

---

## políticas sociales

# **G**estión de programas sociales en América Latina. Análisis de casos.

**Vol. II. El Programa Nacional de  
Enfermedades Sexualmente  
Transmisibles (DST) y Síndrome de  
Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)  
de Brasil.**

**Ernesto Cohen  
Rodrigo Martínez  
Jorge Adriano Sotero  
María Alice Tironi Lipparelli**



NACIONES UNIDAS



**División de Desarrollo Social**

**Santiago de Chile, febrero de 2001**

Este documento fue preparado por Ernesto Cohen y Rodrigo Martínez, expertos de la División de Desarrollo Social de la CEPAL, y por Jorge Adriano Sotero y María Alice Tironi Lipparelli, del Programa Nacional DST y SIDA de Brasil. El documento fue elaborado en el marco del Proyecto conjunto CEPAL/GTZ, Gestión de Programas Sociales de América Latina.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

---

Publicación de las Naciones Unidas

LC/L.1470/Add.1-P

ISBN: 92-1-321799-4

Copyright © Naciones Unidas, febrero de 2001. Todos los derechos reservados

N° de venta: S.01.II.G.37

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

---

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

## Índice

---

<b>Resumen</b> .....	5
<b>Introducción</b> .....	7
<b>I. El marco general</b> .....	11
A La situación epidemiológica del SIDA en Brasil .....	11
B. Antecedentes del Programa .....	13
C. Marco institucional y legal .....	15
<b>II. Descripción del Programa</b> .....	17
A Objetivos del Programa .....	17
B Población objetivo .....	18
C Líneas de intervención.....	18
D Actividades y resultados.....	19
E Financiamiento .....	22
<b>III. Características principales del modelo de organización y gestión</b> .....	23
A La estructura organizacional.....	23
B La descentralización .....	26
C Participación y externalización.....	29
D La gestión de procesos.....	30
E Los mecanismos de coordinación.....	37
F La tecnología .....	40
G Recursos humanos y estilo de liderazgo.....	40
H La vinculación con el contexto.....	42
I El modelo de organización y gestión y los tipos ideales .....	44
<b>IV. El Programa desde la perspectiva de la eficiencia y el impacto</b> .....	47
A. Los problemas identificados.....	47
B. Los nodos estratégicos.....	48

C. Los facilitadores.....	54
D. Los senderos estratégicos .....	57
<b>Bibliografía</b> .....	<b>61</b>

## Índice de cuadros

Cuadro 1	Distribución del número de casos de SIDA notificados al Programa Nacional de DST/SIDA de Brasil.....	12
Cuadro 2	Cantidad de casos notificados de SIDA en el Área de Estudio .....	13
Cuadro 3	Estados y municipios integrantes del Proyecto SIDA.....	20
Cuadro 4	Características principales del modelo de organización y gestión del Programa.....	46
Cuadro 5	Principales problemas y propuestas de superación, según el personal técnico y administrativo de la coordinación nacional .....	48
Cuadro 6	Principales problemas y propuestas de superación, según coordinadores estatales y municipales.....	49
Cuadro 7	Localización de los facilitadores.....	56
Cuadro 8	Caracterización de los facilitadores.....	56
Cuadro 9	Síntesis de los senderos estratégicos, nodos que afectan y facilitadores para la viabilidad.....	58

## Índice de diagramas

Diagrama 1	Estructura organizacional del Programa .....	25
Diagrama 2	Principales líneas de intervención.....	33
Diagrama 3	Representación del contexto en el que actúa el Programa.....	45
Diagrama 4	Nodo ubicado en relación con el contexto remoto.....	50
Diagrama 5	Nodo 1 El contexto inmediato.....	50
Diagrama 6	NIP 1 – Insuficiente articulación entre las áreas de trabajo.....	52
Diagrama 7	NIP 4 – Ausencia de un sistema de evaluación de las acciones del Programa Nacional .....	53

---

## Resumen

---

La División de Desarrollo Social de la CEPAL, con la participación de cinco equipos nacionales y el patrocinio de la GTZ realizó una investigación sobre Gestión de Programas Sociales en América Latina, que analizó el Programa de Reconversión Laboral (PARP) de Argentina; el Programa Nacional de Control de DST-SIDA de Brasil; el Programa de Apoyo a la Microempresa de Chile; el Programa de Restaurantes Escolares de Medellín, y el Fondo de Inversión Social de Paraguay. Dicha investigación, realizada entre 1997 y 1998, apunta a determinar las especificaciones que involucra la gestión de los programas y proyectos sociales para optimizar el impacto sobre la población objetivo y la eficiencia de su gestión.

Este documento presenta una síntesis del informe de investigación sobre el Programa Nacional de Enfermedades Sexualmente Transmisibles (DST) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), a través del cual el Ministerio de Salud de Brasil ha instrumentado las acciones de prevención, asistencia y control de estas enfermedades, especialmente de la epidemia del SIDA, junto con Secretarías de Salud de estados y municipios y otros organismos públicos y privados del nivel federal, estatal y municipal.

El período considerado transcurre entre los años 1994 – 1998, en que se ejecutó la primera fase del Programa (Proyecto SIDA I) con financiamiento del Gobierno Federal y del Banco Mundial.



## Introducción

---

Este documento ha sido preparado en el marco del Convenio CEPAL/GTZ para investigar la gestión de programas sociales de América Latina.

El Programa Nacional de Control de DST-SIDA del Ministerio de Salud de Brasil se implementa en el marco del sistema de salud brasileño y tiene como objetivos reducir la incidencia y la transmisión de HIV y DST así como fortalecer instituciones públicas y privadas responsables de su control.

La investigación de este caso coincidió, al igual que en el caso argentino, con la finalización del Proyecto SIDA I, constituyendo una oportunidad para que los eventuales problemas detectados en la gestión, fuesen considerados en el diseño de la segunda etapa de financiamiento del Banco Mundial para el control de las DST y SIDA prevista para el período.

A su vez, el estudio se orientó a valorar algunas medidas que venían siendo adoptadas desde los meses finales de operación del SIDA I, fruto de discusiones e indagaciones previas a la investigación y para las cuales se había utilizado una metodología similar.

La ejecución descentralizada del Programa, a través de las unidades integradas del Sistema Único de Salud (SUS), correspondientes al nivel federal, estatal y municipal, explica el énfasis otorgado por el equipo de investigación a la indagación sobre la pertinencia de la estructura y sus funciones administrativas, en un contexto heterogéneo que involucra distintas regiones del país.

Un elemento al cual se le prestó particular atención fue la distinción que se hizo de aspectos directamente vinculados al modelo de organización y gestión del Programa respecto de otros que responden a características del Sistema Único de Salud, a efectos de contextualizar el análisis de los factores facilitadores y de los nodos estratégicos en el marco más amplio de las políticas públicas de salud.

En esta misma dirección, se consideraron aspectos que diferencian al Programa de Control de SIDA y DST de otros programas tradicionales de salud. Al respecto, se destacan las estrategias de participación de actores organizados de la sociedad civil, con intereses directos en la problemática social abordada, vinculación con otros organismos estatales, incorporación de tecnologías centrales en lo relativo al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y la gestión de los recursos humanos.

Las características de la organización del trabajo en el nivel de la coordinación nacional del Programa y en las distintas unidades estatales y municipales una restricción para la delimitación de los procesos y su descripción, lo que excedía por su complejidad al alcance del estudio. Es por ello que en la investigación se optó por una aproximación a las principales líneas de trabajo y a los procesos transversales, tales como el planeamiento y la programación.

Además de la prioridad otorgada al análisis de dimensiones del modelo de organización y su adecuación a los requerimientos de la gestión, otras adaptaciones de la propuesta metodológica inicial responden a los siguientes aspectos considerados por el equipo de investigación nacional:

- El programa presentaba una estructura deficiente en términos de la sistematización de la información sobre la gestión, lo que implicó una restricción para disponer datos confiables y precisos sobre impacto y costos de las acciones.
- En cuanto al análisis estratégico de los nodos o problemas críticos identificados, se advirtió que varios de los aspectos contemplados habían sido considerados en la elaboración del Proyecto SIDA II, con las respectivas propuestas de superación, e incorporados en los documentos presentados al Banco Mundial en la fase inicial de negociación y diseño. En este marco, se optó por profundizar el análisis en torno de las propuestas relacionadas con las cuestiones problemáticas señaladas.

Para la descripción e identificación de problemas del Programa se analizaron los documentos disponibles en la Coordinación Nacional de DST y SIDA y se realizaron talleres de diagnóstico con actores relevantes. A su vez, los miembros del equipo de investigación tuvieron oportunidad de participar en reuniones de trabajo que tenían por objetivo discutir la reprogramación de las actividades del Programa en los estados y municipios, así como en el nivel federal. El material resultante de estas reuniones fue incorporado al estudio, sirviendo de base para la identificación de los problemas de gestión y las respectivas alternativas de superación.

Por otra parte, se realizó un importante relevamiento de opiniones de los actores involucrados en la gestión, que fueron identificados en los siguientes niveles:

- Estratégico, que define la orientación global del programa y es responsable de las decisiones de alto nivel;
- Táctico, que traduce las estrategias en metas y líneas de trabajo;
- Operacional, que es responsable de las tareas de carácter rutinario en las áreas administrativa y sustantiva de la prestación directa de servicios;
- Beneficiarios, que son los destinatarios finales de los bienes y servicios del Programa.

La recolección de datos se realizó a través de instrumentos cualitativos, que incluyeron entrevistas en profundidad, encuestas estructuradas, grupos focales a las unidades prestadoras de servicios, complementando con observación participante. Las distintas técnicas utilizadas permitieron cubrir una muestra significativa de actores con posición gerencial estratégica (43) e intermedia (44) y de personal técnico y de apoyo (431), correspondientes a los niveles de actuación federal, estatal y municipal del Programa. En cuanto a los usuarios, se administró una encuesta a una muestra de 1 233 personas, con una edad entre los 16 y 45 años de edad y que en gran parte habían recibido atención del Programa durante un lapso de uno a cinco años.

Dada la magnitud y complejidad del Programa Nacional de DST/SIDA, se definió como universo del estudio 8 estados y 7 municipios que, en conjunto, explicaban el 83.4% del total de casos de Sida notificados al Ministerio de Salud hasta febrero de 1998.



## I. El marco general

---

### A. La situación epidemiológica del SIDA en Brasil

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fue identificado por primera vez en Brasil en el año 1982, con el diagnóstico de siete pacientes homo/bisexuales<sup>1</sup>. Si se considera el período de latencia de la infección por el HIV, es posible deducir que la introducción del virus en el país debe haber ocurrido a fines de la década de los setenta.

Se estima que en un primer momento el virus se difundió en las principales áreas metropolitanas del centro y sur del país, lo que continuó con un proceso de diseminación en las diversas regiones del país en la primera mitad de la década del '80. A pesar del registro de casos en todas las unidades federadas, la gran mayoría se concentra en la región sudeste: 72,1% de las notificaciones para el período 1980-1998<sup>2</sup>. Desde el inicio de la epidemia hasta el 28 de febrero de 1998, fueron notificados 128 821 casos a la Coordinación Nacional del Programa de DST y SIDA.

En lo que concierne a la incidencia relativa, también la región sudeste viene presentado las mayores tasas, con un total acumulado de 152,0 casos por 100 000 habitantes, coeficiente muy superior a los observados en la región sur (77,3) y centro-oeste (70,9) y distintos de

---

<sup>1</sup> Otro caso fue reconocido retrospectivamente en el estado de San Pablo como ocurrido en el año 1980, no teniéndose registro alguno de casos correspondientes al año 1981.

<sup>2</sup> Datos preliminares al 28/02/98. *Boletín Epidemiológico SIDA*. M.S. Coordinación Nacional de DST y SIDA. Dic/97-Feb/98.

los verificados en la región nordeste (27,1) y norte (24,7). De los cerca de 5 000 municipios brasileños, 2 509 ya notificaron por lo menos un caso de SIDA hasta febrero de 1998, siendo 825 los municipios con por lo menos 5 casos.

**Cuadro 1**

**DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CASOS DE SIDA NOTIFICADOS AL PROGRAMA NACIONAL DE DST/SIDA – REGIONES DE BRASIL, 1980-1998**

<b>Región</b>	<b>Número de casos</b>	<b>Incidencia (por 100 000 hab.)</b>
Norte	2 100	24.7
Nordeste	10 884	27.1
Centro-Oeste	6 716	70.9
Sudeste	92 847	152.0
Sul	16 274	77.3
<b>Brasil</b>	<b>128 821</b>	<b>92.3</b>

**Fuente:** Boletín Epidemiológico – SIDA – Dic/97-Feb/98 - MS- Coordinación Nacional de DST y SIDA.

Hasta 1995, cerca de 66 000 decesos debidos a SIDA fueron informados al Ministerio de Salud, 15 000 solamente en ese año, pasando esta enfermedad a ser la decimoprimer causa de mortalidad (8ª para los hombres y 20ª para las mujeres). Si se analiza por edad, también en 1995, el SIDA era la segunda causa de muerte para ambos sexos en el grupo etáreo de 20 a 49 años.

La epidemia de infección por el HIV/SIDA en el Brasil ha presentado en los últimos años importantes cambios del perfil epidemiológico y, principalmente, ha revelado patrones distintos en los diversos niveles de agregación geográfica, incluso en una misma macro región.

Estas variaciones se observan en las distintas *categorías de exposición* a la enfermedad, como se indica a continuación:

- *Sexual:* cuando se consideran los componentes de la categoría sexual de exposición, se concluye que, en 1984, gran parte de las notificaciones fueron de homosexuales y bisexuales masculinos (69%). La participación de este componente se ha ido reduciendo progresivamente alcanzando el 44% en 1996.
- *Sanguínea:* la transmisión debida al uso de sangre y/o componentes contaminados viene presentando una importante declinación. En el Brasil, los casos que contrajeron HIV por transfusión sanguínea en 1984 representaron el 27% de los casos de esta categoría y el 3% del total de los diagnosticados en ese año. En 1994, la transfusión sanguínea ya contribuía con menos del 10% de casos correspondientes a la categoría y el 2,8% del total. La alteración de este perfil se debe también a la presencia de un número cada vez mayor de individuos que han adquirido el HIV por medio del uso compartido de jeringas y agujas utilizadas para el consumo de drogas inyectables.
- *Perinatal:* el predominio de la transmisión perinatal se ha modificado en relación con el perfil etáreo. En el período 1984-1987, la transmisión perinatal correspondía a cerca del 25% de los casos pediátricos, mientras que en el año 1994 representaba alrededor del 90% de los casos diagnosticados.
- *Perfil socioeconómico:* las poblaciones tradicionalmente marginadas, y sobre las cuales recaen la gran mayoría de las enfermedades endémicas y las patologías derivadas del hambre y la ausencia de saneamiento, están siendo cada vez más infectadas por el HIV. La tendencia de aumento en el registro de pacientes de menor grado de escolaridad viene manteniéndose a lo largo del período. En 1984, el 65% de los casos eran analfabetos o tenían cursado hasta el primer grado, y apenas el 31% eran de nivel superior o habían cursado hasta el segundo grado.

- *Distribución por edad:* desde el inicio de la epidemia, el grupo etáreo más afectado ha sido el de 20 a 39 años, que en el período de 1980 a 1997 comprende más del 70% de los casos identificados de SIDA y notificados al Ministerio de Salud.
- *Género:* a lo largo del tiempo se verifica que el exceso de casos masculinos se ha venido reduciendo: de una razón de 28:1 en 1985, se reduce a 7:1 en 1988, 4:1 en 1992 y 3:1 a partir de 1994, alcanzado la de 2:1 en 1997/98. Esta alteración se debe a la incorporación cada vez más frecuente de casos de sexo femenino que adquirieron la infección a través del contacto heterosexual y el uso compartido de drogas intravenosas.

Así como hay variaciones en relación con las diferentes categorías de exposición a la epidemia, en las áreas consideradas en el estudio intervienen varios factores (culturales, de ingresos, de escolaridad) que hacen que la incidencia y los patrones de evolución de la epidemia sean distintos.

Los estados y municipios con mayor expresión epidemiológica de SIDA, comprendidos en el presente estudio, son los siguientes:

**Cuadro 2**  
**CANTIDAD DE CASOS NOTIFICADOS DE SIDA EN EL ÁREA DE ESTUDIO**

<b>Estados / municipios</b>	<b>Cantidad de casos notificados</b>
Bahía	2 767
Salvador	1 801
Distrito Federal	1 947
Minas Gerais	8 221
Belo Horizonte	2 776
Pará	954
Belém	719
Pernambuco	2 571
Recife	1 521
Río de Janeiro (E)	18 453
Río de Janeiro (M)	12 172
Río Grande do Sul	7 514
Porto Alegre	4 125
São Paulo (E)	65 044
Campinas	1 824
<b>Brasil</b>	<b>128 821</b>

**Fuente:** Boletín Epidemiológico. SIDA. M.S., Coordinación Nacional de DST y SIDA. Dic/97-Feb/98.

Como puede observarse, los Estados de São Pablo y Río de Janeiro, junto con el Municipio de Río de Janeiro, concentran cerca del 90% de los casos notificados en el país.

## **B. Antecedentes del Programa**

A principios de la década del '80, el SIDA era una enfermedad poco conocida, inclusive por los profesionales de la salud, y vista como una ocurrencia aislada y restringida a segmentos sociales específicos. En consecuencia, el SIDA no era percibido como prioridad de salud pública ni estaba incluido en la agenda gubernamental.

Recién en 1985, el Ministerio de Salud estableció las directrices para el *Programa de Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida* (SIDA), a ser coordinado por la División Nacional de Dermatología Sanitaria (DNDS) de la Secretaría Nacional de Programas Especiales de Salud (SNPES) dependiente de ese Ministerio.

Las justificaciones para la creación del Programa de Control consistían en el aumento significativo de casos de SIDA desde 1982, la alta mortalidad y la escasez de recursos terapéuticos frente a la necesidad de brindar una atención hospitalaria cuidadosa y prolongada.

En líneas generales, el documento de constitución del Programa establecía conceptos básicos sobre el síndrome propiamente dicho, grupos de riesgo<sup>3</sup>, identificación y clasificación de casos. En lo que se refería a las medidas de control y prevención del SIDA, propugnaba la vigilancia epidemiológica, la investigación clínica, la investigación de laboratorio y la educación sanitaria.

El modelo destacaba los siguientes lineamientos de organización y gestión:

- *Coordinación y ejecución* bajo la responsabilidad de DNDS/SNPES, con las siguientes atribuciones:
- Consolidación de mecanismos de obtención, análisis y difusión de las informaciones técnicas, particularmente de las epidemiológicas;
- Fomento al desarrollo de ciencia y tecnología y de recursos humanos para el área;
- Producción de materiales educativos y formativos;
- Apoyo de recursos técnicos, humanos y logísticos al nivel ejecutor;
- Definición, conjuntamente con las Secretarías de Estado de Salud, de las instituciones de salud que darán soporte regional al Programa;
- Definición de las instituciones públicas que actuarán como centros de referencia para el Programa.

El nivel ejecutor sería asumido por las Secretarías de Estado de Salud, a través de una estrategia gradual que contemplase prioritariamente las áreas metropolitanas de las unidades federadas que contaban con casos notificados de la enfermedad.<sup>4</sup>

- *Seguimiento del problema*, teniendo las Secretarías de Estado de Salud que notificar a la coordinación nacional y recomendar el establecimiento de mecanismos en el nivel estatal que fuesen adecuados para la obtención de datos necesarios. Para ello se recomendaba la creación de un órgano coordinador responsable en el ámbito de las Secretarías y la ampliación de las posibilidades de notificación de casos dudosos, confirmados y nuevos.
- *Difusión de información*, que contemple la educación sanitaria, aplicada de modo amplio y permanente a los grupos de riesgo de SIDA y la capacitación técnica continua, destinada a los profesionales que atienden directamente a la población en los diversos niveles de actuación, propugnando la articulación interinstitucional entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación.

En el período comprendido entre 1986 y 1993, el Programa Nacional estuvo ubicado en diversas Secretarías del Ministerio de Salud, hasta que en 1990 la denominada Coordinación General de DST y SIDA es instituida, dependiendo de la Secretaría de Asistencia en Salud<sup>5</sup>.

En los primeros años de ese período hubo una desestructuración del Programa Nacional, cuyas actividades se fueron discontinuando como resultado de la baja prioridad asignada a la cuestión del SIDA por el Ministerio de Salud.

Esta situación se fue revirtiendo a partir de 1993 y definitivamente en 1994, año en que se formula el Proyecto SIDA I, en el marco del Acuerdo de Préstamo 3659/BR celebrado entre el Gobierno de

---

<sup>3</sup> Los considerados en esa época eran: homosexuales y bisexuales masculinos, usuarios de drogas inyectables y hemofílicos o politransfundidos.

<sup>4</sup> Nótese que este Programa surge en un momento en el que la cuestión de la descentralización estaba en discusión por parte de distintos segmentos en el área de salud pública y estaba escasamente presente en la agenda de las instituciones sectoriales. Recién en 1988 la Constitución consagró el principio de descentralización, entre otros, en la configuración del Sistema Único de Salud.

<sup>5</sup> Actualmente la Coordinación Nacional de DST y SIDA y el Programa Nacional de DST y SIDA dependen de la Secretaría de Políticas de Salud, conforme al Decreto N° 2477 del 28 de enero de 1998.

Brasil y el Banco Mundial, lo que posibilitó la consolidación del Programa Nacional de DST y SIDA del Ministerio de Salud.

### C. Marco institucional y legal

El Programa Nacional de DST y SIDA del Ministerio de Salud se implementa en el marco del sistema de salud brasileño, consagrado en la Constitución de 1988, bajo la denominación de Sistema Único de Salud (SUS).

De acuerdo con el marco normativo e institucional, el Programa Nacional de DST y SIDA, a cargo de la Coordinación Nacional dependiente de la Secretaría de Políticas de Salud del Ministerio de Salud, se ejecuta en forma descentralizada en los Estados y Municipios, bajo la responsabilidad de las Secretarías de Salud de las cuales dependen las respectivas coordinaciones técnicas del Programa. Asimismo, el diseño del Programa establece modalidades organizacionales y de gestión que promueven la participación comunitaria y la atención integral de las DST y el SIDA.

La Constitución establece que las acciones y servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerarquizada que constituye un sistema único, organizado de acuerdo con, entre otras, las siguientes directrices: *descentralización*, con dirección única en cada esfera de gobierno; *atención integral*, con prioridad para las actividades preventivas sin perjuicio de los servicios asistenciales; *participación de la comunidad*.

En cuanto al financiamiento de las políticas de salud, la Constitución define que los recursos para financiar la salud, la prevención y la asistencia social deberían componer el Presupuesto de Seguridad Social.<sup>6</sup> No obstante, cuando fuera elaborada la Ley Orgánica de la Salud en 1990, no se definieron criterios de reparto de los recursos entre las políticas que componen la Seguridad Social. De esta forma, cada año el porcentual de recursos destinados a salud es definido por la Ley de presupuesto correspondiente y la LDP.<sup>7</sup> No obstante, en la agenda política para el sector de salud, queda aún por clarificar la forma de participación en el financiamiento por parte de las tres esferas de gobierno.<sup>8</sup>

En el caso del Programa en estudio, las acciones realizadas en los estados y municipios son financiadas con recursos transferidos por el gobierno federal. El financiamiento parcial del Programa por parte del Banco Mundial y el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, en lo relativo a la administración de los recursos asignados a la Coordinación Nacional, incorporan particularidades a la ejecución en cuanto a normas y procedimientos de contratación de servicios, adquisición de bienes e insumos y administración financiero contable, acordados con estos organismos internacionales.

---

<sup>6</sup> Los recursos que componen este presupuesto tienen origen en las siguientes fuentes: contribución de las empresas sobre los salarios pagados, las ventas y las ganancias; contribución de los trabajadores, descontados de sus salarios; y el resultado de la venta de loterías.

<sup>7</sup> En 1991 esos recursos fueron definidos en 30%. En los años 1992/1993 se alteró la composición presupuestaria, incluyéndose la definición de fuentes, y no de porcentajes, sobre el presupuesto de Seguridad Social. En la Ley presupuestaria de 1993 se estipuló que el 15% de los recursos de contribución sobre la nómina de salarios serían destinados al financiamiento de la salud, lo que finalmente no fue cumplido por los compromisos con la prevención social y acarreó la mayor crisis financiera del sector salud de los últimos tiempos.

<sup>8</sup> Del mismo modo, pueden señalarse los siguientes aspectos que están pendientes de definición: el papel de cada esfera de gobierno en el planeamiento y la ejecución de los servicios de salud, los espacios de flexibilidad para la organización y gestión de los servicios por parte de las esferas locales y del gobierno y las prioridades en cuanto a cobertura (universal o selectiva). Al respecto ver MEDICI, André. *A Dinâmica do Setor Saúde no Brasil – Transformações e Tendências nas Décadas de 80 e 90*.



## **II. Descripción del programa**

---

### **A. Objetivos del Programa**

El Programa Nacional de DST y SIDA, según lo establecido en los documentos de formulación del Proyecto SIDA I para el período 1994-1998, tiene los siguientes objetivos generales y específicos:

#### **1. Objetivos generales**

- Reducir la incidencia y la transmisión de HIV y DST
- Fortalecer instituciones públicas y privadas responsables del control de HIV/SIDA

#### **2. Objetivos específicos**

- Reducir la morbi-mortalidad causada por las DST y la infección por el HIV
- Promover la mejoría de calidad de vida de las personas con HIV/SIDA
- Asegurar la calidad del sistema de diagnóstico laboratorial de las DST y de la infección por el HIV.
- Promover la adopción de prácticas seguras relacionadas con la transmisión sexual y parental del HIV
- Ampliar la participación del sector privado en la lucha contra el SIDA

- Fortalecer las organizaciones comunitarias que lidian con las DST y el SIDA en el país

## B. Población objetivo

La evolución de la epidemia y el avance del conocimiento han contribuido a una concepción más amplia del concepto de situación de riesgo, superando el enfoque inicial centrado en grupos definidos con criterios epidemiológicos. En respuesta a ello, el Programa promueve estrategias de abordaje preventivo que combinan acciones destinadas a la población en general y acciones específicas orientadas a algunos segmentos sociales que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad a las DST/SIDA, o a grupos que tienen mayor frecuencia de comportamientos de riesgo.

Por lo tanto, la cobertura del Programa en lo relativo a la prevención abarca a todos aquellos que potencialmente puedan estar en situación de riesgo, colocando el énfasis en los grupos más vulnerables que componen la población objetivo<sup>9</sup>:

- Población rural, compuesta por “garimpeiros” (pequeños mineros, pirquineros), población que vive en “asentamientos” y grupos de bajos ingresos
- Trabajadores de empresas públicas y privadas (lugares de trabajo)
- Camioneros
- Hombres que tienen sexo con hombres (homosexuales, bisexuales, profesionales del sexo)
- Poblaciones confinadas en cárceles
- Poblaciones de mujeres (profesionales del sexo, embarazadas)
- Pueblos indígenas
- Usuarios de drogas inyectables (UDI)
- Niños, adolescentes y adultos jóvenes

En el campo de la asistencia, la focalización ya es más visible, incluyendo a los portadores de HIV, pacientes de SIDA y personas afectadas por DST. Para este segmento de la población objetivo, la asistencia está fuertemente articulada con actividades educativas de prevención, a efectos de asegurar la interrupción de la transmisión del HIV y de las DST y, al mismo tiempo, contribuir al mantenimiento de condiciones normales de vida, particularmente a los pacientes seropositivos.

## C. Líneas de intervención

El Programa Nacional se estructura en cuatro componentes:

- a) *Prevención*, a través de: (i) programas de información, educación y comunicación (IEC); (ii) aumento de la capacidad del equipo para diagnosticar el HIV, el SIDA y las DST; y (iii) mayor capacidad del sector público para realizar asesoramiento, servicio de tests anónimos y de implementación de las intervenciones anticipadas en el sentido de reducir el riesgo de transmisión.

---

<sup>9</sup> Conforme al documento *Principais Ações e Produtos da Coordenação Nacional de DST e SIDA em 1997*. Coordinación Nacional de DST y SIDA, enero de 1998.

- b) *Servicios de asistencia*, que incluyen: (i) el establecimiento de sistemas para identificación y tratamiento de DST; y (ii) integración de la prevención del HIV/SIDA y de los servicios asistenciales, a fin de promover el acceso a servicios alternativos y de bajo costo, que sustituyan a la hospitalización.
- c) *Desarrollo institucional*, con el objetivo de aumentar la capacidad para tratar problemas relacionados al HIV/SIDA, a través de: (i) entrenamiento de trabajadores de salud en prestación de servicios, asesoramiento y tratamiento, vía SUS; (ii) control de calidad de la red de laboratorios; y (iii) asistencia técnica en los distintos componentes del Programa.
- d) *Vigilancia, investigación y evaluación*, a través de (i) vigilancia epidemiológica, (ii) evaluaciones de programas en IEC, (iii) asesoramiento; (iv) testeo y control de calidad de laboratorios y servicios; (v) estudios especiales en epidemiología y proyecciones; (vi) estudios y análisis de eficacia y costos de las intervenciones; y (vii) impacto económico del HIV/SIDA.

## D. Actividades y resultados

### 1. Principales actividades realizadas

En el período de ejecución del Proyecto SIDA I (1994-1998), el Programa Nacional de DST y SIDA desarrolló una gran cantidad y diversidad de acciones correspondientes a las líneas o componentes principales de intervención.

Estas actividades son el fruto de una gestión descentralizada, expresada en el desarrollo de articulaciones intra e intersectoriales con otros organismos o dependencias del Ministerio de Salud, secretarías estatales de salud, prefecturas municipales y otros actores que integran el Sistema Único de Salud, así como de los sectores organizados de la sociedad, tales como ONGs, organizaciones comunitarias, entidades de clase y sindicatos, organizaciones de empresarios, instituciones académicas, y organismos internacionales.

En el cuadro que sigue se indican los estados y municipios- 27 y 43 respectivamente- que han participado en la gestión del Proyecto SIDA I.

La distribución de los recursos por componente en el Proyecto SIDA I ha sido la siguiente: 48% en prevención, 19% en servicios, 30% en desarrollo institucional y 3% en vigilancia epidemiológica.

A continuación, se enuncian las principales acciones realizadas en la gestión de cada componente del Programa<sup>10</sup>:

### 2. Impacto del Programa

El Programa Nacional de DST/SIDA no ha realizado evaluaciones que permitan caracterizar el impacto de su intervención en los distintos grupos sociales que componen su población objetivo.

No obstante, algunos resultados de los estudios disponibles estarían indicando cambios positivos que están relacionados con objetivos específicos del Programa, como se señala a continuación:<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Los resultados aquí presentados fueron obtenidos de informes de las Unidades Técnicas de la Coordinación Nacional de DST y SIDA/SPS/MS.

<sup>11</sup> En rigor no puede afirmarse que los cambios observados sean consecuencia directa o exclusiva del Programa, aunque es posible presumir su incidencia dada la magnitud y alcance de las acciones realizadas.

- a) El Programa se propone *promover la adopción de prácticas seguras relacionadas con la transmisión sexual y parental del HIV.*

**Cuadro 3**  
**ESTADOS Y MUNICIPIOS INTEGRANTES DEL PROYECTO SIDA**

Región	Estados	Municipios
<b>Norte</b>	Acre Amapá Amazonas Pará Rondônia Roraima Tocantins	Macapá Manaus Belém
<b>Nordeste</b>	Alagoas Bahia Ceará Maranhão Paraíba Pernambuco Piauí Rio grande do norte Sergipe	Maceió Salvador Fortaleza São luis João pessoa Recife Natal
<b>Centro oeste</b>	Distrito federal Goiás Mato grosso Mato grosso do sul	Goiania Cuiabá Campo grande
<b>Sudeste</b>	<b>Espírito Santo</b> Minas Gerais  Rio de Janeiro  São Paulo	<b>Vitória</b> Belo Horizonte Juiz de Fora Poços de Caldas Niterói Nova iguaçu Petrópolis Rio de janeiro Baurú Campinas Guarujá Guarulhos Jundiaí Osasco Piracicaba Presidente Prudente Ribeirão Preto Santo André Santos São Bernardo do Campo São José do Rio Preto São José dos Campos São Paulo São Vicente Sorocaba
<b>Sul</b>	Paraná  Rio Grande do Sul Santa Catarina	Curitiba Londrina Porto Alegre Florianópolis

**Fuente:** *Execução Financeira do Projeto 3659/BR de março a abril de 98.* Coordinación Nacional de DST y SIDA, Brasília, abril de 1998

En el documento *SIDA no Brasil: Um esforço conjunto Governo-Sociedade*, se reproducen datos aportados por diferentes estudios, que estarían indicando algunas modificaciones de comportamiento buscadas como resultado de la prevención:

- Un estudio sobre 400 jóvenes, con una media de edad de 13 años, muestra que 74% tenía los conocimientos básicos sobre DST y SIDA que permiten el ejercicio de prácticas seguras (*Aprendendo a Conviver com as DST/SIDA*. UFMG, 1996).

- Otro estudio también muestra altos índices de conocimiento e información por parte de la población investigada (4 893 trabajadores): el 90% de los entrevistados de ambos sexos tenían información correcta y conocimiento sobre los modos de transmisión del SIDA.
- Un trabajo con 627 usuarios de drogas inyectables en el período 1994-1996, indicó que el 53% reportaron la adopción de prácticas más seguras después de conocer las formas de transmisión de HIV (*Proyecto Brasil – 1994-1996*).
- En lo que atañe a poblaciones específicas, el estudio “Prevalencia de Sífilis, Hepatitis y HIV de las Profesionales del Sexo Femenino de Baja Renta de la Región Central del Municipio de São Paulo” (n=73), realizado en 1996 en forma conjunta con el Programa Estatal de DST/SIDA de São Paulo, mostró que el 97.8% reportaron el uso constante de preservativos en sus relaciones sexuales con clientes. Ese dato es, no obstante, relativo cuando se considera el uso de preservativo con sus compañeros fijos: en esa situación el porcentaje de uso cae al 33.7%.
- Respecto del segmento de hombres que tienen sexo con hombres, datos de investigación realizada en Río de Janeiro (Associação Brasileira Interdisciplinar de SIDA –ABIA) sobre el comportamiento sexual y uso de preservativos, entre 1989 y 1995, mostró que:

Hombres que practicaron sexo anal activo en los seis últimos meses: 1989 – 67%, 1993 – 72% y en 1995 – 76%;

Hombres que practicaron sexo anal activo sin preservativo en los últimos 6 meses: 1989 – 54%; 1993 – 25% y 1995 – 22%;

Hombres que practicaron sexo anal activo con preservativo en los últimos 6 meses: 1989 – 34%, 1993 – 64% y 1995 – 69%.

- Sobre preservativos, las observaciones demuestran el crecimiento constante de su producción y venta en los últimos 5 años. En 1992, la venta de preservativos de origen nacional e importado totalizó 2 905 494 y, en 1997, su comercialización fue estimada en 269 225 444.
- b) En cuanto a los objetivos de *promover la mejora de calidad de vida de las personas con HIV/SIDA y asegurar la calidad del sistema de diagnóstico laboratorial de las DST y de la infección por el HIV*, pueden hacerse las siguientes observaciones:

A partir de 1996, el gobierno brasileño consolidó su política de medicamentos para SIDA, la que permitió a los portadores de HIV y enfermos de SIDA el acceso *universal y gratuito* a todos los anti-retrovirus, inclusive los inhibidores de proteasa. Hoy, 58 000 pacientes están recibiendo medicamentos anti-retrovirus, de los cuales el 55% se encuentran en esquema terapéutico con inhibidor de proteasa. La distribución y el control logístico de medicamentos son gestionados con un sistema informatizado y la tarjeta magnética del paciente, y cuentan con 101 centros de distribución en todo el país.

Las personas afectadas por las DST y SIDA cuentan con la posibilidad de una oferta de diagnóstico, asesoramiento y asistencial más amplia, con nuevas alternativas (ambulatoria, domiciliaria, hospital de día), a cargo de equipos técnicos interdisciplinarios capacitados para un enfoque integral y especializado. Este avance, junto con los esfuerzos realizados en torno a la protección de los derechos humanos y contra la discriminación social, incide sin lugar a dudas en una mejor calidad de vida de los portadores de HIV y enfermos de SIDA.

La permanente incorporación de tecnología de última generación, relativa a los exámenes de diagnóstico y a las drogas para el tratamiento de la enfermedad, se dirige a proporcionar a los usuarios las mejores condiciones de atención que el avance científico permite actualmente.

El Sistema de Control de Logística de Medicamentos (SICLOM) y el Sistema de Control de Exámenes de Laboratorio (SISCEL) componen el sistema nacional, posibilitando el catastro de pacientes, control de entrega y existencias de medicamentos, así como el acceso a informaciones de los exámenes de CD4 y Carga Viral.

## **E. Financiamiento**

El monto total de la operación estimado para el Proyecto SIDA I es de US\$ 250 millones, de los cuales US\$ 160 millones son financiados por el Banco Mundial y US\$ 90 millones aportados por el Gobierno de Brasil, según lo establecido en el Acuerdo de Préstamo 3659/BR celebrado en el año 1994.

### **III. Características principales del modelo de organización y gestión**

---

#### **A. La estructura organizacional**

La estructura de la organización presenta tres niveles – federal, estatal y municipal - que se corresponden con la organización político administrativa del país y las directrices del Sistema Único de Salud, según lo contemplado en el marco normativo vigente.

En el nivel federal está localizada la Coordinación Nacional del Programa, dependiente de la Secretaría de Políticas de Salud, órgano de asesoría directa del Ministro de Salud, que tiene como atribución la formulación de políticas, la gestión estratégica y la evaluación de las acciones en el marco del Sistema Único de Salud (SUS).

La Coordinación Nacional es la instancia responsable por la ejecución de la política sectorial en lo relativo a las Enfermedades Sexualmente Transmisibles (DST) y al SIDA. Esa responsabilidad se traduce en las atribuciones típicas de este nivel de actuación del Sistema Único de Salud: seguimiento y evaluación permanente de la situación epidemiológica, proposición de medidas de intervención, apoyo para el nivel de decisión superior y coordinación general de las acciones específicas de control y asistencia, desarrolladas por las demás instancias del Sistema.

En los estados y municipios se ubican las coordinaciones técnicas del Programa que se insertan en las respectivas secretarías de salud. Estos niveles son responsables del cumplimiento de las metas, desarrollo de actividades y de la correcta utilización de los fondos transferidos por el nivel federal a través de convenios ad hoc celebrados con la Coordinación Nacional del Programa.

La prestación de servicios es realizada por dependencias que integran el Sistema Único de Salud, en particular los hospitales y servicios acreditados para la atención de enfermos de DST y SIDA y los centros especializados de laboratorio, entre otros. Fuera de la esfera de gestión estatal o municipal, se prestan también servicios en los hospitales universitarios (vinculados al Ministerio de Educación) y a través de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) contratadas para la ejecución de proyectos aprobados por la Coordinación Nacional.

Las unidades de coordinación estatales y municipales presentan variadas posiciones en las estructuras de las secretarías, dependiendo según los casos de los sectores de vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, programas especiales o del gabinete del secretario, entre otras modalidades. De reducido tamaño en general, se articulan con otras dependencias públicas del sector, que tienen a su cargo parte de las actividades previstas para la ejecución del Programa.

En cambio, la Coordinación Nacional se estructura en unidades diferenciadas por tipo de producto y por función (en el caso de las de apoyo), que permiten el ejercicio de prácticamente la totalidad de las funciones y acciones correspondientes a este nivel. El Coordinador del Programa Nacional, que tiene un sustituto legal, está subordinado al Secretario de Políticas de Salud.

Como puede observarse en el organigrama presentado en la página siguiente<sup>12</sup>, la estructura en el nivel federal presenta una división en unidades que dependen en forma directa del Coordinador, las que se organizan en torno a las líneas de intervención, a modo de gerencias de producto, o por criterios de especialización. Las distintas Unidades están a cargo de gerentes.

En el caso de las Unidades Técnicas responsables de las líneas principales, sus funciones corresponden al desarrollo del conjunto de actividades necesarias para obtener los productos a su cargo (prevención, asistencia, etc.)

La estructura federal no presenta una unidad específica responsable de la coordinación y seguimiento de acciones desarrolladas en los niveles estatal y municipal, funciones que se distribuyen entre las distintas unidades y la propia Coordinación Nacional, lo que genera múltiples canales de coordinación y comunicación entre los niveles del Sistema Único de Salud involucrados en la gestión del Programa.

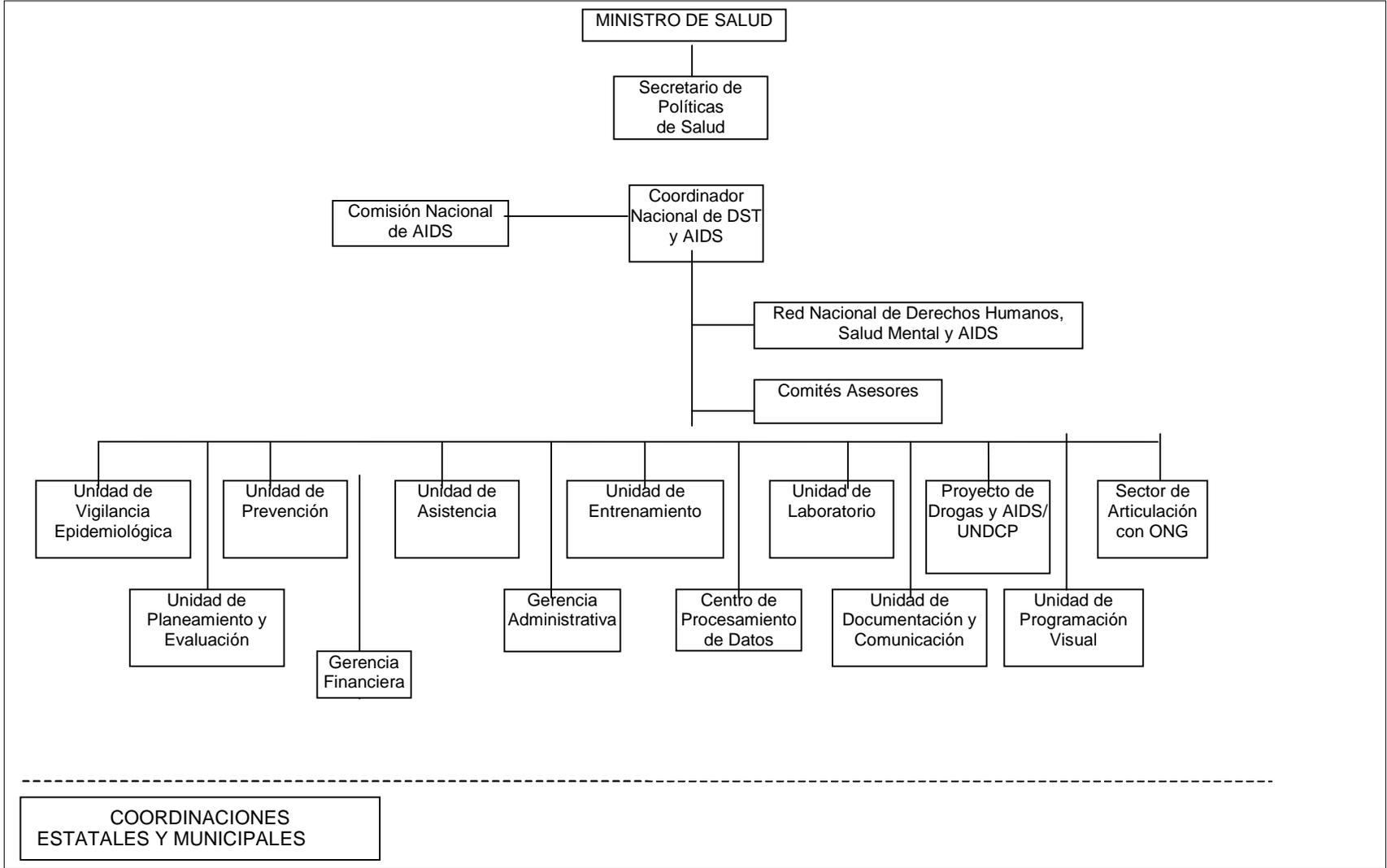
En cambio, se aprecia la existencia de una unidad responsable de la articulación con las ONGs, la que está a cargo del proceso de contratación – convocatoria, evaluación y selección de proyectos – y del seguimiento de la ejecución de los proyectos por parte de estas entidades externas.

Por otra parte, es de destacar la inclusión en el organigrama de otras instancias organizativas vinculadas a la Coordinación Nacional, lo que formaliza la participación de actores representativos de segmentos sociales vinculados con la problemática del SIDA:

---

<sup>12</sup> Corresponde a la estructura vigente para la primera fase del Programa (SIDA I – 1994 a junio de 1998).

**Diagrama 1**  
**ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL PROGRAMA**



- a) *Comisión Nacional de SIDA*: Instancia colegiada de carácter consultivo, cuya composición refleja la representatividad de varios sectores de la sociedad directamente ligados o interesados en la temática SIDA. Además del medio científico y académico, están representados servicios hospitalarios de referencia y ONGs de actuación nacional, reconocidas por su seriedad y competencia técnico operativa. Es presidida por el Coordinador Nacional de DST y SIDA.
- b) *Comités de Asesores*: Son grupos formados a partir de las necesidades de las diversas Unidades Técnicas, compuestos por expertos en temas específicos. Su funcionamiento no es regular y la composición de los mismos varía según las necesidades temáticas en el área de asesoramiento.
- c) *Red Nacional de Derechos Humanos, Salud Mental y SIDA*: Asesora a la Coordinación Nacional para la atención de demandas de ONGs y otros grupos organizados, referentes a acciones y cuestiones relacionadas con los derechos humanos de los portadores de HIV y pacientes de SIDA. Su compromiso es fomentar acciones en torno a la problemática del HIV/SIDA, principalmente, en la mejora de calidad de vida de las personas afectadas por la epidemia.

En cuanto a las coordinaciones estatales y municipales de DST y SIDA, se observa que no poseen la misma complejidad de estructura como la verificada en el nivel federal. En la mayoría de los casos, no existe una estructura ad hoc para las distintas líneas de intervención, lo que incide en una sobrecarga de tareas y funciones a la posición de coordinador estatal o municipal.

Las áreas de actuación del Programa son de responsabilidad de la propia coordinación local, la que debe establecer las instancias de coordinación y articulación con otros sectores de las respectivas secretarías de salud e instancias responsables de la ejecución directa de algunas actividades, particularmente en el campo de la asistencia ambulatoria y hospitalaria (prestación de servicios de salud) en DST y SIDA, además de las acciones de articulación con la Coordinación Nacional.

En la línea de Asistencia, los encargados de los sectores de infectología y/o de DST/SIDA localizados en los servicios hospitalarios o ambulatorios no están subordinados al coordinador del programa de DST/SIDA estatal o municipal, sino que dependen de los sectores responsables de la prestación de servicios de salud en general, dentro de la secretaría del estado o municipio correspondiente.

La ejecución de los recursos presupuestarios y financieros de los convenios firmados entre la Coordinación Nacional y los estados y municipios también ocurre fuera del área de los coordinadores de DST y SIDA de estos niveles. En muchos lugares, los procesos de compras son realizados fuera de las secretarías de salud, generalmente en secretarías de administración del nivel de gobierno correspondiente.

## **B. La descentralización**

Tal como se ha señalado, la implementación del Programa Nacional de DST y SIDA se da en el marco de la vigencia del Sistema Único de Salud. Al respecto, cabe señalar que la descentralización, como directriz más importante en la construcción y funcionamiento del Sistema Único de Salud, requiere aún la discusión y definición sobre el papel de cada instancia de gobierno en la conducción de las acciones y servicios de salud. En efecto, la implementación del SUS en el país es un proceso caracterizado por la convivencia de nuevas formas de gestión, financiamiento y organización de las acciones y servicios de salud con viejas estructuras y prácticas del sistema

anterior. Los tres niveles de gobierno muestran dificultades para definir y operacionalizar sus papeles y responsabilidades.

El financiamiento de los niveles estatal y municipal continúa teniendo como principal fuente a los recursos provenientes del nivel federal, no siendo significativos los cambios generados por los estados y municipios en términos de ampliar la participación de recursos propios para las acciones y servicios de salud.

Las relaciones del Ministerio de Salud con las secretarías de salud estatales y municipales, en torno a cuestiones generales del Sistema de Salud – asistencia médica ambulatoria y hospitalaria–, están reguladas por un instrumento denominado *Norma Operacional Básica* (NOB). En esta norma están pactadas las reglas de orientación para el desarrollo de los sistemas estatales y municipales de salud y los criterios de definición de los valores para los recursos financieros destinados al costeo de las acciones a ser realizadas en el ámbito del SUS.

A pesar del marco de descentralización, el Ministerio de Salud federal persiste en una modalidad de actuación ejecutiva, hecho que genera conflictos entre los tres niveles de actuación, contradice las disposiciones constitucionales y refuerza graves problemas de concepción del Sistema de Salud. La misma situación se da en la relación entre los estados y sus respectivos municipios.

En relación con el Programa, el Ministerio de Salud establece convenios con los estados y municipios para la transferencia de recursos, cuyas cláusulas contemplan desde el monto de los recursos a ser transferidos hasta las metas físicas que deberán ser alcanzadas, configurando las Programaciones Operativas Anuales (POA). En consecuencia, los recursos del Programa son pactados fuera del ámbito de discusión de los recursos globales destinados al SUS.

En este marco, el Programa Nacional presenta dos vías de vinculación con los niveles descentralizados en el ámbito del Sistema Único de Salud: a) con las secretarías estatales y municipales de salud en lo referente a aspectos generales de la política y para el establecimiento de convenios para traspasar los recursos financieros; y b) con las coordinaciones estatales y municipales de DST y SIDA, vinculadas a algún sector de las respectivas secretarías, con las que mantiene relaciones técnicas y políticas para la consecución de los objetivos generales y específicos del Programa.

La modalidad de gestión del Ministerio de Salud, en términos generales, también se presenta en particular para el Programa: se observa la superposición de actividades y funciones, el papel ejecutivo del nivel federal sobrepuesto al comando estatal y/o municipal, imposiciones burocráticas del nivel federal sobre los demás niveles, que no permiten una delimitación clara de las responsabilidades de los distintos actores involucrados en la gestión.

Si bien la ejecución de las acciones directas del Programa se realiza en forma descentralizada, la toma de decisiones relevantes – en términos de planeamiento, programación global y asignación de recursos – presenta fuertes rasgos de centralización, derivados de las atribuciones otorgadas al nivel federal y en congruencia con las normas estipuladas en el Acuerdo de Préstamo celebrado con el Banco Mundial.

La Coordinación Nacional, situada en el nivel federal del Sistema Único de Salud, tiene a su cargo la definición de las directrices generales, los objetivos específicos y las normas a ser adoptadas en el desarrollo del Programa en todo el territorio nacional.

En este nivel se definen los recursos a ser transferidos a los estados y municipios, los que son establecidos según criterios epidemiológicos y la capacidad operativa. Además de las articulaciones establecidas con otras instancias decisoras del Ministerio de Salud, el énfasis mayor está en la relación con el Fondo Nacional de Salud, dado que por su intermedio son instrumentados los

convenios y transferidos los recursos financieros para el desarrollo de los programas estatales y municipales de DST y SIDA.

Paralelamente el nivel federal establece los criterios para elaboración de las Programaciones Operativas Anuales (POA), instrumentos que, además de traducir los objetivos específicos del Programa Nacional en cada estado o municipio, integran los documentos formales que caracterizarán la relación de la Coordinación Nacional con las instancias ejecutoras del SUS, a través de los convenios.

Si bien los coordinadores estatales y municipales tienen poca participación en la definición de los objetivos de impacto y el diseño de las líneas de intervención, tienen en cambio un mayor protagonismo en otros aspectos también fundamentales para la consecución de los objetivos del Programa. Es el caso de la definición de los objetivos específicos de los programas estatales y municipales y de los sectores o áreas de trabajo, así como en el proceso de programación.

En consecuencia, en los niveles estatal y municipal, la ejecución de las POA se encuentra condicionada tanto por las cláusulas convenidas cuanto por los términos generales del Acuerdo de Préstamo celebrado con el Banco Mundial. Como ejemplos se pueden mencionar: el impedimento de esas instancias para subcontratar servicios a terceros para ejecución de actividades programadas, o alterar los ítems de gastos previstos dentro de los límites y las mismas líneas de gastos sin autorización de la Coordinación Nacional del Programa, a través de la Unidad de Planeamiento y Evaluación. La misma restricción se verifica para el caso de contratación de consultores permanentes y compras de equipo, fijando además limitaciones a la contratación de consultorías puntuales.

Por otra parte, algunos procesos de gestión están centralizados en función de su naturaleza, como es el caso del desarrollo institucional y la evaluación, que están a cargo de las unidades técnicas de la Coordinación Nacional.

También recae en el nivel central la responsabilidad de la adquisición de insumos para laboratorios, medicamentos y preservativos, así como la contratación de servicios a entidades externas que actúan en el nivel estatal y municipal. En el primer caso, obedece a razones de eficiencia en tanto que las compras centralizadas permiten una reducción de costos por el importante volumen de los insumos. En el segundo, deriva de las condiciones establecidas para la contratación de los servicios según los procedimientos acordados con la agencia externa de financiamiento.

A diferencia de lo que ocurre en el nivel federal, las coordinaciones estatales y municipales no tienen autonomía para la contratación de servicios a las ONGs ni incumbencias expresas respecto del seguimiento de los proyectos ejecutados por estas entidades en los estados o municipios. No obstante, pueden contemplar en sus respectivas programaciones (POA) el financiamiento de algunas actividades a cargo de ONGs.

A pesar de las limitaciones de la descentralización, la mayoría de los coordinadores estatales y municipales indican que ésta contribuye al cumplimiento de los objetivos de impacto del Programa (75% de las opiniones de ambos grupos). Las razones adecuadas están relacionadas con la mayor proximidad de la gestión a las realidades, favoreciendo la toma de decisiones y la operacionalización de las acciones y actividades, permitiendo un mayor compromiso de las autoridades sanitarias, facilitando negociaciones necesarias y derivadas de las interfases entre varios sectores de las secretarías de salud o con otras áreas de los respectivos gobiernos.

Los coordinadores restantes, indican que la descentralización es apenas parcial, quedando restringida más bien a una desconcentración de acciones.

Al igual que los coordinadores, los técnicos de nivel superior en su gran mayoría, tanto en los estados cuanto en los municipios, entienden que la descentralización alcanzada contribuye al logro de los objetivos del Programa nacional, y de los programas estatales y municipales. El porcentaje de técnicos estatales y municipales que consideraron a los programas no descentralizados fueron el 30.8% y el 16.3%, respectivamente.

Más allá de los alcances efectivos de la descentralización, conviene también advertir sobre restricciones de los estados y municipios que inciden en su capacidad de gestión. Al respecto, los coordinadores de programas han señalado algunos problemas que se refieren a la capacidad instalada o disponible en estos niveles: falta de experiencia de los técnicos en planeamiento y evaluación; inestabilidad de los gerentes (cargos políticos); dificultades en operacionalizar el concepto de descentralización; problemas organizacionales de las secretarías de salud e inadecuación respecto del modelo de gestión propuesto; restricciones de sustentabilidad política y económica de la asociación con las ONGs; carencia de recursos humanos y deficiencias de infraestructura y equipamiento en general.

### **C. Participación y externalización**

La participación de la sociedad en el Sistema Único de Salud, se da por medio de la representación en los Consejos de Salud, en cada nivel de actuación y en el Programa Nacional de DST y SIDA, a través de ONGs y segmentos organizados en la Comisión Nacional de SIDA.

El hecho que el Programa Nacional sea ejecutado en niveles de gestión que poseen procesos de conducción política y administrativa autónomos, incide en que las posibilidades e incluso el alcance de la participación estén condicionadas por el nivel de organización institucional (más o menos permeable a la participación y democratización), y por el grado de movilización y organización de la sociedad, entre otros factores.

En el nivel federal, la participación se da en la Comisión Nacional de SIDA y en foros colegiados como los Grupos/Comités de Consenso y los Comités Asesores, que interactúan con la Coordinación Nacional. No obstante, la incidencia es limitada, dado que esta instancia tiene carácter consultivo, no vinculante a la toma de decisiones.

Las características específicas de la epidemia de SIDA, junto con el proceso de organización de diversos segmentos sociales y la expansión de los conocimientos en la población (incentivos a la consolidación de instancias de control social, mayor posibilidad de participación democrática y la circulación de información por los medios de comunicación), sustentan la decisión del Programa de incorporar en el modelo de gestión a segmentos de la sociedad que tienen intereses específicos en el tema del SIDA.

Así, las ONGs pasaron a tener un importante papel en la realización de las actividades del Programa Nacional, en todos sus niveles. La externalización de servicios a ONGs con intereses vinculados a la problemática social atendida, se constituyó en una vía de participación de organizaciones cercanas a las necesidades de la población objetivo del Programa.

Las ONGs son contratadas por el nivel federal. En general sus proyectos están vinculados a la prevención y al apoyo social a pacientes de SIDA de los grupos más pobres de la población.

Un aspecto distintivo de la externalización es que las ONGs contratadas son, en su mayoría, instituciones sin fines de lucro, compuestas por portadores de HIV/SIDA y/o personas interesadas en realizar trabajos asistenciales, preventivos o vinculados a la defensa de los derechos humanos en grupos de riesgo. En general han surgido a partir de grupos sociales afectados en forma indirecta o

directa por la problemática del SIDA. Se destaca al respecto la existencia de intereses por suplir deficiencias en la prestación de servicios de competencia del Estado.

Existe una tendencia en las ONGs a considerar su vinculación con el Programa Nacional más en función de los recursos financieros que en la identificación y consecución de los objetivos perseguidos. Se presentan como excepciones las ONGs de mayor tamaño y que manifiestan la necesidad de contar con el apoyo financiero del Programa Nacional como fuente adicional al desarrollo de una línea de trabajo propia.

## **D. La gestión de procesos**

En los apartados anteriores, se han descrito algunas características del modelo organizacional del Programa que dan cuenta de la complejidad intrínseca que presenta la articulación de los tres niveles diferenciados de administración.

Estas características ponen en evidencia condiciones estructurales que afectan la definición de procesos integrados de trabajo, en los que participan los tres niveles de gestión pública y los operadores externos contratados, ya sea en lo relativo a la producción y distribución de bienes y servicios correspondientes a las principales líneas de intervención del Programa, como también a otros procesos de apoyo.

La estructuración del nivel central, en unidades que tienen a su cargo la casi totalidad de funciones requeridas para obtener su producto final, así como la diversidad de modalidades y dispositivos organizacionales establecidos en los niveles estatal y municipal, no contribuyen a una definición clara de procesos que integren las distintas acciones y operadores en torno al eje de objetivos-insumos-actividades-productos.

En consecuencia, la concepción de los procesos de organización está más asociada a las funciones de las distintas unidades técnicas del nivel federal. Cada “proceso” corresponde a una línea de intervención – prevención, asistencia, etc. - con escasa referencia a las acciones realizadas en otros niveles de gestión.

### **1. Líneas de intervención**

La información disponible no permite incluir aquí una revisión integral de los procesos de producción y distribución de los bienes y servicios destinados a las poblaciones objetivo. Es por ello que se presentan las líneas de intervención, cuya descripción se realiza a partir de las actividades principales de las unidades responsables de su ejecución en el nivel federal.

- a) *Prevención.* La definición de las directrices y prioridades es responsabilidad de la Coordinación Nacional, a través de la Unidad de Prevención que se articula con las demás unidades del nivel federal y otros sectores del Ministerio de Salud que realizan acciones para los mismos segmentos de la población.

Los servicios de prevención en los estados y municipios son realizados en los Centros de Diagnóstico y Asesoramiento, que llevan a cabo actividades de prevención junto con la comunidad.

Otro aspecto a destacar en el ámbito de la prevención es el “*Disque-SIDA*”, servicio telefónico de acceso gratuito que provee información a la población sobre la infección por el virus HIV y formas de prevención. Su mayor mérito está en colocar a disposición de la comunidad un canal de acceso a información complementario al ofrecido por los servicios de salud tradicionales, con una amplitud de acción tan extensa como la red de comunicación telefónica del país. Su mensaje, refuerza la disposición colectiva para asumir prácticas seguras en cuanto a la prevención y asistencia, a los portadores de DST, HIV y SIDA y, principalmente, a la población en general.

También incluye esta línea a proyectos de prevención dirigidos a la población en general y a grupos específicos con mayor vulnerabilidad a la epidemia de SIDA. En esta vertiente las ONGs y otras organizaciones gubernamentales (universidades y otros sectores de Poder Ejecutivo) desempeñan un papel fundamental, participando en forma directa de las acciones, a partir de contratos o convenios establecidos con la Coordinación Nacional, a través del PNUD.

La prevención y asistencia sobre drogas y SIDA presenta peculiaridades derivadas del hecho de que se implementa a través de un proyecto financiado con recursos del UNDCP, (Programa de las Naciones Unidas para la Lucha contra las Drogas). La Unidad responsable del Proyecto de Prevención y Asistencia sobre Drogas y SIDA, tiene a su cargo la definición de directrices que orientan las acciones en los estados y municipios para el abordaje preventivo del SIDA para usuarios de drogas, asistencia a los portadores de HIV/SIDA y capacitación de recursos humanos.

- b) Asistencia.* El diseño y actualización de esta línea del Programa, se orienta a establecer consensos sobre los avances científicos y tecnológicos para la asistencia y terapéutica del HIV/SIDA y el abordaje de las DST. La articulación con otras áreas del Ministerio de Salud, a nivel federal, contribuye al establecimiento de normas asistenciales para las de DST y SIDA.

En el marco de esta línea de intervención, se realiza la acreditación de Centros de Referencia para DST y para SIDA en el país, que actúan como centros de capacitación de recursos humanos en este campo.

- c) Laboratorio.* El planeamiento del área de laboratorio está fuertemente articulado con el de la asistencia y prevención, en los distintos niveles de actuación del Programa.

El Programa Nacional define las normas y procedimientos generales sobre exámenes de laboratorio para la detección del virus HIV, asistencia al SIDA y a las DST. Se vincula con y organismos internacionales para asegurar la calidad de los procedimientos, incorporando los últimos avances tecnológicos y garantizando la confiabilidad de los resultados de los exámenes.

Los procedimientos para adquisición y distribución de equipamientos e insumos de laboratorio cuya compra es de responsabilidad del nivel federal, están a cargo de la Unidad de Laboratorio, con la intervención de la gerencia administrativa para la gestión de licitaciones.

- d) Vigilancia epidemiológica.* Constituye uno de los pilares de la operacionalización del Programa: las principales decisiones sobre directrices y estrategias de actuación se toman a partir de las informaciones y análisis epidemiológicos de DST y SIDA.

El Programa se articula con los sistemas de información existentes en el Ministerio de Salud y coordina los procesos estatales y municipales de análisis epidemiológico. También realiza estudios específicos sobre la epidemia, directamente o a través de la contratación de universidades u otras instituciones de investigación. Vía la articulación con los programas estatales y municipales de DST y SIDA, realiza el seguimiento de las actividades de vigilancia epidemiológica, promoviendo concomitantemente la capacitación de recursos humanos para actuar en el área.

Un producto importante es la edición de Boletines Epidemiológicos de DST y de SIDA, que además de informaciones relevantes sobre la evolución de los principales indicadores, reúne artículos científicos de interés para los actores de los diferentes niveles del Programa Nacional. El material obtenido proporciona las bases para el análisis epidemiológico y da soporte al proceso decisorio de la Coordinación Nacional, y de los niveles estatales y municipales.

- e) Capacitación y entrenamiento.* La Coordinación Nacional tiene a su cargo la definición de directrices de capacitación para las áreas estratégicas del Programa. La Unidad de

Entrenamiento está articulada con las demás áreas técnicas del Programa para definir las prioridades de capacitación y elaborar materiales instruccionales.

Desarrolla procedimientos para la contratación de estudios, investigaciones y procesos específicos de capacitación a ser realizados por ONGs o instituciones de enseñanza superior públicas o privadas.

## **2. Procesos de planeamiento y evaluación**

La Unidad de Planeamiento y Evaluación (UPE) es la instancia encargada de apoyar a la Coordinación Nacional en el proceso decisorio sobre la distribución de los recursos financieros en los estados y municipios, la definición sobre metodologías y criterios para la programación, seguimiento y evaluación de las acciones y actividades del Programa en los niveles federal, estatal y municipal.

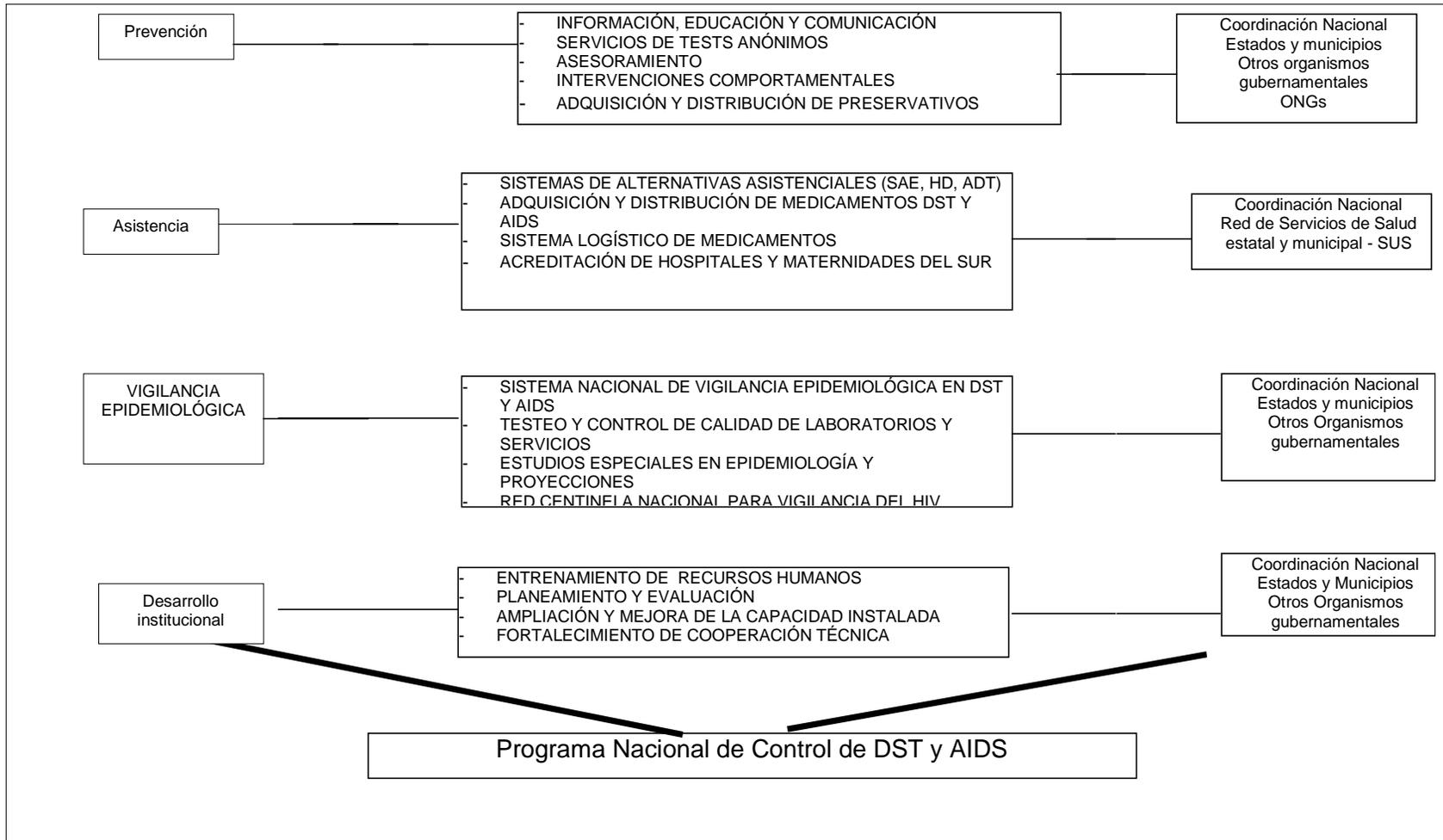
El proceso de trabajo en lo relativo a la *programación* presenta las siguientes características:

- La definición de los montos a ser transferidos a los estados y municipios para la ejecución descentralizada del Programa Nacional se realiza según criterios epidemiológicos y de capacidad de gestión de los estados y municipios participantes;
- En el ámbito interno, se realiza la programación de las unidades técnicas, siendo la UPE responsable de la traducción de las directrices y objetivos específicos en acciones que aseguren la perspectiva estratégica a nivel nacional;
- La Coordinación Nacional elabora su programación, denominada POA federal, para los recursos del Acuerdo de Préstamo con el Banco Mundial, de los recursos de UNDCP para drogas y SIDA y del UNSIDA para proyectos específicos, además de un margen destinado al desarrollo de actividades no previstas (“extra-POA”). Esto se integra al documento de proyecto (PRODOC) que orienta la ejecución del convenio con el PNUD.
- En el ámbito de las relaciones con los estados y municipios, la Coordinación Nacional, a través de la UP, define los criterios y metodología de programación (POA), compatibilizando las propuestas de las diferentes áreas técnicas.
- El proceso de elaboración de la programación estatal y municipal, es coordinado por el nivel federal.

De la consulta realizada a los coordinadores estatales y municipales, se concluye que cerca de la mitad de ellos califican a la programación como “clara” pero de difícil utilización, mientras que para un tercio es poco clara y de difícil aplicación. Con una tendencia similar se distribuyen opiniones de los técnicos. En todas las localidades se verificó la existencia de técnicos.

Las funciones de monitoreo y evaluación son realizadas por la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Coordinación Nacional. Las unidades realizan el seguimiento del desempeño de los estados y municipios en las líneas de intervención – prevención, asistencia, laboratorio, capacitación - y de las entidades externas contratadas (ONGs, universidades).

**Diagrama .2**  
**PRINCIPALES LÍNEAS DE INTERVENCIÓN**



La Unidad de Planeamiento y Evaluación, tiene a su cargo el monitoreo de la ejecución física de la programación anual de los estados y municipios. Realiza el seguimiento de su desempeño financiero y se responsabiliza por la comprobación en las categorías de gastos aprobadas por el Banco Mundial.

También establece las directrices para la evaluación del Programa y realiza análisis puntuales junto con las unidades técnicas de la Coordinación Nacional.

El 77 % de los coordinadores estatales y municipales entrevistados dijeron tener disponibilidad de información para el seguimiento de las acciones de los respectivos programas y fueron unánimes respecto a la inexistencia de un sistema de evaluación de impacto en el Programa. Para 37.1% de los técnicos no existen indicadores de evaluación de ningún tipo en el Programa.

### **3. Procesos de soporte o apoyo**

#### **a) Contratación de servicios**

A partir de la programación de la Coordinación Nacional, se llevan a cabo los procedimientos para la contratación de servicios a terceros.

El proceso de trabajo se inicia con la publicación de un edicto de convocatoria para la presentación de proyectos u ofertas por parte de las entidades externas. Las propuestas son analizadas desde el punto de vista del contenido y su coherencia con las directrices y estrategias definidas por el Programa. Elaborados los informes técnicos, la Gerencia Financiera analiza costos de las ofertas, y en el caso de las ONGs los montos solicitados, realizando los informes correspondientes con las recomendaciones del caso.

Los proyectos con sus respectivos informes técnicos y financieros son remitidos al Comité Directivo Externo de Evaluación y Selección de Proyectos, que es la instancia que determina la aprobación o el rechazo de las solicitudes.

Una vez aprobados los proyectos, son efectuados los contratos a través del PNUD, con los recursos asignados a la Coordinación Nacional.

#### **b) Compras de bienes e insumos**

De la misma forma se realizan los procedimientos de adquisición de insumos, medicamentos y otros ítems previstos en el Acuerdo de Préstamo como responsabilidad del nivel federal del Programa.

Los procedimientos de planeamiento para la adquisición y distribución de medicamentos específicos para los estados y municipios son responsabilidad de la Unidad de Asistencia de la Coordinación Nacional, articulada con la gerencia administrativa, y las coordinaciones estatales y municipales de DST y SIDA.

En los estados y municipios, el sector de compras de la secretaría de salud correspondiente, se encarga, de los procesos de adquisición de equipamientos, materiales e insumos para el Programa.

#### **c) Administración financiera**

En el nivel federal, la administración está a cargo de la Gerencia Financiera de la Coordinación Nacional, cuyos recursos asignados a ese nivel del Programa son ejecutados a través del PNUD.

Una vez transferidos los recursos, la Gerencia Financiera, elabora los dictámenes financieros de las propuestas de contratos junto con el presupuesto de gastos de la Coordinación Nacional, presentando informes periódicos sobre la ejecución financiera.

En los estados y municipios, los recursos provenientes del convenio son transferidos al sector responsable de la ejecución presupuestaria de la secretaría de salud correspondiente.

Los coordinadores y técnicos estatales y municipales consultados mostraron diferencias en cuanto a la disponibilidad de los recursos financieros. Para los estados, 53.6% indicó una disponibilidad parcial, 35.7% satisfactoria y el 10.7% la falta de recursos financieros. Estos guarismos son mejores que los que resultan de los técnicos de nivel superior (42.2% parcial, 35.4% satisfactoria y 22.4% no disponibilidad). En cambio, los coordinadores municipales calificaron en un 75% la disponibilidad como satisfactoria, y el 35% parcial.

Los motivos más frecuentemente señalados son los siguientes: falta de recursos locales complementarios a los del nivel federal, exceso de burocracia y centralización de la ejecución presupuestaria y financiera en los estados y municipios, insuficiencia de los montos disponibles frente a las necesidades existentes de atención especializada y atrasos en la transferencias desde el nivel federal.

#### **d) Servicios generales**

La Gerencia Administrativa coordina el proceso de licitaciones para adquisición de equipos e insumos de responsabilidad del nivel federal. También se responsabiliza por la distribución de los materiales adquiridos con la orientación de las unidades técnicas correspondientes.

### **4. La gestión desde la perspectiva de los operadores estatales y municipales**

Para la mayoría de los coordinadores estatales (92%) y municipales (87.5%), el Programa Nacional de DST y SIDA presenta *prácticas innovadoras* comparado con otros programas locales del Ministerio de Salud.

Dentro de las innovaciones vinculadas con las líneas de intervención fueron destacados los siguientes aspectos:

- Propuesta de servicios específicos en relación con los tradicionalmente ofrecidos: (Hospital de día, SAE, ADT;)
- Relación con las ONGs e incentivo a la participación de los usuarios del Programa;
- Propuesta de la Red de Derechos Humanos;
- Definición clara de recursos financieros;
- Modelo de gestión participativa.

También los técnicos de nivel superior destacan la innovación - 59.9% de los técnicos estatales y 67.0% de los municipales -, indicando los aspectos que siguen:

- Posibilidad de trabajo conjunto con sectores de las Secretarías de Salud y con la sociedad local;
- Inversión en capacitación de recursos humanos y de actuación en equipos multidisciplinares;
- Creación de servicios complementarios a los existentes (Hospital de día, CTA, etc.);
- Garantía de provisión de medicación específica;
- Énfasis en la prevención;
- Existencia de recursos presupuestarios y financieros claramente identificados;

- Informatización;
- Planeamiento participativo y ascendente.

No obstante, la ejecución de las acciones presenta problemas que en general se relacionan con *restricciones de recursos*:

- Falta de recursos humanos en los equipos centrales y servicios frente al aumento de la demanda;
- Insuficiencia (en algunos casos ausencia) de contrapartida de recursos financieros para la adquisición de medicamentos y otros insumos;
- Deficiencias en los insumos para la información (por ejemplo, formularios para el seguimiento epidemiológico del SIDA);
- Atrasos por lentitud en los procesos de adquisición de materiales, insumos y equipamiento;
- Infraestructura física precaria (incluyendo insuficiencia de camas para internación);
- Baja prioridad otorgada a las acciones referentes a DST.

Al personal de apoyo administrativo y técnico se le preguntó sobre los principales problemas enfrentados en la ejecución de las actividades del sector. Se destacó capacitación para el trabajo con informática; problemas de organización de los servicios de salud; infraestructura física precaria; carencia de recursos humanos; falta de equipamientos e insumos básicos y poca integración con otros sectores.

Se consultó a los coordinadores estatales y municipales sobre la disponibilidad de *insumos físicos (infraestructura)* para el desarrollo de las actividades del Programa. Respondieron que ésta era parcial el 53.6% y satisfactoria el 39.3% de los estatales, y en los municipios el 50 % satisfactorio y el 43.7% parcial (6.3% no respondieron). De manera similar, los técnicos de nivel superior en un 47,5% consideraron a la disponibilidad de insumos físicos como parcial, 42.5% como satisfactoria y 10% como inexistente.

En cuanto a los *insumos materiales*, el 57.1% de los coordinadores de los estados consideraron tener una disponibilidad parcial contra 42.9% que la consideraron satisfactoria – respuesta que representó el 68.7% en los representantes de municipios. En el caso de los técnicos consultados, el 50,3% considera una disponibilidad parcial de insumos materiales, el 43.3% satisfactoria y 6.4% que no se dispone de este tipo de insumo.

Los motivos esgrimidos son variados y apuntan a los procesos estatales y municipales de gestión global del sistema de salud y a sus deficiencias intrínsecas. Hubo referencia a las demoras en la transferencia de los recursos financieros como causa de dificultades en el campo de los insumos materiales.

## **5. La visión de los usuarios sobre los servicios**

Dentro de los aspectos positivos señalados por los usuarios, se puede observar que todos tienen una relación directa con el servicio de DST y SIDA, destacándose la atención prestada por el equipo de salud, y el acceso a exámenes especializados y a medicamentos específicos. También fueron mencionados como positivos aspectos que tienen una relación con el sistema de salud como un todo.

En cuanto a la atención en los servicios, el 88.5% de los usuarios dijo que era “fácil”, entendiendo facilidad como ausencia de filas, relativamente “poca burocracia” y accesibilidad física a los servicios.

La opinión de los usuarios sobre la atención recibida es, en general, satisfactoria: 46.6% en cuanto al acceso, 30.9% por la atención del equipo y 11.2% en relación al tiempo de espera. Apenas el 0.6% de los consultados declaró que la atención era inadecuada.

En lo relativo al proceso de gestión del Programa, el 55.3% de los usuarios lo consideró adecuado a las necesidades, el 30.4% adecuado pero necesitando la burocracia y 10.5% adecuada con requerimientos de perfeccionamiento. Apenas el 3.7% calificó a la gestión como inadecuada a sus necesidades.

Los aspectos negativos en los servicios de salud señalados por los usuarios coinciden en muchos aspectos con lo observado por los responsables y técnicos. Se han agrupado en tres grandes áreas:

- *Infraestructura del sistema de salud estatal o municipal:* identificado con los aspectos de espacio físico precario (tamaño y condiciones de uso y mantenimiento), limpieza, insuficiencia de recursos humanos, localización geográfica - centralización de los servicios, poca disponibilidad de camas para internación, falta de recursos materiales diversos, falta de equipamiento de informática, entre otros.
- *Organización de los servicios de salud:* demora para ser atendido, falta de medicamentos básicos, desorganización general del servicio, dificultades en la derivación a otras unidades de salud o especialidades médicas (inclusive urgencia o emergencia), desarticulación entre los diversos programas de salud.
- *Gestión del Programa de DST/SIDA en el ámbito de los servicios de salud,* comprendiendo: demora para recibir exámenes específicos (carga viral, CD4, CD8), mala atención por parte de algunos funcionarios del sector (DST o SIDA), demora en la recepción de medicamentos, ausencia o insuficiencia de tratamiento odontológico, algún grado de desinformación y hasta falta de preparación de algunos funcionarios del sector específico, poco acceso a información sobre innovaciones en el tratamiento, existencias insuficientes de preservativos, falta de apoyo de la coordinación estatal (caso de Pará), poco acceso a información sobre infecciones, precaria atención en el servicio social, poca divulgación de los servicios de DST y SIDA, de recursos financieros, de consejo gestor en la unidad, falta de atención psicológica (como parte del trabajo de equipo), ausencia de terapéuticas alternativas, falta de recursos humanos en el hospital de día, falta de profesionales al servicio.

En cuanto a la participación directa de los usuarios en el planeamiento, programación y evaluación de los servicios, las respuestas obtenidas dan cuenta de que es muy limitada, siendo sólo reconocida por alrededor del 10% de los usuarios consultados.

Casi la totalidad de los consultados – cerca del 90% - afirmó que no había formulado quejas ni sugerencias de cambio al servicio.

## **E. Los mecanismos de coordinación**

El Programa Nacional de Control de DST y SIDA presenta peculiaridades relacionadas con las características de la epidemia que enfrenta y con el ambiente en que las acciones se realizan. La coordinación del proceso de operación del Programa presenta un alto grado de complejidad, derivado de la naturaleza y magnitud del problema abordado y de la heterogeneidad de actores y niveles involucrados en la gestión.

La observación de la organización del Programa Nacional, y la información obtenida en el trabajo de campo, permiten destacar lo siguiente:

- ✓ La Coordinación Nacional ha instituido mecanismos de coordinación a través de foros de discusión gerencial y técnica que constituyen un espacio de participación del cuerpo técnico:
- Foros de discusión entre la Coordinación Nacional y sus unidades técnicas realizados en los momentos de reuniones técnico gerenciales internas;
- Foros de discusión entre la Coordinación Nacional, a través de sus unidades técnicas, y las instancias ejecutoras de las acciones y actividades del Programa en los estados y municipios – reuniones técnicas de revisión, actualización y/o definición de directrices y objetivos generales y específicos, reuniones de evaluación de aspectos puntuales de los procesos en desarrollo, reuniones para el establecimiento de consensos sobre algunas áreas estratégicas del Programa, etc.;
- Foros de discusión promovidos por la Coordinación Nacional que permitan la ampliación de la participación de los sectores sociales involucrados con la temática DST y SIDA.
  - ✓ En el nivel federal, la organización se caracteriza por la dificultad de comunicación entre sus diversas áreas de forma sistemática, conformando áreas de trabajo prácticamente independientes, que convergen en el centro de decisiones.

La articulación entre las áreas estaría ocurriendo en tres momentos: 1) elaboración y adopción de las macro decisiones con el Coordinador Nacional; 2) consolidación de las programaciones anuales de los estados y municipios a cargo de la Unidad de Planeamiento y Evaluación; y 3) prestación de los servicios en los niveles descentralizados de actuación del Programa (estados y municipios).
  - ✓ La falta de canales para la coordinación y comunicación entre las unidades del nivel federal se refuerza ante la división del trabajo por “partes” del Programa – ya sea de las líneas sustantivas o de actividades de soporte para la gestión – lo que conduce a una escasa percepción del conjunto y de las relaciones insumo-actividad-producto que subyacen a la vinculación entre las distintas unidades.
  - ✓ En los niveles estatal y municipal existen problemas de articulación entre las áreas que componen la estructura de las secretarías de salud. En los casos analizados, se verifica que la posición ocupada por los programas estatales y municipales en los respectivos organigramas, están muy distantes de los niveles decisorios máximos de las secretarías de salud.
  - ✓ En la mayoría de los estados y municipios, la prestación de los servicios médico asistenciales así como la ejecución de los recursos financieros del Programa, son responsabilidad de otros sectores que no dependen de las Coordinaciones locales, con los que éstas deben articular sus acciones.

Las relaciones y comunicaciones entre los sectores que ejecutan los recursos financieros y/o los procesos de compras para el Programa localmente, se dan en el momento del establecimiento de prioridades y especificaciones, y posteriormente en el momento de la presentación de cuentas para la comprobación de los gastos. En las entrevistas realizadas fue posible detectar que los coordinadores estatales y municipales muchas veces establecen relaciones informales y dependen en gran medida de la sensibilidad de los responsables de las tareas de ejecución para asegurar mayor agilidad en los procedimientos de gastos.

- ✓ Se verifica una doble forma de vinculación con el Programa Nacional: directamente desde el punto de vista de las directrices técnicas, establecimiento de las programaciones

y la asesoría técnica e, indirectamente en la transferencia de los recursos financieros para el desarrollo de las acciones.

- ✓ El nivel federal del Programa tiene múltiples entradas de actuación en los estados y municipios, a través de la Coordinación o de las distintas unidades:
- Celebración de los convenios para el traspaso de recursos financieros, para lo cual la Comisión Nacional se relaciona con los estados y municipios por medio de las instancias del Ministerio de Salud – Fondo Nacional de Salud – y directamente con los secretarios de salud, autoridades responsables de la firma. En este caso, los coordinadores estatales y municipales tienen un papel secundario, proveyendo contenido técnico a la formalización de los convenios.
- Contratación de servicios en los estados y municipios convenidos con el Programa (estudios, investigaciones, prestación de algunos tipos de asistencia social o de apoyo a portadores de HIV/SIDA por parte de ONGs, etc.).
- Transferencia de equipamientos e insumos de laboratorio, medicamentos y otros insumos para los estados y municipios, adquiridos como parte de la competencia federal en el marco del Programa.
- Contratos directos para el financiamiento de diversos proyectos de ONGs en los estados y municipios.
- Solicitudes y entrega de información entre los distintos niveles.
- ✓ Los coordinadores estatales y municipales son los interlocutores privilegiados de la Coordinación Nacional, centrada básicamente en cuestiones generales de política y estrategia del Programa – con el Coordinador Nacional – y en aspectos específicos de las áreas de trabajo, con los responsables de las áreas o unidades correspondientes.
- ✓ El diseño organizacional no prevé una instancia articuladora de las comunicaciones entre niveles, lo que resiente la eficiencia de la coordinación. Los coordinadores estatales y municipales tienen que recorrer cada una de las unidades técnicas para resolver sus problemas o completar sus actividades, no existiendo referentes únicos que puedan articular la vinculación de los niveles descentralizados con la estructura federal.
- ✓ Las coordinaciones de DST y SIDA tienen una frágil articulación con las ONGs actuantes en los estados y municipios, en general contratadas por el nivel federal.

Cabe consignar que, al igual que la contratación de estas entidades, el seguimiento de la ejecución de los proyectos está a cargo de la Coordinación Nacional, a través de la Unidad de Articulación con ONGs.

En el contexto del trabajo de campo, se procuró obtener la opinión de los actores sobre la estructura de comunicación existente en el Programa en todos sus niveles de actuación:

- ✓ Los coordinadores estatales consideraron la estructura comunicacional, en la mayoría de los casos, como *precaria* o *mal estructurada*. Para los coordinadores municipales la comunicación fue más positiva, aunque indicaron su poca sistematización. Los técnicos de nivel superior manifestaron las siguientes opiniones sobre la estructura de comunicación del sector/área de trabajo con otros sectores/áreas de trabajo y con la Coordinación del Programa: permanente y ágil (37.2%), formal (36.8%), precaria (21.3%) y comunicación no existente (4.7%).

A su vez, el personal de apoyo administrativo y técnico consideró a la estructura de la comunicación de la siguiente forma: permanente y ágil (37.9%), formal (42.2%), precaria (12.9%) y comunicación inexistente ( 7%).

- Para los técnicos de nivel superior, el acceso es percibido por el 55.5% como fácil y directo a las informaciones necesarias para el desarrollo de las actividades de los sectores o áreas de trabajo. El 41.8% considera que este acceso es limitado y el 2.7% que el acceso es inexistente. El personal de apoyo administrativo y técnico tiene una visión un poco más favorable: 69.3% respondió que el acceso era fácil y directo, 29.0% acceso limitado y apenas 1.6% inexistente.

## **F. La tecnología**

Una de las fortalezas del Programa Nacional, es la incorporación y su actualización permanente de tecnología para la consecución de sus objetivos propuestos y la oferta de una atención de mejor calidad a los usuarios.

Existen preocupaciones orientadas a la interacción permanente con los Centros de Investigación y Desarrollo Científico y Tecnológico internacionales, así como la intención de obtener los últimos avances alcanzados en el abordaje de la epidemia de SIDA para ponerlos en práctica.

Las innovaciones tecnológicas, son el resultado de un proceso de discusión entre la Coordinación Nacional y expertos de las áreas, que se realiza antes de decidir su adopción para el Programa. En los grupos denominados de “consenso”, se recogen diferentes opiniones y se observan los aspectos relacionados con la especificidad de la epidemia en el caso brasileño, para respaldar la decisión sobre la incorporación de nuevos procedimientos y técnicas.

Otro factor importante, derivado de una decisión política para el Programa y asumido como política de gobierno, se sitúa en el campo de la asistencia. La estrategia de provisión de medicamentos específicos para SIDA y de acceso a exámenes especializados - detección de carga viral, entre otros - en toda la red de servicios públicos de salud, garantiza a la población objetivo una atención de calidad con la utilización de la tecnología más actualizada para la asistencia a los portadores de HIV/SIDA.

## **G. Recursos humanos y estilo de liderazgo**

En el nivel federal del Programa Nacional, los responsables de las áreas técnicas (correspondientes a las cuatro líneas de intervención ya mencionadas) son, en general, asesores contratados por el PNUD, que ejecutan los recursos financieros provenientes del Banco Mundial.

La mayoría de los técnicos de los diversos sectores en que se subdividen las cuatro líneas de actuación, son también contratados vía el PNUD. En algunos casos, el personal depende del sector público (en los niveles estatal y municipal), de universidades y, en menor medida, del propio Ministerio de Salud. La misma situación se verifica en áreas de apoyo administrativo y de servicios generales correspondientes a la Coordinación Nacional.

Los mecanismos existentes para la contratación de recursos humanos en el nivel federal constituyen un factor facilitador para la atracción de técnicos y profesionales mejor capacitados y con mayor experiencia, permitiendo un nivel de remuneración que condice con la capacidad de los profesionales y más elevado que la media salarial correspondiente al servicio público federal.

Por otro lado, esto genera conflictos institucionales, creando una diferenciación de la Coordinación Nacional en relación con otras áreas del Ministerio.

En los estados y municipios, la situación es opuesta. La totalidad de las posiciones, desde la coordinación hasta las de apoyo más simples, son ocupadas por servidores públicos de la administración estatal o municipal, sujetos a una política de recursos humanos carente y con salarios, en general inferiores, a los del sector privado<sup>13</sup>.

Según lo establecido en los convenios, los recursos transferidos por el Programa Nacional no pueden ser utilizados para la complementación salarial de los técnicos y profesionales locales, lo que genera una diferenciación entre los niveles de actuación del mismo Programa.

Un aspecto destacable de la estrategia del Programa, reside en el énfasis en la capacitación de los recursos humanos, en una perspectiva de trabajo multidisciplinaria. Los contenidos de la capacitación incorporan como elemento importante, además de los aspectos técnicos inherentes a las líneas de actuación, cuestiones tales, como el intento de disminuir el prejuicio o estigma creado en torno de las DST y, principalmente, del SIDA.

Las coordinaciones estatales y municipales de DST y SIDA siguen la misma estrategia adoptada por la Coordinación Nacional, siendo la capacitación de los recursos un pilar fundamental para el desarrollo de las acciones en las diversas líneas y servicios prestados a la población beneficiaria.

Cuando se realizó el trabajo de campo, se hicieron preguntas a los diversos actores con el objetivo de identificar aspectos diferentes del diseño y de la gestión del Programa. Fue posible verificar que hay unanimidad en los actores (coordinadores, técnicos de nivel superior y personal de apoyo administrativo y técnico) en que la capacitación de recursos humanos es una novedad introducida por el Programa Nacional de DST y SIDA, en relación a los programas tradicionalmente realizados por el Ministerio de Salud en los estados y municipios.

La diferencia o novedad no está en la capacitación en sí, sino en su perspectiva estratégica, en la concepción de trabajo multidisciplinario y carácter permanente y continuo, en la extensión de los contenidos que contemplan aspectos técnicos, sociales, psicológicos y éticos, y en la coherencia del abordaje propuesto.

De la misma forma, los usuarios identifican, la capacitación de recursos humanos como un factor positivo del servicio recibido. Al requerirse la mención a tres aspectos positivos en el servicio específico de DST y SIDA, la casi totalidad de los usuarios indicó la "atención del equipo" y la "competencia de los profesionales".

Las opiniones vertidas permiten advertir que la perspectiva de actuación multidisciplinaria está funcionando en la práctica. Al mismo tiempo, esto da cuenta de que el proceso de capacitación está dando resultados en la línea de atención directa a los usuarios.

Las formas de reclutamiento del personal, y la importancia asignada a la capacitación en todos los niveles son congruentes con un estilo de liderazgo dirigido a los resultados, manteniendo una evidente preocupación por la mejora del desempeño.

Ello también se manifiesta en la búsqueda de creación y mantenimiento de canales de participación que involucren a los diferentes actores participantes en el proceso de ejecución del Programa Nacional, incluyendo de forma explícita a los usuarios.

---

<sup>13</sup> Los servicios específicos de SIDA, localizados en estados y/o municipios, a cargo de universidades federales obedecen a reglas de administración pública federal. Sus profesionales, a pesar de tener una remuneración diferente de los profesionales estatales o municipales, no pueden recibir complementación salarial a través del Programa.

Lo que puede caracterizar al Programa Nacional en cuanto al estilo de liderazgo es que oscila entre formas aún autoritarias y estilos democráticos, inscritas en un proceso de cambio que se dirige a una participación más activa de los actores involucrados en los distintos niveles de actuación.

## H. La vinculación con el contexto

El contexto en que opera el Programa Nacional de DST y SIDA, está caracterizado por múltiples actores que actúan en distintos niveles del propio Sistema de Salud, organismos o dependencias del poder ejecutivo relacionados con el desarrollo del Programa, organismos internacionales de financiamiento y/o de cooperación técnica, organizaciones y entidades que potencialmente pueden proveer servicios necesarios para la ejecución y con la sociedad civil en lo que refiere a la captación de demandas y/o expectativas relacionadas con el DST/SIDA.

La complejidad de las enfermedades de transmisión sexual trasciende el ámbito de discusión y de intervención directa de las instituciones de salud. El surgimiento de la epidemia de SIDA constituye un fenómeno que ha puesto en evidencia patrones de comportamiento sexual de la sociedad, además de la vulnerabilidad de las personas frente a procedimientos adoptados en la asistencia a la salud (transfusión sanguínea y calidad de insumos utilizados). A ello se agrega la creciente utilización de drogas, particularmente las inyectables, por parte de diversos segmentos sociales.

Estas consideraciones son importantes para comprender la situación y la capacidad de incidencia de los distintos actores sobre la gestión y operación del Programa.

Si se distingue entre contexto “inmediato” y contexto “remoto”, se ubica en este último a la sociedad en general, con sus valores culturales y morales, así como su capacidad de reacción ante los temas que el HIV/SIDA suscita como problema de salud pública.

En el mismo plano, puede incluirse a los grupos de intereses económicos que si merecen destacarse en tanto comprenden a sectores importantes de la producción nacional e internacional, en el campo de la investigación, desarrollo y producción de medicamentos, producción y provisión de equipamientos e insumos de laboratorio, producción y comercialización de preservativos, para mencionar algunos ejemplos.

El contexto inmediato del Programa presenta algunas peculiaridades, en la relación existente con la sociedad civil. La participación de las ONGs que actúan en torno al tema HIV/SIDA, incrementa la presencia de la sociedad organizada en torno a intereses específicos en el escenario operacional del Programa.

También en el contexto inmediato se ubican grupos de riesgo o segmentos sociales organizados en defensa de sus intereses, que reivindican sus derechos e influyen en la gestión del Programa.

Las agencias internacionales de financiamiento y de apoyo a procesos de desarrollo son elementos significativos en el contexto inmediato:

- *Banco Mundial*: el equipo de asesoría y supervisión del Programa Nacional mantiene contacto directo con la Coordinación Nacional. Condiciona, por medio de las normas y procedimientos, algunos aspectos importantes de la concepción y operacionalización del Programa.

- *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)*: en virtud del convenio celebrado con las autoridades nacionales, ejecuta los recursos del Programa Nacional asignados al nivel federal.
- *UNDCP*: financia en el marco del Programa Nacional las acciones del Proyecto Drogas y SIDA.
- *UNSIDA*: que actúa mundialmente en el campo del control del SIDA y que mantiene vinculación con el Programa, mediante el financiamiento de proyectos específicos de asesoría y cooperación técnica.

Las instituciones del Poder Ejecutivo Nacional que se sitúan en el contexto inmediato son las que tienen relación directa con el Programa vía la articulación de acciones estratégicas, financiamiento del Programa Nacional (Ministerio de Hacienda), o vinculación con organismos internacionales (Ministerio de Relaciones Exteriores).

Se aprecian algunas dificultades de vinculación y compatibilización de intereses y de formas de conducción de la gestión, en las relaciones del Programa Nacional con las agencias de financiamiento internacionales. Las normas de estos organismos son consideradas rígidas por los actores que ejecutan el Programa, constituyendo obstáculos para la eficiencia de las acciones y actividades emprendidas.

Las instancias ejecutivas descentralizadas – estados y municipios – en cierto modo reproducen las relaciones con el contexto verificadas en el nivel federal. La gestión del contexto institucional presenta como problema relevante el que las dependencias de salud presentan una estructura organizacional que tiene dificultades relacionadas con las insuficiencias del SUS (mantenimiento de antiguas formas de organización administrativa y gerencial).

En el marco de las relaciones entre la política social y económica nacional, deben ser destacadas algunas decisiones que contribuyen a la consecución de los objetivos del Programa Nacional.

La primera es la decisión de proveer los medicamentos fundamentales para el tratamiento del SIDA y de las DST en la red pública de los servicios de salud.

Por otro lado, la estrategia adoptada requiere la permanente interacción con los programas de SIDA de otros países, para profundizar la cuestión de los costos de medicamentos y aumentar la capacidad de negociación con los productores internacionales.

Lo mismo ocurre con los insumos tecnológicos (equipamientos, insumos de laboratorio, etc.) cuya actualización permanente, requiere constante negociación con proveedores y centros internacionales de investigación y producción.

Todo ello influye en la vinculación con el contexto en que opera el Programa, trascendiendo los límites sectoriales y exigiendo ejecutividad y alto nivel de información por parte de los conductores del proceso.

## I. El modelo de organización y gestión y los tipos ideales

Las dimensiones de organización y gestión consideradas para el Programa, permiten contrastarlas con las características de los modelos, definidos según el grado de estandarización de los procesos y productos y la homogeneidad o heterogeneidad de su población objetivo.

En el cuadro siguiente se presenta una síntesis de las formas que asumen las dimensiones analizadas. Como podrá advertirse, el Programa Nacional de DST y SIDA presenta características de los distintos “tipos ideales” definidos en el marco conceptual, (particularmente del burocrático y del adhocrático).

Respecto a las características del modelo, pueden realizarse las siguientes observaciones:

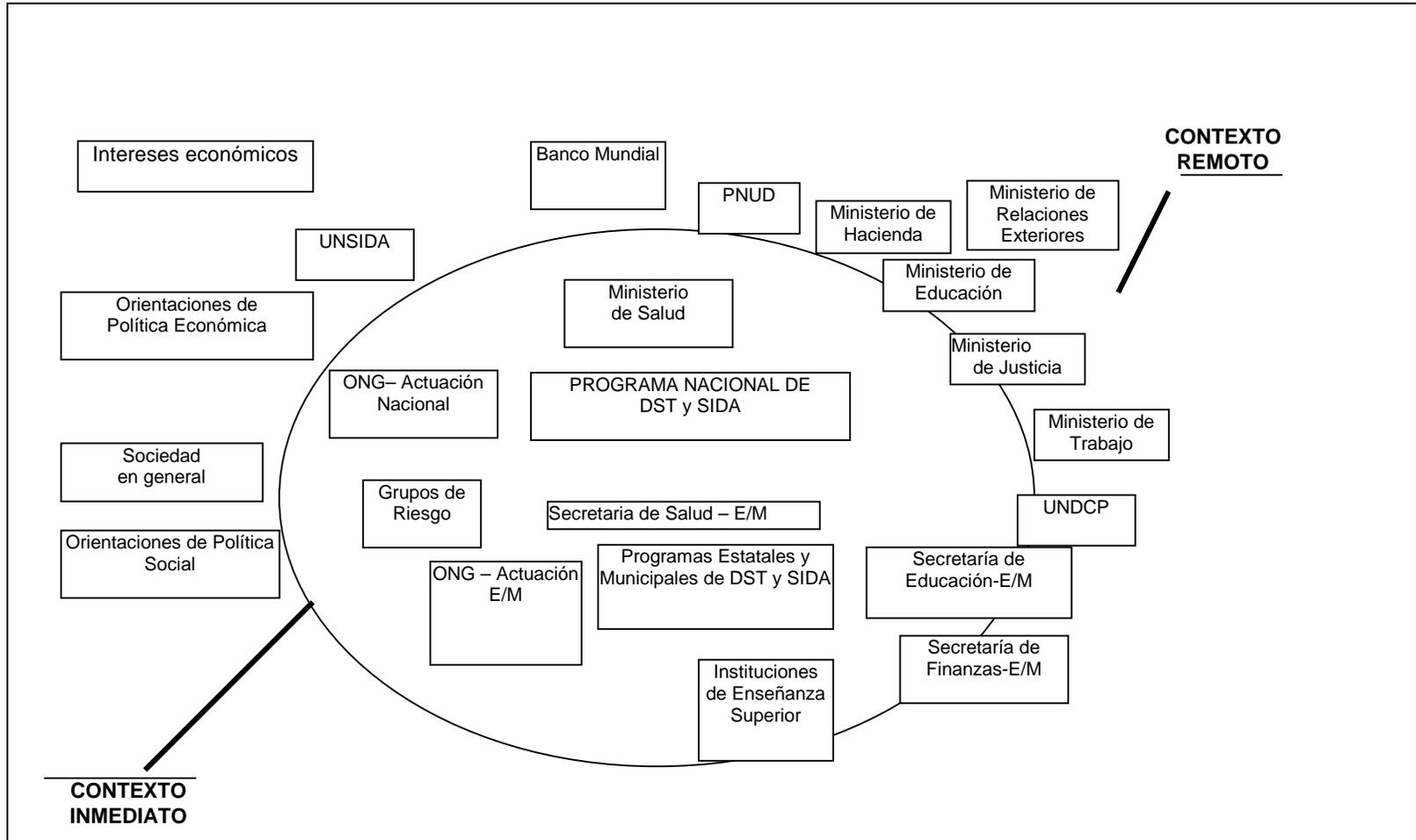
a) Predominan las características de las variables típicas del modelo adhocrático:

- El trabajo en equipos multidisciplinarios constituye un proceso que requiere información y colaboración continua entre los miembros de la organización.
- Se verifica un alto grado de interacción entre el Programa y los usuarios, haciendo que la adaptación al contexto sea acompañada de un aprendizaje y ajustes constantes, en función de la incorporación de nuevas actividades en respuesta a las demandas externas.
- El planeamiento estratégico para asegurar la satisfacción de los usuarios y la gestión participativa como instrumento de desarrollo organizacional también están presentes en el Programa Nacional.

b) La presencia de características de otros modelos, encuentra sentido si se consideran las específicas del Programa Nacional y del propio contexto en que opera:

- El componente clave se encuentra en el campo operacional y en el estratégico. Esto hace que aparezcan características del modelo burocrático y del adhocrático. El predominio de la cuestión operacional se justifica por la ejecución descentralizada de las actividades del Programa y la necesidad de coordinar todos los segmentos que participan en su operación. Al mismo tiempo la cuestión estratégica es importante ante la magnitud y complejidad de la epidemia de SIDA y DST, definiendo una modalidad propia del adhocrático.
- La variable programación del trabajo en el Programa Nacional, corresponde al modelo burocrático, en parte por la necesidad de coordinación de las actividades ejecutadas por el nivel federal y los estados y municipios y, por otro lado, en función de los requisitos específicos derivados del Acuerdo de Préstamo con el Banco Mundial.
- Los mecanismos de coordinación también representan una coexistencia de características de los modelos burocrático y adhocrático, por los mismos motivos apuntados en el ítem anterior.
- En cuanto a los mecanismos de control, sus características predominantes se aproximan al modelo burocrático, ya que los instrumentos de seguimiento físico y, financiero de las instancias ejecutoras descentralizadas son semejantes a los de supervisión (en el sentido más tradicional del término).

Diagrama 3  
 REPRESENTACIÓN DEL CONTEXTO EN EL QUE ACTÚA EL PROGRAMA



**CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL MODELO DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA**

<b>Variabes</b>	<b>Características del Programa</b>
Criterio básico de desempeño	Eficiencia y aprendizaje
Forma de estructura	Descentralizada a nivel operativo y altamente centralizada en su nivel estratégico y táctico
Componente clave (estructural)	Equipos de trabajo Operacional Estratégico
Criterio de departamentalización	Por producto (áreas técnicas responsables de líneas de intervención) y por función (áreas de apoyo y responsables de procesos transversales)
Programación del trabajo	Alta programación
Conocimiento requerido	Holístico (integración de especialidades)
Mecanismos de coordinación	Estandarización de reglas, políticas y normas Ajuste mutuo entre equipos de trabajo
Mecanismos de control	Supervisión directa
Características del contexto (remoto e inmediato)	Turbulento e imprevisible
Interacción/Permeabilidad del sistema	Alta a nivel operativo y media en los niveles superiores
Reacción a las demandas del contexto	Alta adaptación en el nivel operativo y táctico
Propensión al cambio	Alta (especialmente respecto de tecnologías centrales)
Orientación de la gestión	Por la demanda
Estilo de dirección	Participativo en los niveles operativos mientras en los niveles superiores es jerárquica y fuertemente departamentalizada
Cultura (organizacional)	De poder (planeamiento, control, estructura) Satisfacción del usuario
Comunicación	Tendencia a reproducir relación jerárquica en la comunicación con los niveles operativos, particularmente en relación a la toma de decisiones
Proceso de toma de decisiones	Concentrado en el nivel federal (insuficiente descentralización)
Evaluación de desempeño	Por resultados de ejecución presupuestaria y cumplimiento de actividades
Compromiso del personal con los objetivos institucionales	Alto
Estímulo al trabajo en equipo	Alto
Mecanismos de solución de conflictos	Consenso
Valores	Aprendizaje continuo, innovación Satisfacción del usuario

- El modelo clientelar aparece en las relaciones con las demandas del contexto, donde el Programa Nacional presenta una alta capacidad de adaptación en los niveles operativo y táctico.
- El mismo modelo clientelar surge asociado a elementos del modelo burocrático cuando se trata de la cultura organizacional. Al lado del énfasis por la calidad y la oportunidad de los servicios a ser ofrecidos a los usuarios (clientelar), coexisten características de poder, representadas por el alto grado de preocupación acerca de la estructura de planeamiento y control (burocrático).
- A su vez, el proceso de toma de decisiones centralizado en el nivel federal representa una característica típica de modelo burocrático.
- Finalmente, los valores institucionales que permean a la operacionalización del Programa, son una mezcla de características del modelo clientelar y adhocrático.

## **IV. El programa desde la perspectiva de la eficiencia y el impacto**

---

### **A. Los problemas identificados**

El análisis de la formulación y gestión del Programa y de las opiniones de los distintos actores involucrados, ha permitido identificar problemas que limitan la eficiencia de la intervención, ya sea porque inciden en un uso no adecuado de los recursos o porque obstaculizan la implementación de mejoras en su utilización.

Uno de los problemas señalados es la inexistencia de evaluación de impacto, lo que afecta no sólo a la capacidad de introducir mejoras sino también al alcance y profundidad del diagnóstico sobre las restricciones presentadas. La insuficiencia de información integrada respecto de insumos, actividades, productos, efectos e impactos, con datos de sus costos limita las posibilidades de cuantificar la eficiencia e impacto del Programa.

A través de la realización de talleres de trabajo con actores de los distintos niveles<sup>14</sup>, fueron definidos los principales problemas afrontados, identificando sus puntos críticos y alternativas de superación.

---

<sup>14</sup> Realizados entre el 31/07 y el 01/08/97 – con 40 técnicos y personal administrativo de la coordinación nacional – y entre el 11 y el 15/08/97 - con 47 técnicos de las Coordinaciones estatales y municipales El primer taller fue exclusivo para los técnicos y responsables de las áreas técnicas de CN-DST/SIDA para una discusión sobre los principales problemas de gestión e integración en el Programa. Los demás talleres reunieron a los Coordinadores estatales y municipales para la reprogramación de las actividades, divididos según el desempeño financiero de los respectivos Programas.

Los resultados se sintetizan en los Cuadros 5 y 6 a continuación:

**Cuadro 5**

**PRINCIPALES PROBLEMAS Y PROPUESTAS DE SUPERACIÓN, SEGÚN EL PERSONAL  
TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO DE LA COORDINACIÓN NACIONAL**

<b>Problemas</b>	<b>Causas principales</b>	<b>Propuestas de superación</b>
1. Insuficiente articulación entre las áreas de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indefinición de roles</li> <li>• Ausencia de planeamiento de conjunto de las estrategias y actividades</li> <li>• Ausencia de instrumento de monitoreo de las acciones</li> <li>• Cultura institucional individualista y vertical de las decisiones</li> <li>• Compartimentos en la CN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir interfases e integración entre las unidades de la CN</li> <li>• Establecer directrices que permitan un gerenciamiento estratégico</li> <li>• Desarrollar instrumentos para monitoreo de las acciones de la CN</li> <li>• Incentivar acciones articuladas entre las áreas</li> <li>• Delegar responsabilidades y legitimar decisiones de grupos de trabajo inter-áreas</li> </ul>
2. Ausencia de contextualización de los marcos conceptuales (no apropiación de los conceptos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca claridad conceptual</li> <li>• Poca discusión colectiva y uniformización de los conceptos</li> <li>• Baja socialización del conocimiento</li> <li>• Poca claridad en cuanto a la misión institucional de la CN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento de reuniones técnicas para discusiones conceptuales</li> <li>• Perfeccionar la comprensión sobre la misión institucional de la CN (nivel central – federal del programa)</li> </ul>
3. Dificultades para priorizar demandas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficiencias en gerenciamiento</li> <li>• Deficiencias en programación</li> <li>• Dificultades en gestionar lo no planeado (demandas externas)</li> <li>• Énfasis en el cumplimiento de tareas en detrimento de los objetivos</li> <li>• Superposición de tareas burocráticas sobre actividades técnicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfeccionar los instrumentos gerenciales</li> <li>• Capacitación de RRHH en gerenciamiento</li> <li>• Mejorar la comprensión de los objetivos de la CN frente al SUS</li> </ul>
4. Dificultad en la aplicación de las normas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de normalización de las funciones</li> <li>• Falta de capacitación técnica</li> <li>• Disociación entre la ejecución física y la ejecución financiera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Racionalizar las actividades da CN</li> <li>• Establecer una política de capacitación y actualización del personal</li> <li>• Establecimiento de un sistema de monitoreo físico financiero</li> </ul>
5. Ausencia de un sistema de evaluación de las acciones del PN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demandas políticas superpuestas a las demandas técnicas</li> <li>• Verticalización del Programa</li> <li>• Predominio del marketing de la CN sobre la ejecución técnica</li> <li>• Falta de percepción política de los técnicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento, en el corto plazo, de un sistema de evaluación del programa en relación con el impacto obtenido</li> <li>• Repensar la visibilidad externa de la CN y sus bases (políticas)</li> </ul>

Los principales problemas apuntados en los talleres realizados con los coordinadores estatales y municipales y con los técnicos de la Coordinación Nacional, en las respuestas a los cuestionarios aplicados a los diversos actores y en las entrevistas a responsables de áreas de la Coordinación Nacional y de las ONGs, son situados en la esfera de la eficiencia de la estructura de organización y gestión del Programa.

## **B. Los nodos estratégicos**

A partir de la sistematización y jerarquización de los problemas afrontados en la gestión del Programa, se definieron los nodos estratégicos. Se adoptó criterio de localización de los nodos en relación con el contexto (remoto o inmediato) o en la propia organización y gestión (internos).

**PRINCIPALES PROBLEMAS Y PROPUESTAS DE SUPERACIÓN,  
SEGÚN COORDINADORES ESTATALES Y MUNICIPALES**

<i>Principales problemas</i>	<b>Causas principales</b>	<b>Propuestas de superación</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta de estructura en las gerencias locales</li> <li>2. Sobrecarga en la figura del Coordinador</li> <li>3. Distanciamiento entre planeamiento y la ejecución.</li> <li>4. Falta de integración entre niveles federal, estatal y municipal</li> <li>5. Falta de autonomía en los niveles estatal y municipal</li> <li>6. Dificultades administrativas locales (licitaciones, obstáculos burocráticos).</li> <li>7. Alta rotación en los cargos gerenciales locales (interferencias políticas).</li> <li>8. Poco involucramiento de los Prefectos y Secretarios en la programación para control de DST y SIDA</li> <li>9. Supremacía del desempeño financiero sobre los aspectos cualitativos del PN.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasez de recursos humanos capacitados (ítems 1 y 2 de problemas)</li> <li>• Centralización excesiva del PN (ítems 3, 4, 5, 8)</li> <li>• Rigidez de los criterios de la fuente de financiamiento frente a las especificidades de la epidemia (ítems 5, 6, 9)</li> <li>• Ausencia de compromiso con la implantación del SUS (ítems 4, 5, 7, 8)</li> <li>• Predominio de los intereses políticos sobre los objetivos de impacto del PN (ítems 3, 4, 7, 8 e 9).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotar a las Coordinaciones de condiciones de trabajo.</li> <li>• Efectiva implementación de directriz de descentralización.</li> <li>• Mayor acercamiento del planeamiento a la realidad epidemiológica, política socio cultural de las Coordinaciones estatales y municipales.</li> <li>• Definición más clara de los papeles de las tres instancias en la operacionalización del Programa Nacional.</li> <li>• Postura política más incisiva del Ministerio de Salud en la sensibilización de los Prefectos y Secretarios para la cuestión de DST y SIDA.</li> <li>• Implementación del proceso de evaluación de impacto del Programa Nacional.</li> </ul>

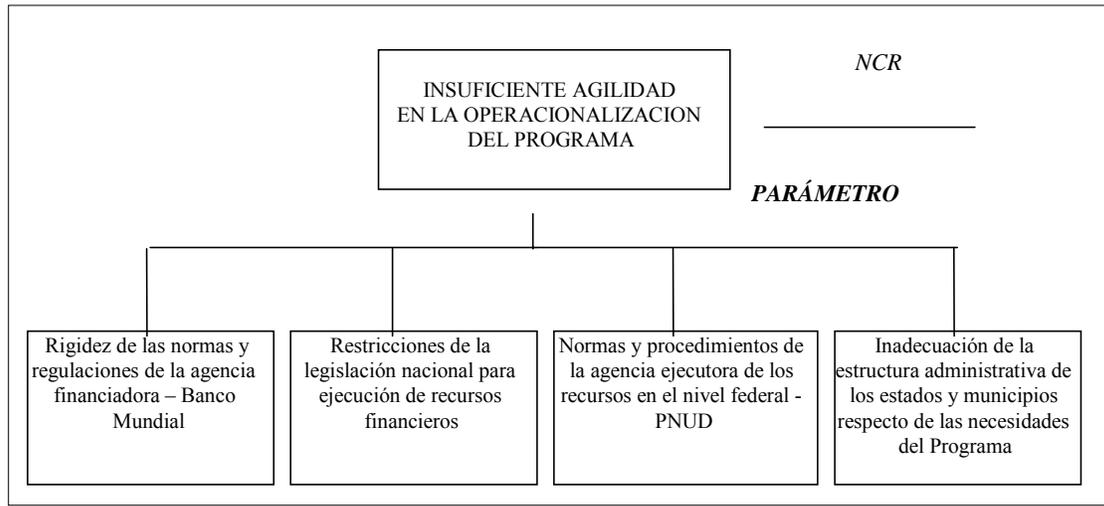
### **1. Nodos situados en el contexto remoto (NCR)**

Dadas las características específicas del Programa Nacional de DST y SIDA, el principal problema identificado en relación con el contexto remoto, fue la *poca agilidad en la operacionalización del Programa* en todos sus niveles.

Este nodo estratégico – que en rigor asume el carácter de parámetro - está explicado por las regulaciones de la principal agencia financiadora del Programa (Banco Mundial), por las restricciones en la legislación brasileña para la ejecución de recursos presupuestarios y financieros, por las normas de la agencia ejecutora de los recursos en el nivel federal del Programa (PNUD), y por las burocratizadas estructuras administrativas de los estados y municipios.

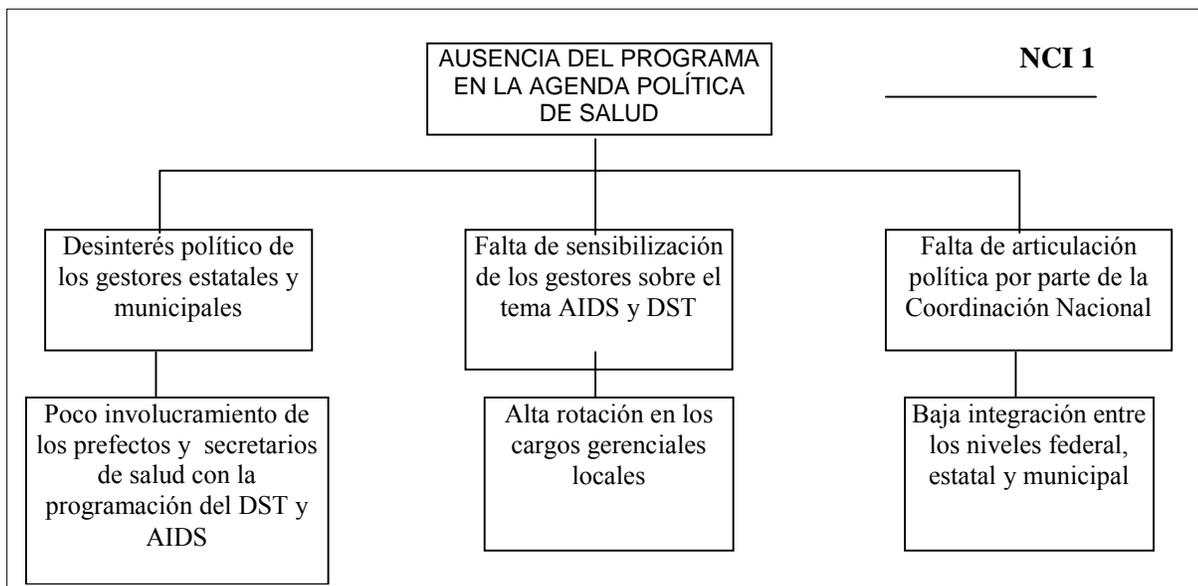
Este nodo fue mencionado en la mayoría de las entrevistas realizadas y en las respuestas a los cuestionarios, traduciendo las quejas sobre la rigidez para asignación de los recursos y ejecución financiera (programación y ejecución). Representa también las dificultades administrativas y operacionales derivadas de la necesidad de adecuación de los procedimientos burocráticos a los requisitos del Acuerdo de Préstamo.

Por otro lado, se destacan las rigideces de la legislación nacional que tornan lentos los procedimientos deteriorando los procesos de adquisición de insumos, y la oportunidad y calidad de los bienes y servicios adquiridos. Finalmente, otra vertiente causal de este problema fueron las estructuras administrativas de las secretarías estatales y municipales de salud que son arcaicas y poco ágiles en relación a los requisitos del Programa Nacional (en términos técnicos y administrativos).

**NODO EN RELACION CON EL CONTEXTO REMOTO****2. Nodos con el contexto inmediato (NCI)**

En relación con el contexto inmediato fue identificado un nodo representado por la “Ausencia del Programa en la agenda política de salud”, cuyas causas están relacionadas con el desinterés político de los gestores estatales y municipales de salud, con la falta de sensibilización de los gestores para el tema SIDA y DST y con el escaso ejercicio del papel de articulación política por parte de la Coordinación Nacional del Programa.

Este nodo tiene implicaciones directas en la eficiencia del Programa Nacional en los estados y municipios. Produce un perjuicio mayor en el ámbito de la institucionalización y sustentabilidad del Programa en los niveles descentralizados, aumentando su dependencia del nivel federal.

**NODO 1 EL CONTEXTO INMEDIATO**

Otro nodo importante es la “Inadecuación de la estructura administrativa de los estados y municipios frente a las necesidades de operacionalización del Programa Nacional”. Es explicado

por el estado de desarrollo del Sistema Único de Salud que no permite aún una clara definición del papel de los estados, el exceso de burocracia (tanto de las administraciones estatales y municipales como del Programa Nacional), y la falta de sensibilidad del cuerpo técnico burocrático para las necesidades específicas del SIDA.

Fue detectado un nodo, caracterizado por la “Indefinición de estrategias de articulación entre las ONGs y las instancias de ejecución del Programa Nacional”. Las causas identificadas son la insuficiente definición de funciones y atribuciones para las ONGs, exceso de burocracia en las coordinaciones locales del Programa y la inexistencia de intercambio de informaciones entre las ONGs y las coordinaciones.

Los tres nodos relacionados con el contexto inmediato apuntan a problemas del proceso de descentralización, tanto desde el punto de vista del proceso de construcción del Sistema Único de Salud –SUS, cuanto a la parte específica de operacionalización del Programa Nacional, en lo que refiere a las relaciones del nivel federal con estados, municipios y ONGs.

### **3. Nodos internos del Programa (NIP)**

Los nodos internos del Programa son:

NIP 1: Insuficiente articulación entre las áreas de trabajo

NIP 2: Dificultades para priorizar las demandas

NIP 3: Dificultades para la aplicación de las normas

NIP 4: Ausencia de un sistema de evaluación del Programa

NIP 5: Sistemas de información ineficientes

Las condiciones que conforman la estructura de los nodos se repiten, en los distintos casos analizados. Se advierte que en todos los nodos se indican causas relacionadas con el diseño organizacional – estructura y procesos -, las capacidades técnicas y gerenciales, el monitoreo y la evaluación.

Todos ellos, a su vez, refieren a deficiencias atribuibles al planeamiento-formulación y diseño-, a limitaciones de los actores institucionales que integran la organización y a la gestión de los procesos y actividades.

#### **a) Insuficiente articulación entre las áreas de trabajo (NIP 1)**

En todos los niveles descentralizados de ejecución (estados y municipios), existe a un funcionamiento autónomo de las diversas áreas, lo que afecta el cumplimiento de los objetivos perseguidos.

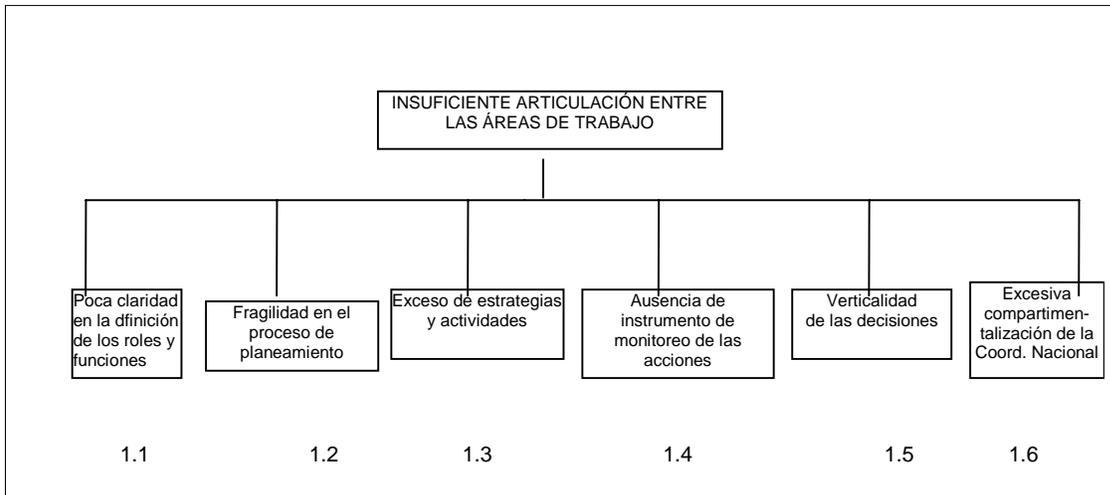
Las causas de este nodo refieren a las siguientes características:

- 1.1 *Poca claridad en la definición de roles y funciones.* No están claramente definidos los roles de la Coordinación Nacional del Programa y de las unidades técnicas allí localizadas, no siendo transparentes las articulaciones e interfases en la ejecución de los procesos.
- 1.2 *Fragilidad en el proceso de planeamiento:* se caracteriza por el incumplimiento de las funciones de planeamiento, excepto en lo que se refiere a la programación y seguimiento de la ejecución financiera.

- 1.3 *Exceso de estrategias y actividades*: existen múltiples frentes de trabajo, abiertos simultáneamente sin una priorización realizada a partir de las necesidades epidemiológicas en cada línea de actuación del Programa.
- 1.4 *Ausencia de instrumentos de monitoreo*: la preocupación dominante es la del monitoreo de la ejecución financiera, sin mecanismos de seguimiento del desarrollo de las acciones objetivas en cada línea de actuación o de cada Unidad Técnica.

Diagrama 6

### NIP 1 - INSUFICIENTE ARTICULACIÓN ENTRE LAS ÁREAS DE TRABAJO



- 1.5 *Verticalidad de las decisiones*: No existe una actuación articulada en las diversas áreas de trabajo, prevaleciendo las decisiones de cada Unidad Técnica.
- 1.6 *Excesiva fragmentación de la Coordinación Nacional*: La estructura operacional de la Coordinación Nacional del Programa es extremadamente fragmentada e impide la visibilidad del conjunto de líneas de actuación en relación con los objetivos de impacto perseguidos.

### b) Dificultades para priorizar demandas (NIP 2)

Se verifican dificultades por deficiencias en la organización de los procesos (secuencia de las actividades) y dificultades de coordinación (“todo es prioritario y urgente”).

Se han identificado dos factores centrales que explican el problema:

- 2.1 *Deficiencias en el gerenciamiento*: Por inexistencia de mecanismos e instrumentos de trabajo que permitan una clara identificación de los pasos requeridos para alcanzar las metas y objetivos propuestos.
- 2.2 *Deficiencias en la programación*: La estructura de programación vigente no permite el establecimiento de prioridades en relación con los objetivos propuestos. Existe una superposición de tareas burocráticas lo que afecta el logro de los objetivos perseguidos.

### c) Dificultades en la aplicación de las normas (NIP 3)

Este problema se verifica en el desempeño de la función normativa de la Coordinación Nacional. Sus causas son:

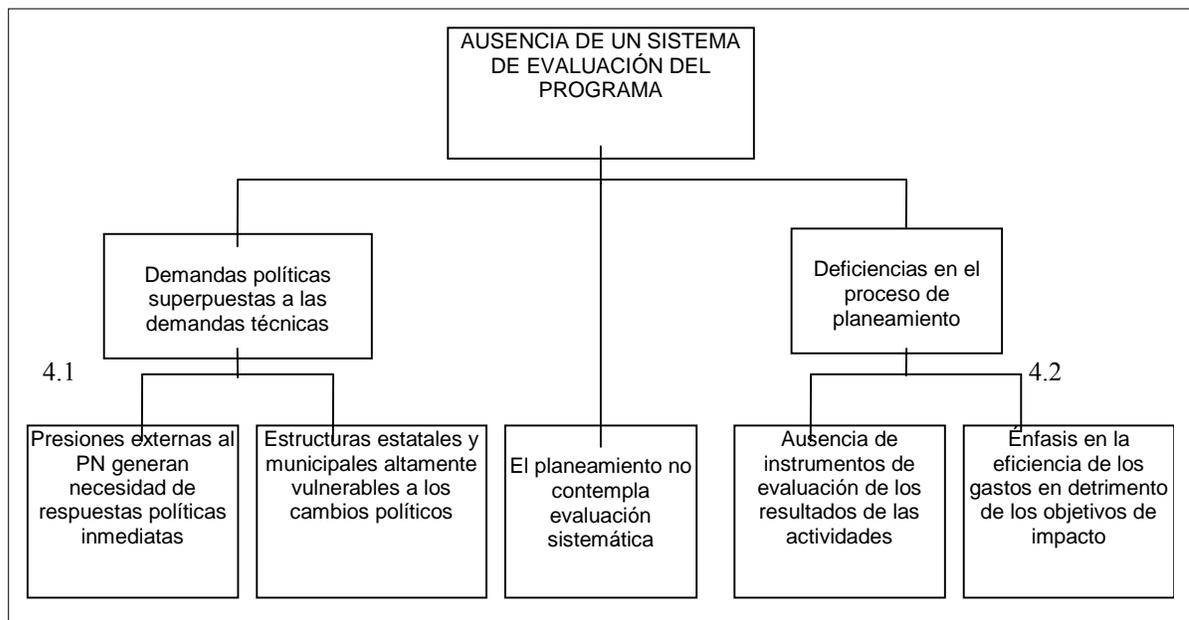
- 3.1 *Falta de normatización de las funciones*: la Coordinación Nacional del Programa no tiene la totalidad de sus funciones normatizadas, lo que deriva en improvisaciones.
- 3.2 *Falta de capacitación técnica*: no existe capacitación interna para el diseño de la normativa.
- 3.3 *Disociación entre la ejecución física y la ejecución financiera*: derivada del proceso de planeamiento y programación que no contemplan normas para la operacionalización del Programa, prevaleciendo la preocupación por el desempeño financiero, más que por la ejecución de actividades compatibles y coherentes con los objetivos establecidos.

**d) Ausencia de un sistema de evaluación del Programa Nacional (NIP 4)**

Este problema, manifestado en todos los niveles de operación del Programa, incide en la capacidad de analizar el real impacto producido por sus acciones e introducir las modificaciones o ajustes necesarios.

Diagrama 7

**NIP 4 - AUSENCIA DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA NACIONAL**



La problemática de la evaluación aparece asociada a dos condiciones que inciden en la dinámica de la gestión del proceso. Las demandas políticas son percibidas como un obstáculo a los requerimientos técnicos, en tanto que las primeras otorgan prioridad a la producción de información sobre cuestiones puntuales de las líneas de intervención. Así, los niveles políticos y de conducción no generan condiciones propicias para la implementación de un sistema integral de evaluación.

Por otra parte, hay deficiencias en el planeamiento, que ha priorizado el seguimiento financiero y la realización de estudios específicos, que no permiten una mirada de conjunto sobre el Programa. El problema reside en la ausencia de un sistema integral de evaluación, que agregue valor a la gestión a partir del análisis de las distintas dimensiones que intervienen en la producción y distribución de los servicios prestados a la población objetivo.

### e) Sistemas de Información ineficientes (NIP 5)

Este problema existe en todos los niveles de actuación. Se caracteriza por la presencia de varios subsistemas de información no articulados, los que no proveen información de apoyo para el monitoreo y la evaluación.

Los principales factores que inciden en este nodo son los siguientes:

- 5.1 *Énfasis en el desempeño financiero.* Específicamente en el SIAFFO (Sistema de Seguimiento Físico, Financiero y Presupuestario), que privilegia el análisis de los gastos efectuados en relación a lo previsto en las Programaciones Operativas (POA), en detrimento del monitoreo de las actividades que financian dichos gastos.
- 5.2 *Los sistemas de información no contemplan la globalidad de la operación del Programa,* que dificulta la práctica de la evaluación de procesos, productos o resultados.

## 4. El peso de los nodos estratégicos

Se realizó una estimación del peso de cada nodo, en relación con su motricidad y dependencia,<sup>15</sup> cuyos resultados establecen que los principales problemas están situados en la esfera de la organización del Programa. Uno de ellos reside en la baja articulación de las áreas técnicas de trabajo, que casi son unidades autónomas. Otros corresponden a distorsiones derivadas del exceso de frentes de trabajo y de la falta de comprensión que cada proceso debe tener una correspondencia con un departamento o sector identificable en el organigrama. Esto no contribuye a una organización de los procesos que integre las acciones y sus operadores. Esto, junto con la diversidad de modalidades organizacionales de los estados y municipios, genera superposiciones de funciones y roles, así como desajustes en la operación.

Los problemas de gestión pueden ser relacionados con el estado de desarrollo del Sistema Único de Salud, cuya directriz de descentralización aún no ha sido totalmente implementada. En este sentido se verifican en el nivel federal acciones de carácter ejecutivo que cabrían a los niveles descentralizados, principalmente a los municipios.

## C. Los facilitadores

El análisis de la experiencia de gestión del Programa permite evidenciar un conjunto de logros, que se constituyen en facilitadores para la adopción de estrategias orientadas al incremento de la eficiencia y el impacto de la intervención sobre el problema social de las DST y el SIDA.

Entre los facilitadores relacionados con la definición de los servicios destinados a la población objetivo pueden destacarse los siguientes:

1. Enfoque de asistencia acorde con las necesidades diferenciadas de los portadores de HIV/ SIDA que, junto a las modalidades tradicionales, privilegia la implementación de otras alternativas de atención (domiciliaria, ambulatoria, etc.).
2. Importancia asignada a la institucionalización de tecnologías de diagnóstico especializadas, a través de la instalación y fortalecimiento de equipos técnicos, equipamiento e infraestructura de laboratorios, con implicancias significativas en la estructuración de las secretarías estatales y municipales de salud, en el campo de la prestación de los servicios de salud.

<sup>15</sup> Godet, Michel, De la anticipación a la acción: manual de prospectiva y estrategia”.

3. Garantía del Estado al acceso gratuito de los medicamentos por parte de los usuarios afectados por las DST, portadores del HIV y enfermos de SIDA. A ello se agrega la política de proveer las drogas de última generación, de acuerdo con las indicaciones clínicas y en forma independiente de los altos costos que representan.
4. Disponibilidad de recursos específicos para el Programa. La definición de recursos provenientes de fuentes externas y de contrapartida nacional en el Acuerdo de Préstamo y las transferencias de recursos asignados específicamente para el desarrollo de las acciones del Programa en los estados y municipios, constituyen una garantía para la normal provisión de los servicios.

Los otros facilitadores se refieren a las potencialidades que muestra el modelo de organización y gestión. En la mayoría de los casos, estos corresponden a aspectos que también han sido ubicados en la configuración de los nodos estratégicos (en ese caso, han sido considerados desde la perspectiva de su insuficiente o inadecuado desarrollo).

5. Política de incorporación tecnológica que, en congruencia con los continuos avances científicos y los cambios observados en la evolución de la epidemia, constituye un factor de alta relevancia para garantizar la mejora continua de la gestión.
6. Política de recursos humanos, en dos aspectos: i) conformación de equipos multidisciplinarios para la atención integral del problema social en las distintas líneas de intervención e ii) importancia asignada a la capacitación de los recursos humanos para la actuación en las distintas áreas del Programa Nacional.
7. Participación de ONGs y otras organizaciones sociales, que es una de las principales estrategias de acción del Programa Nacional. Contribuye a la implementación de las acciones y a la toma de conciencia y cambios en los comportamientos de la sociedad en general.
8. Descentralización que permite una mayor cobertura del Programa (principalmente en la prevención), y la progresiva adaptación de los servicios a las realidades y demandas locales.

Los facilitadores identificados posibilitan la implementación de medidas orientadas a corregir las distorsiones presentadas.

Como puede observarse en el cuadro 7, los facilitadores están vinculados a la formulación del Programa, pertenecen a la endoestructura, se ubican en los procesos principales, constituyen elementos de la cultura organizacional y, en su mayoría corresponden a las funciones de programación y ejecución del Programa Nacional.

En el cuadro siguiente puede apreciarse que, en general, dichos facilitadores presentan cierto grado de estabilidad en la organización y que, en su mayoría, son el resultado de innovaciones del Programa.

**Cuadro 7**  
**LOCALIZACIÓN DE LOS FACILITADORES**

Facilitador	Diseño	GESTIÓN											Contexto	
		Estructura			Procesos									Cultura
		Exo	Endo	Ext	Principales					Apoyo				
					Promoción	Producción	Distribución	Ejecución	Monitoreo	Evaluación	Admin	Contabl		
1	X	X	X		X	X	X	X				X		
2	X	X	X			X	X	X				X		
3	X		X			X	X	X				X		
4	X			X				X					X	
5	X	X	X	X	X	X		X				X	X	
6	X		X		X	X	X	X				X		
7	X		X	X	X						X		X	
8	X	X	X		X			X				X		

**Cuadro 8**  
**CARACTERIZACIÓN DE LOS FACILITADORES**

Facilitador	Características									
	Dimensión		Escala		Estabilidad			Origen		
	Impacto	Eficiencia	Genérico	Específico	Estable	Cambio		Aplicación	Adaptación	Innovación
						Rediseño	Coyuntura			
1	X			X	X					X
2	X			X	X					X
3	X			X			X			X
4		X	X		X			X		X
5		X		X	X			X		
6		X		X	X					X
7		X		X	X			X		
8		X	X		X			X		

## D. Los senderos estratégicos

Por las características observadas de la organización y gestión del Programa Nacional y derivado de la naturaleza de los nodos-marcadamente políticos y/o que requieren negociación sobre el proceso decisorio-, los senderos estratégicos tienen la orientación de racionalizar el proceso de gestión, la reestructuración organizacional y las relaciones entre los diversos actores en sus distintos niveles de actuación.

El análisis de los nodos definidos, permite concluir que algunas de sus causas son de difícil abordaje por la sola iniciativa del Programa Nacional.

El sendero estratégico<sup>16</sup> importante por su capacidad de generar impactos sobre el conjunto de nodos, es el de retomar la descentralización, en su sentido ampliado, vigente en el Sistema Único de Salud.

Ello implica la redefinición de las incumbencias de las tres esferas de gobierno, con consecuencias en la política de los gestores, la revisión de las estructuras organizativas y sus funciones para facilitar el cumplimiento de los roles de cada nivel, la definición de estrategias de articulación con las ONGs y otros sectores de gobierno.

Para ello, una acción inmediata sería la delegación de acciones del Programa Nacional a los órganos gestores del nivel estatal y municipal, que poseen atribuciones de ejecución. A su vez, la Coordinación Nacional debería asumir inmediatamente su papel de coordinación, articulación, normatización y sustentación, a través del fortalecimiento de la cooperación técnica y el traspaso de tecnología.

Si se observan los nodos presentados se puede ver que aquellos clasificados como Nodos del Contexto Inmediato (NCI) y Nodos Internos al Programa (NIP) guardan relación directa con la descentralización.

La viabilidad de una actuación más incisiva para perfeccionar la descentralización, requiere de un cambio de postura de la Coordinación Nacional y de los coordinadores estatales y municipales, incluyendo en su agenda (en los tres niveles) el tema DST/SIDA y SUS en forma explícita.

Para abordar una estrategia de cambio hay que considerar los facilitadores que contribuyen al alcance de los objetivos propuestos. Si se cotejan los senderos estratégicos con los facilitadores se incrementa la viabilidad de los cambios.

La descentralización involucra cambios en la práctica de organización y en las funciones gerenciales, de acuerdo con los nuevos roles requeridos. Para que las coordinaciones estatales y municipales se transformen en “órganos de gestión del Proyecto”, será necesario, además del aporte de recursos humanos adicionales, la revisión de las estructuras administrativas locales.

La estructura de la Coordinación Nacional, sufrió alteraciones en agosto de 1998, como consecuencia de la discusión de las propuestas oficiales para el SIDA II junto al Banco Mundial y al Gobierno brasileño.

---

<sup>16</sup> Varios aspectos contemplados en los “nodos” identificados, fueron considerados en la elaboración del Proyecto SIDA II, con las respectivas propuestas de superación, e incorporados en los documentos presentados al Banco Mundial en la fase inicial de negociación y diseño. En este marco, y a los fines de la contribución de la investigación al proceso institucional de la Coordinación Nacional de DST y SIDA, se ha optado por presentar algún grado de profundización de las discusiones en torno de propuestas para el SIDA II, relacionadas con las cuestiones problemáticas para la gestión aquí señaladas.

**SÍNTESIS DE LOS SENDEROS ESTRATÉGICOS, NODOS QUE AFECTAN  
Y FACILITADORES PARA LA VIABILIDAD**

<b>Nodos identificados</b>	<b>Senderos estratégicos</b>	<b>Facilitadores</b>
Poca Agilidad en la Operacionalización del Programa (NCR)	—	—
Ausencia del Programa en la Agenda Política de Salud (NC1)	Profundización del proceso de descentralización; Revisión del papel de la Coordinación Nacional en cuanto articulación política de los 3 niveles de actuación del Programa	Descentralización Disponibilidad de recursos específicos para el Programa Participación de las ONGs y otras organizaciones de la sociedad
Inadecuación de la Estructura Administrativa de los estados y municipios frente a las necesidades del Programa (NCI 2)	Revisión del papel institucional de las coordinaciones estatales y municipales – Órgano Gestor del Programa – OGP Reestructuración del equipo gerencial en los estados y municipios	Descentralización Capacitación de Recursos Humanos (para gestión) Apoyo de las agencias internacionales de cooperación técnica Incorporación tecnológica
Indefinición de estrategias de articulación entre ONGs y Programa Nacional (NCI 3)	Ampliación de las posibilidades de participación de las ONGs en los estados y municipios	Descentralización Participación de las ONGs y otras organizaciones de la sociedad Apoyo de las agencias internacionales de cooperación técnica
Insuficiente articulación entre las áreas de trabajo (NIP 1)	Cambios en la estructura organizacional y en los respectivos procesos de trabajo de la Coordinación Nacional Reestructuración de las comunicaciones internas y externas	Apoyo de las agencias internacionales de cooperación técnica Equipo multiprofesional Capacitación de recursos humanos (para gestión)
Baja capacidad para priorizar demandas (NIP 2)	Fortalecimiento del proceso de planeamiento Cambios en la estructura organizacional y en los respectivos procesos de trabajo de la Coordinación Nacional Reestructuración de las comunicaciones internas y externas	Equipo multiprofesional Capacitación de recursos humanos (para planeamiento y gestión) Descentralización
Dificultad en la aplicación de las normas (NIP 3)	Fortalecimiento del proceso de planeamiento Cambios en la estructura organizacional y en los respectivos procesos de trabajo de la Coordinación Nacional Reestructuración de las comunicaciones internas y externas	Equipo multiprofesional Capacitación de recursos humanos (para planeamiento y gestión) Descentralización
Ausencia de un sistema de evaluación de las acciones del Programa Nacional (NIP 4)	Fortalecimiento del proceso de planeamiento Cambios en la estructura organizacional y en los respectivos procesos de trabajo de la Coordinación Nacional	Equipo multiprofesional Capacitación de recursos humanos (para planeamiento y gestión) Descentralización
Sistemas de información para monitoreo y evaluación ineficientes (NIP 5)	Fortalecimiento del proceso de planeamiento Cambios en la estructura organizacional y en los respectivos procesos de trabajo de la Coordinación Nacional	Equipo multiprofesional Capacitación de recursos humanos (para planeamiento y gestión) Descentralización

No obstante, aunque el tiempo de implementación de los cambios sea corto para evaluar sus resultados, es posible señalar algunos puntos que deberían merecer especial atención.

La estructura organizacional debe facilitar el logro de los objetivos de impacto del Programa Nacional de DST y SIDA. La reducción del número de unidades técnicas del nivel central, mediante el reagrupamiento de funciones es un buen camino para hacer más eficiente la gerencia.

Cabe referirse a la estructura de comunicaciones de la Coordinación Nacional, que integra las áreas del nivel federal, los niveles descentralizados y demás actores involucrados en el proceso de ejecución. La estructura del sistema y los contenidos de las comunicaciones deben estar vinculados con los objetivos de institucionalización y sustentabilidad del Programa. La finalidad de

ampliar la participación y dotar de mayor visibilidad al Programa deben orientar las acciones de diseño y reestructuración del sistema de comunicación.

El proceso de planeamiento, cuya fragilidad es la causa de varios nodos, necesita incluir de modo más efectivo la dimensión estratégica. El modelo de planeamiento y gestión del SIDA II debería asegurar mayor integración inter e intrasectorial en cada nivel y entre los tres niveles de actuación del Programa Nacional.

La interacción entre el Programa Nacional y los Consejos (foros de deliberación y articulación de intereses relativos al SUS), proporciona una nueva forma de articulación y políticas necesarias tanto para las directrices del SIDA II cuanto para la visibilidad y fortalecimiento del Programa Nacional.

La situación se reproduce en los niveles estatal y municipal, donde el Plan Global de DST y SIDA pasa a formar parte del Plan de Salud y está traducida no sólo en el Programa Nacional (a través del POA) sino también en la Programación Pactada e Integrada, (instrumento derivado de la Norma Operacional Básica 01/96). Vale destacar la posibilidad de expansión de las acciones del Programa de DST y SIDA, a través de los Consorcios Intermunicipales (que representan a la unión de dos o más municipios) para sumar esfuerzos y recursos en el área geográfica de cobertura de los Consorcios.

Las deficiencias observadas en el SIDA I, en el monitoreo de la ejecución física y financiera de las actividades del nivel federal, así como de estados y municipios, deben ser superadas. Para ello, debe construirse un sistema de seguimiento, que indique desvíos o inconsistencias en el proceso de ejecución físico financiera y, al mismo tiempo, provea información a los gerentes de todos los niveles para la corrección de las distorsiones, teniendo como norte los objetivos de impacto perseguidos.

El componente Evaluación en el proceso de gestión, debe ser objeto de especial atención, principalmente en la evaluación de impacto.

Una de las características específicas del Programa es la participación de los usuarios en la ejecución de las acciones y actividades de control de DST y SIDA, través de canales de comunicación establecidos (Red de Derechos Humanos, Disque-SIDA, etc.) o de las ONGs que congregan segmentos de población con interés directo en la cuestión del SIDA.

La relación con el Programa Nacional, fue considerada frágil por las ONGs. Las causas señaladas para el nodo NCI3- Indefinición de estrategias de articulación entre ONGs y Programa Nacional- indican la necesidad de incrementar las medidas que refuercen la descentralización, asegurando una mayor articulación de las ONGs que actúan en los estados y municipios con los respectivos programas de DST y SIDA

La falta de sensibilidad del cuerpo técnico burocrático sobre el tema SIDA y DST, causa también asociada a la *“Inadecuación de la Estructura Administrativa de los estados y municipios”* (NCI 3), tiene como alternativa de superación obvia, el énfasis en actividades que generen sensibilidad acerca de la problemática. Otra causa asociada a la falta es el predominio de intereses políticos sobre los objetivos de impacto. Sobre este tipo de problema el Programa Nacional puede incidir en forma indirecta, a partir de una clara asignación de responsabilidades a los gestores estatales y municipales. En última instancia, la sustentabilidad e institucionalización sólo se producirán si las decisiones locales en relación al Programa se basan en criterios objetivos, de cuño técnico y en el marco de las políticas de salud.

Los Nodos Internos del Programa – NIP, se caracterizan como problemas cuya superación depende de decisiones en el campo organizacional y de la definición de instrumentos compatibles con la complejidad que posee la problemática de DST y SIDA. Si se toman las medidas necesarias

para un mejor desempeño técnico y gerencial de las actividades de la Coordinación Nacional, ello tendrá reflejos en los demás niveles, adquiriendo mayor efectividad las funciones de coordinación, normatización, apoyo técnico, y evaluación (de procesos, productos e impacto).

Las directrices de institucionalización y sustentabilidad del Programa Nacional deberán ser implementadas teniendo en cuenta la necesidad de revisar el papel de la Coordinación Nacional, como instancia de articulación política con los niveles estatales o municipales, y de los propios estados y municipios, que son responsables de la preservación y promoción de la salud de los ciudadanos a través de acciones directas de atención.

El hecho de que el Programa Nacional ya cuente con una ejecución descentralizada, que involucra a la sociedad a través de diversos canales de comunicación y de las ONGs, contribuye a profundizar la delegación de responsabilidades a estados y municipios, redireccionando las funciones de gestión de acuerdo a las atribuciones típicas de cada uno de los niveles de gestión del Sistema Único de Salud.

En un cuadro de crisis económica, en el que los ajustes de las políticas sociales son un impedimento para los avances en las conquistas sociales de mejores condiciones de salud y de vida, cabe al Ministerio de Salud, a través de la Coordinación Nacional de DST y SIDA, demostrar que es posible prestar un servicio de calidad y con efectividad a través del sector público, siempre que la propia sociedad sea conciente de la magnitud del problema.

Lo que realmente se pretende es la configuración de un Programa que sea parte de una perspectiva más abarcadora, definida en el marco de un Plan de Salud que traduzca, en términos técnicos y prioridades de inversión, una política de salud que contemple todos los problemas en forma coherente con el cuadro de necesidades sanitarias de la población.

## Bibliografía

---

- Associação Brasileira Interdisciplinar de SIDA-ABIA (1996), Comportamiento sexual y uso de preservativos, 1989-1995, Rio de Janeiro,.
- Godet, Michel (1995), De la anticipación a la acción: manual de prospectiva y estrategia, ediciones Alfaomega, Marcoambo, México.
- Medici, André C. (1997), A dinâmica do setor saúde no Brasil. Transformações e tendências na décadas de 80 e 90, Serie Cuadernos de la CEPAL N° 82.
- Ministerio de Salud, Coordinación Nacional de DST y SIDA(1998), Boletín Epidemiológico SIDA, diciembre 1997 – febrero 1998.
- \_\_\_\_\_, (1998), Principais ações e produtos da Cordenação Nacional de DST e SIDA em 1997.
- Ministerio de Salud, Coordinación Nacional de DST y SIDA, Unidad Técnica (1998), Informes de resultados de gestión (mimeo).
- Programa Estatal de DST/SIDA de São Paulo (1996), Prevalencia de sífilis, hepatitis y HIV de las profesionales del sexo femenino de baja renta de la región cetnral del municipio de São Paulo.
- UFMG, ( 1996) Aprendendo a conviver com as DST/SIDA.



**Serie****políticas sociales****Números publicados**

- 1 Andrés Necochea, La postcrisis: ¿una coyuntura favorable para la vivienda de los pobres? (LC/L.777), septiembre de 1993.
- 2 Ignacio Irrazábal, El impacto redistributivo del gasto social: una revisión metodológica de estudios latinoamericanos (LC/L.812), enero de 1994.
- 3 Cristián Cox, Las políticas de los noventa para el sistema escolar (LC/L.815), febrero de 1994.
- 4 Aldo Solari, La desigualdad educativa: problemas y políticas (LC/L.851), agosto de 1994.
- 5 Ernesto Miranda, Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina (LC/L.864), octubre de 1994.
- 6 Gastón Labadie y otros, Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: regulación y desempeño (LC/L.867), diciembre de 1994.
- 7 María Herminia Tavares, Federalismo y políticas sociales (LC/L.898), mayo de 1995.
- 8 Ernesto Schiefelbein y otros, Calidad y equidad de la educación media en Chile: rezagos estructurales y criterios emergentes (LC/L.923), noviembre de 1995.
- 9 Pascual Gerstenfeld y otros, Variables extrapedagógicas y equidad en la educación media: hogar, subjetividad y cultura escolar (LC/L.924), diciembre de 1995.
- 10 John Durston y otros, Educación secundaria y oportunidades de empleo e ingreso en Chile (LC/L.925), diciembre de 1995.
- 11 Rolando Franco y otros, Viabilidad económica e institucional de la reforma educativa en Chile (LC/L.926), diciembre de 1995.
- 12 Jorge Katz y Ernesto Miranda, Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos (LC/L.927), diciembre de 1995.
- 13 Ana Sojo, Reformas en la gestión de la salud pública en Chile (LC/L.933), marzo de 1996.
- 14 Gert Rosenthal y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen I, (LC/L.996), noviembre de 1996.
- 14 Eduardo Bascuñán y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen II, (LC/L.996/Add.1), diciembre de 1996.
- 14 Secretaría Permanente del Sistema Económico Latinoamericano (SELA) y Santiago González Cravino, Aspectos sociales de la integración, Volumen III, (LC/L.996/Add.2), diciembre de 1997.
- 14 Armando Di Filippo y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen IV, (LC/L.996/Add.3), diciembre de 1997.
- 15 Iván Jaramillo y otros, Las reformas sociales en acción: salud (LC/L.997), noviembre de 1996.
- 16 Amalia Anaya y otros, Las reformas sociales en acción: educación (LC/L.1000), diciembre de 1996.
- 17 Luis Maira y Sergio Molina, Las reformas sociales en acción: Experiencias ministeriales (LC/L.1025), mayo de 1997.

- 18 Gustavo Demarco y otros, Las reformas sociales en acción: Seguridad social (LC/L.1054), agosto de 1997.
- 19 Francisco León y otros, Las reformas sociales en acción: Empleo (LC/L.1056), agosto de 1997.
- 20 Alberto Etchegaray y otros, Las reformas sociales en acción: Vivienda (LC/L.1057), septiembre de 1997.
- 21 Irma Arriagada, Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo (LC/L.1058), septiembre de 1997.
- 22 Arturo León, Las encuestas de hogares como fuentes de información para el análisis de la educación y sus vínculos con el bienestar y la equidad (LC/L.1111), mayo de 1998. [www](#)
- 23 Rolando Franco y otros, Social Policies and Socioeconomic Indicators for Transitional Economies (LC/L.1112), mayo de 1998. experiencia de empoderamiento rural en Guatemala (LC/L.1177), marzo de 1999.
- 24 Roberto Martínez Nogueira, Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico (LC/L.1113), mayo de 1998. [www](#)
- 25 Gestión de Programas Sociales en América Latina. Marco conceptual, Vol.I,(LC/L.1114), mayo de 1998. [www](#)
- 25 Gestión de Programas Sociales en América Latina. Metodológica para su análisis, Vol.II, LC/L.1114/Add.1), mayo de 1998. [www](#)
- 26 Rolando Franco y otros, Las reformas sociales en acción: La perspectiva macro (LC/L.1118), junio de 1998. [www](#)
- 27 Ana Sojo, Hacia unas nuevas reglas del juego: Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa (LC/L.1135) julio de 1998. [www](#)
- 28 John Durston, Juventud y desarrollo rural: Marco conceptual y contextual (LC/L.1146), octubre de 1998. [www](#)
- 29 Carlos Reyna y Eduardo Toche, La inseguridad en el Perú (LC/L.1176), marzo de 1999.
- 30 John Durston, Construyendo capital social comunitario. Una experiencia de empoderamiento rural en Guatemala (LC/L.1177), marzo de 1999. [www](#)
- 31 Marcela Weintraub y otras, Reforma sectorial y mercado de trabajo. El caso de las enfermeras en Santiago de Chile (LC/L.1190) abril de 1999.v
- 32 Irma Arriagada y Lorena Godoy, Seguridad ciudadana y violencia en América Latina: Diagnóstico y políticas en los años noventa (LC/L.1179-P), Número de venta: S.99.II.G.24 (US\$ 10.00), agosto de 1999. [www](#)
- 33 CEPAL PNUD BID FLACSO, América Latina y las crisis (LC/L.1239-P), Número de venta: S.00.II.G.03 (US\$10.00), diciembre de 1999. [www](#)
- 34 Martín Hopenhayn y otros, Criterios básicos para una política de prevención y control de drogas en Chile (LC/L.1247-P), Número de venta: S.99.II.G.49 (US\$ 10.00), noviembre de 1999. [www](#)
- 35 Arturo León, Desempeño macroeconómico y su impacto en la pobreza: análisis de algunos escenarios en el caso de Honduras (LC/L.1248-P), Número de venta S.00.II.G.27 (US\$10.00), enero de 2000. [www](#)
- 36 Carmelo Mesa-Lago, Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI (LC/L.1249-P), Número de venta: S.00.II.G.5 (US\$ 10.00), enero de 2000. [www](#)
- 37 Francisco León, Modernización y comercio exterior de los servicios de salud (LC/L.1250-P), Número de venta S.00.II.G.40 (US\$ 10.00), marzo de 2000. [www](#)
- 38 John Durston, ¿Qué es el capital social comunitario? (LC/L.1400-P), Número de venta S.00.II.G.38 (US\$ 10.00), julio de 2000. [www](#)

- 39 Ana Sojo, Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica (LC/L.1403-P), Número de venta S.00.II.G.69 (US\$10.00), julio de 2000. [www](#)
- 40 Domingo M. Rivarola, La reforma educativa en el Paraguay (LC/L.1423-P), Número de venta S.00.II.G.96 (US\$ 10.00) septiembre de 2000. [www](#)
- 41 Irma Arriagada y Martín Hopenhayn, Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina (LC/L.1431-P), Número de venta S.00.II.G.105 (US\$10.00), octubre de 2000.
- 42 Ernesto Cohen y otros ¿Hacia dónde va el gasto público en educación? Logros y desafíos, Volumen I: La búsqueda de la eficiencia, (LC/L.1432-P) Número de venta S.00.II.106, (US\$10.00), octubre de 2000.
- 42 Sergio Martinic y otros ¿Hacia dónde va el gasto público en educación? Logros y desafíos. Vol.II: Reformas sectoriales y grupos de interés, (LC/L.1432-Add.1-P), Número de venta S.00.II.G.110. (US\$10.00), noviembre de 2000.
- 42 Antonio Sancho y otros ¿Hacia dónde va el gasto público en educación? Logros y desafíos. Vol. III: Una mirada comparativa (en prensa).
- 42 Silvia Montoya y Pedro Luis Barros Silva, ¿Hacia dónde va el gasto público en educación? Logros y desafíos. Vol.IV: Una mirada comparativa: Argentina y Brasil (en prensa).
- 43 Lucía Dammert, Violencia criminal y seguridad pública en América Latina: la situación en Argentina, (LC/L.1439-P), Número de venta S.00.II.G-125, (US\$10.00), noviembre de 2000.
44. Eduardo López Regonesi, Reflexiones acerca de la seguridad ciudadana en Chile: visiones y propuestas para el diseño de una política, (LC/L.1451-P), Número de venta S.00.II.G.126 (US\$10.00), noviembre 2000.
- 45 Ernesto Cohen y otros, Los desafíos de la reforma del Estado en los programas sociales: tres estudios de casos, (LC/L.1469-P), Número de venta S.01.II.G.26 (US\$10.00), enero de 2001.
- 46 Ernesto Cohen y otros, Gestión de programas sociales en América Latina: análisis de casos, Vol.I, Proyecto Joven de Argentina, (LC/L 1470-P), Número de venta, S.01.II.G.36 (US\$ 10.00), febrero de 2001.
- 46 Ernesto Cohen y otros, Gestión de programas sociales en América Latina: análisis de casos, Vol.II,El Programa Nacional de Enfermedades Sexualmente Transmisibles (DST) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) de Brasil, (LC/L.1470 Add.1-P), Número de venta, S.01.II.G. 37 (US\$ 10.00), febrero de 2001.

## Otras publicaciones de la CEPAL relacionadas con este número

- CEPAL, División de Desarrollo Social, Gestión de programas sociales en América Latina. Análisis de casos. Vol. I: Argentina; Vol. III: Colombia; Vol. IV: Chile y Vol. V: Paraguay, diciembre 2000.
- CEPAL, División de Desarrollo Social, Gestión de programas sociales en América Latina. Marco conceptual, Vol. I (LC/L. 1114), mayo 1998.
- CEPAL, División de Desarrollo Social, Gestión de programas sociales en América Latina. Metodología para su análisis, Vol. II (LC/L.1114/Add.1), mayo 1998.
-

El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la División de Desarrollo Social, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago de Chile. No todos los títulos están disponibles.

- Los títulos a la venta deben ser solicitados a Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, [publications@eclac.cl](mailto:publications@eclac.cl).
- **WWW**: Disponible también en Internet: <http://www.eclac.cl>

Nombre: .....
Actividad:.....
Dirección:.....
Código postal, ciudad, país: .....
Tel.: ..... Fax: ..... E.mail: .....