

01M.41/
L26d
IV

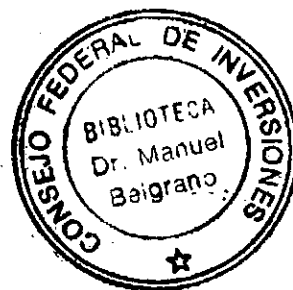
42,551

Consejo Federal de Inversiones

(EXPTE. 4018/99)

**DIAGNÓSTICO Y ESTUDIO DE ALTERNATIVAS
PARA LA CONCRECIÓN DE INVERSIONES EN
EL SECTOR DE SALUD PÚBLICA EN LA
PROVINCIA DE MISIONES**

INFORME FINAL



Experto responsable:

Lic.Fernando S. Lockett

Colaboradores :

Dr. Luis Gomez

Lic.Alicia Dieringer

Lic.Roberto Aramendy

Karen López

Omar Almada

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACION 2

EL SISTEMA DE SALUD PUBLICA LOCAL 4

El escenario urbano. Epidemiología y riesgos 4

El Ministerio de Salud Pública. 5

Los beneficiarios. 8

Estructuras de coordinación antecedentes 9

Consejo Participativo Provincial 9

Unidad de Coordinación y Enlace Provincial 10

Comité Ejecutivo Interinstitucional 11

Gabinete Social 11

El MSP en estas unidades: Balance 12

ACTUALIZACION 14

Escenario presente: 14

Necesidad de cambio 16

Iniciando el cambio 20

PROYECTO PILOTO PARA EL SECTOR SALUD 27

Marco de lanzamiento del proyecto 28

Descripcion del proyecto 32

Objetivos liminares 33

Comentarios pertinentes 34

Tópicos del proyecto 36

Instancias críticas: 37

Condiciones para iniciar el proyecto 38

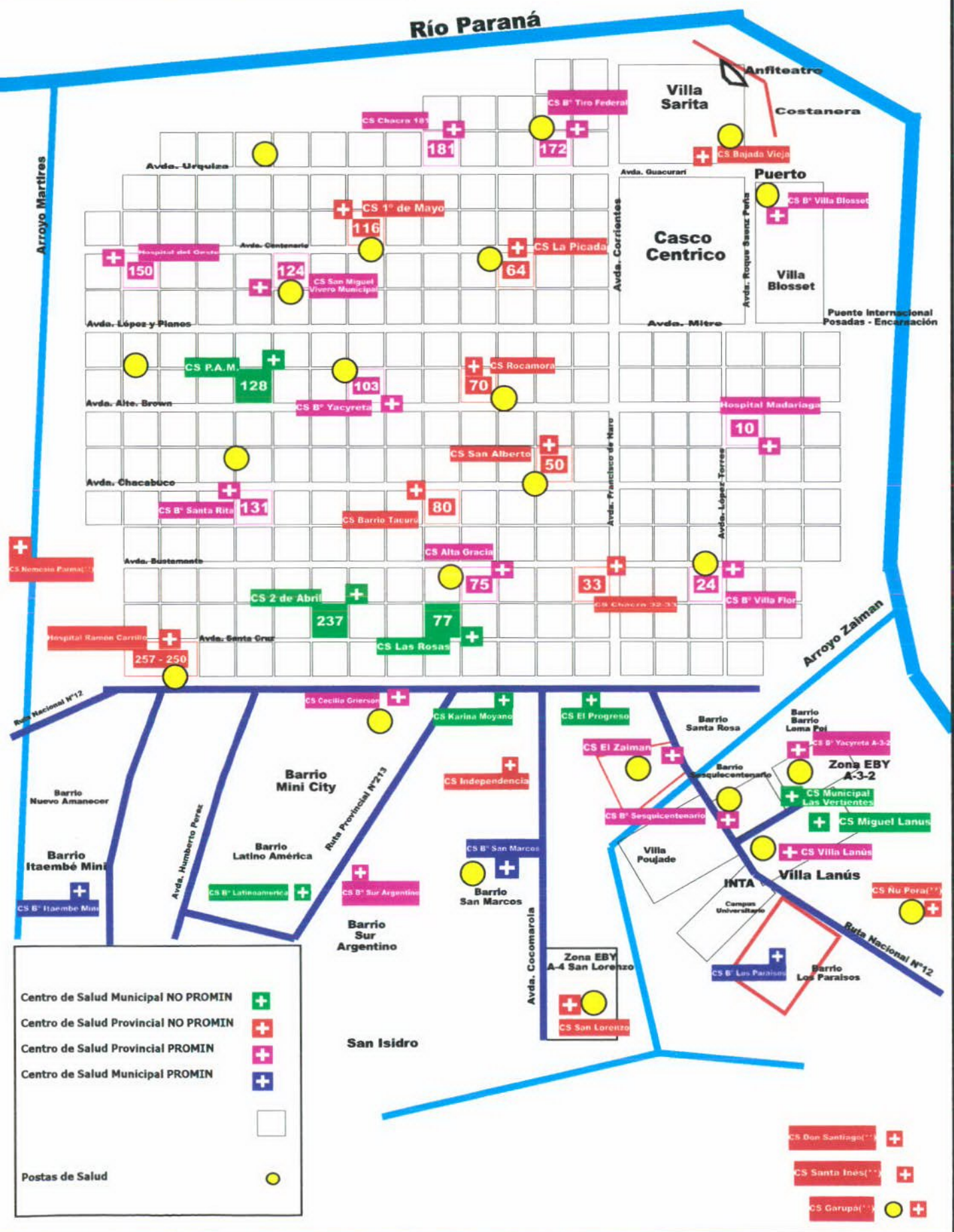
ANEXO 39

PLANOS DE UBICACIÓN :

⇒ CENTROS DE ATENCION DE LA SALUD EN
LA CIUDAD DE POSADAS

⇒ BARRIOS EN QUE SE REALIZARON
TALLERES PARA ESTE DIAGNOSTICO

Río Paraná



PRESENTACION

En este capítulo final, no sin esfuerzo se sintetizan alguno de los principales resultados del diagnóstico realizado. Con relación al tema central del trabajo realizado: la participación comunitaria en el desarrollo de programas de salud, queda claro que, desde el Ministerio de Salud Pública se ha hecho muy poco a lo largo de años en esta dirección ; los principales intentos se han detectado en el PROMIN y en APS, subprogramas de Postas de Salud y el de Mujer y Salud.

A los efectos de concluir con el desarrollo del trabajo, es válido recordar los principales objetivos de este trabajo:

- 1. Contribuir a mejorar el servicio de salud pública en la ciudad de Posadas y elevar así la calidad de vida de su población en un escenario de comunidad sana.*
- 2. Aportar conocimientos para mejorar la accesibilidad y fortalecimiento del sistema local de salud diagnosticando sobre el potencial de participación de la población de Posadas y su contraparte, la receptividad institucional, para diseñar estrategias de integración en la programación y ejecución de políticas sanitarias.*

Los resultados y el análisis de situación realizado sirven de marco para introducir una propuesta concreta de implementación de un Proyecto Piloto de Participación Comunitaria para potenciar los alcances de la cobertura del sistema local de salud pública en la ciudad de Posadas.

Además, y para contextualizar institucionalmente el proyecto, se incorpora una descripción de antecedentes sobre diversas instancias de coordinación gubernamental intentadas desde el Gobierno de la Provincia; que en marzo/2000 constituye formalmente una Unidad

ejecutiva en el ámbito de la Vicegobernación para articular y coordinar a los organismos estatales y no gubernamentales en la planificación y evaluación de programas y proyectos sociales.

Este soporte es fundamental para llevar adelante un proyecto como el que aquí se propone, por cuanto hay numerosos indicadores de dificultades orgánicas, operativas y actitudinales en la institución rectora de la salud local, para ejecutarlo sin una decidida conducción política.

EL SISTEMA DE SALUD PUBLICA LOCAL

El escenario urbano. Epidemiología y riesgos

Sin duda la situación descripta en la primera parte, habla por si sola de los riesgos en la ciudad, con la amenaza cierta de una mayor degradación en algunas zonas de la urbe, especialmente en aquellos lugares abiertamente receptivos de inmigrantes que se asientan en espacios carentes de servicios, no aptos para la habitación saludable; ello, sin perjuicio del impacto ambiental global que es perceptible y continuamente expuesto ante la ciudadanía local. Aquí se fundamenta la necesidad imperiosa de diseñar estrategias innovadoras que optimicen el acceso de estos sectores de población a los servicios básicos.

La diversidad de factores de riesgo que fueron descriptos muestran, en particular, el vulnerable perfil epidemiológico de los habitantes de Posadas, especialmente los pobres, que ante las emergencias sanitarias dependen plenamente de las medidas asistenciales y coyunturales del gobierno. La situación se agrava por la condición crítica del vecino Paraguay, con el que se verifican diferentes estrategias de prevención a pesar de los convenios firmados.

El nuevo siglo estrenó un verano particularmente alevoso en Posadas por dos asuntos *agendados*: la carencia de agua potable y la amenaza recurrente del dengue. A mediados del estío las informaciones dan cuenta, una epidemia en Paraguay además de numerosos enfermos en Chaco y Formosa .

En el escenario de riesgos ambientales resalta que el mayor aporte para el mejoramiento de las condiciones sanitarias en Posadas depende del agua potable, las colectoras cloacales y el tratamiento de los residuos urbanos, sumando la participación y compromiso de la ciudadanía para integrar y coordinar las acciones de salud en un escenario de comunidad saludable.

El Ministerio de Salud Pública.

El esquema operativo global del sistema local de salud exhibe notorias flaquezas de coordinación intersectorial que necesariamente inciden en la vulnerabilidad sanitaria de la ciudad y probablemente extensible a toda la provincia.

Los programas que responden a normativas del gobierno nacional que los financian, cuentan formalmente con planes de acción, objetivos y metas a alcanzar, pero, en general, hay limitaciones metodológicas en materia de gerenciamiento. Las características del modelo de organización del Ministerio de Salud Pública, exhiben estanqueidad y verticalidad en su estructuración real – no así en su formalidad- con poca integración y conocimiento de los funcionarios sobre las actividades y situación en otras áreas; esto hace que el esquema operativo global se perciba como fragmentario y desarticulado.

Obviamente, se administra el desarrollo de actividades, pero el monitoreo y evaluación de los mismos es inoportuna o no se realiza. La carencia o laxitud de esta gestión imprescindible hace que los desempeños y resultados no puedan verificarse sobre la marcha. A esta falta se agrega un sistema de información estadística necesitado de una urgente terapéutica. Los desempeños y los resultados –aun dentro del esquema médico-asistencial predominante- no pueden contrastarse sobre la marcha con los datos estadísticos de salud consolidados por el atraso en los procesamientos; en APS-Zona IV de Salud se mencionó que se manejan estadísticas de un año atrás: *"el proceso se va de las manos no se pueden generar bases con datos de los Centros de Salud..."*.

Se pone de manifiesto una formulación de productos-programas divorciados de otros dirigidos a los mismos grupos biológicos,

etéreos y aún de cobertura geográfica, permitiendo considerar como posible la inclusión de un mismo beneficiario en más de un programa con la consecuente superposición en la utilización de los escasos recursos. Hay funcionarios que destacan estas limitaciones que se suman a la permanente negociación que deben realizar para ejecutar los programas.

No hay coincidencia respecto a la cantidad de recursos humanos necesarios o se difiere en el perfil de los mismos. Quienes demandan, refieren a médicos y enfermeras, seguidos por agentes administrativos. Hay casi un (1) médico cada 800 habitantes y menos de un (1) agente sanitario en terreno por cada centro de atención en la ciudad para cumplir las funciones de promoción, prevención y derivaciones. Se contabilizan 40 mujeres voluntarias no rentadas que apoyan en las acciones sanitarias barriales. Hay muy pocos profesionales de disciplinas del campo social integrados al equipo médico, pero no fueron indicados como carencia.

Hay consenso generalizado en que es insuficiente la recomendada capacitación permanente de los agentes del sistema. Solamente en el área de Epidemiología se declaró la existencia de indicadores para evaluar -con parámetros convencionales- el desempeño del personal.

La detectada falta de extensión, horizontalización e integración de las experiencias y de la información entre sectores del sistema, deviene restrictivo de su eficiencia y más aún del potencial de innovación y mejoramiento integral.

Tampoco se observa en el ámbito ministerial un espacio activo de análisis y discusión conjunta, que desde los niveles de decisión y ejecución permita la definición de las políticas a emprender. Sin embargo hay interés de funcionarios y se recibieron por parte de los responsables de programas, expresiones vinculadas a la necesidad

de lograr un producto integral en el accionar institucional, vinculado a la cobertura de beneficiarios y a la optimización de los recursos de salud pública.

En materia epidemiológica, la prevención y el control local anticipantes de futuros daños a la salud principalmente de los grupos más vulnerables, exigen superar el atraso en el procesamiento y disposición de los registros sanitarios imprescindibles para administrar la oportunidad y eficacia de las acciones.

En cuanto a datos cuantitativos, con suerte, se manejan algunas estadísticas consolidadas desde un año atrás. El PROMIN administra sus registros pero solo estaría en condiciones de procesar oportunamente datos sobre el 30% de los efectores de Posadas. En este contexto hay poca capacidad de auto corrección y de reflexión certera sobre la marcha de los programas.

No se encontró información vinculada a la constitución de un equipo interdisciplinario entrenado para casos de desastres o emergencias naturales o provocadas.

También es una carencia muy evidente - y manifestada por los funcionarios entrevistados- la inexistencia de una dependencia que específicamente coordine y centralice las comunicaciones en salud; cada programa diseña y se hace cargo de diseñar sus modalidades, mensajes y medios. Es señalada la ausencia de profesionalismo y la escasez de recursos para esta finalidad. En el campo de la salud pública esta grave deficiencia merece particular atención y debe ser remediada. Es paradójico: tanto la rémora en el manejo de estadísticas como las comunicaciones sociales vinculan con la información...



Los beneficiarios.

En el capítulo 2 se describe extensamente el resultado de la indagación específica para este diagnóstico. Los vecinos consultados desplegaron numerosos temas e inquietudes sobre sus barrios y su percepción de la ciudad: alto y desordenado crecimiento poblacional, escasez de agua potable y deficiente tratamiento de basuras, letrinas insalubres, enfermedades respiratorias, diarreas, drogas y alcoholismo, desnutrición, deficiente educación sanitaria, embarazo adolescente.

La escasa participación comunitaria se da en algunos programas que convocan a los usuarios del sistema para conocer sus inquietudes y necesidades o recibir adiestramiento preventivo. Hay pocas e incipientes experiencias que intentan avanzar en materia participativa desde una concepción integral. Algunos programas oficiales (municipales, provinciales o nacionales) se disparan a partir de las organizaciones de voluntarios cuyo principal recurso es su capacidad de movilización y activismo. Los vecinos aprueban esta inclusión pero critican la verticalidad para fijar metas y modos de implementación; señalan que el estancamiento o irregular flujo de recursos o discontinuidad de estas iniciativas por causas institucionales contribuyen para desalentar las ganas de participar.

Hay claras señales que además de una mejor prestación asistencial en los servicios que reciben, pretenden que se establezcan lineamientos más firmes y coherentes en materia de promoción y educación sanitaria; es aquí donde reclaman proyectos que involucren activamente a la comunidad. Mencionan claramente la dificultad para desarrollar el concepto de solidaridad en la construcción de la vida colectiva y reclaman apoyos firmes y consecuentes para incentivar un mayor protagonismo en el desarrollo de acciones desde la iniciativa popular.

Existe un buen capital social en los barrios que aún con dificultades luchan por mejorar sus condiciones de vida. Es un recurso valioso para la realización de acciones mancomunadas entre organismos públicos, privados y organizaciones de base, a los fines de encarar proyectos de salud en un nivel superior a las restringidas metas en torno a las cuales son convocados actualmente.

Estructuras de coordinación antecedentes

Para cerrar la visión institucional global acerca de las acciones de salud centradas en el Ministerio de Salud Pública de la Provincia, es importante tener en cuenta las diversas instancias y normas legales provinciales donde la participación e integración de esta Cartera Ministerial facilitaría o fortalecería la gestión de los programas. Se identificaron varias instancias formales de intentos de articulación con otros Ministerios, tendientes a optimizar la cobertura de los sectores más carenciados de la Provincia. A continuación, se detallan alguna de las experiencias:

Consejo Participativo Provincial

Con fecha 23 de enero de 1996 la Provincia de Misiones y la Secretaría de Desarrollo Social de la Presidencia de la Nación suscriben el Convenio de Adhesión para la puesta en marcha del Programa Participativo de Desarrollo Social (PRODESO) incluyendo la ejecución del Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de los Programas Sociales (SIEMPRO) y del Fondo Participativo de Inversión Social (FOPAR). El Convenio de referencia fue ratificado por Decreto N° 123/96 y modificado por Decretos N° 229/96 y 804/97 constituyendo el Consejo Participativo Provincial.

“El PRODESO se formula como un instrumento de identificación de los problemas sociales, la definición de áreas de intervención y grupos sociales vulnerables, el dimensionamiento de la magnitud de las carencias, la optimización del gasto social, la mejora en la

administración de los recursos, el adecuado diseño de los programas y la evaluación del impacto social de los mismos”.

El Consejo Participativo Provincial se constituye con representantes de los ministerios de Bienestar Social, de la Mujer y la Juventud - que ejerce su Presidencia -, de Salud Pública, de Cultura y Educación, de Gobierno, Universidad Nacional de Misiones, Municipalidad de la Ciudad de Posadas, Organismos No Gubernamentales y Secretaría de Desarrollo Social de la Presidencia de la Nación. Esta instancia institucional, que agrupa a los actores directos de las políticas sociales de la Provincia, podía facilitar la coordinación y toma de decisiones racionalizadas e integradas en materia de políticas sociales. Pero -en la práctica- el Consejo no fue convocado de acuerdo a lo previsto y la definición de los proyectos se canalizó en las áreas locales sin la participación de todos sus miembros.

Unidad de Coordinación y Enlace Provincial

Por Decreto N° 335/96 el Poder Ejecutivo de la Provincia ratifica el Convenio Marco Nación – Provincia para la implementación del Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI), en el mismo instrumento se constituye la Unidad de Coordinación y Enlace Provincial (UCEP) Esta unidad de coordinación fue modificada posteriormente por los Decretos N° 1407/96, N° 852/97 definiendo la estructura orgánica de la unidad bajo la Coordinación Política del Poder Ejecutivo Provincial y la Coordinación General de una Unidad de Enlace Interministerial a cargo del Ministerio de Bienestar Social, la Mujer y la Juventud con la participación de los Ministerios de Salud Pública, Cultura y Educación y Economía y Obras Públicas. Por Decreto N° 1108 del mes de julio de 1997 se modificó la coordinación de la Unidad Ejecutora del Programa quedando a cargo del Subsecretario de Acción Social como Coordinador General y los Subsecretarios de la Mujer y la Familia, de Educación y de Salud

Pública en la Coordinación Operativa. Esta estructura y todos sus componentes y funciones fueron derogadas por Decreto N° 1600 del mes de septiembre de 1998, facultando al Ministerio de Bienestar Social, la Mujer y la Juventud para crear la Unidad de Coordinación y Enlace Provincial, que no se concretó.

Comité Ejecutivo Interinstitucional

Otro espacio formal de coordinación de políticas sociales y programas, es el Comité Ejecutivo Interinstitucional (CEI) creado para servir al PROMIN, con la responsabilidad de ser conducido por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia, con la participación de los otros Ministerios cuya responsabilidad se focaliza en la gestión de estrategias destinadas a la cobertura sanitaria de la población de bajos recursos.

Gabinete Social

Por Decreto N° 478 de abril de 1996 el gobernador de la Provincia crea el Gabinete Social Provincial con la "misión de entender en todo cuanto se vincule con la coordinación e integración de la gestión social intra e inter-institucional con la finalidad de mejorar sus resultados en términos de eficiencia, eficacia y efectividad ".De acuerdo a lo establecido en el mencionado Decreto, esta estructura, casi funcional, cuenta con un ámbito de inserción Nacional como Gabinete Social Nacional Coordinación NEA con vínculo directo para la articulación de los programas con el Gobernador y Vicegobernador de la Provincia.

El Nivel Político cuenta con Miembros Permanentes; Ministro de Salud Pública, Ministro de Cultura y Educación y Ministro de Economía y Obras Públicas. Igualmente lo conforman otros funcionarios en carácter de No Permanentes; Ministro de Gobierno, Ministro de Asuntos Agrarios Ministro de Ecología y Recursos

Naturales Renovables, Secretaría General de la Gobernación
Intendentes, Representantes de la Sociedad Civil y Otros
Organismos determinados por la Constitución.

El Gabinete cuenta con un 2º Nivel Operativo, correspondiendo a los responsables técnicos de la ejecución de políticas o programas donde intervienen; Subsecretarías y Presidentes de Entes descentralizados, Estructuras técnico operativas, Direcciones Generales, Direcciones y otras dependencias.

El MSP en estas unidades: Balance

En estas unidades de articulación y coordinación de políticas y programas, el Ministerio de Salud Pública de la Provincia pudo haber cumplido -con posibilidades de extensión al ámbito provincial- su decisivo rol de satisfacer la demanda de salud incluyendo la participación comunitaria especialmente de los grupos más vulnerables. Pero estas unidades de coordinación se evidenciaron *incompletas y precarias*. Incompletas porque al no contar con identidad estructural propia, sus normativas no establecen con claridad las atribuciones de las distintas conducciones, ni modos de vinculación con otros ámbitos del sector público o no gubernamentales; precarias por cuanto han sufrido reiterados cambios, modificando su ubicación institucional, la asignación de funciones de los responsables, los mecanismos de relación entre los ministerios participantes y el carácter de su conducción.

Esta modalidad de institucionalización ha generado inconvenientes pero tuvo también algunas consecuencias paradójicamente favorables: por ejemplo, la ambigüedad de su situación permitió cierta flexibilidad para operar dado que la conducción ejerce todas las funciones necesarias para ejecutarlos con una relativa autonomía decisoria. Entre las consecuencias negativas se puede señalar que estas instancias fueron inhábiles para instalar el análisis estructural

del funcionamiento del sistema de salud pública en el seno de la administración provincial, persistiendo una situación de casi aislamiento con respecto al papel de los programas dentro de las políticas sectoriales y de las prioridades del gobierno. En el caso de programas concebidos e impulsados por organismos extra provinciales hay relativa incertidumbre respecto de la voluntad política para respaldarlos en los distintos períodos de su gestión.

ACTUALIZACION

Escenario presente:

El diagnóstico buscó identificar aquellos factores claves que puedan facilitar el desarrollo y la consolidación de una política de salud y servicios sanitarios dentro de marcos de referencia social y culturalmente consolidados y sostenibles.

Es notorio que en el sector de salud local no hay políticas que busquen la apertura de instancias formales y consecuentes de participación comunitaria. Este aspecto del cambio institucional harto reclamado por todas las organizaciones internacionales que promueven, asisten o financian la salud pública, ha sido soslayado en sucesivas reorganizaciones del Ministerio de Salud Pública de la Provincia. No hay antecedentes operativos de funcionamiento de Consejos Locales (CLS) que se impulsaron a nivel nacional desde la reforma de 1992 ;para los mismos se plantea una composición que además de los miembros técnicos, incluyan representantes comunitarios y de los trabajadores de salud; en cuanto a los Consejos Zonales de Salud (CZS, habría algún antecedente de participación de autoridades municipales, pero no se logró registrar para este diagnóstico otro tipo de concurrencias ciudadanas.

El proceso continuo de incorporación de nuevos conocimientos y técnicas sanitarias, la creciente sensibilización sobre aspectos de protección de la salud -unidos a los cambios organizativos y de gestión inherentes al proceso de ordenación iniciado demandan el diseño de líneas de formación-actualización coherentes con estas tendencias. Para ello habrán de conjugarse las necesidades sentidas por los profesionales con aquéllas previstas por la administración sanitaria. Son necesarios cambios rápidos en la concepción de salud que hoy se maneja (más social, menos médica) y volcarlos prácticamente. La capacitación y el desarrollo

institucional desde una perspectiva de inserción comunitaria no son tareas en las que el Ministerio de Salud Pública se haya destacado.

El actual sistema de información es escaso y de poco valor operativo. La información constituye hoy en día el elemento básico imprescindible para las actividades de planificación, gestión, evaluación e investigación, tanto en sanidad como en cualquier otra materia. Para captar los aspectos diferenciales de cada área sanitaria de modo sistemático hay que homogeneizar e integrar un sistema de recogida, almacenamiento y manejo de la información desde los servicios y garantizar su calidad. Es imprescindible mantener actualizados los diversos aspectos relacionados con las áreas sanitarias y la satisfacción de los usuarios: ambientales, demográficos, de organización social, culturales. El reto consiste en organizar un sistema de información homogéneo e integrador que permita la planificación, evaluación e investigación con distintos niveles de desagregación. La Universidad local podría satisfacer ventajosamente esta demanda.

Hace falta homologar los mecanismos para la evaluación periódica de los servicios y del trabajo profesional; debiéndose definir los criterios y estándares generales de medición del desempeño; no debe soslayarse la evaluación desde los usuarios, completando de este modo las diferentes vertientes de la garantía de calidad asistencial.

La pesquisa y diagnóstico muestra un notable déficit en cuanto al papel que juegan los beneficiarios. Sin embargo, existen normativas de intención para impulsar la participación comunitaria en la gestión del sistema sanitario (los incipientes Consejos de Salud que impulsa el PROMIN, se inscriben aquí).

La constatación de que existe una oferta diversificada desde diversas parcelas ministeriales que confluyen con sus acciones y

prestaciones de modo privativo, incita una atrevida reflexión sobre la conveniencia de instalar firmes normativas de coordinación institucional como punto de partida inexcusable para el mejoramiento administrativo-operativo del sistema de salud local.

En la fase diagnóstica, el estudio mostró los conocimientos y la experiencia de los profesionales de la salud ya incorporados al sistema sanitario local, quienes - por ello- son una pieza clave para alcanzar estos objetivos generales; deben estar presentes en todas las fases de elaboración del plan de salud: fase de formulación de las directrices generales, fases de búsqueda de fuentes de información y análisis de situación de salud y de los recursos socio-sanitarios, fase de definición de problemas y de su priorización y por último en las fases de establecimiento de objetivos a alcanzar y de las estrategias necesarias para tal fin. En la misma inteligencia, debe convocarse a miembros de la comunidad . La propuesta para implementar un Proyecto piloto de reconducción del sistema de salud pública en la ciudad de Posadas, se inscribe en este trazado.

Necesidad de cambio

Los antecedentes descriptos en el desarrollo de los informes, sustentan *per se* la hipótesis de la necesidad de cambiar los modelos tradicionales de organización-gestión-administración institucional, para responder al nuevo paradigma de la política social y de desarrollo actual. Dicha hipótesis, requiere de un nuevo modelo de investigación y desarrollo, que se ajuste a un enfoque facilitando el cambio de una administración tradicional por el de la administración estratégica, donde se genere además, el necesario espacio de debate y consenso entre los distintos niveles, incluyendo a los usuarios como actores hegemónicos de la demanda.

Esta transición requiere de procesos organizados, participativos, integrados y con el suficiente análisis e intercambio, que partan del

reconocimiento del valor histórico de los servicios ofrecidos y de sus talentos humanos. Una visión de institucionalización como ésta es extensible al resto de las políticas sociales en tanto se planteen propuestas viables, factibles, realistas, con un proyecto claro y competitivo que sea sustentable. Fortaleciendo el compromiso o el pacto social dentro de las organizaciones, las opciones estratégicas generadas desde este nuevo marco serán factibles.

Este paradigma contempla el entorno y las demandas de los beneficiarios “o clientes”, exige transparencia y rendición de cuentas ante la sociedad en general (mandantes, políticos, organismos financieros, autoridades, beneficiarios, etc.), eficiencia, efectividad y eficacia en el uso de los recursos públicos, participación, descentralización y responsabilidad creciente en todos los niveles programáticos y de ejecución

Para optimar la oferta social y específica de salud es preciso legitimar e institucionalizar la gestión del cambio; coherentes con el espíritu de la propuesta hay que asumir que para potenciar la cobertura sanitaria de los sectores poblacionales de mayor riesgo de la provincia, se impone la concurrencia de las diversas áreas de gobierno directamente vinculadas al componente social.

Los responsables de programas fueron considerados para el presente diagnóstico. Pero esta consulta tuvo inconvenientes por el reciente cambio de gobierno y necesario posicionamiento de los funcionarios nuevos.

Un proyecto institucional que se diseñe y ejecute -desde el mas alto nivel de decisión - bajo las premisas del enfoque estratégico puede garantizar la credibilidad necesaria para ser sostenible y manejar las turbulencias y cambios constantes del entorno de los programas e instituciones (presupuestos limitados, cambios políticos, nuevas disposiciones y restricciones), además de los operados entre los

beneficiarios directos. Es aquí donde la instancia participativa adquiere relevancia y exige la convocatoria de múltiples actores comprometidos en la cuestión social para lograr un producto que sea fruto de la construcción colectiva: decisores locales, Ministros de las distintas áreas sustantivas involucradas en la temática social y de salud.

Conceptualmente, la *visión* orienta la construcción y definición de la misión de un programa institucional. Como segundo paso, la *misión* debería construirse a través de un proceso participativo generador del proyecto necesario para administrar los Programas. El diseño y ejecución incluye las siguientes premisas básicas de gestión estratégica:

Integración, en una coordinación centralizada de los diferentes sectores involucrados del gobierno en la temática que nos convoca.

Participación, de toda la comunidad comprometida con la problemática social (el entorno externo e interno amplios, los beneficiarios directos, diferentes niveles jerárquicos de los sectores, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Bienestar Social la Mujer y la Juventud, Cultura y Educación, Organismos no Gubernamentales, Municipios y responsables de los programas.

Descentralización de responsabilidades en la ejecución de aquellos programas que se diseñen para distintas jurisdicciones de la provincia, concretando una gestión eficiente y eficaz, con seguimiento y evaluación.

Capacitación a todos los niveles

Para lograr que un programa con proyecto estratégico se implemente adecuadamente, requiere que en su diseño participe parte de la comunidad, así como también, los diferentes sectores gubernamentales implicados. Reconocido así, desde etapas

tempranas y defendido por los mismos involucrados, serán más sostenibles. Asegurada esa participación desde la etapa de su planificación, demanda menor tiempo y esfuerzo en su implementación e institucionalización, su ajuste y mejoramiento permanente: todos estarán informados acerca de qué se trata la propuesta, qué pretende y qué quiere lograr en el tiempo. Este proceso de construcción colectiva se deberá apoyar con una permanente y dinámica capacitación.

En este primer período, de planificación y gestión de la reorganización y definición de los programas, hay que establecer una serie de elementos importantes; por ejemplo, la estructura institucional encargada de gerenciar el proceso que defina y pauté los lineamientos prioritarios que para las políticas sociales sean identificados por la Provincia. La definición de su inserción institucional, es resorte exclusivo de las más altas esferas políticas.

Es importante no producir cambios traumáticos. Esta referencia de cautela se debe a que la recomendación fuerte que surge del diagnóstico, se desprende de las debilidades identificadas en la gestión interna de la institución y sus programas con notoria ausencia de interacción y consenso con los usuarios directos del sistema de salud. Esta carencia pareciera ser una necesidad sentida internamente y por ello se considera necesario una "gestión de cambio" y organización integral orientada y asesorada con el apoyo del recurso humano ya concientizado.

La ausencia práctica de criterios y normas estructurantes que articulen entre sí las responsabilidades y funciones del funcionariado involucrado en los programas, de procedimientos y criterios para la selección de beneficiarios y los escasos niveles de control y seguimiento de los programas junto al inapto sistema de información que inhibe la evaluación de los programas y su impacto,

requiere del análisis, compromiso y definiciones por parte de los actores involucrados.

La corrección de estas debilidades estructurales observadas demanda la participación de diversas unidades técnicas y administrativas, de los ministerios involucrados, que minimicen la dispersión de esfuerzos y optimicen los resultados, estableciendo las responsabilidades y mecanismos de articulación intersectorial y con los decisores locales para la integración y coordinación de acciones en el componente de salud y social.

Iniciando el cambio

Paralelamente al desarrollo del presente diagnóstico, con otros equipos de trabajo con quienes se obtuvo un consenso generalizado de la situación, se comenzó a impulsar la propuesta de crear una estructura de diseño, planificación y evaluación de políticas sociales en el más alto nivel del Poder Ejecutivo Provincial, con una fuerte participación de distintos actores de la comunidad y de las instancias municipales a los efectos de facilitar su descentralización, transparencia y participación en la implantación y definición de las propuestas que se identifiquen y hagan a la finalidad del compromiso social.

En el escenario de crisis actual, se sugirió como una alternativa viable la creación de una Unidad ejecutiva que articule y coordine a los organismos estatales y no gubernamentales para la planificación y evaluación de programas y proyectos sociales; que desarrolle un marco normativo flexible estimulante de comportamientos innovadores, comprometidos con los objetivos y tendientes a resolver diversos problemas que impactan fuertemente en la comunidad.

Este diagnóstico circunscrito a la ciudad de Posadas, muestra una situación que no puede excluir una propuesta integradora de las

políticas sociales, justamente por tratarse de sectores de beneficiarios en común con distintos ministerios y en toda la jurisdicción provincial.

El Gobierno Provincial deberá definir, con la participación de los municipios y otras áreas comprometidas con la temática social, las bases y lineamientos prioritarios para la formulación de políticas, programas y proyectos sociales que tengan que ver con los distintos sectores de población y específicamente la formulación, monitoreo y evaluación de la oferta de proyectos sociales.

En esta instancia deberá negociarse y acordarse con otros organismos provinciales y nacionales, públicos y privados de programación sectorial la formulación y ejecución de proyectos de interés provincial.

La estructura de referencia dependerá del Poder Ejecutivo Provincial -funcionalmente en la esfera de la Vicegobernación- para que formalmente le corresponda la gestión máxima de dirección, articulación y definición de las políticas sociales; contará con el asesoramiento de un Consejo de Políticas Sociales, con representantes de organismos no gubernamentales involucrados en la temática social: iglesias, partidos políticos, universidades y asociaciones civiles, entre otros; además de los intendentes o responsables sectoriales de las jurisdicciones con mayor riesgo social.

Esta estructura de apoyo y consenso, se deberá consolidar en una dinámica de participación con la determinación de la secuencia de reuniones, que podría ser mensual o quincenal (de presentarse situaciones de emergencia se convocarán con la necesaria periodicidad) y con la definición de los roles que le competen a cada uno, para el aporte y administración de la información

A su vez el Consejo de Políticas Sociales, canalizará su gestión a través de estructuras formales de apoyo para la recepción y definición de los lineamientos de las políticas sociales en la provincia y mantendrán un contacto permanente con el mayor nivel de decisión.

Se dio inicio a un amplio debate y negociaciones vinculadas a la factibilidad de consolidar esta instancia formal; ello pudo corresponder al foro previsto, aunque en la realidad se efectivizó casi con la sumatoria de entrevistas individuales y colectivas con los distintos sectores que finalmente han abrazado la idea incorporándola como propia y generando las instancias administrativas necesarias para su creación.

Esta situación contribuyó al atraso en la entrega del presente ya que con las iniciativas en curso, se quiso esperar para poder afirmar su cristalización.

Así, las autoridades propusieron el cambio de la Ley de Ministerios, a través de la Ley N° 3637 en la cual se menciona:

“Ante la realidad descripta, el Gobierno de la Provincia se ha propuesto hacer frente generando una instancia formal de articulación de políticas sociales en el ámbito de la Vicegobernación.

El objetivo es que la oferta social en la Provincia mantenga una necesaria articulación entre las jurisdicciones públicas intervinientes y la demanda originada en los distintos sectores de la comunidad, según el Decreto N° 06/2000 donde queda constituido el nuevo ámbito de la Vicegobernación, y presidido por el Vicegobernador, el Consejo Multilateral de Políticas Sociales y Desarrollo Interior, como espacio participativo de deliberación, consulta y asesoramiento compuesto

intersectorialmente en el que convergen las áreas gubernamentales y no gubernamentales con incidencia en el campo social. Con las siguientes responsabilidades:

- Discutir, acordar y proponer bases, criterios y lineamientos de las políticas del Poder Ejecutivo Provincial
- Discutir, acordar y proponer bases, criterios y lineamientos para las Políticas del Poder Ejecutivo provincial destinado al desarrollo integral de los municipios.
- Promover asociaciones entre organismos provinciales y municipales orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la Provincia de Misiones
- Promover acciones de transformación gradual y continua de los organismos provinciales y municipales para adecuarlos a los requisitos de la moderna administración pública
- Elaborar propuestas de adecuación de la gestión ministerial y municipal para afrontar los planes, programas y proyectos de políticas sociales
- Promover el desarrollo de programas de fortalecimiento institucional de los organismos del Estado Provincial y municipal en la gestión integral de las políticas sociales
- Promover el desarrollo de programas de fortalecimiento de las organizaciones civiles, comunitarias para la gestión y evaluación de las políticas sociales en el orden provincial y municipal
- Discutir, acordar y recomendar lineamientos generales para el funcionamiento de los programas y proyectos de desarrollo municipal.”

Enmarcándose en el contexto de la Política General del Gobierno, las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas, se integran las acciones en el área social, a fin de contribuir eficazmente en el proceso global de desarrollo. En este sentido establece el apoyo a las políticas sustantivas para los sectores (salud, bienestar social y educación), que tienen como objetivos el

desarrollo de los más necesitados, mediante un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficiencia, eficacia y calidad. Asimismo plantea como objetivo mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad a la oferta social, mediante la optimización del uso de los recursos, brindando asistencia técnica al sector público y privado, y teniendo como eje la descentralización a través de la participación de los municipios provinciales.

En suma, orienta el papel del Estado para que cumpla la función rectora y protagónica, fortaleciendo el proceso de descentralización, coordinando con los Municipios, la planificación estratégica, la fiscalización y el control de las acciones en los componentes sociales.

Bajo este entendimiento y como una forma de expresión y ejecución concreta de las Políticas para el Sector, la Provincia ha decidido formular diversos proyectos que permitan optimizar la oferta social, reformulando los mecanismos de gestión e interrelación, generando un nuevo modelo que promueva la complementariedad y la competencia entre lo público y privado y proporcione herramientas para lograr la eficiencia y equidad, asegurando la calidad en las prestaciones.

Esta unidad será la responsable de supervisar el cumplimiento de las metas diseñadas en cada proyecto, evaluando los resultados en términos de impacto en la población beneficiaria y realizando las correcciones necesarias de los programas, subprogramas o proyectos en ejecución.

Es válido destacar la iniciativa provincial y expresar la necesidad de lograr que esta nueva alternativa de coordinación, creada para optimizar en su conjunto la oferta social de la provincia, no tenga el resultado de las experiencias anteriores y pueda realmente cumplir con sus objetivos.

En la municipalidad de la ciudad de Posadas, se vislumbran también importantes cambios direccionados hacia la participación de la comunidad en la gestión. Una innovación significativa está en el proyecto de ordenanza -de inminente sanción- para crear tres Centros Municipales de Participación Comunitaria en en cuatro zonas (*barrios?*)de la ciudad con alto grado de NBI: Itaembé Miní, Barrio Hermoso y Santa Rita que estarán a cargo de un Delegado Municipal con rango de Secretario de Estado. Entre otros, serán sus objetivos:

"fortalecer la relación municipal y comunitaria facilitando la gestión asociada; promover intervenciones eficaces para el mejoramiento de la calidad de vida desde la perspectiva del desarrollo local; ampliar la cobertura de servicios públicos (...) fomentar la capacidad de gestión de las organizaciones de base de la comunidad; promover y cooperar en la construcción y coordinación con redes de los diversos sectores de la sociedad civil (...) fomentar el involucramiento de la población para generar programas sociales (...) rescatar el sentido de solidaridad social y facilitar el protagonismo de la comunidad en el fortalecimiento de la estructura social ..."¹

Este proyecto de ordenanza, encuadra perfectamente en los objetivos , estrategias y metodologías de acción descritas en el Proyecto Piloto que concluye este diagnóstico.

Como puede verse en el plano de distribución de los Centros de Salud en la Ciudad de Posadas en las tres áreas que serían cubiertas por las Delegaciones Municipales (Itaembé Miní, Santa Rita y Barrio Hermoso) funcionan efectores de salud con administración del PROMIN, municipales y dependientes de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (MSP). Esta confluencia institucional es casi óptima para la la implementación del Proyecto Piloto de Participación Comunitaria en Salud Pública.

¹ Cº E.Vigo: (proyecto de ordenanza HCD,Municipalidad de Posadas,expte.236-c-00),

PROYECTO PILOTO PARA EJECUTAR EN EL SECTOR SALUD

En este marco político-institucional, independientemente de la estructura armada por su importancia estratégica y de mejoramiento de la gestión integral, es necesario generar una propuesta a modo de experiencia piloto a desarrollarse en el sector salud específicamente, en función de la situación encontrada y analizando un diseño totalmente factible desde el punto de vista operativo para ser implementado con la mayor brevedad. Su factibilidad financiera se funda en que los principales recursos provendrán de una reasignación interna, sin descontar - por las características del proyecto- apoyos extraordinarios desde agencias internacionales de fomento o fundaciones que promueven la participación comunitaria como una estrategia de primer nivel para programas sociales.

Esta propuesta, si resulta exitosa, podría ser tomada como válida para ser extendida a otros efectores del sistema, una vez que la unidad creada en la Vicegobernación comience con la planificación programada.

Marco de lanzamiento del proyecto

Esta propuesta de implementación de un PROYECTO PILOTO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL SISTEMA DE SALUD DE LA CIUDAD DE POSADAS, es parte de las conclusiones del

DIAGNÓSTICO Y ESTUDIO DE ALTERNATIVAS PARA LA CONCRECIÓN DE INVERSIONES EN EL SECTOR DE SALUD PÚBLICA EN LA PROVINCIA DE MISIONES, que definió así sus objetivos

- 1. Contribuir a mejorar el servicio de salud pública en la ciudad de Posadas y elevar así la calidad de vida de su población en un escenario de comunidad sana.***
- 2. Aportar conocimientos para mejorar la accesibilidad y fortalecimiento del sistema local de salud diagnosticando sobre el potencial de participación de la población de Posadas y su contraparte, la receptividad institucional, para diseñar estrategias de integración en la programación y ejecución de políticas sanitarias.***

Cumplidos estos objetivos; se concluye con una propuesta concreta para implementar un proyecto piloto basado en el diagnóstico y en los principios y normativas vigentes para la salud pública en el país, especialmente a partir de la reforma del sistema nacional de salud establecida en el decreto 1269/92,

que establece por primera vez en la Argentina, en forma clara y explícita, las políticas sustantivas e instrumentales de salud, que plantean como líneas fundamentales el derecho a la salud para la población, con la meta de salud para todos, basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad; el mejoramiento de la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica; el fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la salud bajo criterios de focalización poblacional; y la redefinición y reorientación del

El Proyecto plantea como eje el establecimiento de mecanismos institucionalizados de relación directa con la comunidad servida para definir políticas y llevar adelante acciones en materia de salud pública, en un marco de integración operativa con otras áreas responsables de las políticas sociales del gobierno y organizaciones no gubernamentales y de la comunidad.

La idea de llevar a cabo un Proyecto Piloto como el que aquí se propone, surge del hallazgo de necesidades concretas que se han detectado en diversos barrios de Posadas durante la fase de investigación para este diagnóstico.

Con los vecinos se determinaron diversos problemas vinculados con la atención de la salud que les afectan de manera cotidiana y que fueron profusamente descriptas en el capítulo 3; sobre esta base y las experiencias recogidas es posible procurar la satisfacción de sus demandas y aspiraciones de modo extendido, con sustentación suficiente para ser sostenible en el tiempo.

El Proyecto debe pensarse desde las necesidades de salud de los grupos urbanos menos favorecidos e imponerse como punto de partida la cooperación institucional y la apertura de canales participativos para que la comunidad, reflexione, se exprese y busque soluciones *desde su lugar*. La participación ciudadana creciente en la toma de decisiones para la aplicación de políticas sociales, se ha convertido en parte importante de un cuerpo de derechos humanos y valores sociales universales, formalmente aceptado por la OMS y otras instituciones internacionales y nacionales que asimilaran este propósito:

² Organización Panamericana de la Salud: Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud para Todos en el año 2000 – Perfil de País. Argentina, setiembre de 1999

Los planificadores no podrán ser exitosos si imponen sus esquemas a las comunidades (o países) sin prestar atención a las prácticas, costumbres, reglas, leyes, creencias, valores y las formas de organización de la gente del lugar. Cualquier programa...orientado a cambiar el comportamiento ...exige consideraciones culturales lúcidas y realistas para integrar los intereses políticos y económicos a nivel local, regional, nacional e internacional (....) Los proyectos sociales incluyen grupos de personas muy diversas, y la experiencia muestra que sus probabilidades de éxito crecen cuando promueven y permiten el compromiso activo de los destinatarios, lo cual aumenta la necesidad de comprender a los grupos y actores claves involucrados.³

En el marco de lanzamiento del proyecto, lo siguiente se extiende en el método de identificación de problemas, que es la primera tarea a ejecutarse una vez adoptada la decisión de su implementación. Solo después de su realización y resultados es posible diseñar acabadamente la continuidad de cada uno de los propósitos que se señalan más adelante en la DESCRIPCION DEL PROYECTO.

Este proyecto por ser participativo, requiere "a priori" de un cuidadoso levantamiento de datos sobre las personas y grupos que cohabitan en cada zona, las relaciones existentes entre sí y las normas de conducta que observan. Este aserto se funda en que el proyecto busca satisfacer una demanda que requiere el compromiso de grupos variados para su ejecución. La información socio-cultural es fundamental para determinar los métodos más adecuados que hagan posible la participación de los sujetos beneficiarios por el proyecto (no *objetos*) que debe ser estimulada de forma que sea percibida como una real propuesta e invitación a ser parte de algo que es valioso para ellos.

La primera tarea convocante debe apuntar a construir una representación compartida de la realidad sobre la cual se pretende actuar. Se plantea aquí que la investigación participativa como método de trabajo produce un análisis de situación o diagnóstico

³ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO, documento: Participacion y Ciclo de Proyecto, sección IV, 1998.

comunitario donde los vecinos identifican y discuten problemas relacionados con la salud en su comunidad y cómo esos problemas se interrelacionan para explorar las cadenas de causas (biológicas, físicas, socioculturales, económicas y político / administrativas) y sus posibles soluciones desde una visión reflexiva de sus condiciones de vida, demandas y aspiraciones. El elemento participativo será complementario con la recolección de información estadística y documental preexistente. La concurrencia de fuentes debe abonar el proyecto porque las técnicas de exploración participativa bien conducidas amplían la visión reflexiva y la discusión y son motivadoras de mociones para la acción, abren el camino para pensar en soluciones desde la solidaridad.

Puede surgir así una estrategia de cambio de rumbo en la práctica actual de la atención primaria y de las medidas sanitarias más convencionales que la caracterizan, porque este modo de aproximación a la educación sanitaria, al estar centrada en el que aprende y basada en el descubrimiento, crea condiciones para el compromiso mutuo de movilización innovadora, continua y crítica entre beneficiarios, profesionales de la salud y autoridades. Por este propósito es que se valoriza la selección de profesionales de la salud y otros funcionarios que asuman voluntariamente la incorporación al proyecto.

Las actividades de desarrollo grupal o de grupos de acción comunitaria, combinadas con la educación y comunicación sobre salud pública, pueden proporcionar un poderoso enfoque global para ayudar a moldear respuestas

Descripción del proyecto

Busca mejorar la satisfacción de las necesidades básicas en salud y servicios conexos de los sectores socialmente más vulnerables de la ciudad ampliando el modelo de Atención Primaria de la Salud propulsando el desarrollo de programas de prevención y promoción rescatando el potencial y la capacidad de la participación vecinal para la resolución de problemas locales de salud y ambientales.

Descontando que los programas existentes tienen bien definidos sus objetivos de atención primaria y sus poblaciones (género, edades, condición social, etc) como así también la administración de recursos disponible con este propósito, se aprecia claramente que las prestaciones actuales se caracterizan por el predominio del enfoque médico asistencial con ausencia de los beneficiarios del sistema en las instancias operativas y de diseño de estrategias y programación.

El proyecto enfatiza la necesidad de resolver esta carencia que – como vimos- es advertida y recomendada con insistencia desde las organizaciones internacionales de salud y por entes financieros del mismo nivel, para superar los deprimidos indicadores de eficacia, eficiencia y equidad de la salud pública.

Se jerarquiza el mantenimiento de la salud sobre el tratamiento de la enfermedad; impulsando la prevención, la promoción y la anticipación del bienestar comunitario sin descuidar la curación y rehabilitación.

Objetivos liminares

- ✓ Instituir formas efectivas de participación comunitaria para mejorar la salud pública en la ciudad de Posadas.
- ✓ Ampliar integralmente la percepción médica y comunitaria de la salud para elevar la calidad de vida de la población.
- ✓ En torno a los Centros de Salud instalar espacios de vinculación *horizontales* entre profesionales de la medicina y vecinos para tratar cuestiones de salud pública y de bienestar social y educación concomitantes, enlazando a instituciones gubernamentales, religiosas, políticas, comisiones vecinales, líderes y activistas locales y ONG.
- ✓ Desarrollar las actividades con enfoque familiar, epidemiológico, cultural y democrático, respetando saberes, costumbres, creencias, origen e historia de los pobladores.
- ✓ Promover la acción social constructiva de redes solidarias estimulando la formación de promotores (agentes) de salud, capacitados para colaborar en la vigilancia epidemiológica, detectar y ayudar en casos de alcoholismo, violencia familiar, drogadicción, abandono e indefensión y otras; para traslados en emergencias, colaborar en campañas de saneamiento y alerta epidémica, de educación sanitaria, etc.
- ✓ Desarrollar la historia clínica única de salud y enfermedad.
- ✓ Desde lo asistencial, analizar crítica y operativamente la normatización de los motivos de consulta más frecuentes para base de datos informatizada por áreas que mejore la administración de la cobertura sanitaria de cada una de las áreas.

Comentarios pertinentes

Existe experiencia local y externa (nacional e internacional) sobre la dificultad para mantener en el tiempo estructuras orgánicas participativas estabilizadas en su capacidad de convocatoria; por tanto, este es un punto que habrá de trabajarse desde un principio en el equipo de diseño del proyecto definitivo. Hay diversos modos posibles de resolverlo, pero requiere de estudios previos de situación, en cada una de las áreas donde se aplicará el proyecto. Ej: incorporación de adolescentes y jóvenes, divulgación periódica de alzas en inmunizaciones o bajas de tasas de morbi-mortalidad, de adicciones, mejoramiento del hábitat, agua potable, recreación y deportes, fortalecimiento de iniciativas para el mejoramiento ocupacional, capacitaciones para el trabajo, etc.

Deberá trabajarse internamente con los responsables de programas de salud y ambientales para fijar líneas maestras directrices de selección de las áreas; ej.: jurisdicción, nivel de atención de salud, condiciones del hábitat de influencia, población de referencia, escuelas, organización vecinal/comunitaria, ONG. Es una práctica recomendable involucrar a quienes intervendrán en la fase de ejecución en la planeación y proyección de aquellas actividades que constituirán su trabajo.

Además de las condiciones generales de viabilidad del proyecto deberían establecerse perfiles de aptitud del personal médico y de enfermería para trabajar con esta modalidad. Un procedimiento que no debe descartarse es la de la adscripción voluntaria al proyecto e incentivación de la función (capacitación en servicio, asistencia a cursos de perfeccionamiento, bonificaciones, puntajes, etc.).

Es imprescindible dedicar una particular atención a la producción de informes regulares sobre la marcha del proyecto y fijar claros procedimientos para asegurar que la información necesaria para

producir los informes esté disponible cuando se necesite. Esto requiere un sistema que asegure la recepción regular y oportuna de los informes de los centros de servicio. No es ocioso destacar aquí esta cuestión pues una buena parte de los logros del proyecto reposan en la óptima administración de la información; que se nutre, no solamente con los registros protocolares de los efectores de salud, sino desde las diversas formas de participación vecinal.

Desde su inicio, la adecuada evaluación de resultados e impactos es de la mayor relevancia para el proyecto. El diseño metodológico deberá combinar el uso de los registros administrativos de los servicios de salud con la intervención de los beneficiarios en la recogida de datos relevantes además de de encuestas por muestreo a hogares e individuos.

Tópicos del proyecto

Denominación: Proyecto Piloto de Participación Comunitaria en el sistema de salud de la ciudad de Posadas.

Tipo de Proyecto : Gubernamental

El Proyecto se encuadraría institucionalmente en el marco de la Ley Provincial nº 3637 y decreto 06/2000 que crea el Consejo Multilateral de Políticas Sociales y Desarrollo Interior constituido en el ámbito de la Vicegobernación de la Provincia de Misiones.

Coordinación Central: Consejo Multilateral de Políticas Sociales y Desarrollo Interior - Vicegobernación de la Provincia de Misiones

Dirección : Ministerio de Salud Pública de la Provincia (Atención Primaria de la Salud / PROMIN) y Municipalidad de Posadas (Secretaría de Calidad de Vida)

Intervención multisectorial : Ministerios de Salud Pública, de Bienestar Social, de Educación, de Ecología, Municipalidad de Posadas, Universidad de Misiones, asociaciones vecinales, INTA, Entidad Binacional Yacyretá, Iglesias, O.N.G. , asociaciones profesionales, otros.

Integración equipo del Proyecto : A determinar

Año de iniciación: 2000

Duración: 12 a 24 meses.

Cobertura geográfica: Áreas a determinar en la ciudad de Posadas.

Presupuesto : Asignaciones existentes para programas de APS en MSP y Municipalidad.

Otras Fuentes de Financiamiento : Organismos multilaterales

Gastos específicos que deben ser previstos:

- ✓ Asignaciones para profesionales incorporados al proyecto ajenos a los planteles gubernamentales
- ✓ Asignaciones para pasantías de estudiantes universitarios o de enseñanza superior convocados.
- ✓ Capacitación dirigida a los recursos humanos pertenecientes a los efectores y de los organismos municipales, provinciales y nacionales involucrados en el Programa.
- ✓ Incentivos al personal de SP incorporados al programa
- ✓ Incentivos a miembros de la comunidad que, capacitados, cumplan el rol de Promotores Sanitarios.
- ✓ Desarrollo de estrategias comunicacionales puntualmente dirigidas a la población bajo proyecto.

Equipamiento / insumos / infraestructura: Corresponde a la adecuación de los efectores a los modelos propuestos. Prever centro de procesamiento de datos específico con equipamiento mínimo. (hardware /software) = uno para cada CS bajo programa y uno central área de coordinación (recurso de PROMIN)

Instancias críticas:

- ✓ Coordinación entre Nación, Provincia y Municipio (y entre programas) por problemas políticos y de jurisdicción.
- ✓ Asignación presupuestaria.
- ✓ Selección de áreas (Centros de Salud) y convocatoria interna MSP de médicos y enfermeras (u otros).
- ✓ Primera fase de organización de áreas.
- ✓ Convocatoria y participación comunitaria.
- ✓ Diseño y consolidación del sistema de información.

- ✓ Diseño y ejecución del monitoreo y evaluación permanente.

Condiciones para iniciar el proyecto

Decisión política de implementación como Proyecto Piloto en el marco del decreto 06/2000 que crea el Consejo Multilateral de Políticas Sociales y Desarrollo Interior constituido en el ámbito de la Vicegobernación de la Provincia de Misiones.

PALABRAS CLAVE: Comunidad - Atención Primaria de la Salud - Participación - Solidaridad – Prevención - Programación Local - Educación y comunicación - Capacitación – Incentivos - Coordinación Multisectorial e Interinstitucional. Ambiente. Sistema de información.

ANEXO

Organización Panamericana de la Salud: Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud para Todos en el año 2000 – Perfil de País.

Argentina, setiembre de 1999⁴

(.....) Las políticas de salud, aprobadas por Decreto 1269/1992, plantean como líneas fundamentales: i) el derecho a la salud para la población, con la meta salud para todos basados en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad; ii) el mejoramiento de la accesibilidad, la eficiencia y la calidad de la atención médica; iii) el fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la salud con criterios de focalización poblacional; y, iv) la redefinición y reorientación de los procesos de federalización y descentralización

(.....) Las líneas principales de la RS han sido: (.....) y el inicio de acciones sanitarias sostenidas y concertadas de promoción y protección de la salud, especialmente dirigidas a poblaciones en situaciones potencialmente riesgosas. (.....)

Participación y control social: En el nivel nacional existe el COFESA, integrado por las autoridades sanitarias nacionales y de las distintas jurisdicciones del país. En algunas jurisdicciones existen Consejos Locales (CLS) y Zonales de Salud (CZS). Los primeros tienen un papel decisorio en la definición e implementación de las políticas locales complementarias de las determinadas en los niveles zonales y provincial. Cumplen un rol de órgano político y sus acciones

⁴ Este anexo es un extracto de este exhaustivo documento realizado para este Informe Final.