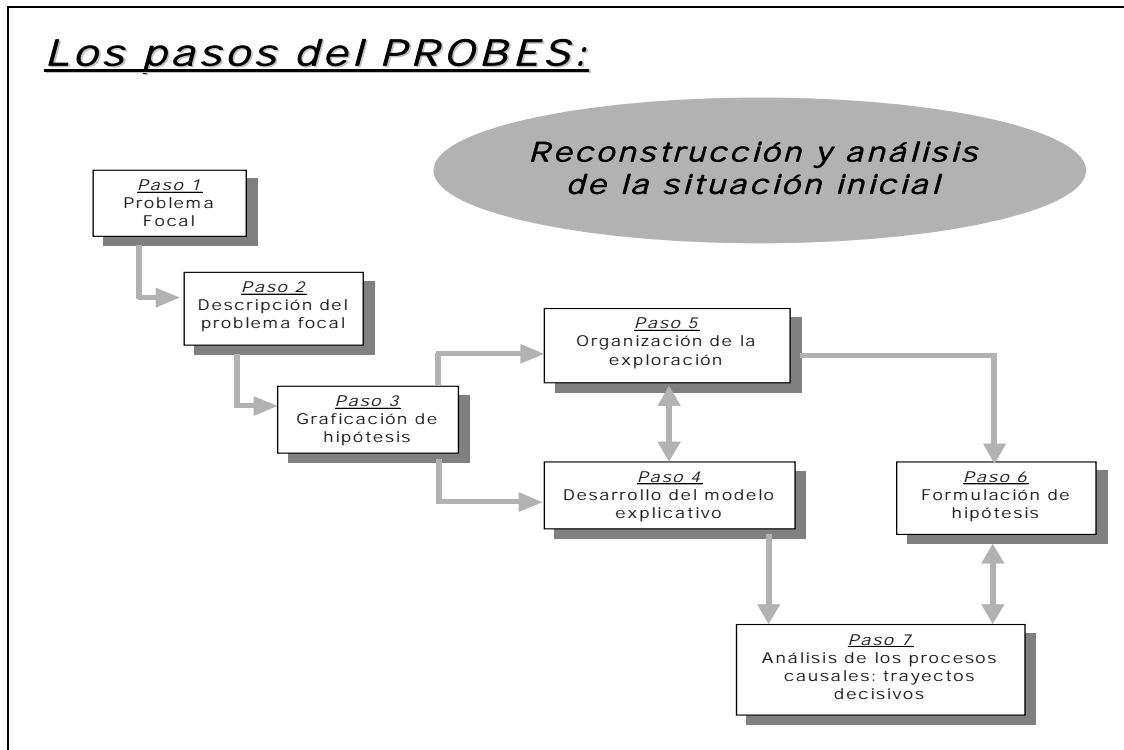
Cuadro 1



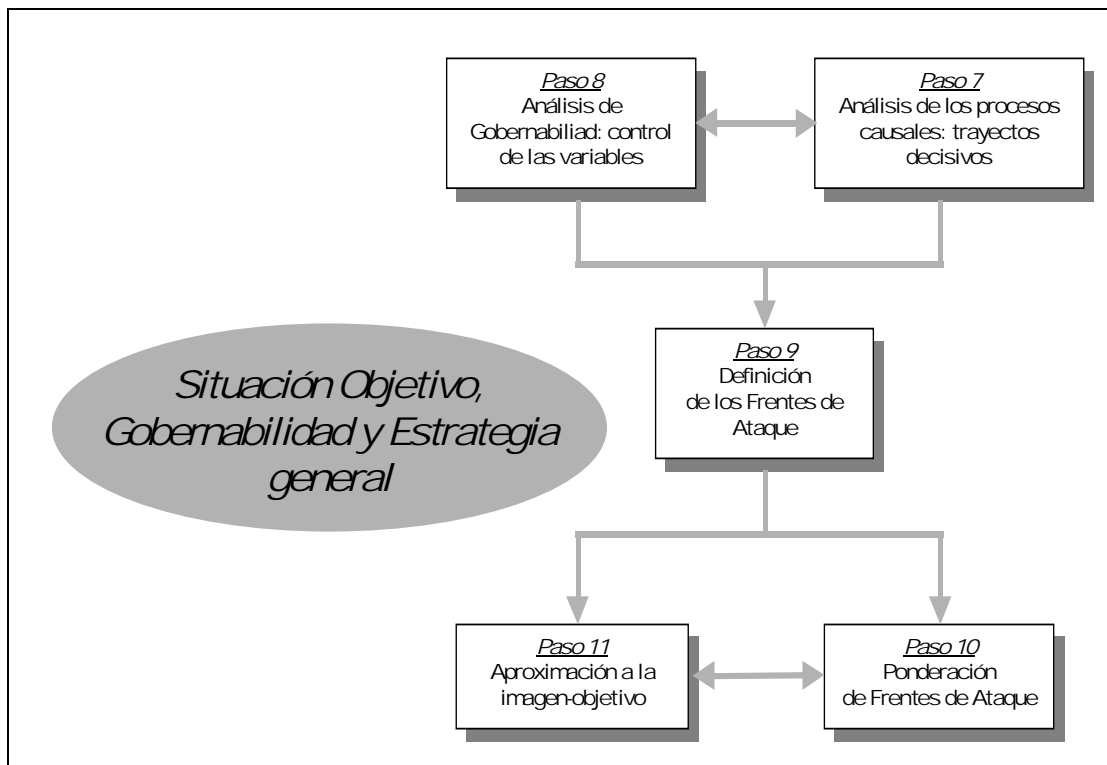
Cuadro 2



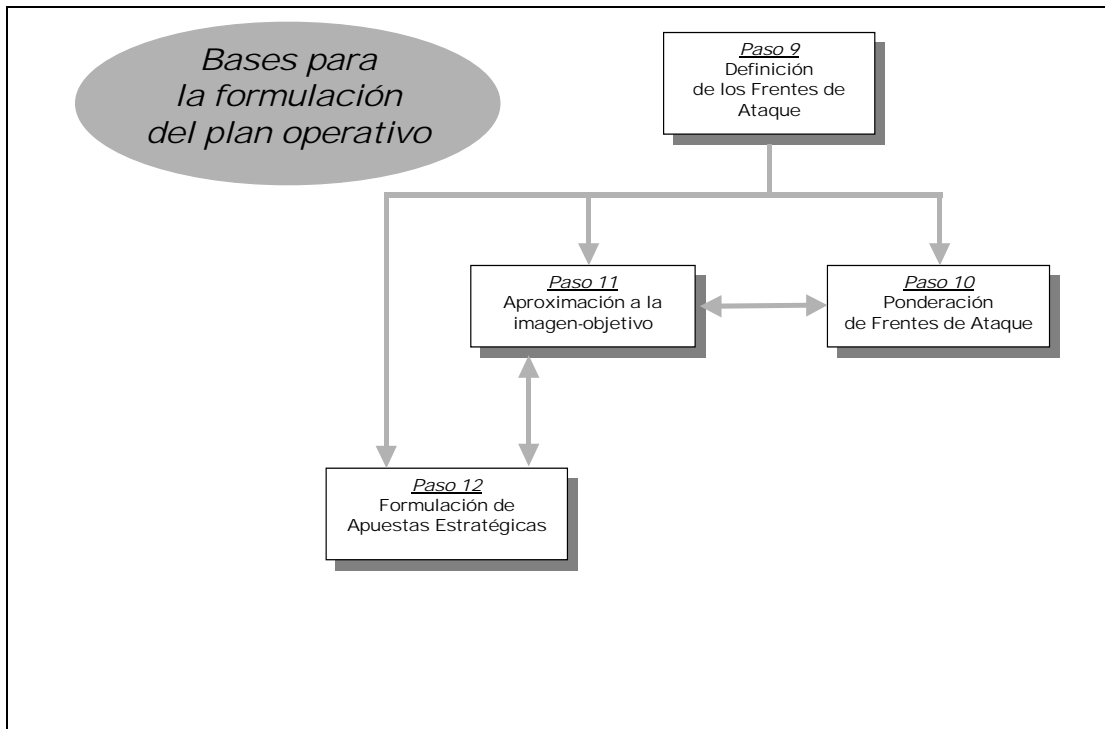
Cuadro 3



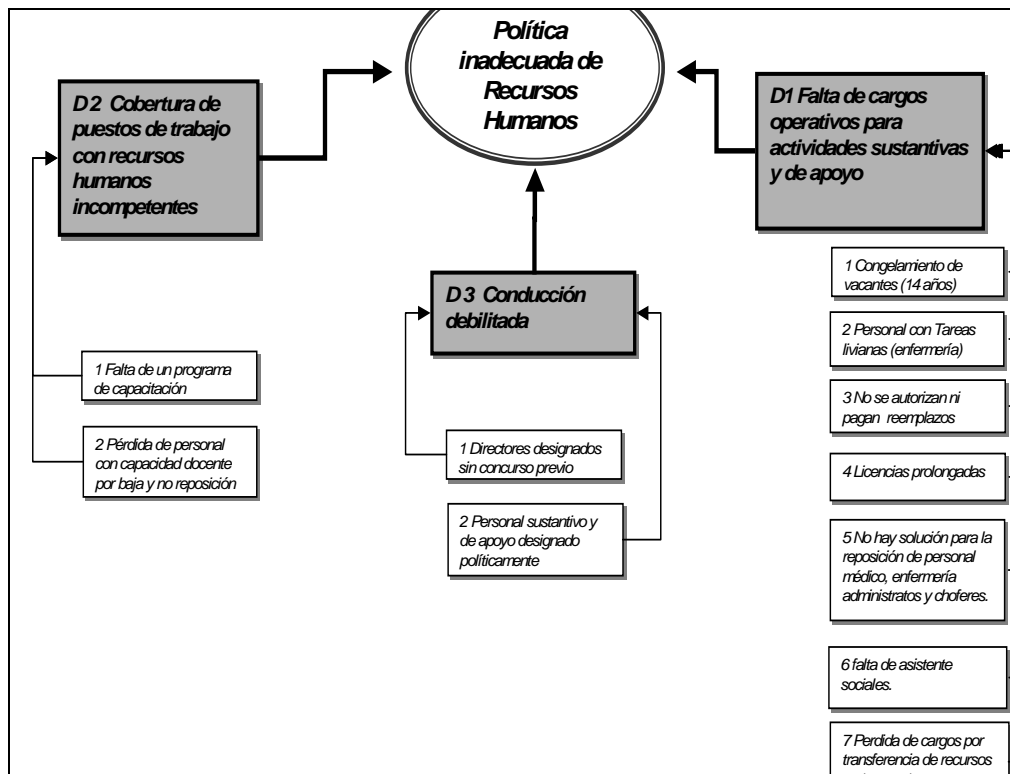
Cuadro 4



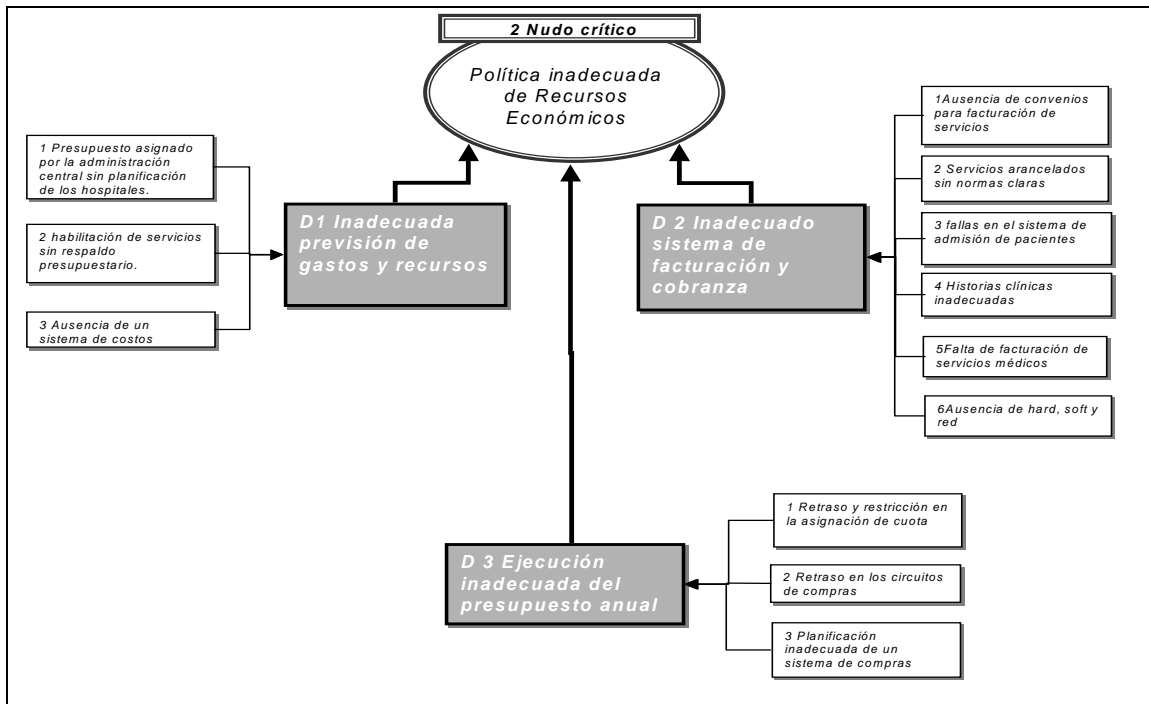
Cuadro 5



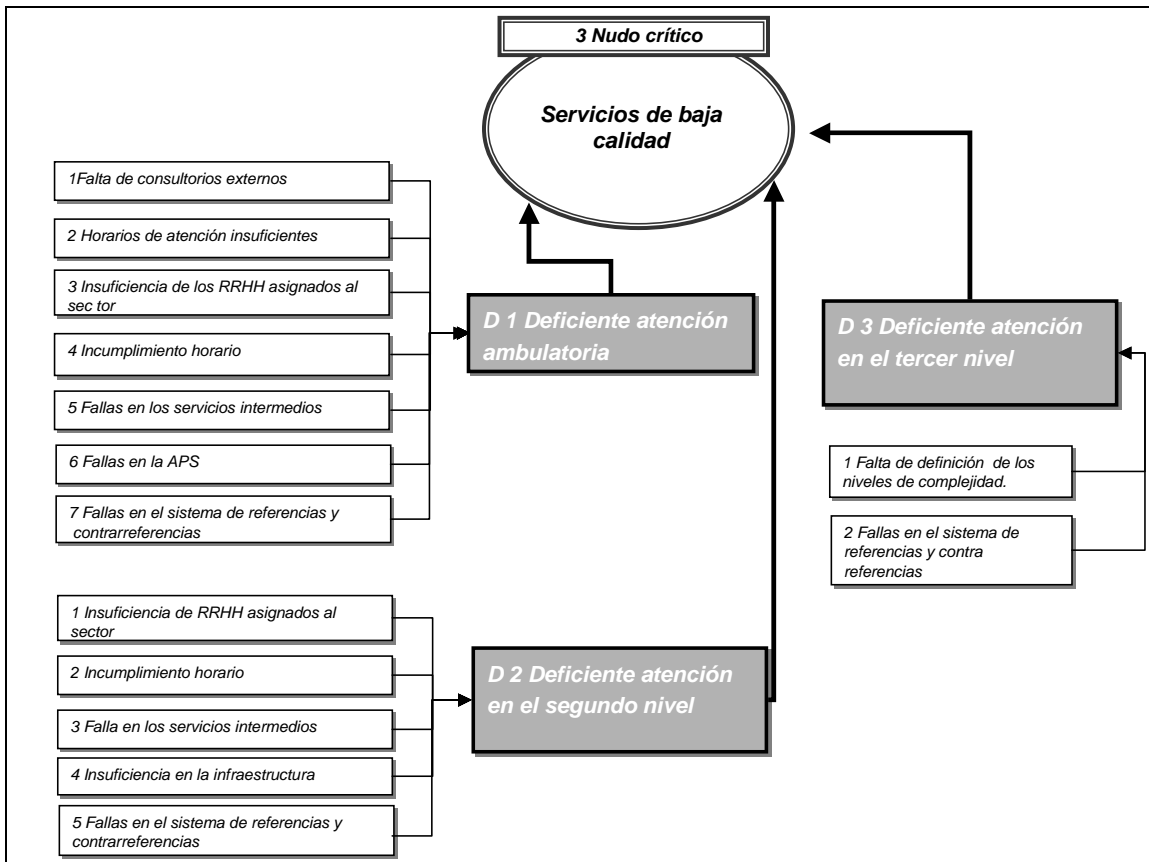
Cuadro 6



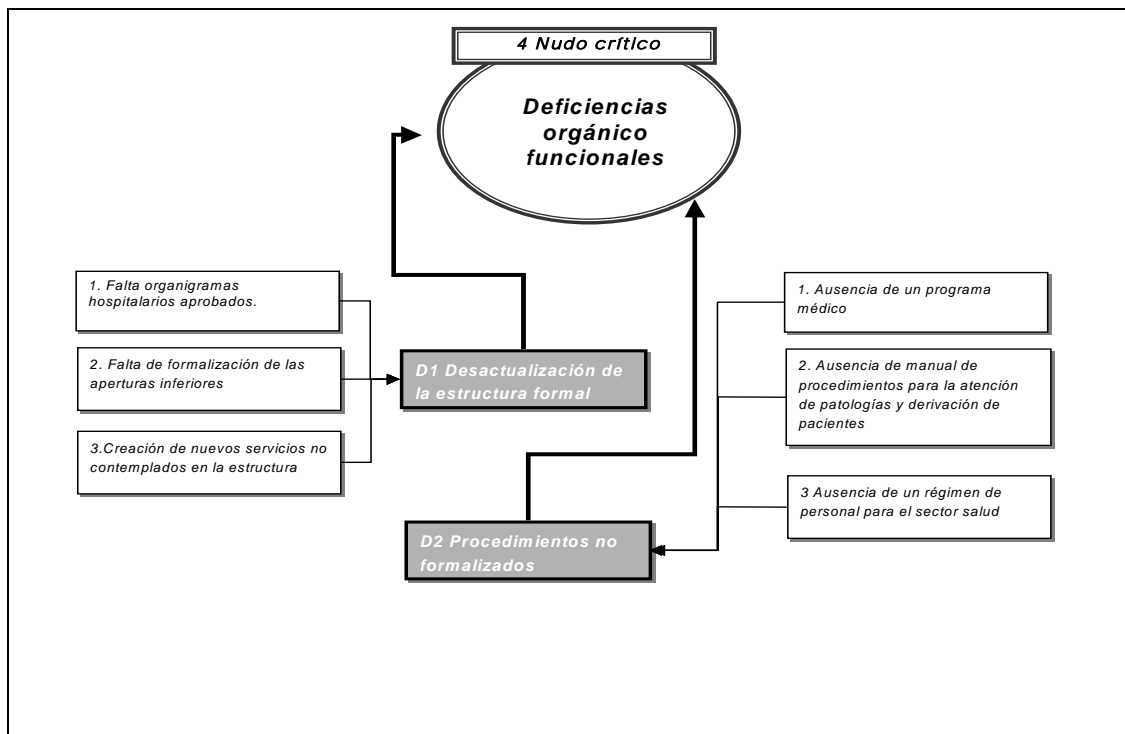
Cuadro 7



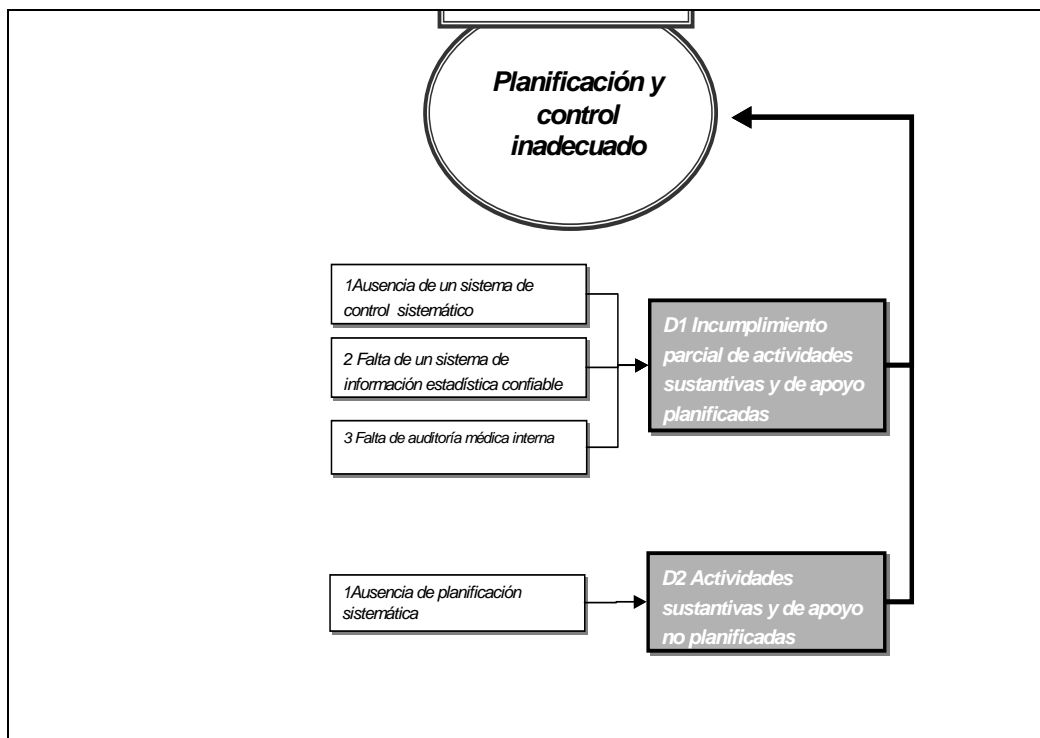
Cuadro 8



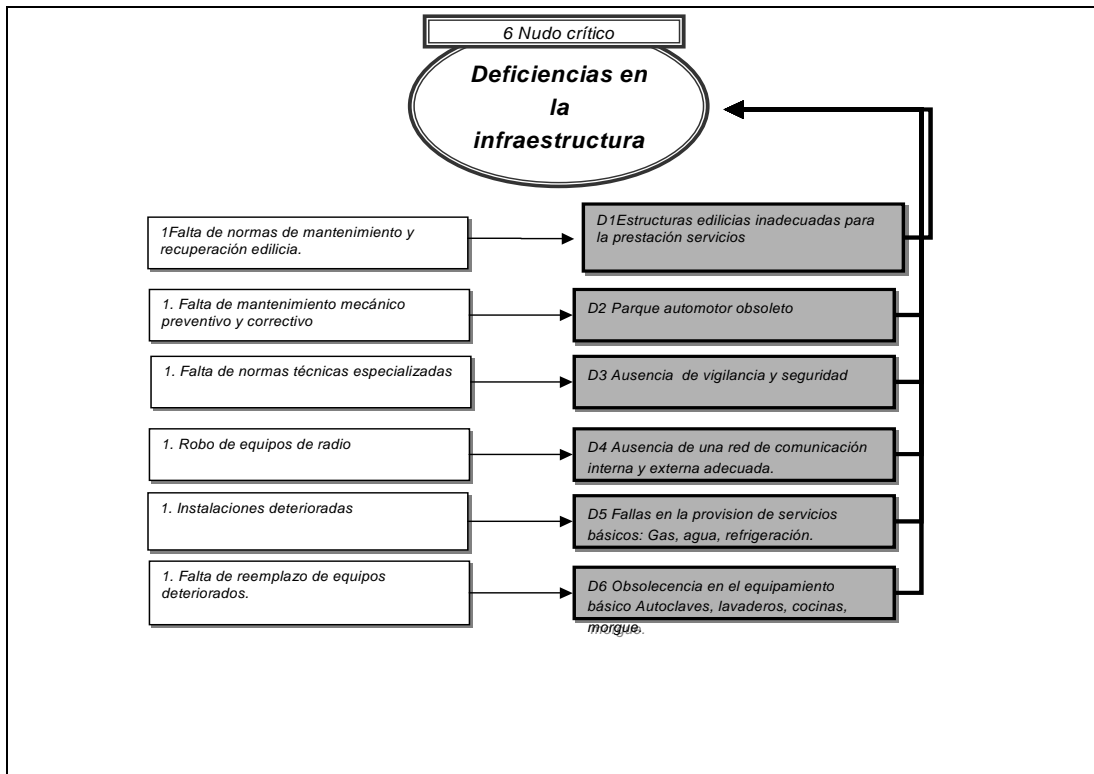
Cuadro 9



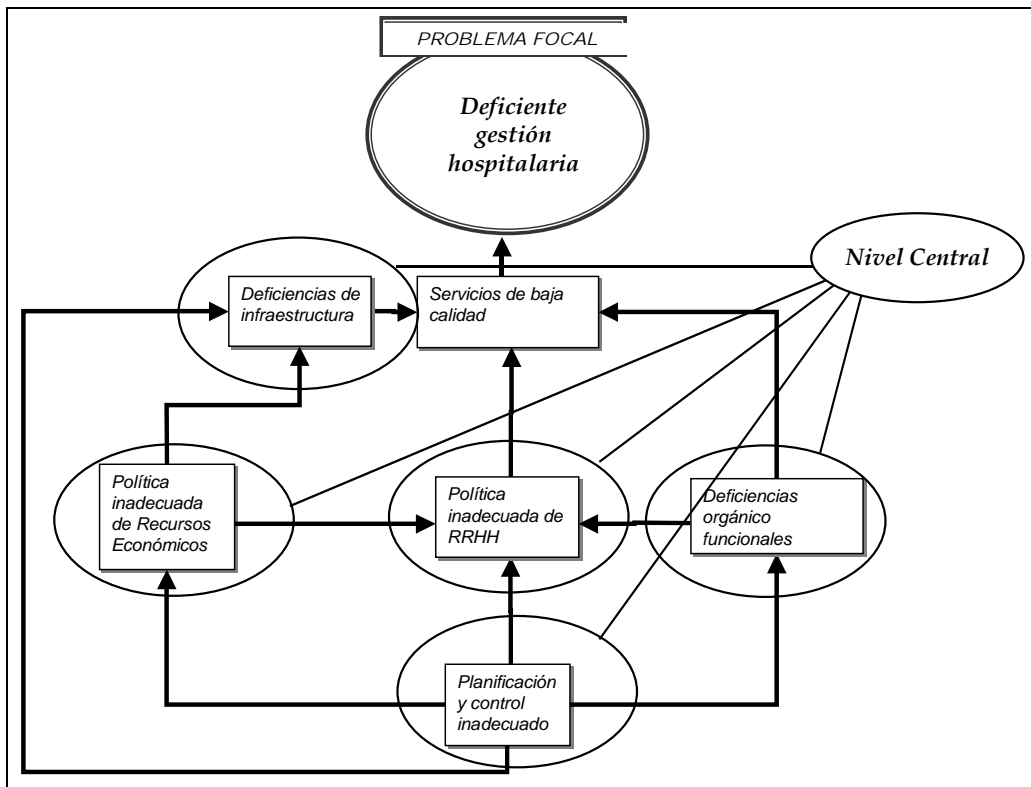
Cuadro 10



Cuadro 11



Cuadro 12



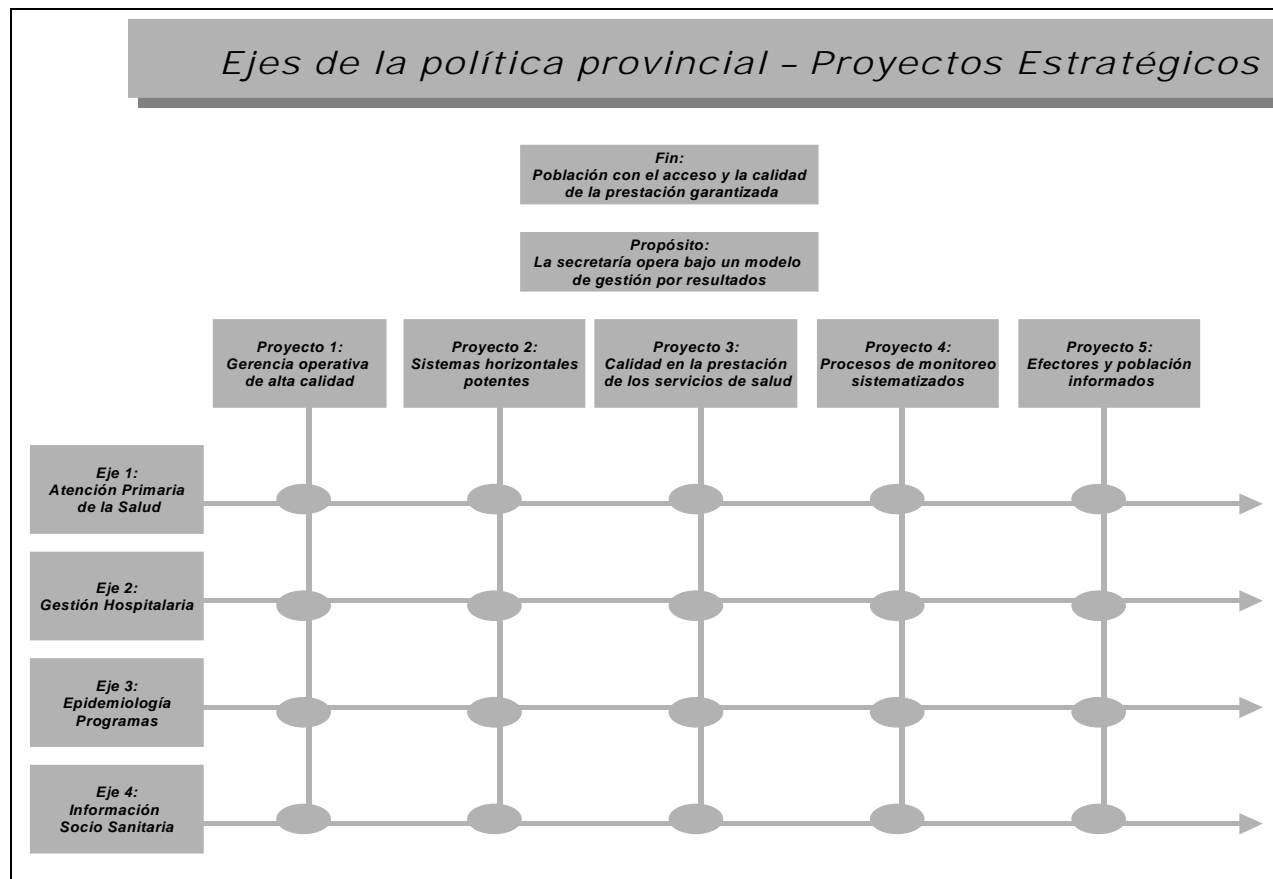
Cuadro 13



Cuadro 14



Cuadro 15



GLOSARIO DE TERMINOS Y CONCEPTOS

ALTA DIRECCIÓN

Supone el ámbito de “gobierno” de la organización. Incluye a los miembros de la organización que forman parte del proceso decisional del organismo. Habitualmente esta conformada por los funcionarios políticos y asesores principales, pero también puede incluir cuadros gerenciales con peso propio en las decisiones.

ANÁLISIS DE GOBERNABILIDAD

Examen destinado a determinar el conjunto de variables que: 1) se encuentran bajo control del actor que desarrolla el Plan; 2) se encuentran fuera del control del actor que desarrolla el Plan; y 3) las de control compartido con otros actores.

APUESTAS ESTRATÉGICAS

Conjunto de transformaciones que se pretenden lograr respecto de los nudos críticos de la situación inicial, con el propósito de desatar procesos de cambio que permitan configurar gradualmente la situación objetivo.

COMITÉ DE GESTIÓN ESTRATÉGICA (COMITÉ REDUCIDO Y COMITÉ AMPLIADO)

Este Comité asume dos formatos diferenciados de acuerdo a los distintos momentos del proceso: el **Comité reducido**, conformado por no más de cinco personas de plena confianza

de la máxima autoridad del organismo. Su función es garantizar el arco direccional del plan estratégico durante su elaboración. Para ello deberá participar en tareas de análisis situacional, articulando las producciones de los diferentes momentos del proceso con la visión de la máxima autoridad del organismo. Deberá también desarrollar estrategias permanentes de viabilización del proceso al interior del organismo. El otro formato del Comité de Gestión Estratégica es el denominado **Comité ampliado**, conformado por no más de 20 actores clave del organismo, es decir que sean participantes de los procesos decisorios. Su función es participar activamente del proceso de análisis situacional y en la formulación de las estrategias del plan.

COMPROMISOS DE RESULTADOS DE GESTIÓN (CRG)

Los CRG representan un acuerdo entre la Alta Dirección de los organismos y las Gerencias Operativas de los mismos, mediante el cual se establecen: 1) Los resultados a alcanzar por las Gerencias Operativas en un lapso predeterminado; 2) Los recursos necesarios para alcanzar esas metas y resultados; 3) La determinación conjunta de indicadores de resultado que permitan mensurar el desempeño; 4) La determinación de un sistema de incentivos para premiar o sancionar el cumplimiento o no de los resultados acordados.

CONTRAPARTE EJECUTIVA

Es el equipo designado por el titular de la organización, responsable de llevar adelante el proceso de cambio del modelo de gestión. Actúa como contraparte directa del equipo cooperación de la SME.

EQUIPO DE ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO

Esta conformado por expertos de la SME más personal del organismo. Este equipo es coordinado por el equipo de Planificación Estratégica y tiene como objetivo el desarrollo de investigaciones diagnósticas por cada área del organismo, de manera de contrastar y dar sustento a las hipótesis que surgen del análisis situacional.

EQUIPO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Esta conformado por técnicos y expertos de la SME, y su función es orientar y coordinar metodológicamente la formulación del Plan Estratégico Situacional del organismo.

GERENCIAS OPERATIVAS

Constituyen la primera línea operativa de la organización. Tienen a su cargo la administración y desarrollo ejecutivo de las actividades programáticas del organismo.

MODELO EXPLICATIVO

Ver "Procesos Causales".

NUDO CRÍTICO

Variable que, por su posición en el modelo explicativo, constituye un factor relevante en la configuración de la situación analizada, ya que incide en gran parte de los procesos causales.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Es el sistema mediante el cual se establecen métodos y prácticas de trabajo para la selección de los problemas que serán el foco de atención de la Alta Dirección de la organización, así como para la formulación de planes por escenario y planes de contingencia

para enfrentar sorpresas.

PLANES OPERATIVOS

Son los cursos de acción definidos para lograr los objetivos estratégicos o de mediano plazo identificados en el Plan Estratégico. Deben definir las trayectorias temporales y el diseño en detalle de cada uno ellos, lo cual incluye: la identificación de las operaciones de reingeniería necesarias para optimizar cada proceso, la identificación de un responsable del proceso y de su rediseño y de su equipo de trabajo, los recursos físicos y financieros necesarios, y la propuesta definitiva de los indicadores de resultados.

PROCESOS CAUSALES

Conjunto de hipótesis explicativas que vinculan variables relevantes de la situación analizada en virtud de una relación de causalidad en sentido amplio. El conjunto de procesos causales utilizados para dar cuenta de la racionalidad interna de la situación constituyen el modelo explicativo que sirve de base para el armado de estrategias.

REINGENIERÍA DE PROCESOS

Es una tecnología de gestión que busca lograr mejoras graduales en el rendimiento a partir del rediseño de los procesos mediante los cuales una organización opera, maximizando el contenido de valor agregado y minimizando cualquier otra cosa de menor entidad. Este método se puede aplicar a nivel de procesos individuales o a toda una organización.

SISTEMA DE CONTROL Y/O MONITOREO DE GESTIÓN

Es el sistema mediante el cual se realiza el seguimiento de la marcha del Plan, la evolución de los problemas del Plan y las necesidades de corrección. Proporciona información selectiva mediante indicadores de gestión adecuados en tiempo real.

SISTEMA DE INCENTIVOS

Es el mecanismo mediante el cual se distribuyen premios y sanciones al interior de la organización. Constituyen un elemento fundamental en la puesta en marcha de los CRG en la medida en que generan el estímulo necesario para involucrar a los actores participantes. El sistema de incentivos debe contemplar no sólo aquellos de carácter monetario e individuales, sino también estímulos de naturaleza diversa y vinculados a equipos de trabajo o áreas institucionales, según las particularidades de cada organismo.

SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS

Se refieren a los sistemas mediante los cuales las organizaciones administran sus recursos físicos, financieros y humanos. Incluyen los sistemas de presupuesto, contabilidad, tesorería, compras y contrataciones, y recursos humanos. La optimización de los sistemas de administración de recursos resulta decisiva en la medida en que estos no pueden o no deberían constituir un obstáculo en el cumplimiento de las metas y resultados establecidos. En este sentido, deberán ponerse en marcha procesos de reingenierías en esos sistemas con el objeto de lograr su techo de eficacia.

VECTORES DE RESULTADO

Conjunto de resultados esperados que refleja las transformaciones más relevantes que el Plan Estratégico persigue y que manifiestan su direccionalidad. Hacen referencia a aspectos concretos, bien definidos y frecuentemente cuantificados.

MARCELO DANIEL BELLONE

- Médico cirujano otorgado por la Universidad Nacional de Córdoba año 1983
- Miembro de la sociedad argentina de Medicina Interna
- Miembro de la sociedad argentina de terapia intensiva
- Miembro de la sociedad argentina de nutrición enteral y parenteral
- Miembro de la sociedad argentina de obesidad
- Integrante de la mesa ejecutiva de la biblioteca del ministerio de Bienestar Social Dr. Rocha Solorsano.
- Especialista en medicina interna
- Postgrado en formación de formadores en ciencia de la Salud 200 hs. Y examen final
- Curso de postgrado en Nutrición Clínica 90 hs con evaluación Final Universidad Favaloro. Marzo a Diciembre de 2001
- Miembro permanente del Consejo Federal de Discapacidad

Actividad profesional

- Director provincial de Salud de la Provincia de Jujuy desde 24 de mayo de 2002.
- Médico de guardia del hospital Pablo Soria –Terapia Intensiva 1987 - 2002
- Médico del Hospital de Palma Sola (Zona muy desfavorable) Año 1986
- Director de Clínica del Sol Año 1989-1994
- Coordinador de la terapia Intensiva Instituto de Cardiología desde el año 1997
- Coordinador de la terapia intensiva del Sanatorio Lavalle