

Prospectiva y Estrategia Aplicada al Sector Salud

Miguel A. Bustamante-Ubilla¹

RESUMEN

Este documento presenta una aproximación teórico - práctica de la prospectiva de escenarios futuros como herramienta para la gestión estratégica de organizaciones. Se presentan los argumentos conceptuales de prospectiva mediante la descripción del análisis de tendencia y seguidamente se presentan las fases para la construcción de escenarios alternativos de quiebre. En estrategia se analizan brevemente los diversos enfoques y modelos conceptuales que constituyen la matriz de opciones estratégicas aplicables en las organizaciones insertas en entornos complejos. En la parte práctica, se ejemplifica a través de algunos trabajos realizados durante los años 2006 – 2007 y 2008 con el propósito de crear estrategias para entidades del sector salud, definiéndose éste como un sector altamente regulado y en el cual sus actores interactúan conforme las normas establecidas por el estado. En esta propuesta metodológica los mercados, que tradicionalmente han sido la base del análisis estratégico de organizaciones empresariales, adquieren un rol proporcional el que introducen otras dimensiones de la vida en sociedad, en particular mediante la participación de organizaciones no comerciales como las del estado y aquellas que se definen como sin fines de lucro, incorporando al análisis nuevas series de variables clave, que matizan tanto el análisis como la interpretación de escenarios futuros elaborados mediante el método de la prospectiva. Como resultado de este trabajo, se sintetizan algunas conclusiones relativas a la aplicación de la prospectiva como herramienta de análisis de escenarios que da contexto al diseño de estrategias para la gestión de organizaciones que prescinden parcialmente de los mercados tradicionales.

¹Ingeniero Comercial (Universidad de Concepción), MBA (Universidad Adolfo Ibáñez) y Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales (Universidad de Deusto, España). Profesor de la Facultad de Ciencias Empresariales, Universidad de Talca. Casilla 721, Talca, Chile. E-mail: mabu@utalca.cl.

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones enfrentan las diversas situaciones que el entorno les presenta. Desde la perspectiva estratégica, mediante un análisis y síntesis de la realidad a través de la aplicación de modelos, enfoques y tendencias que por años han orientado las decisiones de los dirigentes de las organizaciones, sin embargo, aún cuando ha quedado de manifiesto que no existe un método unívoco y aceptado de estrategia, se puede observar que, entre la diversidad disponible, se evidencia una cierta congruencia y compatibilidad entre todas ellas, puesto que, en general, estas son, abstracciones conceptuales que pretenden describir comportamientos congruentes de los actores en un contexto determinado y que por su consistencia se constituyen en estrategias.

El enfoque de análisis estratégico que ha tenido mayor difusión ha sido la “Estrategia de Mercado”, sin embargo, con el correr del tiempo, nuevas experiencias en torno a la creación de estrategias, más allá de los mercados tradicionales, ha posicionado en segundo lugar, la “Estrategia Institucional” mediante la cual se complementa una lectura razonada de la realidad que enfrentan personas e instituciones que interactúan en la complejidad de sus propias realidades y finalmente, la llamada “Estrategia Política”, termina por completar, por el momento y dado el actual avance teórico del diseño y creación de estrategias, un modelo que pone en evidencia la necesidad de reconocer y valorar diversas acepciones conceptuales, nuevas tecnologías e innovadores modos de enfrentar la gestión de las organizaciones.

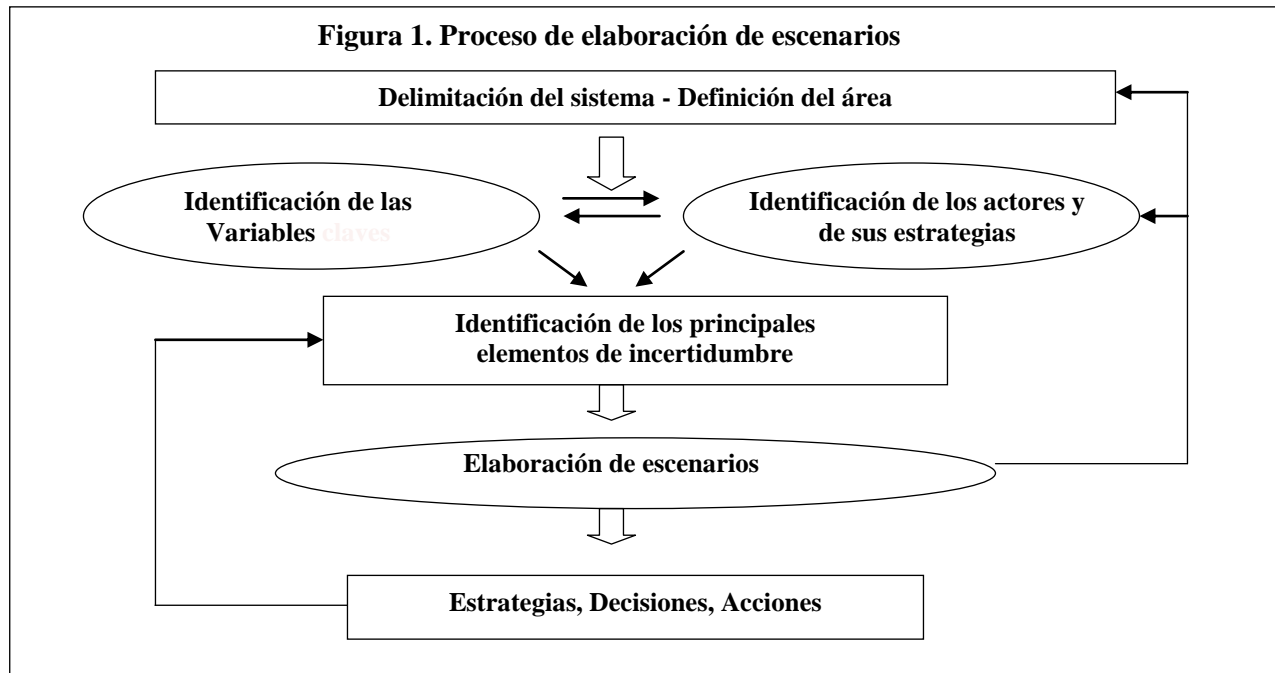
La integración en un único modelo de análisis de las dimensiones de Mercado, Institucional y Política, conlleva la exigencia de, en primer lugar, tener en cuenta el foco hacia el cual se dirige la gestión y las señales de factores que se consideran clave; en segundo lugar, la necesidad de identificar y definir a cuáles de esos elementos se aplica, las metáforas clave con la cual se expresa y los medios que utiliza y, tercero, reconocer la aplicabilidad de un cierto tipo de análisis, señalando cuáles son las soluciones típicas y cuáles son las estrategia específicas que, en cada tipo de estrategia es factible proponer.

PROSPECTIVA Y ESTRATEGIA APLICADA AL SECTOR SALUD

A continuación se detallan cuatro experiencias de análisis estratégico mediante el uso de la metodología prospectiva. Éstas describen el trabajo de cuatro grupos de profesionales que se desempeñan en el sector público de salud chileno y que atienden coberturas diferentes aunque complementarias, tanto desde el punto de vista territorial como desde la perspectiva de la complejidad de los servicios que sus respectivas instituciones prestan a la población usuaria.

La presentación de estas experiencias se realiza conforme un modelo estructurado de análisis que presenta a lo menos tres etapas perfectamente concatenadas, a decir, delimitación del sistema y subsistemas objeto del estudio prospectivo, la identificación de variables propias de cada subsistema, la identificación de actores relevantes y la conformación de los espacios de incertidumbre del análisis.

Finalmente, se elaboran los escenarios globales y micro escenarios propios de cada contexto sobre cuya base se proponen estrategias adecuadas a cada realidad. El modelo esquemático de estas etapas se presenta en la **figura 1** siguiente.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Como ya ha sido expresado, el análisis prospectivo permite mirar hacia el futuro con el propósito de definir acciones apropiadas y pertinentes en el presente de manera que permitan enfrentar de la mejor forma posible ese escenario futuro. La aplicación de este comprende tres fases: a) comprensión del presente, b) análisis de los requerimientos de futuro, y c) elaboración de escenarios futuros.

El resultado esperado consiste en llegar a formular estrategias acorde al escenario futuro; en este caso las aplicaciones han previsto un escenario futuro proyectado al año 2010. El escenario se constituye en un conjunto coherente de dimensiones concatenadas que describen una situación futura sobre la base de la proyección de áreas temáticas clave que son de preocupación, en esta oportunidad, para el sector de salud en sus diversas coberturas, de nivel comunal, provincial, regional y nacional, de las cuales se identifican un conjunto coherente de variables relevantes que se interrelacionan mutuamente. Los pasos previstos en estas experiencias consideran a lo menos las fases que se indican en la **tabla 1** siguiente:

Tabla 1. Pasos del Análisis de Estratégico basado en Escenarios Futuros

Pasos	Situaciones a las que se aplica
Áreas de preocupaciones clave	<u>Complejas</u>
Censo de las variables	de múltiples factores
Matriz de relaciones lógicas	de múltiples actores
Plano Motricidad-Dependencia	<u>Inciertas</u>
Análisis de Actores	Actitud pro-activa
Síntesis de las acciones estratégicas	Búsqueda de un proceso participativo apoyado en herramientas rigurosas
Grupo de trabajo interdisciplinario	
Trabajo por consenso en las distintas fases	Documentación sobre los elementos claves
Búsqueda de información	Consulta a expertos del área
Categorías de escenarios	
Escenario de tendencia	Escenario de ruptura
Proceso exploratorio hacia la situación más probable a partir del comportamiento de las variables del presente. (Futuro disponible)	Proceso exploratorio hacia una situación poco probable hoy
	Se construye en base a un germen (Futuro posible)

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA A NIVEL COMUNAL

A continuación, se presenta el trabajo realizado por los profesionales de un Departamento de Salud Comunal, efectuado en la perspectiva del periodo entre los años 2006 al 2010.

Análisis Estructural: Identificación de Áreas y Variables Clave del Sistema

En esa fase se identifica los elementos esenciales que pueden influir sobre la evolución del sistema de salud desde la perspectiva de la Comuna y comprende la realización de una serie de pasos necesarios e imprescindibles para proyectar el escenario futuro. Los participantes se reúnen para determinar cuáles son las variables del entorno que influyen en cuatro sectores clave del área de salud: 1) Entorno sectorial, 2) Ámbito tecnológico, 3) Ámbito procesos y otros y, 4) Regulaciones sectoriales, y que se explicitan en la **tabla 2** que se muestra a continuación.

Tabla 2. Áreas clave del Entorno y Variables

Entorno sectorial	Ámbito procesos y otros
1 Factores demográficos	12 Gestión de fármacos
2 Factores epidemiológicos	13 Trabajo en red, sectorial e intersectorial
3 Factores socioculturales	14 Estilo de gestión
4 Infraestructura del departamento de salud	15 Modelo de salud
5 Recursos humanos	16 Capacitación del personal
6 Recursos financieros	17 Participación comunitaria
Ámbito tecnológico	Regulaciones sectoriales
7 Equipamiento físico y movilización	18 Legislación en salud
8 Red informática	19 Legislación en A.P.S. (Atención Primaria de Salud)
9 Laboratorio	20 Legislación municipal
10 Equipos de apoyo diagnóstico	21 Regulación ética
11 Sistema de comunicación	22 Regulación administrativa

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Por medio del consenso, el grupo participante representativos del sector de la Salud Comunal procedió a identificar, ratificar y definir las áreas de preocupación sectorial y las variables que, en opinión de los profesionales, hacen parte cada una de éstas. Se identificaron 22 variables distribuidas en los cuatro subsistemas seleccionados. Estas variables, consideradas individualmente representan las preocupaciones funcionales y operacionales propias de las actividades del sector de la salud, sin embargo, la integración de todas ellas en un modelo comprensivo de tipo sistémico, pueden explicar y dar sentido a las propensiones de comportamiento sectorial de naturaleza compleja.

Es, el análisis conjunto e interactivo de las variables identificadas el que permite la elaboración sistemática de las perspectivas sectoriales de evolución y la elaboración de escenarios. Estos escenarios se conforman colectivamente por los actores de acuerdo con los futuros posibles que derivan de las combinaciones aleatorias que resultan de las variables en juego y cuyas relaciones mutuas representan

interfases técnicas de procesos clínicos y administrativos propios de la realidad de la salud comunal que pueden enfrentar.

El paso siguiente es analizar las relaciones de Influencia - Dependencia de las variables identificadas, que se efectúa mediante un análisis cruzado de las variables. Con ocasión de este análisis de influencia – dependencia, se optó por asignar grados de Influencia de acuerdo con la siguiente convención: 1 = bajo, 2 = medio y 3 = alto. El resultado se muestra en la siguiente matriz de relaciones lógicas de Influencia – Dependencia (**tabla 3**).

Tabla 3. Matriz de relaciones lógicas de influencia – dependencia de variables

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	
Entorno sectorial																							
(1) Factores demográficos	0	3	2	1	2	3	1	1	3	2	1	2	3	1	3	2	2	1	1	1	1	1	37
(2) Factores epidemiológicos	1	0	1	2	2	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	1	1	1	1	37
(3) Factores socioculturales	1	2	0	1	2	3	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	3	1	1	1	1	1	30
(4) Infraestructura del Depto. de Salud	1	1	1	0	3	2	3	2	1	3	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	33
(5) Recursos humanos	1	2	1	2	0	2	2	2	1	2	2	3	3	3	3	3	2	1	1	1	2	2	41
(6) Recursos financieros	1	2	1	3	3	0	3	3	3	3	2	3	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	39
Ámbito tecnológico																							
(7) Equipamiento, físico y movilización	1	1	1	1	2	2	0	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	27
(8) Red Informática	1	1	1	1	2	2	1	0	1	2	2	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	32
(9) Laboratorio	1	2	1	1	1	3	2	1	0	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28
(10) Equipos de apoyo diagnóstico	1	2	1	1	2	2	1	1	1	0	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	28
(11) Sistema de comunicación	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	0	2	3	3	1	2	3	1	1	1	3	2	35
Ámbito procesos y otros																							
(12) Gestión de Fármacos	1	2	1	1	1	3	1	1	2	2	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27
(13) Trabajo en red, Sectorial e Intersectorial	1	2	3	1	2	2	2	1	3	2	3	2	0	2	3	2	3	1	1	1	1	1	39
(14) Estilo de gestión	1	1	1	1	3	3	2	2	2	2	3	2	3	0	3	2	3	1	1	1	2	2	41
(15) Modelo de Salud	1	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	0	3	3	2	2	1	2	2	50
(16) Capacitación del personal	1	2	1	1	3	2	1	2	1	2	2	1	2	2	3	0	2	1	1	1	1	1	33
(17) Participación comunitaria	1	2	3	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	0	1	1	1	2	2	29
Regulaciones sectoriales																							
(18) Legislación en salud	1	3	1	2	3	3	2	1	3	2	2	3	2	1	3	3	2	0	3	1	3	3	47
(19) Legislación en A.P.S.	1	1	1	1	3	3	1	2	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	0	1	2	3	32
(20) Legislación Municipal	1	1	3	1	3	3	3	3	1	1	2	2	3	1	1	2	1	3	2	0	3	3	43
(21) Regulación ética	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	2	26
(22) Regulación administrativa	1	1	1	2	3	3	2	2	3	2	3	3	2	2	2	3	1	1	1	1	3	0	42
	21	36	30	28	47	50	37	34	36	38	42	41	47	33	42	40	35	26	25	21	34	33	

De la matriz de relaciones lógicas de variables que se presentó en la **tabla 3**, se obtienen los niveles de influencia-dependencia de las mismas. La **tabla 4** siguiente muestra estos niveles de relación en magnitudes que van desde los 21 puntos como mínimo de dependencia hasta 50 como máximo. Lo propio ocurre con la influencia que se mueve en un rango que va de 27 a 50 puntos.

Tabla 4. Niveles de Influencia – Dependencia de análisis de relaciones lógicas

Entorno sectorial	DEP	INF
Factores demográficos	21	37
Factores epidemiológicos	36	37
Factores socioculturales	30	30
Infraestructura del departamento de salud	28	33
Recursos humanos	47	41
Recursos financieros	50	39
Ámbito tecnológico		
Equipamiento, físico y movilización	37	27
Red informática	34	32
Laboratorio	36	28
Equipos de apoyo diagnóstico	38	28
Sistema de comunicación	42	35
Ámbito procesos y otros		
Gestión de fármacos	41	27
Trabajo en red, sectorial e intersectorial	47	39
Estilo de gestión	33	41
Modelo de salud	42	50
Capacitación del personal	40	33
Participación comunitaria	35	29
Regulaciones sectoriales		
Legislación en salud	26	47
Legislación en A.P.S.	25	32
Legislación municipal	21	43
Regulación ética	34	26
Regulación administrativa	33	42

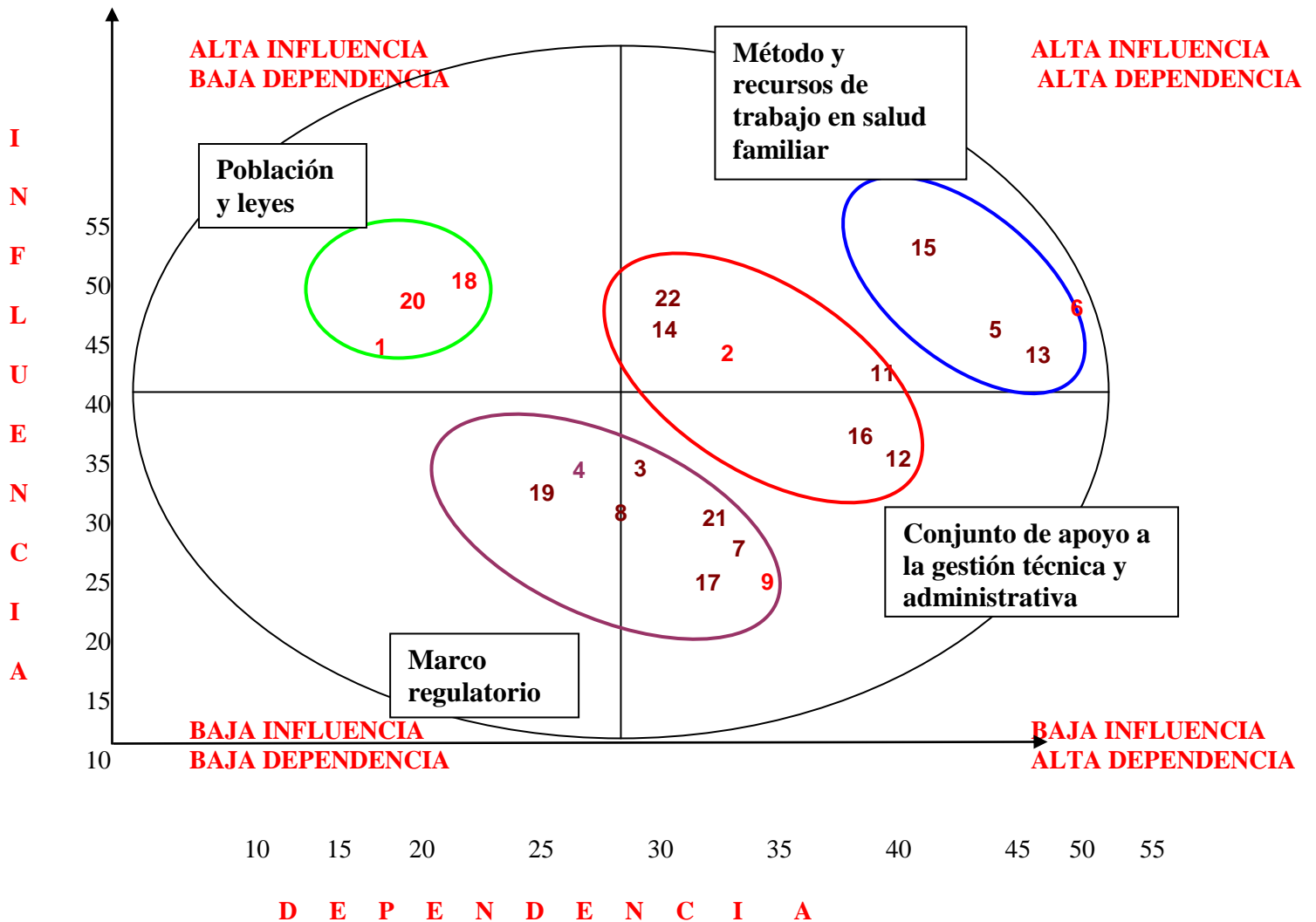
INF: Influencia, DEP: Dependencia

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Derivado del trabajo grupal realizado en torno a la Matriz de Influencia – Dependencia, se pudo evidenciar de manera gráfica un escenario global constituido por cuatro microescenarios. Estos constituyen nubes de variables que ponen en relación variables concatenadas y exponen una cierta proyectiva de esos aspectos del sector de la salud en un horizonte temporal que va del año 2006 al 2010 (**tabla 5 y gráfico 1**).

El proceso de prospección a nivel comunal se expone en la forma de un gráfico que relaciona adecuadamente los niveles de Influencia – Dependencia en un plano de puntos. En dicho plano cada una de las 22 variables del análisis combina, en un par ordenado, los puntajes obtenidos. El plano de Influencia – Dependencia de las variables en estudio, representa la forma en que se expresa la realidad de la salud comunal y que es observable en micro escenarios y agregadamente en un escenario global. El gráfico permite agrupar, según sus grados de influencia o dependencia mutua, las diversas variables identificadas conformando diversos microescenarios, como se observa en el gráfico siguiente.

Gráfico 1. Escenario del Sector Salud Comunal



Micro escenario: Población y leyes (verde, superior izquierdo)

Micro escenario: Método y recursos de trabajo en salud familiar (azul, superior derecho)

Micro escenario: Conjunto de apoyo a la gestión técnica y administrativa (rojo, superior central)

Micro escenario: Marco regulatorio (violeta, inferior central)

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

La interpretación de las variables del escenario y de los microescenarios respectivos se facilita dada la clasificación y agrupamiento de dichas variables. Esta clasificación se realiza mediante la participación del grupo de profesionales representativos de la realidad objeto quienes por consenso las categorizar en Pesadas, Emergentes y Portadoras de Futuro según se puede apreciar en la **tabla 5**.

Tabla 5. Categorización de variables del escenario

	Pesadas ^a	Emergentes ^b	Aportadoras de futuro ^c
Entorno sectorial			
Factores demográficos	X		
Factores epidemiológicos	X		
Factores socioculturales	X		
Infraestructura del departamento de salud		X	
Recursos humanos			X
Recursos financieros	X		
Ámbito tecnológico			
Equipamiento, físico y movilización		X	
Red informática			X
Laboratorio	X		
Equipos de apoyo diagnóstico	X		
Sistema de comunicación		X	
Ámbito procesos y otros			
Gestión de fármacos		X	
Trabajo en red, sectorial e intersectorial			X
Estilo de gestión		X	
Modelo de salud			X
Capacitación del personal			X
Participación comunitaria	X		
Regulaciones sectoriales			
Legislación en salud	X		
Legislación en A.P.S.	X		
Legislación municipal	X		
Regulación ética		X	
Regulación administrativa	X		

^aPesadas: Fenómeno supuestamente permanente de lenta evolución.

^bEmergentes: Señal ínfima hoy, que puede tener consecuencias importantes mañana.

^cPortadoras de futuro: Tendencia a largo plazo.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Análisis de Micro Escenarios y Variables Constituyentes

Como resultado de la Matriz de Influencia – Dependencia y luego del análisis gráfico de los microescenarios, el grupo de profesionales definió cuatro nubes de variables (nubes de escenarios del **gráfico 1**) que en conjunto dan forma al escenario proyectado del sector salud a nivel comunal para el periodo 2006 – 2010. Las variables que dan forma a cada micro escenario se presentan a continuación en la **tabla 6**.

Tabla 6. Micro escenarios de la salud comunal

Micro escenarios				
Nombre	Población y leyes	Marco regulatorio	Conjunto de apoyo a la gestión técnico administrativa	Métodos y recursos de trabajo en salud familiar
Variables	Factores demográficos Legislación en salud Regulación administrativa	Factores socioculturales Infraestructura del departamento de salud Equipamiento físico y movilización Laboratorio Participación comunitaria Legislación en A.P.S. Regulación ética Red informática	Factores epidemiológicos Equipos de apoyo diagnóstico Sistema de comunicación Gestión de fármacos Estilo de gestión Capacitación del personal Regulación administrativa	Recursos humanos Recursos financieros Trabajo en red, sectorial e intersectorial Modelo de salud

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Dado el carácter poco flexible y escasa variación de los factores que conforman el micro escenario “métodos y recursos de trabajo en salud familiar”, se decidió por consenso no considerarlo dentro del análisis. Por lo tanto, las fases siguientes del análisis se realizan sobre la base de los micro escenarios 1) población y leyes, 2) marco regulatorio, y 3) conjunto de apoyo a la gestión técnico administrativa.

Interpretación de los Escenarios Futuros

Micro escenario Población y leyes: En este escenario se observa que: No hay mucho cambio, población con participación más activa, población más informada y cuestionadora, población menos demandante, existencia de más pacientes crónicos, más patologías de salud mental, más organizaciones comunitarias, cambios en la estructura familiar, disminución en la tasa de fecundidad, pacientes con mayor conocimiento de sus derechos, la legislación municipal se mantiene en el tiempo, la legislación en salud se modificará con mayor frecuencia, se dispondrá de mayor conocimiento de la legislación que regula el sector, habrá mayor capacidad de dar respuesta a la comunidad y mayor fiscalización y evaluación de los funcionarios de salud.

Micro escenario Marco regulatorio: En lo estructural se espera contar con dos CESFAM, dos Centros de Salud Comunitario y once postas. En lo administrativo contar con dos directores de CESFAM, equipos de cabecera. En lo técnico contar con convenios docente asistencial; con fichas informatizadas y en red con todo el nivel primario. Se espera que los usuarios sean educados en el buen uso de los recursos; medicinas complementarias no tradicionales al interior de los establecimientos; equipos de cabecera

comprometidos con el 100% de la población a cargo; usuarios con co-pago; con flexibilidad horaria; con mayor tiempo destinado a las actividades promocionales; usuarios protagónicos tomando decisiones sobre su cuidado de la salud; mayor agilidad en la transferencia de recursos; que el ínter sector asuma con responsabilidad los condicionantes de la salud; que la línea 800 funcione con el celular; que la red de salud pública y privada comunal, funcione eficientemente; autocontrol de pacientes crónicos; funcionarios con mayor auto cuidado de su salud; grupos autoayudas validadas con equipo preocupadas por su asociatividad; todos los funcionarios sectorizados; transdisciplina más eficiente; equipos de excelencia; municipio cumplimiento con atribuciones legales.

Micro escenario Conjunto de apoyo a la gestión técnico administrativa: Se espera que exista un sistema ágil, flexible, financiado, humanizado, eficiente, moderno, eficaz, actualizado, informatizado, coordinado, intersectorial y con capacitación pertinente.

Análisis FODA

Efectuada la interpretación de la prospectiva que sugieren cada uno de los microescenarios, se inicia la fase de análisis situacional externo que conlleva contrastar la realidad del sistema de salud comunal con la interpretación prospectiva de cada uno de los microescenarios, procediendo a identificar las debilidades y amenazas que derivan del análisis. La **tabla 7** evidencia las impresiones que derivan de esta contrastación estratégica para el análisis situacional externo mediante la técnica del FODA.

Tabla 7. Análisis Situacional Externo

	Estrategias		
	Población y leyes	Marco regulatorio	Conjunto de apoyo a la gestión técnico administrativa
FODA	Sistema de información comunitaria habitual y sistemáticamente distribuida. Los sistemas de atención alcanzan su madurez en la atención de pacientes crónicos.	Proliferación de los CESFAM. Posicionamiento de los Centros de Salud Comunitario. Énfasis en convenios docente asistencial; con fichas informatizadas y en red con todo el nivel primario.	Sistema de atención de pacientes ágil y flexible. El financiamiento en manos de organizaciones especializadas y coordinadas intersectorialmente.
Oportunidades	Más organizaciones comunitarias. Mayores niveles de participación ciudadana	Modelo de salud familiar visto como oportunidad Comunidad más informada	Ordena el quehacer a través de normas, planes y programas
Amenazas	Incremento de pacientes crónicos, No hay mucha tendencia al cambio, Población exigente y cuestionadora. Mayor fiscalización. La legislación en salud se modificará con mayor frecuencia, Aumento en la población adulto mayor Legislación desfasada con el modelo de atención	Poca participación comunitaria Aumento progresivo del gasto del personal a través de la carrera funcionaria Ley A.P.S. en revisión Incertidumbre en el futuro en la administración de salud Comunidad organizada en base a temáticas de interés (grupos diabéticos, grupo de cuidadores)	Restricción presupuestaria Influencia política en decisiones institucionales Cambios demográficos Emigración de profesionales Sociedad consumista Débil formación valórica Centros de derivación macro no responden a los requerimientos nacionales

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Algo similar ocurre con el llamado análisis situacional interno, a través del cual se procede a realizar al análisis situacional interno, en el cual el sistema de salud comunal contrasta los diversos escenarios a fin de determinar las fortalezas y debilidades que derivan del análisis. La **tabla 8** pone de manifiesto las características que deberá gestionar el sector de salud comunal objeto del análisis.

Tabla 8. Análisis situacional interno

	Estrategias		
	Población y leyes	Marco regulatorio	Conjunto de apoyo a la gestión técnico administrativa
FODA	Sistema de información comunitaria habitual y sistemáticamente distribuida. Los sistemas de atención alcanzan su madurez en la atención de pacientes crónicos.	Proliferación de los CESFAM. Posicionamiento de los Centros de Salud Comunitario. Énfasis en convenios docente asistencial; con fichas informatizadas y en red con todo el nivel primario.	Sistema de atención de pacientes ágil y flexible. El financiamiento en manos de organizaciones especializadas y coordinadas intersectorialmente.
Fortalezas	Equipo humano interno estable en el tiempo Asimilación de la influencia proveniente del escenario global	Equipos humanos con experiencias previas en el modelo de salud Conocimiento de la población Equipos estables y con continuidad Equipamiento e infraestructura funcional	Da las orientaciones técnicas En epidemiología trabaja con diagnósticos establecidos Regula el uso racional de fármacos Establece regulación financiera Actualización de conocimientos acorde a requerimientos Comunicaciones más fluidas y rápidas Estilo de gestión más horizontal y personalizado Transparencia de la gestión (cuenta pública) Precisión diagnóstica
Debilidades	Variables pesadas difíciles de modificar Falta de difusión de la legislación en salud y legislación municipal	Rigidez legal Tendencia administrativa altamente burocrática Poca participación funcionaria Escasez de recursos económicos Resistencia al cambio Equipo proactivo con directivos que delegan poco Poca responsabilidad funcionaria en el uso de los recursos y de los resultados	No se cuenta con RRHH para reemplazar al que se capacita No se ha capacitado a los directivos en el nuevo modelo de gestión Nivel secundario y terciario desconoce o tiene capacitación mínima en modelo de salud familiar Capacitación no ha sido homogénea Se ha informado a la población sobre sus derechos pero no sobre sus deberes El uso de lenguaje técnico dificulta la comunicación Tiempos de atención definidos por concentración de actividades son limitado, lo que dificulta la comunicación Equipamiento de apoyo diagnóstico es insuficiente y en ocasiones inexistente Falta personal capacitado en el uso de equipos para nuevas patologías CENABAST no garantiza calidad de fármacos

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Análisis de Actores del Escenario

El método de análisis de escenarios contempla a su vez un acercamiento a los comportamientos estimados de los actores más relevantes del contexto que se proyecta a futuro, de manera que, en este caso, se procedió a identificar cinco actores considerados clave.

Estos actores interactúan entre sí a partir de sus respectivas posiciones en un estado futuro determinado por los microescenarios definidos previamente. Cada uno de estos actores se vincula con los restantes a partir de su particular perspectiva, a decir, determinada por su propósito, los medios con los cuales cuenta y los problemas que cada uno de ellos enfrenta y que en cada caso se describen en las **tabla 9, 10 y 11**.

Tabla 9. Actores del Micro escenario: Población y Leyes

1. Servicio de Salud	2. Municipalidad
Propósito: Orientación para el cumplimiento de metas. Medios: Recursos humanos y financieros. Problemas: Falta de recursos.	Propósito: Proporcionar una adecuada atención de salud a la población de la comuna. Medios: Departamento de salud. Problemas: Alta demanda de la población y falta de recursos financieros.
3. Comunidad	4. Intersector
Propósito: Recuperar la salud. Medios: Previsión de salud. Problemas: Oferta insuficiente y baja resolutivead.	Propósito: Participación en redes. Medios: Organización en conjunto. Problemas: Falta de compromiso del intersector y falta de sensibilidad de las autoridades de los diferentes sectores.
5. Familia	
Propósito: Recuperar y mantener la salud. Medios: Previsión de salud, participación comunitaria e interacción con su equipo de sector. Problemas: Falta de autocuidado, mala calidad de comunicación al interior y oferta insuficiente y baja resolutivead.	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

La siguiente secuencia del análisis, conlleva determinar las relaciones de influencia dependencia mutua entre los actores, misma que se gradúa en la asignación de los siguientes puntajes: 0 puntos, ninguna relación o no relevante; 1 punto baja influencia, 2 puntos, mediana influencia y 3 puntos, alta influencia, según se evidencia en la **tabla 10**.

Tabla 10. Matriz de influencia / dependencia de actores

Influencia/ Dependencia	Servicio salud	Municipalidad	Comunidad	Intersector	Familia	Total influencia
Servicio salud	0	2	1	1	1	5
Municipalidad	1	0	3	2	1	7
Comunidad	1	2	0	2	3	8
Intersector	1	2	2	0	2	7
Familia	1	1	2	2	0	6
Total Dependencia	4	7	8	7	7	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

De conformidad con los puntajes asignados, la **tabla 10** pone de manifiesto que el actor “Comunidad” es la más influyente (8 puntos) a nivel Comunal en tanto que es así mismo las más dependiente (8 puntos).

De manera similar a lo indicado, se realizó un análisis de los actores más relevantes del contexto que implica el escenario Marco regulatorio, procediendo a identificar ocho actores considerados clave como se conserva en la **tabla 11**.

Tabla 11. Actores del Micro escenario: Marco Regulatorio

1. Servicio de Salud Propósito: Coordinar la red. Medios: Financiamiento, normas técnicas, asesoría y monitoreo. Problemas: Falta coordinación y asesoría, burocracia y alta rotación de directivos.	2. Hospital Propósito: Brindar atención secundaria y atención de urgencia. Medios: Infraestructura, RRHH y tecnología. Problemas: Económicos, gestión y coordinación.
3. Municipalidad Propósito: Administrar la salud municipal. Medios: Departamento de salud comunal. Problemas: Falta financiamiento, burocracia y alta rotación de autoridades políticas.	4. Familia Propósito: Unidad básica de cuidados. Medios: Medios: Integrantes recursos. Problemas: Crisis normativas y no normativas.
5. Autoridad Sanitaria Propósito: Fiscalizar la red pública y privada de salud. Medios: Ley actual, sumarios administrativos y supervisión. Problemas: Se desconocen niveles operativos.	6. Departamento de Salud Propósito: Entregar atención primaria en salud. Medios: Establecimientos, recursos humanos y técnicos. Problemas: Fallas humanas y clínicas.
7. Intersector Propósito: Responder a las necesidades de la población. Medios: Distintas instituciones. Problemas: Falta coordinación, duplicidad de funciones y actividades.	8. Funcionarios Propósito: Atender a usuarios, mantener y mejorar condiciones laborales. Medios: Herramientas de cada rol, competencias y habilidades. Problemas: Desconfianza y deslealtad.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

De la misma forma que se analizó las implicaciones mutuas de actores de la **tabla 3**, se procedió a establecer las relaciones de Influencia - Dependencia de los actores entre sí, llevado a efecto mediante un análisis cruzado de actores y considerando tres grados de Influencia alternativos de acuerdo con la siguiente convención: 1 = bajo, 2 = medio y 3 = alto. El resultado se muestra en la matriz de relaciones lógicas (**tabla 12**).

Tabla 12. Matriz de influencia / dependencia de actores

Influencia / dependencia	Servicio Salud	Municipio	Autoridad Sanitaria	Intersector	Hospital	Comunidad	Usuario	Familia	Depto. Salud	Funcionarios
Serv Salud	0	2	2	1	1	1	1	1	2	1
Municipio	3	0	1	2	1	3	2	2	3	2
A. Sanitaria	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1
Intersector	1	3	3	0	1	3	2	2	2	2
Hospital	3	1	2	1	0	2	2	2	2	1
Comunidad	1	3	1	3	2	0	2	2	2	3
Usuario	1	2	1	2	1	2	3	0	3	3
Familia	1	2	1	1	3	2	0	3	3	3
Depto. Salud	3	3	2	2	2	2	2	2	0	2
Funcionarios	1	3	1	1	1	2	2	1	3	0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

De igual modo se trabajó respecto del micro escenario Conjunto de Apoyo a la Gestión Técnico Administrativa respecto del cual se identificó cinco tipos de actores relevantes que dan vida a relaciones mutuas de influencia – dependencia como se muestra en la **tabla 13**.

Tabla 13. Actores del Micro escenario: Conjunto de Apoyo a la Gestión Técnico Administrativa

1. Ministerio de Salud	2. Municipio
Propósito: Regula el accionar del resto de los actores. Medios: A través de planes y programas. Problemas: Gestión vertical, gestión financiera deficiente.	Propósito: Administrar salud comunal. Medios: Dirección comunal, transferencia de fondos. Problemas: Per cápita insuficiente (transferencia de fondos en general).
3. Dirección Comunal	4. Hospital
Propósito: Responsable de la administración de salud. Medios: CESFAM, postas, centros satélites, equipos de cabecera. Problemas: Cambio de rol, recursos financieros.	Propósito: Velar por la atención secundaria y coordinarse con atención secundaria y terciaria. Medios: UCRA, SOME, Dirección. Problemas: Cambio de rol, recursos financieros.
5. Usuario	
Propósito: Mantenerse sano y recuperar su salud oportunamente. Medios: Autocuidado, actividades de promoción, equipos de atención familiar. Problemas: Sigue siendo “paciente”.	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Complementariamente a lo detallado en las páginas anteriores, se analizaron las implicaciones mutuas de actores, estableciendo relaciones de Influencia - Dependencia de los actores entre sí mediante un análisis de actores y considerando tres grados de Influencia alternativos: 1 = bajo, 2 = medio y 3 = alto. El resultado se muestra en la matriz de relaciones lógicas (**tabla 14**).

Tabla 14. Matriz de influencia / dependencia de actores

Influencia / dependencia	Ministerio	Municipio	Dirección Comunal	Hospital	Usuario
Ministerio	0	3	3	3	2
Municipio	1	0	3	1	1
Dirección Comunal	1	2	0	2	3
Hospital	1	1	2	0	3
Usuario	1	2	2	2	0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Finalmente, se procedió a la evaluación de la estrategia conforme los criterios previamente definidos de Adecuación, Validez, Coherencia, Practicabilidad, Vulnerabilidad y Recompensas potenciales.

La evaluación de las estrategias fue elaborada por los grupos profesionales participantes del diseño de acuerdo con las respuestas favorables o desfavorables que derivaron de la interpretación del juego interactivo de las estrategias en sus respectivos escenarios y conforme las estimaciones de acción y reacción de los actores que en cada caso fueron identificados y a los niveles de influencia / dependencia mutuos previsibles en sus respectivos contextos. La **tabla 15** evidencia los argumentos de evaluación determinados para cada una de las estrategias definidas para enfrentar cada uno de los microescenarios definidos para el sector de la salud a nivel comunal.

Tabla 15. Evaluación de las estrategias

Criterios de evaluación	Estrategias		
	Población y leyes	Marco regulatorio	Conjunto de apoyo a la gestión técnico administrativa
Criterios de evaluación	Sistema de información comunitaria habitual y sistemáticamente distribuida. Los sistemas de atención alcanzan su madurez en la atención de pacientes crónicos.	Proliferación de los CESFAM. Posicionamiento de los Centros de Salud Comunitario. Énfasis en convenios docente asistencial; con fichas informatizadas y en red con todo el nivel primario.	Sistema de atención de pacientes ágil y flexible. El financiamiento en manos de organizaciones especializadas y coordinadas intersectorialmente.
Adecuación	Se ajusta a la demografía de la población	Dice relación con los factores socioculturales. Existe infraestructura pertinente en el departamento de salud	Se aplica en función de los equipos de apoyo diagnóstico disponibles
Validez	Se sustenta conceptualmente bien	Acorde con la legislación en A.P.S.	Como es el caso de la gestión de fármacos, pabellones, logística, entre otros
Coherencia	Dice relación con la legislación vigente en salud	Equipamiento físico, logístico ajustado a los requerimientos (Laboratorio)	Con el sistema de comunicación formal e informal disponible
Practicabilidad	De acuerdo con la regulación administrativa	Se ajusta a la regulación ética del sector	Sobre la base de la experiencia adquirida por el estilo de gestión. Ajustada a la regulación administrativa habitual
Vulnerabilidad	Cambios en la economía inadvertidos	Eventuales debilidades en la Red informática	Eventuales cambios en factores epidemiológicos de la población
Recompensas potenciales	Más bien de tipo social y humano	El activo que implica un incremento en la participación comunitaria	El equipo humano capitaliza el esfuerzo vía capacitación del personal

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Estrategia del Sector Salud a Nivel Provincial

A continuación, se presenta el trabajo realizado por los profesionales del Servicio de Salud de una Provincia, efectuado en la perspectiva del periodo que va desde el año 2006 al 2010.

En esta ocasión, los profesionales participantes se reúnen para determinar cuáles son las áreas clave de preocupación que dan forma al entorno que enfrentan y que influyen en, a lo menos, cuatro sectores clave del área de salud: 1) Entorno sectorial, 2) Ámbito tecnológico, 3) Ámbito procesos y otros y, 4) Regulaciones sectoriales. El paso inmediatamente correlacionado fue la elaboración de la matriz de relaciones lógicas la que se elaboró gracias al consenso de grupo de profesionales.

Análisis estructural: Identificación de áreas y variables² claves del sistema. En primer lugar se procedió a identificar y definir las áreas clave de preocupación y las variables que las constituyen. Manteniendo la lógica del análisis, en esta experiencia se identifican también las dimensiones clave del sistema de salud a nivel provincial y que comprende la realización de pasos análogos a los realizados a nivel comunal y que se muestran en la **tabla 16**.

Tabla 16. Áreas y variables del entorno de la salud provincial

Factor recursos humanos		Factor recursos físicos	
1	Competencias	17	Tecnología de punta
2	Compromiso	18	Equipamiento Clínico
3	Incentivos	19	Infraestructura
4	Cantidad (n°)	20	Movilización y Transporte
5	Información	21	Mantenimiento
6	Alineación		
7	Supervisión		
8	Liderazgo		
Factor articulación en red		Factor satisfacción usuaria	
9	Coordinación	22	Participación ciudadana
10	Sistemas de Información	23	Derechos y deberes
11	Guías Clínicas	24	Desconfianza
12	Regulaciones Normativas	25	Nivel Socioeconómico
13	Comunicación Efectiva	26	Perfil Epidemiológico
14	Dualidad de Dependencia		
15	Burocracia		
16	Cartera de Servicios		

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

² Elemento que puede influir sobre la evolución del sistema considerado.

En esta fase del análisis se determinaron las relaciones de Influencia - Dependencia de las variables de cada área clave, y que se efectuaron mediante el análisis cruzado de ellas. La puesta en aplicación de este análisis implicó definir los grados de influencia – dependencia, mediante la aplicación de puntajes según la convención siguiente: 1 = bajo, 2 = medio y 3 = alto. El resultado se muestra en la **tabla 17** que determina la matriz de relaciones lógicas.

Tabla 17. Matriz de relaciones lógicas de influencia – dependencia de variables

Factor de Recursos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Humanos																
1 Competencias	0	2	2	1	3	2	3	2	1	2	3	2	2	1	1	1
2 Compromiso	1	0	3	1	2	3	2	2	2	1	1	2	3	3	2	1
3 Incentivos	2	1	0	1	1	1	2	2	2	1	1	3	1	2	2	1
4 Cantidad	2	2	1	0	1	1	2	2	1	1	1	3	2	2	2	3
5 Información	2	3	1	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
6 Alineación	3	3	3	1	3	0	2	3	3	2	3	3	3	3	2	1
7 Supervisión	2	2	1	3	2	3	0	2	2	3	3	3	3	3	2	1
8 Liderazgo	3	3	1	2	2	3	2	0	2	2	1	2	3	3	2	1
Factor Articulación en Red																
9 Coordinación	3	3	2	2	3	3	3	3	0	3	2	3	3	3	2	2
10 Sistemas de información	2	2	1	2	3	2	2	3	3	0	1	3	3	3	2	2
11 Guías clínicas	1	2	1	1	2	3	3	2	3	3	0	3	2	1	2	2
12 Regulaciones normativas	2	2	1	1	3	3	3	3	3	2	3	0	2	2	2	3
13 Comunicación efectiva	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	0	3	2	1
14 Dualidad de dependencia	1	1	2	2	3	3	3	3	3	2	1	2	3	0	2	1
15 Burocracia	2	2	1	2	3	3	2	3	3	2	1	3	3	2	0	2
16 Cartera de servicios	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	0
Factor Recursos Físicos																
17 Tecnología de punta	3	2	1	1	3	2	2	3	3	3	2	1	1	1	1	2
18 Equipamiento clínico	3	2	1	2	2	2	2	2	3	3	2	1	1	1	1	2
19 Infraestructura	1	1	1	3	1	1	1	3	1	2	2	2	1	1	2	3
20 Movilización y transporte	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	1	2	2	2	3	1
21 Mantención	3	3	1	2	2	2	3	2	3	2	1	2	2	2	3	1
Factor Satisfacción																
22 Participación ciudadana	2	2	2	1	3	3	1	3	2	2	1	2	3	2	3	1
23 Derechos y deberes	1	2	1	1	3	3	1	2	2	2	3	3	3	2	3	2
24 Desconfianza	3	3	1	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	2
25 Nivel socioeconómico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26 Perfil epidemiológico	2	2	1	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	1	2
	53	55	39	50	64	67	63	72	70	65	58	71	72	67	66	58

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Tabla 17. Matriz de relaciones lógicas de influencia – dependencia de variables

Factor de Recursos Humanos		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
1	Competencias	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	43
2	Compromiso	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	42
3	Incentivos	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	38
4	Cantidad (n°)	3	2	3	2	2	1	1	1	1	3	45
5	Información	3	2	1	1	1	2	2	3	2	2	61
6	Alineación	2	2	1	1	1	3	2	1	1	3	55
7	Supervisión	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	51
8	Liderazgo	2	1	1	1	1	2	2	3	1	1	47
Factor Articulación en Red												
9	Coordinación	3	1	1	2	2	1	2	3	1	1	57
10	Sistemas de información	3	1	1	1	2	2	2	1	1	1	49
11	Guías clínicas	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	45
12	Regulaciones normativas	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	47
13	Comunicación efectiva	2	1	1	2	2	2	3	3	2	1	57
14	Dualidad de dependencia	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	47
15	Burocracia	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	48
16	Cartera de servicios	3	3	3	3	3	3	2	1	1	3	66
Factor Recursos Físicos												
17	Tecnología de punta	0	2	3	1	3	1	1	1	1	2	46
18	Equipamiento clínico	3	0	3	1	3	1	1	1	1	2	46
19	Infraestructura	3	3	0	1	2	1	1	1	1	2	41
20	Movilización y transporte	3	3	1	0	1	1	1	1	1	3	50
21	Mantenición	3	3	1	1	0	1	1	1	1	1	47
Factor Satisfacción												
22	Participación ciudadana	2	1	1	1	1	0	3	3	3	3	51
23	Derechos y deberes	2	2	2	2	2	3	0	3	3	2	55
24	Desconfianza	3	3	3	3	3	3	3	0	1	2	65
25	Nivel socioeconómico	2	2	2	2	1	3	1	1	0	3	33
26	Perfil epidemiológico	2	2	1	1	1	3	2	1	3	0	52
		75	66	60	54	61	67	65	65	59	73	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

De la matriz de relaciones lógicas de variables detallada en la **tabla 17**, se obtuvo los niveles de influencia y dependencia de las mismas. La **tabla 18** muestra estos niveles de relación en magnitudes que van desde los 39 puntos como mínimo de dependencia hasta 75 como máximo. Lo propio ocurre con la influencia que se mueve en un rango que va de 33 puntos hasta 66 puntos como máximo.

**Tabla 18. Niveles de Influencia – Dependencia
del análisis de relaciones lógicas**

Factor recursos humanos		DEP^a	INF^b
1	Competencias	53	43
2	Compromiso	55	42
3	Incentivos	39	38
4	Cantidad (n°)	50	45
5	Información	64	61
6	Alineación	67	55
7	Supervisión	63	51
8	Liderazgo	72	47
Factor articulación en red			
9	Coordinación	70	57
10	Sistemas de Información	65	49
11	Guías Clínicas	58	45
12	Regulaciones Normativas	71	47
13	Comunicación Efectiva	72	57
14	Dualidad de Dependencia	67	47
15	Burocracia	66	48
16	Cartera de Servicios	58	66
Factor recursos físicos			
17	Tecnología de punta	75	46
18	Equipamiento Clínico	66	46
19	Infraestructura	60	41
20	Movilización y Transporte	54	50
21	Mantenimiento	61	47
Factor satisfacción usuaria			
22	Participación ciudadana	67	51
23	Derechos y deberes	65	55
24	Desconfianza	65	65
25	Nivel Socioeconómico	59	33
26	Perfil Epidemiológico	73	52

^aINF: Influencia

^bDEP: Dependencia

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

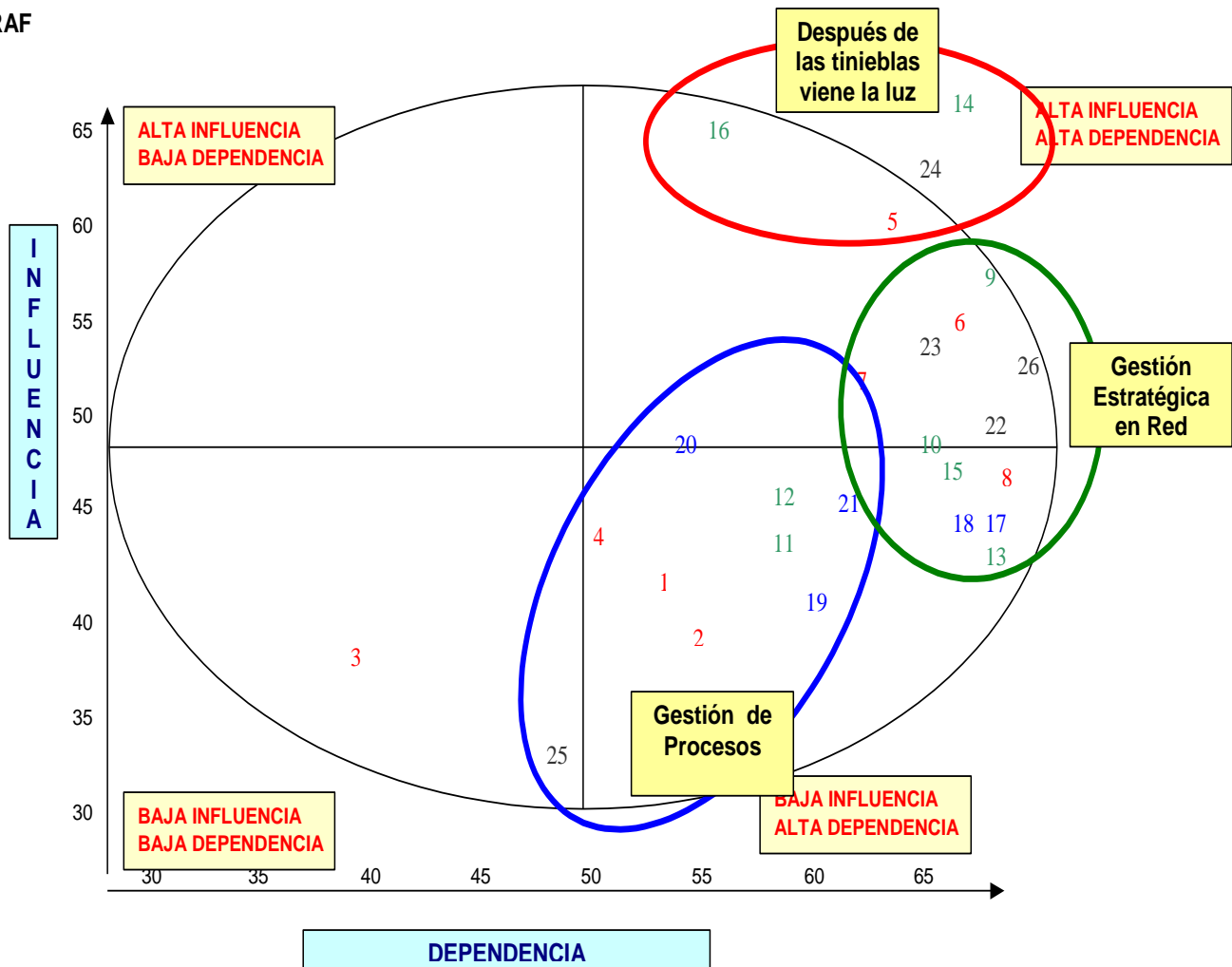
Producto del trabajo grupal realizado con los profesionales del sector de la salud en torno a la Matriz de Influencia – Dependencia, se logró evidenciar la gráfica del escenario global y de los microescenarios que lo conforman, los cuales se agrupan en nubes de variables que dan forma a la proyección del sector salud para el periodo 2006 – 2010.

El proceso de prospección a nivel provincial del escenario global fue graficado convenientemente en el plano Influencia – Dependencia, en el cual se distribuyeron, según su mérito, las 26 variables en estudio.

En dicha representación las variables se agruparon según sus perfiles de influencia o dependencia mutua de manera que se hicieran observables los micro escenarios, como se puede observar en el **gráfico 2** siguiente.

Gráfico 2: Escenario del sector salud a nivel provincial

GRAF



Micro escenario: Gestión de procesos (azul)

Micro escenario: Gestión estratégica en red (verde)

Micro escenario: Después de las tinieblas viene la luz (rojo)

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

En la siguiente fase las variables en análisis fueron clasificadas según los criterios de la prospectiva, asignándoles las cualidades de Pesadas, Emergentes y Portadoras de Futuro según se muestra en la **tabla 19**.

Tabla 19. Categorización de variables del escenario

	Pesadas^a	Emergentes^b	Aportadoras de futuro^c
Factor recursos humanos			
Competencias		X	
Compromiso	X		
Incentivos		X	
Cantidad (n°)		X	
Información		X	
Alineación		X	
Supervisión		X	
Liderazgo			X
Factor articulación en red			
Coordinación		X	
Sistemas de Información			X
Guías Clínicas		X	
Regulaciones Normativas	X		
Comunicación Efectiva		X	
Dualidad de Dependencia	X		
Burocracia	X		
Cartera de Servicios		X	
Factor recursos físicos			
Tecnología de punta			X
Equipamiento Clínico		X	
Infraestructura		X	
Movilización y Transporte		X	
Mantenimiento			X
Factor satisfacción usuaria			
Participación ciudadana		X	
Derechos y deberes		X	
Desconfianza	X		
Nivel Socioeconómico	X		
Perfil Epidemiológico	X		
	7	15	4

^aVariables pesadas: Fenómeno supuestamente permanente de lenta evolución.

^bEmergentes: Señal ínfima hoy, que puede tener consecuencias importantes mañana.

^cPortadoras de futuro: Tendencia a largo plazo.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Análisis de Microescenario y Variables Constituyentes

Como resultado de la Matriz de Influencia – Dependencia y luego del análisis gráfico de los micro escenarios, el grupo de profesionales definió tres nubes de variables sobre la base de los grados de influencia – dependencia mutua que dan sentido al escenario proyectado del sector salud a nivel provincial para el periodo 2006 - 2010. Las nubes se conforman con las siguientes variables que se muestran en la **tabla 20**:

Tabla 20. Identificación de variables de cada micro escenario

Micro escenarios		
Nombre	Después de las tinieblas viene la luz	Gestión de procesos
Variables	1. Información	1. Compromiso
	2. Dualidad de dependencia	2. Cantidad
	3. Cartera de servicios	3. Guías Clínicas
	4. Desconfianza	4. Regulaciones normativas
		5. Infraestructura
		6. Movilización y transporte
		7. Mantención
		8. Nivel socioeconómico
3: Gestión estratégica en red		
Variables	1. Alineación	7. Burocracia
	2. Supervisión	8. Tecnología de punta
	3. Liderazgo	9. Equipamiento clínico
	4. Coordinación	10. Participación ciudadana
	5. Sistemas de información	11. Derechos y deberes
	6. Comunicación efectiva	12. Perfil epidemiológico

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Interpretación de los Escenarios Futuros

A continuación se definen cada uno de los microescenarios de acuerdo con las variables que los conforman y se efectúan las interpretaciones pertinentes a fin de elaborar las directrices que de cada uno de ellos surgen a futuro. Estas orientaciones se derivan de un proceso de lluvia de ideas que los propios profesionales realizan en trabajo de grupo. Cada micro escenario es descrito con relación a las variables que contiene y a las opciones que ofrece.

Micro escenario *Después de las tinieblas viene la luz*, se interpreta como sigue: Dualidad de dependencia influye en la cartera de servicio que impide una buena gestión, generando asimetría de información llevando a la desconfianza del usuario interno y externo de la red.

Micro escenario *Gestión de procesos*, su interpretación es la siguiente: Dice relación con la adecuada gestión de las variables clave que dan forma a los procesos clínicos y hacen evidente al usuario las prestaciones que la salud ofrece a la población. Algunas de estas variables son ocultas a la vista del paciente como las guías clínicas y regulaciones normativas pero otras les son evidentes como infraestructura, movilización y su propia situación socioeconómica.

Micro escenario *Gestión estratégica en red*, la interpretación que sugiere es la siguiente: El sistema de prestadores de salud debe estar dirigido mediante la aplicación de un liderazgo de características

transformacionales, coordinador y alineador de los diversos actores de la red mediante una comunicación efectiva y apoyado con tecnología de punta, Éste deberá considerar el perfil epidemiológico de la población que esté en su cobertura y deberá asegurar su contribución a la satisfacción usuaria dando los espacios pertinentes a la participación ciudadana.

Análisis FODA Provincial

La interpretación prospectiva identificó tres microescenarios. El análisis situacional externo contrasta el sistema de salud provincial con la evidencia de cada uno de los microescenarios, e identifica oportunidades y amenazas. La **tabla 21** muestra las evaluaciones realizadas en torno a la vinculación del sistema de salud provincial con su entorno.

Tabla 21. Análisis situacional externo

	Después de las tinieblas viene la luz	Estrategias Gestión de procesos	Gestión estratégica en red
FODA	<p>Cartera de servicio eficaz y con una ágil y oportuna gestión. Plan de información y seguimiento tendiente a superar la natural asimetría de información y la consecuente desconfianza de usuarios interno y externo de la red.</p>	<p>Gestión de las variables clave de procesos clínicos. Guías clínicas y regulaciones normativas claras y conocidas. Disposición de medios clave como infraestructura, movilización.</p>	<p>Aplicación de liderazgo transformacional. Plan de comunicación efectiva y apoyada con tecnología de punta. Establecer un plan de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población. Plan de satisfacción usuaria dando los espacios pertinentes a la participación ciudadana.</p>
Oportunidades	<p>La reforma hace prever nuevos horizontes. La separación de funciones de entes prestadores, reguladores y financiadores de la salud. Demografía de la población estable</p>	<p>Modelo de salud familiar visto como oportunidad Rol trascendente de la salud primaria. Surgimiento de los Cesfam. Comunidad más informada y organizada (grupos diabéticos, grupo de cuidadores) Conocimiento de la población</p>	<p>Nuevos enfoques en gestión de la salud.</p>
Amenazas	<p>Población adulta mayor Dependencia no claras Cartera de servicio indefinida Asimetrías de información</p>	<p>Poca participación comunitaria Aumento progresivo del gasto del personal a través de la carrera funcionaria Ley A.P.S. en revisión Incertidumbre en el futuro en la administración de salud</p>	<p>Restricción presupuestaria Influencia política en decisiones institucionales Cambios demográficos Emigración de profesionales Sociedad consumista Débil formación valórica Centros de derivación no eficaz a nivel nacional</p>

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

En la misma línea de trabajo, se realiza el análisis situacional interno del sistema de salud provincial, determinando fortalezas y debilidades. La **tabla 22** siguiente evidencia las características del entorno que enfrenta el sistema de salud provincial.

Tabla 22: Análisis situacional interno

		Estrategias	
		Después de las tinieblas viene la luz	Gestión de procesos
			Gestión estratégica en red
FODA		Cartera de servicio eficaz y con una ágil y oportuna gestión. Plan de información y seguimiento tendiente a superar la natural asimetría de información y la consecuente desconfianza de usuarios interno y externo de la red.	Gestión de las variables clave de procesos clínicos. Guías clínicas y regulaciones normativas claras y conocidas. Disposición de medios clave como infraestructura, movilización.
			Aplicación de liderazgo transformacional. Plan de comunicación efectiva y apoyado con tecnología de punta. Establecer un plan de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población. Plan de satisfacción usuaria dando los espacios pertinentes a la participación ciudadana.
Fortalezas	Compromiso interno del personal de salud	Experiencia de los equipos de trabajo Equipos estables y con continuidad Equipamiento e infraestructura.	Ordena le ejecución de planes y programas Orienta en lo técnico Regula procesos Facilita una gestión más horizontal y personalizada
Debilidades	Cultura pesada Escasa difusión de la legislación Contraposición con la normativa comunal Desconfianza del usuario eterno.	Administrativa burocrática Escasez de recursos Actitud de resistencia al cambio Equipos humanos reactivos Escasa delegación de funciones	Bajo nivel de capacitación Se desconoce resolutiveidad de niveles inferiores Capacitación eterogenea Ruidos de comunicación por lenguaje técnico Equipamiento de apoyo diagnóstico es insuficiente Falta personal cualificado en nuevas patologías No se garantiza calidad de fármacos.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Análisis de Actores

Mediante el análisis de escenarios se realiza también un estudio de los actores más relevantes del contexto en el que se proyecta el futuro posible, en este caso, identificando tres actores clave.

La interacción entre los actores se efectúa desde sus posiciones proyectadas al estado futuro representado por los microescenarios. Estos actores se vinculan entre sí en un juego de equilibrios mutuos en el cual las variables son sus propósitos, los medios de que disponen y los conflictos o desafíos que enfrentan, estos se describen en la **tabla 23**.

Tabla 23. Matriz del análisis de actores

Actores	Usuarios	Funcionarios	Gestor de redes
Usuarios	Propósito Solucionar su problema de salud Medios Solicitar apoyo según la magnitud de su problema en un servicio de urgencia Problemas Tiempo de espera prolongado Dificultad de acceso Trato inadecuado	Propósito Confianza y valoración en la atención de urgencia Medios Consulta de salud con comunicación efectiva Problemas Escasa comunicación y empatía	Propósito Lograr una atención de salud eficiente Medios Recursos, normas, apoyo institucional Problemas Falta de educación ciudadana, insatisfacción usuaria, situación socioeconómica
Funcionario	Propósito Atención oportuna, buen trato e información Medios Consultas, Procedimientos, OIRS Problemas Lenguaje técnico Trato inadecuado Altas expectativas Limitación de Recursos	Propósito Brindar una atención oportuna y de calidad Medios Equipos multidisciplinares coordinados Problemas Presión asistencial (demanda oferta)	Propósito Trabajo eficiente, eficaz y efectivo en la red. Medios Liderazgo, Trabajo en equipo, Coordinación y Recursos Problemas Falta de comprensión del propósito de la red
Gestor de redes	Propósito Espera que se le asignen los recursos Medios Participación ciudadana, reclamo a nivel de autoridades políticas, OIRS Problemas Falta de escucha activa	Propósito Liderazgo y facilitador de la red Medios Entrega de los recursos necesarios Problemas Inexistencia de coordinador de red de urgencia	Propósito Articular la red de urgencia con criterios de eficiencia y efectividad en beneficio de los usuarios internos y externos Medios Recursos, normas, apoyo institucional y regulación Problemas Dualidad de dependencia, Situación demo y geográfica, Situación socioeconómica y Situación geopolítica

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

En la última fase, se realizó una evaluación de las estrategias de acuerdo con los criterios de Adecuación, Validez, Coherencia, Practicabilidad, Vulnerabilidad y Recompensas potenciales.

Cada una de las estrategias elaboradas por los grupos profesionales se analizaron en sus respectivos escenarios estimando las eventuales acciones y reacciones mutuas de los actores y considerando a su vez los niveles de influencia de sus respectivos contextos.

La **tabla 24** evidencia los argumentos de evaluación determinados para cada una de las estrategias definidas para enfrentar los escenarios definidos.

Tabla 24. Evaluación de las estrategias

	Estrategias		
	Después de las tinieblas viene la luz	Gestión de procesos	Gestión estratégica en red
Criterios de evaluación	Cartera de servicio eficaz y con una ágil y oportuna gestión. Plan de información y seguimiento tendiente a superar la natural asimetría de información y la consecuente desconfianza de usuarios interno y externo de la red.	Gestión de las variables clave de procesos clínicos. Guías clínicas y regulaciones normativas claras y conocidas. Disposición de medios clave como infraestructura, movilización.	Aplicación de liderazgo transformacional. Plan de comunicación efectiva y apoyado con tecnología de punta. Establecer un plan de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población. Plan de satisfacción usuaria dando los espacios pertinentes a la participación ciudadana.
Adecuación	Se ajusta a las disponibilidades de información del sistema	Se ajusta a los medios de movilización, transporte e Infraestructura disponible	Sobre la base de aplicar tecnología de punta y Disponer de equipamiento clínico.
Validez	Coincide con la oferta prevista en la cartera de servicios	Se sostiene en la disponibilidad de guías clínicas (2005 – 2005)	Se alinea con la visión colectiva que comparten los miembros de la organización
Coherencia	Mediante la aplicación de una adecuada supervisión de las operaciones.	De acuerdo con los compromisos individuales y colectivos vigentes	Mediante la aplicación de métodos de coordinación y ejercicio de un liderazgo efectivo
Practicabilidad	Supera las falencias derivadas de la dualidad de dependencia ministerial – municipal de la salud.	Materializa la puesta en aplicación de nuevas regulaciones y normativas	Mediante la aplicación de sistemas de información y comunicación efectivas .
Vulnerabilidad	Representada principalmente por la natural desconfianza de los equipos humanos.	Puede verse afectada por la evolución y dinámica del nivel socioeconómico de la población.	Por el eventual cambio en el perfil epidemiológico de la aplicación o por la acentuación de métodos burocráticos de gestión.
Recompensas potenciales	La ciudadanía valora la innovación si perciba que va en su beneficio	Por la mantención y solvencia de procesos aprendidos así como por la Cantidad se servicio transferido a la población	Se genera un capital social en cuanto participación ciudadana así como reconocimiento de los derechos y deberes de la ciudadanía

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo

ESTRATEGIA DEL SECTOR SALUD A NIVEL REGIONAL

En esta parte del estudio, se presenta la experiencia de creación de estrategia para el sector salud realizada con la participación de profesionales de una Región representativa, de los niveles primario, secundario y terciario de salud, así como de las unidades gestoras y reguladoras como son el Servicio de Salud y la Secretaría Regional Ministerial de la misma. El trabajo se realizó en sesiones consecutivas implicando un esfuerzo colectivo que se extendió a lo largo de un mes de reuniones grupales para el levantamiento de datos y plenarias para el arribo de consensos.

A continuación, se detallan los pasos seguidos en las fases de descripción, análisis y creación de estrategias previstas para un escenario localizado al año 2010.

Identificación de Áreas Clave de Preocupación Sectorial y Variables del Escenario

Se conformaron dos grupos de trabajo. Cada uno de ellos trabajó en la determinación de las 42 variables del entorno que influyen en cuatro áreas clave de preocupación del sector salud, a decir; 1) Entorno sectorial, 2) Ámbito tecnológico, 3) Ámbito procesos y otros y, 4) Regulaciones sectoriales, como se observa en la **tabla 25**.

Tabla 25. Variables identificadas para el análisis de escenario

Grupo 1	Grupo 2
Entorno sectorial	Entorno sectorial
1. Cultura	1. Política
2. Nivel socioeconómico	2. Económica
3. Ruralidad	3. Recurso humano
4. Saneamiento básico	4. Demanda
5. Edad	5. Cambios demográficos
6. Escolaridad	
7. Tipo de trabajo	
8. Perfil epidemiológico	
9. Accesibilidad	
Ámbito tecnológico	Ámbito tecnológico
10. Sistema de información	6. Económicos
11. Personal capacitado	7. Recurso humano
12. Equipamiento	8. Políticas e innovación
13. Presupuesto	9. Accesibilidad
Ámbito procesos y otros	Ámbito procesos y otros
14. Normas y procedimientos	10. Directiva competente
15. Personas	11. Revisión gremial
16. Presupuesto	12. Recurso humano competente
17. Comunicaciones	13. Recurso tecnológico
18. Políticas institucionales	14. Recurso físico
Regulaciones sectoriales	Regulaciones sectoriales
19. Código sanitario	
20. Normas ministeriales	
21. Guías clínicas	15. Decisiones políticas
22. Ges	16. Conocimiento científico
23. Estatuto administrativo	17. Cambios medioambientales
24. Código del trabajo	
25. Manual de normas	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Posteriormente, estas variables fueron analizadas y compatibilizadas en un listado único de 35 variables de consenso, como se muestra a continuación (**tabla 26**):

Tabla 26. Variables unificadas para el análisis de escenarios futuros

Entorno sectorial		Ámbito procesos y otros	
1	Cultura	18	Normas y procedimientos
2	Nivel socioeconómico	19	Sistema informático
3	Ruralidad	20	Comunicaciones políticas institucionales
4	Saneamiento básico	21	Directivos competentes
5	Tipo de trabajo	22	Presión gremial
6	Variables macroeconómicas	23	Recursos tecnológicos
7	Variables de recursos humanos	24	Recursos físicos
8	Demanda	25	
9	Cambios demográficos		
10	Perfil epidemiológico		
11	Escolaridad de los usuarios		
12	Accesibilidad de los usuarios		
Ámbito tecnológico		Regulaciones sectoriales	
13	Sistema de información	26	Código sanitario
14	Equipamiento	27	Normas ministeriales
15	Presupuesto	28	Guías clínicas
16	Políticas de innovación	29	Garantías explícitas de salud
17	Accesibilidad a la tecnología	30	Estatuto administrativo
		31	Código del trabajo
		32	Manual de normas
		33	Decisiones políticas
		34	Conocimiento científico
		35	Cambios medioambientales

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Análisis de Relaciones Lógicas de Influencia – Dependencia de las Variables del Escenario

El conjunto de profesionales participantes de la prospectiva, determinaron en esta segunda fase del análisis, las relaciones de Influencia - Dependencia mutua de las variables a partir del análisis cruzado de todas ellas en una tabla de doble entrada. Este proceso significó definir los niveles de influencia – dependencia, mediante la aplicación de puntajes según la convención siguiente: 1 = bajo, 2 = medio y 3 = alto. El resultado se muestra en la **tabla 27** que determina la matriz de relaciones lógicas.

Tabla 27. Matriz de relaciones lógicas de influencia – dependencia de variables/matriz de relaciones lógicas de variables del entorno regional

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)
Entorno sectorial																				
(1) Cultura	0	3	1	2	3	1	2	3	2	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	2
(2) Nivel socioeconómico	3	0	3	3	1	1	1	3	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2
(3) Ruralidad	3	3	0	3	3	1	1	3	3	2	3	3	1	1	1	1	2	1	1	3
(4) Saneamiento básico	1	1	1	0	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
(5) Tipo de trabajo	2	3	3	3	0	1	1	2	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
(6) Variables macroeconómicas	3	3	3	3	3	0	2	2	1	2	2	2	2	3	3	2	2	1	2	3
(7) Variables de recursos humanos	1	1	1	1	2	1	0	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2
(8) Demanda	1	1	1	1	1	2	3	0	1	1	1	3	2	2	3	3	2	2	2	2
(9) Cambios demográficos	2	2	2	2	2	2	2	3	0	3	2	2	1	2	2	3	1	2	1	1
(10) Perfil epidemiológico	1	1	1	1	1	2	2	3	1	0	1	2	1	2	3	3	1	1	1	1
(11) Escolaridad de los usuarios	3	3	3	3	3	2	1	2	2	2	0	2	2	1	1	1	2	1	1	2
(12) Accesibilidad de los usuarios	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	0	2	2	2	2	1	1	1	2
Ámbito tecnológico																				
(13) Sistema de información	3	1	2	2	2	1	1	3	1	2	1	3	0	2	2	2	2	1	2	2
(14) Equipamiento	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	0	2	3	3	1	2	2
(15) Presupuesto	1	1	1	2	1	1	3	2	1	1	1	3	2	3	0	2	3	1	2	2
(16) Políticas de innovación	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2
(17) Accesibilidad a la tecnología	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	0	1	2	2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Tabla 27. Matriz de relaciones lógicas de influencia – dependencia de variables/matriz de relaciones lógicas de variables del entorno regional

Ámbito procesos y otros																				
(18) Normas y procedimientos	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	0	3	1
(19) Sistema informático	3	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	3	3	2	3	3	3	2	0	3
(20) Comunicaciones	3	2	3	1	2	3	2	3	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	0
(21) Políticas institucionales	1	1	1	2	3	1	3	3	1	2	1	3	2	3	3	3	2	1	2	3
(22) Directivos competentes	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	3	2	3	3	3	1	3	1	3
(23) Presión gremial	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	3	1	2
(24) Recursos tecnológicos	3	1	3	2	3	1	3	3	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3
(25) Recursos físicos	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	3	1	3	3	3	2	1	2	2
Regulaciones sectoriales																				
(26) Código sanitario	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1
(27) Normas ministeriales	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	3	2	2
(28) Guías clínicas	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	3	1	2
(29) Ges	2	1	1	1	1	2	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3
(30) Estatuto administrativo	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
(31) Código del trabajo	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
(32) Manual de normas	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1
(33) Decisiones políticas	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	2	3	3	2	1	2	2
(34) Conocimiento científico	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	3	3	2	2	2
(35) Cambios medioambientales	1	2	3	3	3	2	2	2	2	3	1	2	1	1	2	3	1	2	1	2
	57	49	53	59	59	46	66	68	42	53	42	73	53	63	69	75	60	55	53	67

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Tabla 27. Matriz de relaciones lógicas de influencia – dependencia de variables/matriz de relaciones lógicas de variables del entorno regional

	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	(30)	(31)	(32)	(33)	(34)	(35)	
Entorno sectorial																
(1) Cultura	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	55
(2) Nivel socioeconómico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	51
(3) Ruralidad	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	56
(4) Saneamiento básico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	38
(5) Tipo de trabajo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	48
(6) Variables macroeconómicas	2	2	2	3	3	1	1	1	2	1	1	1	3	3	2	72
(7) Variables de recursos humanos	3	3	3	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	54
(8) Demanda	3	2	3	2	3	1	2	2	3	1	1	2	3	1	1	64
(9) Cambios demográficos	3	1	1	1	2	1	3	3	1	1	1	2	2	2	2	63
(10) Perfil epidemiológico	3	1	1	2	2	1	1	2	3	1	1	1	3	3	1	55
(11) Escolaridad de los usuarios	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	54
(12) Accesibilidad de los usuarios	2	1	2	2	2	1	1	2	3	1	1	1	3	1	1	50
Ámbito tecnológico																
(13) Sistema de información	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	57
(14) Equipamiento	2	1	1	2	2	1	1	2	3	1	1	1	2	2	1	53
(15) Presupuesto	3	1	2	3	3	1	1	1	2	1	1	1	3	2	1	59
(16) Políticas de innovación	2	2	2	2	2	1	2	3	3	1	1	2	2	3	2	62
(17) Accesibilidad a la tecnología	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	50

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Tabla 27. Matriz de relaciones lógicas de influencia – dependencia de variables/matriz de relaciones lógicas de variables del entorno regional

Ámbito procesos y otros																
(18) Normas y procedimientos	2	1	2	3	3	3	2	3	3	1	1	3	1	1	2	58
(19) Sistema informático	1	1	3	3	3	1	2	1	3	1	1	2	2	2	1	66
(20) Comunicaciones	2	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	3	1	54
(21) Políticas institucionales	0	3	3	2	2	1	1	1	3	1	1	3	1	3	2	68
(22) Directivos competentes	3	0	3	2	2	1	1	1	3	1	1	2	3	2	1	62
(23) Presión gremial	3	2	0	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	55
(24) Recursos tecnológicos	1	1	1	0	2	1	1	3	3	1	1	3	1	3	2	73
(25) Recursos físicos	2	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	52
Regulaciones sectoriales																
(26) Código sanitario	2	1	1	1	1	0	2	1	1	1	1	2	2	1	2	44
(27) Normas ministeriales	3	3	2	2	2	2	0	3	3	2	1	3	2	2	2	69
(28) Guías clínicas	1	1	1	2	2	1	1	0	3	1	1	2	1	2	1	49
(29) Ges	3	3	3	3	3	1	2	3	0	1	1	3	3	3	1	79
(30) Estatuto administrativo	2	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	1	41
(31) Código del trabajo	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	2	1	1	41
(32) Manual de normas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	37
(33) Decisiones políticas	2	3	2	2	2	2	2	1	3	2	2	1	0	2	2	70
(34) Conocimiento científico	3	1	1	2	2	2	2	3	3	1	1	2	2	0	2	62
(35) Cambios medioambientales	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	3	2	0	64
	70	51	60	61	61	40	46	55	69	36	35	56	71	62	50	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

La matriz de relaciones lógicas, presenta las variables analizadas en términos de sus vinculaciones de influencia – dependencia a partir de las cuales se obtienen los datos agregados de la **tabla 28** siguiente que muestra los grados de relación en magnitudes que van desde los 35 puntos como mínimo de dependencia hasta 75 como máximo. De igual forma los niveles de influencia fluctúan en un rango que va desde los 38 puntos como mínimo hasta los 79 puntos de máximo.

Tabla 28. Niveles de Influencia – Dependencia análisis de relaciones lógicas

Entorno sectorial		DEP	INF
1	Cultura	57	55
2	Nivel socioeconómico	49	51
3	Ruralidad	53	56
4	Saneamiento básico	59	38
5	Tipo de trabajo	59	48
6	Variables macroeconómicas	46	72
7	Variables de recursos humanos	66	54
8	Demanda	68	64
9	Cambios demográficos	42	63
10	Perfil epidemiológico	53	55
11	Escolaridad de los usuarios	42	54
12	Accesibilidad de los usuarios	73	50
Ámbito tecnológico			
13	Sistema de información	53	57
14	Equipamiento	63	53
15	Presupuesto	69	59
16	Políticas de innovación	75	62
17	Accesibilidad a la tecnología	60	50
Ámbito procesos y otros			
18	Normas y procedimientos	55	58
19	Sistema informático	53	66
20	Comunicaciones	67	54
21	Políticas institucionales	70	68
22	Directivos competentes	51	62
23	Presión gremial	60	55
24	Recursos tecnológicos	61	73
25	Recursos físicos	61	52
Regulaciones sectoriales			
26	Código sanitario	40	44
27	Normas ministeriales	46	69
28	Guías clínicas	55	49
29	Ges	69	79
30	Estatuto administrativo	36	41
31	Código del trabajo	35	41
32	Manual de normas	56	37
33	Decisiones políticas	71	70
34	Conocimiento científico	62	62
35	Cambios medioambientales	50	64

INF: Influencia, DEP: Dependencia

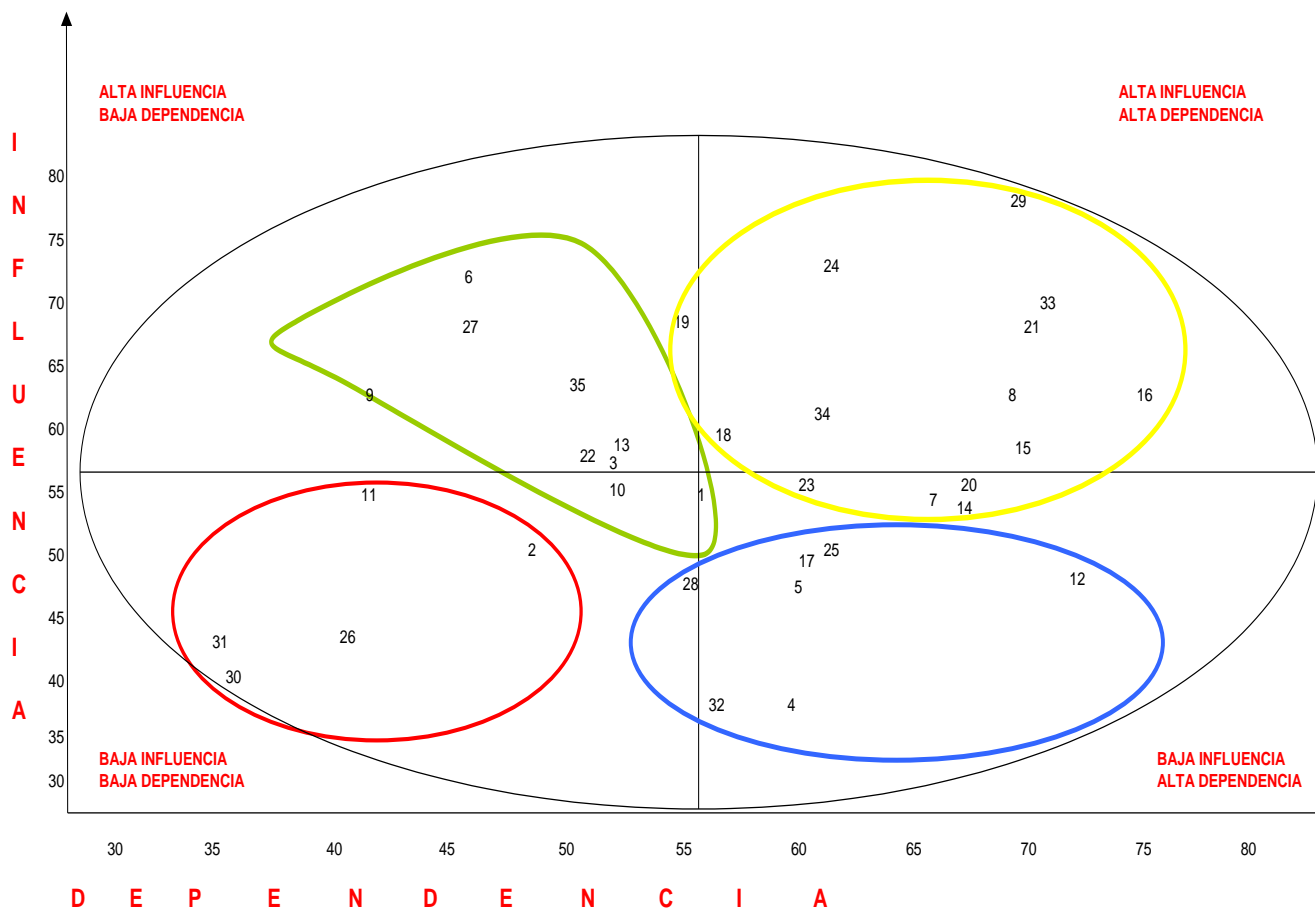
Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Los profesionales del sector de la salud de nivel regional identificaron un total de 35 variables que fueron analizadas en su mérito a fin de constituir con ellas un sistema representativo de la realidad.

Análisis Gráfico del Escenario Futuro a Nivel Regional

Luego del trabajo grupal realizado con dichas variables en torno a la Matriz de Influencia – Dependencia, se conformaron grupos de variables denominados micro escenarios con los cuales se dio forma a un escenario global proyectado al periodo 2006 – 2010 (**gráfico 3**). La prospectiva regional se materializa en un escenario que se observa gráficamente en el plano de Influencia – Dependencia, en el cual se ubican las 35 variables en estudio. La gráfica de variables evidencia grupos coherentes de acuerdo con sus grados de influencia o dependencia mutua de forma tal que conforman micro escenarios claramente identificables y singulares que dan sentido al escenario global como se muestra **gráfico 3**.

Gráfico 3. Escenario del sector salud a nivel regional



Micro escenario: Regulaciones y condicionantes del sector (rojo)

Micro escenario: Población y medio ambiente (verde)

Micro escenario: Gestión institucional (amarillo)

Micro escenario: Recursos internos de apoyo a los procesos de salud (azul).

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Del mismo modo como se procedió con respecto a los micro escenarios de nivel provincial, en esta ocasión, las variables que participan del escenario de nivel regional fueron también clasificadas para su análisis y eventual agrupamiento de acuerdo con los criterios de la prospectiva asignándoles las categorías de Pesadas, Emergentes y Portadoras de Futuro según se muestra en la **tabla 29**.

Tabla 29. Categorización de variables del escenario

	Pesadas	Emergentes	Aportadoras de futuro
Entorno sectorial			
Cultura	X		
Nivel socioeconómico		X	
Ruralidad		X	
Saneamiento básico			X
Tipo de trabajo		X	
Variables macroeconómicas	X		
Variables de recursos humanos	X		
Demanda			X
Cambios demográficos		X	
Perfil epidemiológico			X
Escolaridad de los usuarios			X
Accesibilidad de los usuarios		X	
Ámbito tecnológico			
Sistema de información			X
Equipamiento		X	
Presupuesto	X		
Políticas de innovación			X
Accesibilidad a la tecnología	X		
Ámbito procesos y otros			
Normas y procedimientos			X
Sistema informático		X	
Comunicaciones		X	
Políticas institucionales	X		
Directivos competentes		X	
Presión gremial			X
Recursos tecnológicos			X
Recursos físicos			X

Variables pesadas: Fenómeno supuestamente permanente de lenta evolución.

Variables Emergentes: Señal ínfima hoy, que puede tener consecuencias importantes mañana.

Variables Portadoras de futuro: Tendencia a largo plazo.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Tabla 29. Categorización de variables del escenario

Regulaciones sectoriales				
Código sanitario	X			
Normas ministeriales		X		
Guías clínicas				X
Ges				X
Estatuto administrativo	X			
Código del trabajo	X			
Manual de normas				X
Decisiones políticas	X			
Conocimiento científico				X
Cambios medioambientales				X

Variables pesadas: Fenómeno supuestamente permanente de lenta evolución.

Variables Emergentes: Señal ínfima hoy, que puede tener consecuencias importantes mañana.

Variables Portadoras de futuro: Tendencia a largo plazo.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Identificación de las Nubes de Escenario y Análisis de las Variables Constituyentes

Como resultado de la Matriz de Influencia – Dependencia, se definen cuatro nubes que en conjunto conforman el escenario proyectado del sector salud a nivel regional para el año 2010. Las nubes se conforman por las siguientes variables (**tabla 30**):

Tabla 30. Análisis de micro escenarios y variables constituyentes

Nombre	Micro escenarios			
	Regulación y condicionantes del sector	Recursos internos de apoyo a los procesos de salud	Población y medio ambiente	Gestión institucional
Variables	Nivel socioeconómico	Saneamiento básico	Cultura	Demanda
	Escolaridad de los usuarios	Tipo de trabajo	Ruralidad	Variables de RRHH
	Código sanitario	Accesibilidad de los usuarios	Variables macroeconómicas	Equipamiento
	Estatuto administrativo	Accesibilidad a la tecnología	Cambios demográficos	Presupuesto
	Código del trabajo	Recursos físicos	Perfil epidemiológico	Políticas de innovación
		Guías clínicas	Sistema de información	Normas y procedimientos
		Manual de normas	Directivos competentes	Sistema informático
			Normas ministeriales	Comunicaciones
			Cambios medioambientales	Políticas institucionales
				Presión gremial

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Interpretación de los Microescenarios

El siguiente paso fue el análisis e interpretación de cada uno de los microescenarios de acuerdo con las variables que los conforman. Se realizó un análisis razonado de éstos a fin de elaborar una adecuada interpretación de sus componentes y sobre dicha base elaborar directrices estratégicas adecuadas para cada micro escenario proyectado a futuro. Las orientaciones alcanzadas se lograron producto de la integración y armonización de las diversas ideas obtenidas del grupo de análisis prospectivo constituido por los profesionales del sector salud en estudio. Cada microescenario fue descrito con respecto a las variables constituyentes y de acuerdo con las opciones evidenciadas a futuro en una proyección al periodo 2006 - 2010. A continuación en la **tabla 31** se presenta una descripción de cada uno de los microescenarios proyectados:

Tabla 31. Interpretación de los microescenarios

Micro escenario Regulación y condicionantes del sector
Pone en evidencia el conjunto de variables que tienen relación con los asuntos legales, sociales y de regulación, en manos de instancias ajenas al sistema de salud que no son modificables a corto plazo, por lo que, el escenario al año 2010 se mantendrá similar al actual en este ámbito.
Micro escenario Recursos internos de apoyo a los procesos de salud
Da cuenta de las necesidades de recursos y herramientas necesarias que deben ser incorporadas al trabajo en el sector salud. Éstas se observan como altamente cambiantes, ya que dependen mucho del resto de las variables y, a su vez, no tienen la capacidad de influir mayormente en las otras variables. Se relacionan con decisiones tomadas a nivel central basadas en los cambios constantes del sector salud.
Micro escenario Población y medio ambiente
Corresponde a una de las dimensiones más relevantes para quienes laboran en el sector de la salud en el contexto de las instituciones de dependencia del sector público. Quienes trabajan en estas dependencias, reconocen el servicio que prestan a la población y las relaciones de dependencia mutua que mantienen con ellas, lo cual les genera la necesidad de adaptarse a los cambios de las necesidades de salud que la población evidencia. En esta dimensión quienes laboran en el sector deben tener frecuentemente en consideración la influencia del entorno.
Micro escenario Gestión institucional
En este contexto de nivel institucional se refleja la necesidad de la participación comunitaria en conjunto con los distintos centros de responsabilidad a través de los cuales se estructuran las unidades prestadoras de salud, debiendo reconocer las áreas de influencia, tanto internas como externas, que ellas conllevan para dar debida respuesta a las inmensas demandas políticas y demográficas que les corresponde atender y que se visualiza cada vez más relevantes y frecuentes al año 2010. Dado el carácter poco flexible y escasa variación de los factores que conforman el Micro escenario “variables de regulaciones que actúan como condicionantes del sector”, se decidió no considerar dentro de los análisis siguientes dicho micro escenario; por lo tanto, el análisis se centró básicamente en los micro escenarios 1) Recursos internos de apoyo a los procesos de salud, 2) Población y medio ambiente, y 3) Gestión institucional.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Definición de Estrategias y Análisis Situacional

La **tabla 32** explicita la propuesta estratégica que deriva de las variables que conforman cada uno de los microescenarios. Esta propuesta se define y acota a dicho contexto de acuerdo con las acciones clave que se estima dan sentido a una respuesta consciente y apegada a la realidad de cada micro escenario. Según la respectiva realidad de cada micro escenario se lleva a su vez un análisis **FODA** y, posteriormente, la evaluación, según los criterios pertinentes, de la estrategia correspondiente.

Tabla 32. Definición de estrategias para cada micro escenario

Micro escenarios		
Recursos internos de apoyo a los procesos de salud	Población y medio ambiente	Gestión institucional
Estrategia 1:	Estrategia 2:	Estrategia 3:
Creación de un equipo provincial encargado de la comunicación	Otorgar atención de salud integral a toda la población. Entendiéndose que la salud integral considera aspectos de la cultura, ambiente físico, aspectos socioeconómicos y familiares.	Propiciar y potenciar la coordinación e interacción entre los distintos centros de responsabilidad, incorporando sistemas de información confiables y oportunos que incorporen la gestión clínica, técnica y administrativa para acogernos a un modelo político y demográfico altamente demandante.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Como se observa de la **tabla 32**, las estrategias sugieren una respuesta razonada a la realidad que ofrecen los micro escenarios respectivos, y es a partir de dichas propuestas que se lleva a cabo un análisis situacional sobre la base del método FODA de cuya interpretación prospectiva se identifican las potencialidades y carencias organizacionales así como las opciones de oportunidades y desafíos que presenta el entorno. La **tabla 33** siguiente muestra las evaluaciones realizadas en torno a la vinculación del sistema de salud regional con su respectivo entorno.

Tabla 33. Análisis Situacional de las estrategias definidas para cada micro escenario

	Estrategias		
	Recursos internos de apoyo a los procesos de salud	Población y medio ambiente	Gestión institucional
FODA	Creación de un equipo provincial encargado de la comunicación.	Otorgar atención de salud integral a toda la población. Entendiéndose que la salud integral considera aspectos de la cultura, ambiente físico, aspectos socioeconómicos y familiares.	Propiciar y potenciar la coordinación e interacción entre los distintos centros de responsabilidad. Incorporando sistemas de información confiables y oportunos que incorporen la gestión clínica, técnica y administrativa para acogernos a un modelo político y demográfico altamente demandante.
Fortalezas	Trabajo multidisciplinario Trabajo en Red. Cultura de trabajo en terreno. Visión externa de los procesos de comunicación de la institución. Equipo altamente capacitado en comunicación organizacional. Recurso humano en proceso de apertura frente a cambios	Equipo multidisciplinario sectorizado Recurso humano suficiente Sistema de evaluación del grado de satisfacción usuaria Cartera de servicios claramente definida por nivel de atención Red asistencial pública Mirada global del usuario	Estructurado con organización jerárquica Competencias y compromisos del recurso humano Apoyo a normas y procedimientos Normas validadas por evidencia científica
Debilidades	Dificultad de los funcionarios para suspender actividades asistenciales Disponibilidad de recurso económico para crear esta nueva instancia	Escaso personal capacitado Insuficiente infraestructura Sistema administrativo burocrático. Poco interés por asumir liderazgo. Sistema de evaluación de personal incapaz de medir la efectividad y calidad de servicio. Inoperante control de gastos.	Decisiones con poca visión Estructuras lineales y rígidas. Inexistencia de métodos de evaluación Énfasis en mecanismos formales (burocracia) Caudillismo. Recurso humano desmotivado
Oportunidades	Apoyo en la tecnología Fondos del programa de capacitación Reforma de la salud Comunidad motivada a la participación en salud	Toma de decisiones con participación comunitaria Políticas en salud familiar Sistemas tecnológicos para la red asistencial Incentivos económicos por cumplimiento de metas Nuevo modelo de direcciones	Renovación tecnológica Confianza y credibilidad pública. Adaptación de los cambios por transformaciones constantes. Reforma a la salud. Participación social Transición demográfica y epidemiológica
Amenazas	Falta de apoyo de los directivos Falta de motivación de los funcionarios No encontrar el personal compatible con el perfil requerido	Expectativas de salud muy elevadas en la población Politización de los cargos directivos Red asistencial privada	Restricción presupuestaria Influencia política en decisiones institucionales Cambios demográficos Emigración de profesionales Sociedad consumista Débil formación valórica

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Evaluación de las Estrategias

El análisis matricial de evaluación de la estrategia consiste en determinar si la estrategia definida previamente cumple o no con los seis criterios básicos que permiten verificar el grado de solvencia de la propuesta estratégica. La **tabla 34** siguiente muestra los argumentos de evaluación que el grupo de trabajo expresó respecto de cada una de las estrategias y para cada uno de los criterios analizados.

Tabla 34. Evaluación de las estrategias

	Estrategias		
	Recursos internos de apoyo a los procesos de salud	Población y medio ambiente	Gestión institucional
Criterios de evaluación	Creación de un equipo provincial encargado de la comunicación.	Otorgar atención de salud integral a toda la población. Entendiéndose que la salud integral considera aspectos de la cultura, ambiente físico, aspectos socioeconómicos y familiares.	Propiciar y potenciar la coordinación e interacción entre los distintos centros de responsabilidad. Incorporando sistemas de información confiables y oportunos que incorporen la gestión clínica, técnica y administrativa para acogernos a un modelo político y demográfico altamente demandante.
Adecuación	Se ajusta a las normas de saneamiento básico previstas y a la evolución del tipo de trabajo estimado a futuro.	Con relación a la cultura de ruralidad vigente y a las condiciones de impacto producidas por los cambios medioambientales que se podrían enfrentar	Respecto de las variables de Recursos humanos cualificados y a las políticas de innovación vigentes, por ejemplo las relacionadas con el sistema informático del sector
Validez	Dice relación con las normas del código sanitario y evolución de las normas del código del trabajo	Con relación a las capacidades, habilidades que evidencien los directivos efectivamente competentes	Respecto de políticas institucionales y recursos tecnológicos disponibles, caso de patologías GES
Coherencia	Es pertinente con relación a las guías clínicas así como a los cambios que se estima se apliquen sobre el manual de normas	Respecto a las potencialidades que ofrecen los sistema de información	Con relación al nivel de conocimiento científico alcanzado y a la aplicación de normas y procedimientos compartidos
Practicabilidad	Depende de disponibilidad de recursos físicos y flexibilidad administrativa que disponga para su administración conforme las normas del estatuto administrativo	Según sea la evolución de las normas ministeriales, regionales y locales	Con respecto a los niveles de recursos que implica, como equipamientos y presupuesto
Vulnerabilidad	Depende claramente del nivel socioeconómico de los usuarios y el nivel de escolaridad de los mismos	Respecto de la evolución de variables Macroeconómicas del sector y de la población	Por la eventual presión gremial que se podría enfrentar y la dinámica de las decisiones políticas del sector
Recompensas potenciales	Se logrará un aprendizaje colectivo de accesibilidad de los usuarios y de accesibilidad del sistema de salud a la tecnología	Producto de cambios demográficos, tienden a una masa de población adulta y al perfil epidemiológico relacionado	La satisfacción de demanda más exigente en especial respecto de información que entrega por medios de comunicación

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

ESTRATEGIA DEL SECTOR SALUD A NIVEL NACIONAL

Avanzando en el estudio, se presenta a continuación la creación de estrategias para el sector salud a nivel nacional, realizada con profesionales provenientes de las regiones VI a la VIII incluida la región Metropolitana, quienes por sus desempeños habituales representan las instancias reguladoras, financiadoras y prestadoras de salud en los niveles de servicio primario, secundario y terciario.

Los puntos siguientes detallan las fases de descripción, análisis y creación de estrategias previstas para un escenario localizado al año 2010.

Identificación de Áreas Claves de Preocupación Sectorial y Variables del Escenario

Se formaron dos grupos de trabajo (**tabla 35**) a fin de determinar y definir las variables del entorno que influyen en cuatro sectores claves del área de salud; 1) Entorno sectorial, 2) Ámbito tecnológico, 3) Ámbito procesos y otros y, 4) Regulaciones sectoriales.

Tabla 35. Variables identificadas para el análisis de escenario

Grupo 1	Grupo 2
<p>Entorno sectorial</p> <p>1 Modelo de atención diferente a los usuarios</p> <p>2 Disminución de incidencia de patologías prevenibles</p> <p>3 Derechos y deberes exigibles al estado</p> <p>4 Funcionamiento del hospital autogestionado en red</p> <p>Ámbito tecnológico</p> <p>5 Implementación de tecnología de punta a red asistencial, con acceso fácil para los usuarios</p> <p>6 Establecer convenios con el sector privado</p> <p>7 Encarecimiento de costos en salud</p> <p>Ámbito procesos y otros</p> <p>8 Sistema informatizado y accesible para atención de pacientes en forma integral</p> <p>9 Los hospitales serán autogestionados y más autónomos y flexibles en el manejo de sus recursos</p> <p>10 Centro de alta especialidad para patologías complejas centralizadas</p>	<p>Entorno sectorial</p> <p>1 Política sanitaria</p> <p>2 Coordinación sectorial</p> <p>3 Regulación jurídica</p> <p>Ámbito tecnológico</p> <p>4 Investigación y estudio</p> <p>5 Apoyo tecnológico</p> <p>6 Telemedicina (conectividad)</p> <p>Ámbito procesos y otros</p> <p>7 Asignación de recursos financieros</p> <p>8 Dotación de rrhh</p> <p>9 Infraestructura dinámica</p> <p>10 Polivalencia de RRHH</p>

NOTA:

1. Ambos grupos de trabajo coincidieron en cambiar el nombre a la variable entorno sectorial, prefirieron llamarla “salud a nivel nacional o entorno nacional”.
 2. Por otro lado, el grupo 2 llamó a la variable del entorno regulaciones sectoriales, “efectos de la globalización”.
- Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Tabla 35. Variables identificadas para el análisis de escenario

Regulaciones sectoriales	Regulaciones sectoriales
11 Regulación del impacto ambiental en salud	11 Fronteras sanitarias
12 Salud garantizada con prestadores acreditados	12 Intercambio tecnológico
13 Profesionales bien remunerados, acorde a las demandas del mercado	13 Integración política de los estados
14 Concesión a inversión extranjera en servicios de salud	14 Acuerdos comerciales
15 Intercambio a acceso de tratamiento de rehabilitación y recuperación en el extranjero	

NOTA:

1. Ambos grupos de trabajo coincidieron en cambiar el nombre a la variable entorno sectorial, prefirieron llamarla “salud a nivel nacional o entorno nacional”.

2. Por otro lado, el grupo 2 llamó a la variable del entorno regulaciones sectoriales, “efectos de la globalización”.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

El siguiente paso fue analizar y buscar compatibilidades entre las variables identificadas a fin de definir por consenso una lista como se muestra a continuación (**tabla 36**).

Tabla 36. Variables unificadas para el análisis de escenarios futuros

Entorno sectorial	Ámbito procesos y otros
1. Regulación jurídica	11. Dinámica de la infraestructura
2. Coordinación de la red asistencial	12. Asignación de recursos financieros
3. Políticas sanitarias / objetivos sanitarios	13. Polivalencia y dotación de recursos humanos
4. Ley autoridad sanitaria	14. Acreditación de especialistas
5. Implementación de hospitales EAR	15. Informatización de los procesos
6. Modelo de atención biosicosocial	16. Centro de alta complejidad
Ámbito tecnológico	Regulaciones sectoriales
7. Investigación y estudio	17. Integración política de los estados
8. Implementación de tecnología de punta a red asistencial	18. Fronteras sanitarias
9. Establecer convenios con sector privado	19. Acuerdos comerciales internacionales
10. Costos de la salud	20. Intercambio científico y tecnológico
	21. Regulación y fiscalización del impacto ambiental
	22. Remuneración de profesionales acorde al mercado

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Por medio del consenso del todo el grupo participante, se procedió a determinar el nivel de Influencia - Dependencia de las variables seleccionadas. Estos grados fueron determinados mediante la asignación de un puntaje convencional, a decir: 1 = bajo, 2 = medio y 3 = alto. El resultado se muestra en la siguiente matriz de la **tabla 37**.

Análisis de relaciones lógicas de influencia – dependencia de las variables del escenario

Los dos grupos de profesionales participantes de la prospectiva, procedieron a constituirse en un solo grupo de trabajo a fin de llevar a efecto la segunda fase del análisis de manera integrada. Se acordó también establecer por consenso las relaciones de Influencia - Dependencia mutua de las variables en una perspectiva que consideraba el periodo que va del año 2006 al 2010. Este proceso se realizó a partir de un análisis razonado de las implicaciones mutuas de todas las variables en estudio mediante su registro en una tabla de doble entrada. Se definieron tres grados de influencia – dependencia, mediante la aplicación de puntajes según la siguiente convención: 1 = bajo, 2 = medio y 3 = alto. El resultado se muestra en la **tabla 37** que determina la matriz de relaciones lógicas para el análisis estructural y morfológico de escenarios.

Tabla 37. Matriz de relaciones lógicas de influencia – dependencia de variables

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	
Entorno sectorial																							
(1) Regulación jurídica	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	3	63
(2) Coordinación de la red asistencial	2	0	3	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	2	2	3	2	1	49
(3) Políticas sanitarias / objetivos sanitarios	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1	58
(4) Ley autoridad sanitaria	3	3	3	0	3	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	3	3	1	3	3	40
(5) Implementación de EAR	1	3	1	1	0	1	1	3	3	3	2	3	3	1	3	3	1	1	1	2	1	1	39
(6) Modelo de atención biosicosocial	2	3	1	2	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	1	54
Ámbito tecnológico																							
(7) Investigación y estudio	1	1	3	2	2	3	0	3	1	2	3	3	1	1	3	3	2	1	3	3	3	1	46
(8) Implementación de tecnología de punta a red asistencial	1	3	2	1	3	1	2	0	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	3	52
(9) Establecer convenios con sector privado	3	3	1	1	3	2	1	3	0	3	1	2	1	2	2	3	2	3	2	3	3	2	44
(10) Costos de la salud	2	3	3	2	3	1	3	3	3	0	1	3	3	1	2	3	2	2	2	1	1	1	44
Ámbito procesos y otros																							
(11) Dinámica de la infraestructura	1	1	1	1	3	1	1	3	3	3	0	3	2	1	2	3	1	1	2	2	3	1	39
(12) Asignación de recursos financieros	1	3	3	1	3	3	3	3	3	1	3	0	3	1	3	3	1	3	1	3	3	3	51
(13) Polivalencia y dotación de RRHH	1	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	0	3	3	3	1	3	2	3	3	3	54
(14) Acreditación de especialistas	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	2	0	3	3	3	3	3	3	3	3	59
(15) Informatización de los procesos	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	1	61
(16) Centro de alta complejidad	1	3	1	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	1	1	3	3	3	3	52
Regulaciones sectoriales																							
(17) Integración política de los estados	3	1	3	2	1	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	0	3	3	3	3	2	54
(18) Fronteras sanitarias	3	3	3	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	2	56
(19) Acuerdos comerciales internacionales	3	1	1	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	0	3	3	2	55
(20) Intercambio científico y tecnológico	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	60
(21) Regulación y fiscalización del impacto ambiental	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	61
(22) Remuneración de profesionales acorde al mercado	1	3	2	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	57
	44	53	48	37	58	50	52	61	59	58	46	60	54	50	56	61	44	47	53	56	58	43	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

De la matriz de relaciones lógicas de variables que se presentó en la tabla anterior, se obtienen los niveles de influencia dependencia de las mismas. A continuación en la **tabla 38** se muestran los grados en términos de magnitudes discretas que van desde los 37 puntos como mínimo de dependencia hasta 61 como máximo. Algo similar ocurre con la influencia que se mueve en un rango que va de 39 puntos mínimo hasta 63 puntos como máximo.

Tabla 38. Niveles de Influencia – Dependencia del análisis de relaciones lógicas

Entorno sectorial	DEP^a	INF^b
1 Regulación jurídica	44	63
2 Coordinación de la red asistencial	53	49
3 Políticas sanitarias / objetivos sanitarios	48	58
4 Ley autoridad sanitaria	37	40
5 Implementación de hospitales autogestionados en red	58	39
6 Modelo de atención biosicosocial	50	54
Ámbito tecnológico		
7 Investigación y estudio	52	46
8 Implementación de tecnología de punta a red asistencial	61	52
9 Establecer convenios con sector privado	59	44
10 Costos de la salud	58	44
Ámbito procesos y otros		
11 Dinámica de la infraestructura	46	39
12 Asignación de recursos financieros	60	51
13 Polivalencia y dotación de RRHH	54	54
14 Acreditación de especialistas	50	59
15 Informatización de los procesos	56	61
16 Centro de alta complejidad	61	52
Regulaciones sectoriales		
17 Integración política de los estados	44	54
18 Fronteras sanitarias	47	56
19 Acuerdos comerciales internacionales	53	55
20 Intercambio científico y tecnológico	56	60
21 Regulación y fiscalización del impacto ambiental	58	61
22 Remuneración de profesionales acorde al mercado	43	57

^aINF: Influencia

^bDEP: Dependencia

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Análisis Gráfico del Escenario Futuro a Nivel Nacional

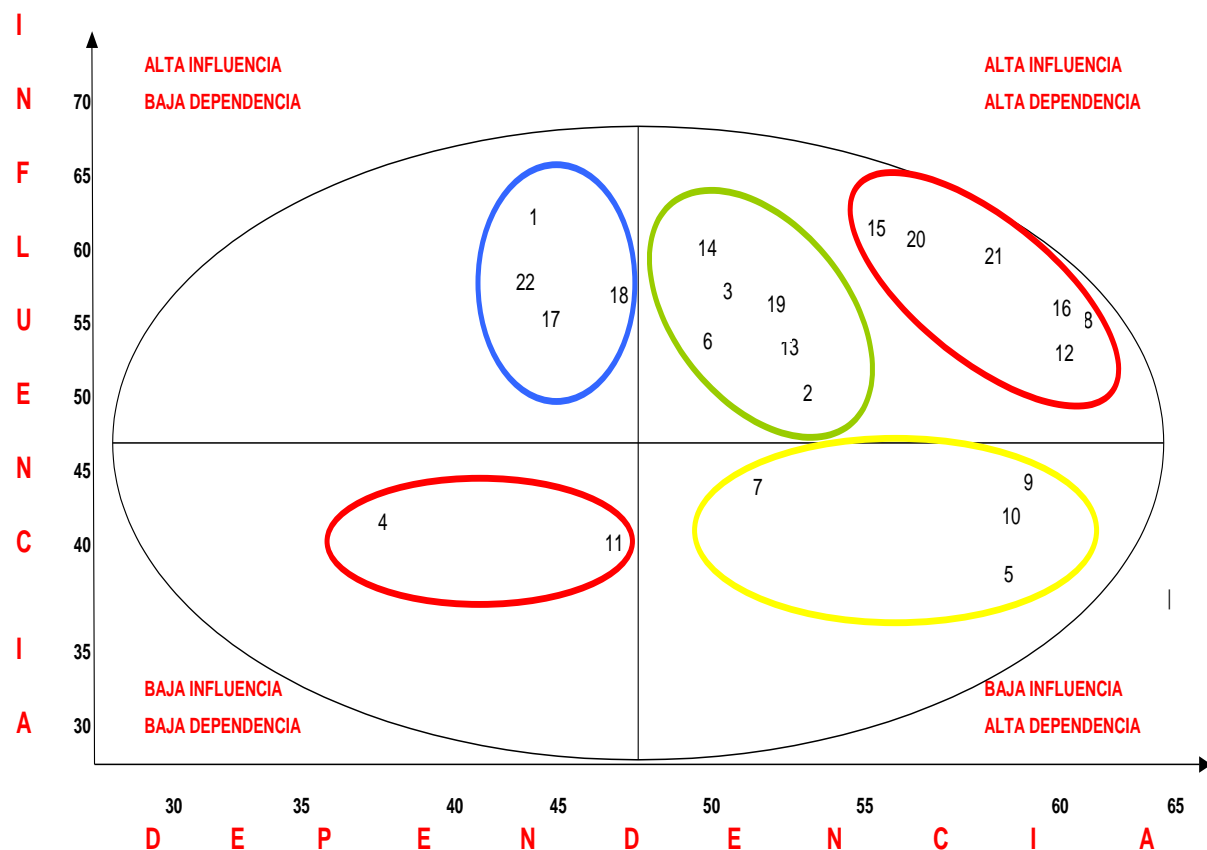
El grupo integrado de trabajo de prospectiva constituido por profesionales del sector de la salud de nivel nacional identificó un total de 22 variables que fueron analizadas en perspectiva global de conformidad

con las características propias de cada una de ellas a propósito de conformar un sistema representativo de la realidad del sector.

Mediante un trabajo grupal, de análisis e interpretación de las variables, se elaboró la Matriz de Influencia – Dependencia, que permitió efectuar las relaciones e implicaciones mutuas a fin de determinar un escenario global proyectado al periodo 2006 – 2010 (**gráfico 4**).

Desde una perspectiva nacional, la prospectiva permitió identificar un macro escenario que se representa gráficamente en el plano de Influencia – Dependencia, en el cual se interrelacionan las 22 variables en estudio. Se ponen en evidencia 5 grupos de variables de conformidad con los grados de influencia - dependencia mutua como se muestra **gráfico 4**.

Gráfico 4: Escenario del sector salud a nivel nacional



Micro escenario: Diseño armónico de la salud (rojo, dos variables)

Micro escenario: Isla de la fantasía en salud (azul)

Micro escenario: Caminando hacia un nuevo camino en salud (verde)

Micro escenario: Un prisma hacia el futuro de la salud: una luz a través de un cristal (Rojo)

Micro escenario: Rediseñando el modelo hospitalario para una salud moderna para el nuevo siglo (amarillo)

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

De la misma manera como se ha procedido en las fases anteriores con respecto a los micro escenarios de nivel regional, en esta ocasión, las variables que participan del escenario de nivel nacional fueron clasificadas para su análisis, agrupamiento y posterior interpretación de conformidad con los criterios de la prospectiva asignándoles las categorías de Pesadas, Emergentes y Portadoras de Futuro según se muestra en la **tabla 39**.

Tabla 39. Categorización de variables del escenario

	Pesadas ^a	Emergentes ^b	Portadoras de futuro ^c
Entorno sectorial			
Regulación jurídica	X		
Coordinación de la red asistencial		X	
Políticas sanitarias / objetivos sanitarios			X
Ley autoridad sanitaria			X
Implementación de EAR		X	
Modelo de atención en salud		X	
Ámbito tecnológico			
Investigación y estudio			X
Implementación de tecnología de punta a red asistencial		X	
Establecer convenios con sector privado		X	
Costos de la salud		X	
Ámbito procesos y otros			
Dinámica de la infraestructura		X	
Asignación de recursos financieros		X	
Polivalencia y dotación de RRHH		X	
Acreditación de especialistas		X	
Informatización de los procesos		X	
Centro de alta complejidad			X
Regulaciones sectoriales			
Integración política de los estados		X	
Fronteras sanitarias		X	
Acuerdos comerciales internacionales		X	
Intercambio científico y tecnológico			X
Regulación y fiscalización del impacto ambiental		X	
Remuneración de profesionales acorde al mercado			X

^aVariable pesada: Fenómeno supuestamente permanente de lenta evolución.

^bVariables emergentes: Señal ínfima hoy, que puede tener consecuencias importantes mañana.

^cVariables portadoras de futuro: Tendencia a largo plazo.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Identificación de las Nubes de Escenario y Análisis de las Variables Constituyentes

Como resultado de la Matriz de Influencia – Dependencia, se definieron cinco micro agrupamientos de variables, cada una de las cuales evidencia un microescenario pero que en conjunto proyectan un escenario global del sector salud a nivel nacional al año 2010. Las nubes de variables se conforman de la siguiente forma como lo muestra la **tabla 40**:

Tabla 40: Análisis de micro escenarios y variables constituyentes

		Micro escenarios			
Nombre	Diseño armónico de salud	Caminando hacia un nuevo camino en salud	Isla de la fantasía en salud	Rediseñando el Modelo Hospitalario para una salud moderna para el nuevo siglo	Un prisma hacia el futuro de la salud
Variables	Ley de autoridad sanitaria Dinámica de la infraestructura	Coordinación de la red asistencial Políticas sanitarias / objetivos sanitarios Modelo de atención biosicosocial Polivalencia y dotación de RRHH Acreditación de especialistas Acuerdos comerciales internacionales	Regulación jurídica Integración política de los Estados Fronteras sanitarias Remuneración de profesionales acorde al mercado	Implementación de EAR Investigación y estudio Establecer convenios sector privado Costos de la salud	Implementación de tecnología de punta a red asistencial Asignación de recursos financieros Informatización de los procesos Centro de alta complejidad Intercambio científico y tecnológico Regulación y fiscalización del impacto ambiental

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Interpretación de Microescenarios

La siguiente fase correspondió al análisis e interpretación razonada de las variables componentes de cada uno de los microescenarios. Se constituyeron grupos de trabajo a fin de elaborar la mejor y más completa interpretación de las variables de cada microescenario considerando sus características de pesada, emergentes o portadores de futuro para derivar de ellas las directrices estratégicas proyectadas a futuro. Las orientaciones se lograron de la adecuación de diversas y variadas perspectivas de análisis así como de la armonización las propuestas de los integrantes de los grupos de análisis. Los microescenarios fueron descritos en consideración a las variables que los conformaron y de conformidad con las alternativas de proyección futura al periodo 2006 - 2010.

Los microescenarios proyectos a futuro se presentan en la **tabla 41** siguiente:

Tabla 41. Descripción de micro escenarios del sector salud a nivel nacional

Micro escenario 1: Diseño armónico de salud

Este escenario con la nueva ley de autoridad sanitaria nos presenta un gran desafío en la implementación de esta nueva normativa centrada en el modelo de atención en el usuario que se constituye en un ciudadano con derechos. Esto implica un cambio de mentalidad en todos los actores involucrados.

La nueva fiscalización de las actividades actualizadas por la Red Asistencial, a través de la subsecretaría de salud pública por medio de las Seremis Regionales, dan una mayor transparencia al modelo debido a que antes la Red era juez y parte.

Esta nueva ley implementada afectara la tecnología, adecuación de un modelo en la infraestructura, experticia de profesionales. Requiere de una infraestructura cambiante donde el sector salud deberá relacionarse con todo el intersector.

La mirada de salud debe ser una mirada abierta con todo su entorno, el hombre y su medio se influenciara bidireccionalmente.

Micro escenario 2: Caminando hacia un nuevo camino en salud

En este escenario las políticas sanitarias enmarcadas en los objetivos sanitarios al 2010 que será la brújula del país, el cual debe ir basado en mantener los logros sanitarios alcanzados, los cuales se van a tener que implementar en el nuevo modelo de atención en salud, en el que la promoción y prevención van a ser la gran estrategia de la atención primaria más resolutiva, en la cual, este modelo se va articular en red de coordinación en distintos niveles de acuerdo a grado de complejidad de patologías.

En esta nueva mirada de modelo, va a ser imperativo ser ético: la acreditación de especialistas, porque el usuario revestido con derechos y garantías puede incrementar los costos de salud no sólo por la complejidad de equipamiento, sino que también por las negligencias o falta de oportunidad de cumplimiento garantizado.

En un mundo cambiante en que el perfil epidemiológico enfrenta el envejecimiento de la población. Vamos a requerir un recurso humano polivalente y poseer servicios acorde con expectativas de la población.

Los acuerdos comerciales internacionales serán una nueva estrategia para enfrentar la disminución de desigualdades en salud que es imperativo ético para el desarrollo del país.

Micro escenario 3: Isla de la fantasía en salud

Este escenario representa las condiciones óptimas mediante las cuales se ofrecen las atenciones de salud garantizadas a la comunidad nacional e internacional, dentro de los marcos jurídicos establecidos, con profesionales acreditados en todas las especialidades, tecnología de punta, con normas de bioseguridad de alta fiscalización asegurando cumplir las expectativas del usuario.

**Micro escenario 4: Rediseñando el Modelo Hospitalario
para una salud moderna para el nuevo siglo**

La mayor característica de este futuro es el peso de las variables emergentes acompañada de una sola variable portadora de futuro, pero que en su conjunto son factores claves para el desarrollo futuro de la salud; donde la modernidad se sustenta en la determinación y control de los costos como elemento diferenciador para un mejor aprovechamiento de los recursos que son escasos, de tal manera que permita aumentar la cobertura sin un encarecimiento significativo de la administración de la salud, donde las alianzas entre el sector público y el sector privado vienen a jugar un rol preponderante, como también los establecimientos autogestionados son gravitantes en la filosofía moderna de las rentabilidades sociales de las instituciones sin tener que llegar necesariamente a un encarecimiento de los servicios que se otorgan, es decir el nuevo siglo obliga al sector a tener una salud modernizada.

Con los cambios de la modernidad, en que el conocimiento y la renovación traspasan las fronteras, los

nuevos cambios son inimaginables, enfermedades que antes eran intratables, ahora si lo son, las expectativas de vida han ido cambiando, con ello ha ido cambiando, el origen de la vida, quién imaginaría ver niños de 600 grs., vemos que la vida y la muerte se tocan, lo cual acarrea nuevos costos de salud que si no se saben priorizar en el país, se tendrá un desarrollo económico no armónico.

No toda la población tiene acceso a la tecnología además no todos pueden acceder a los beneficios de la salud dados sus altos costos: Por ello es primordial realizar acciones como son los convenios con la red de prestadores privados. Es imperativo que los gobiernos legislen acerca del acceso de salud con igualdad de oportunidades, implementando leyes en que la igualdad y la equidad en salud sea evidente para toda persona. Esto permitirá tener un país con mayor conciencia social y mas justo, en que cada actor asuma la responsabilidad que le corresponda en esta nueva estrategia, como son desde el presente los hospitales autogestionados, que se espera sean más eficientes y donde estos hospitales autogestionados puedan ser capaces de anticiparse a las necesidades y carencias de la población realizando nuevos estudios epidemiológicos y clínicos que influyan sobre la prevención y por ende sobre los costos de la salud.

Micro escenario 4: Rediseñando el Modelo Hospitalario para una salud moderna para el nuevo siglo

Este escenario representa una mirada optimista del sistema público de salud, con proyecciones de desarrollo tecnológico e investigación, provocando un gran impacto en las políticas sanitarias – ambientales, con un aumento en la asignación de recursos financieros por la disminución de costos en la salud y la redistribución de éstos en Centros de Alta Complejidad.

Parece necesario considerar, en la implementación de la Reforma de Salud, el nuevo perfil epidemiológico y las crecientes demandas de la población. La nueva estructura sanitaria del sector salud que conforma redes asistenciales, permiten una mayor flexibilidad en la administración de los recursos, como es la autogestión de los hospitales según complejidad y obliga a dar cuenta a la ciudadanía de los resultados de la gestión. Por otra parte, con recursos limitados en salud el gran desafío es promover en la población el auto cuidado, para anticiparnos a la enfermedad y de esta forma tener una vejez digna con una calidad de vida más saludable.

Existe una demanda insatisfecha de atención de salud de la población que presenta a veces una alta prevalencia de patologías complejas, la mayoría de difícil resolución en las condiciones actuales. Adicionalmente, influyen de manera significativa factores como el déficit de recursos financieros del sector, falta de acceso a información oportuna y confiable, infraestructura insuficiente, escasez de profesionales calificados e incipiente incorporación de avances científicos y tecnológicos.

La sociedad es testigo del creciente deterioro del medio ambiente, no se observa un desarrollo sustentable, lo cual influye notablemente en una mala calidad de vida de la población. Para el año 2010, el nuevo escenario se presenta como un Modelo de Atención de salud que cuenta con una Red Asistencial integrada y coordinada, con políticas sanitarias y ambientales orientadas a la prevención, promoción y protección de la salud de la población. El nuevo modelo de salud permitirá además, la atención en centros de alta complejidad con tecnología de punta, acceso a la investigación científica, cuya finalidad consiste en entregar una mejor calidad de atención en salud.

Micro escenario 5: Un prisma hacia el futuro de la salud

Este escenario es la esperanza para el nuevo milenio en salud, basado en la renovación de ideas y modernización de los procesos, tanto tecnológicos, como de políticas sanitarias, permitiendo así un crecimiento eficiente y sostenido del sistema, a través del aumento en la asignación de recursos financieros que será la base para la implementación de tecnología de punta en la red asistencial, construcción de centros de alta complejidad con procesos informatizados y eficiente regulación y fiscalización del impacto ambiental, lo que llevará al sistema público de salud a convertirse no sólo en un sector más competitivo en el mercado sino que también fortalecer su imagen internacional y con ello favorecer intercambios científicos y tecnológicos lo que en definitiva beneficiará directamente a lo más importante, al centro de la salud: “los pacientes”.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

A continuación se procedió a definir la estrategia para cada uno de los microescenarios, realizándose su respectivo análisis **FODA** y la evaluación de la estrategia.

Análisis Situacional y Definición de Estrategias

A continuación, como se observa en las **tabla 42** y **43** se definen las estrategias correspondientes a cada uno de los microescenarios y se muestran las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades de cada una de las estrategias sometidas al análisis situacional **FODA**.

Tabla 42. Definición de estrategias para cada micro escenario no se referencia

Micro escenario 1: Diseño armónico de salud
Estrategia
Implementar alianzas estratégicas regionales donde los EAR, centros de educación superior regionales, y prestadores privados regionales puedan fomentar, apoyar, y solventar estudios epidemiológicos e investigaciones a nivel regional y nacional para realizar las acciones necesarias que permitan focalizar de manera óptima los recursos y utilizarlos eficientemente; influyendo tanto a nivel de la prevención como el de la rehabilitación de la enfermedad.
Micro escenario 2: Caminando hacia un nuevo camino en salud
Estrategia
a) Crear un Centro de Referencia de Alta Complejidad, que cuente con profesionales y personal altamente calificado en la atención de patologías prevalentes de difícil resolución, y con la infraestructura, tecnología y avances científicos necesarios.
b) Recurso Humano: Capacitación al recurso humano a través de la implementación de un proyecto sobre la nueva modalidad de trato y de participación del usuario en la gestión de salud debido a que debemos dar cuenta anual del desempeño y por otra parte con problemas de salud garantizados GES hay plazos que cumplir y un usuario con derechos.
c) Campañas sanitarias focalizadas en la prevención y promoción de la salud destinadas a disminuir los costos en salud al anticiparnos al daño y así disminuir la carga de enfermedad.
Micro escenario 3: Isla de la fantasía en salud
Estrategia
Inversión en capacitación tecnológica y desarrollo organizacional: la inversión en capacitación nos permitirá lograr un cambio organizacional que accederá a sustentar la nueva visión de salud, a través de un equipo humano integrado, involucrado, dispuesto a adaptarse a los nuevos procesos tecnológicos, a trabajos de alto nivel de complejidad y de impacto ambiental, con una nueva mirada basada en la experiencia, abiertos al uso eficiente de los recursos y con capacidad para competir como un todo en el mercado.
Serán personas creativas y motivadas por adquirir nuevos conocimientos y participarán de estudios e investigaciones en pos del logro de los objetivos y cumplimientos de las políticas sanitarias que reconocerán como parte de su identidad organizacional.

Micro escenario 4: Rediseñando el Modelo Hospitalario para una salud moderna para el nuevo siglo

Estrategia

a) Implementar la regulación de los convenios entre el sector público y privado en la red asistencial para la autogestión de los hospitales.

b) Determinación real de los costos de cada servicio de salud otorgado en los establecimientos. En este escenario la estrategia definida permitirá identificar los potenciales de las alianzas estratégicas, donde la complementariedad de las fortalezas del sector privado se conjugan con las debilidades del público y viceversa. También con tal conocimiento la planificación financiera de los EAR será real, con un real conocimiento de la brecha entre las necesidad financiera y las posibilidades de cubrir esa necesidad, pudiendo establecer mecanismos o estrategias para la obtención de recursos tendientes a eliminar esa brechas de financiamiento, pudiéndose establecer mecanismo de control de la gestión para optimizar sus usos y la generación de recursos para potenciar la investigación y estudios de los problemas epidemiológicos de la salud de la población objetivo, para mejorar los índices de calidad de vida.

Micro escenario 5: Un prisma hacia el futuro

Estrategia

Sistema de registro electrónico: el sistema de atención en red a través de registros electrónicos nos permitirá tener administración eficaz y eficiente, registros transparentes para el usuario. Con una base de datos central donde llegará la información desde el sistema primario, hospitales y centros de alta complejidad, desarrollándose así una atención expedita e integral para el usuario, con posibilidades de conexión a Internet para intercambio de información de salud con países más desarrollados en el área de la investigación. Podremos tener una base epidemiológica que nos brindará una estadística en línea y al día, pudiendo proyectarnos en la evolución de patologías, epidemias y crecimiento demográficos, anticipándonos a los impactos sociales.

Además se fomentará la especialización en área de tecnología de punta, consiguiendo que el sistema de salud público sea más eficiente y calificado, animando a la investigación e intercambio científico y tecnológico a nivel internacional, logrando posicionarse no sólo por la implementación de nuevos centros o tecnología avanzada, sino que también por la alta capacidad de respuesta que las personas que allí trabajan sabrán dar.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo

Tabla 43. Análisis Situacional de las estrategias definidas para cada micro escenario

Microescenario 1: Diseño armónico de salud

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Separación de funciones sanitarias ❖ Fortalecimiento de gestiones de servicios de salud ❖ Participación ciudadana 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Deficiente fiscalización ❖ Deficiente articulación de la Red Asistencial ❖ Deficiente difusión de Ley de autoridad sanitaria ❖ Poca capacitación y competencia en directivos superiores de confianza política ❖ Desconocimiento de ley por parte de directivos ❖ Diseño de una estructura no acorde con modelo de atención en salud ❖ Tecnología insuficiente
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mejoramiento de comunicación a nivel masivo ❖ Implementación política ambiental 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Con la ley sanitaria el usuario tiene derecho a exigir garantías de atención

Microescenario 2: Caminando hacia un nuevo camino en salud

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Clara conciencia que la Red le da valor al servicio ❖ Políticas establecidas y aceptadas por los actores del sistema ❖ Apertura política en las relaciones exteriores ❖ Existen varios centros de formación de profesionales de salud ❖ Reconocimiento en nuestra eficiencia en la implementación de cobros 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Temor a la acreditación ante eventual fracaso ❖ Reconocimiento económico en el sector público no le gusta al mercado ❖ Baja valoración del nuevo modelo de atención (salud familiar) ❖ Celos de competencias profesionales ❖ Doble subordinación a nivel primario
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Amplio mercado para acceder a la formación que facilita la acreditación ❖ Acceder a los conocimientos e investigaciones internacionales ❖ Una oferta de profesionales creciente ❖ Existencia de tecnología que nos da una conectividad a la Red ❖ Alternancia de poder facilitar modificaciones de normativas ❖ Acceso a tecnología de punta ❖ Reasignar a salud parte de la asignación del cobre. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Baja conciencia social en el autocuidado ❖ Ruralidad extrema ❖ Centro de formación no acreditados ❖ Vulnerabilidad en las barreras sanitarias

Microescenario 3: Isla de la fantasía en salud

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Existe institución rectora, normativa y fiscalizadora ❖ Profesionales motivados y comprometidos ❖ Experticia y experiencia en el sector ❖ Políticas de salud nacional integradas a la institución 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fiscalización ❖ Normativa jurídica con vacíos legales ❖ Desconocimiento del marco jurídico por la organización ❖ Rigidez del estatuto administrativo ❖ No se puede modificar a la planta ❖ No se puede despedir funcionarios ❖ Fronteras cerradas por problemas políticos
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tratados de libre comercio nos permiten acceder a tecnología de punta ❖ Regulación mundial fronteras sanitarias 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Acciones terroristas por atentados biológicos ❖ Tratados políticos dependen del gobierno de turno ❖ Problemas con organizaciones internacionales ❖ Cambio en perfil epidemiológico de la población

Microescenarios 4: Rediseñando el Modelo Hospitalario para una salud moderna para el nuevo siglo

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Actores primordiales para desarrollar la estrategia como los hospitales, universidades y prestadores privados ya en funcionamiento ❖ Existencia de institución: Rectora, normativa y fiscalizadora ❖ Implementación de hospitales autogestionados con fechas y con plazos definidos ❖ Existencia de un ítem del presupuesto destinado a la realización de estudios e investigaciones. ❖ Con la nueva ley 19.937 el sector salud, el recurso humano, recibirá incentivos de carácter remuneratorios relacionados con la gestión, desempeño y productividad. ❖ Eliminación del tope de grado 10, pudiendo acceder a grado 5 los profesionales no médicos. ❖ Flexibilidad en la jornada laboral en el profesional no medico ❖ Recurso humano capacitado y con experticias en lo biológico, y técnico ❖ Mayor participación ciudadana, en los consejos consultivos de salud, de acuerdo al decreto N° 38 de 2005. ❖ Estabilidad laboral por el estatuto administrativo en el personal titular ❖ El conocer los costos ayuda a tomar conciencia de su importancia y su impacto. ❖ El saber de los costos ayuda a establecer los puntos de mayor carga y reasignar los recursos para hacerlos mas rentables. ❖ Permite conocer nuestra ventaja competitiva y hacernos fuerte en ella en el servicio final entregado ❖ Mejor distribución de los recursos. ❖ Aumentar la gama de servicios por una mejor distribución de los recursos financieros. ❖ Un eficiente control de la gestión y mejor distribución de los recursos ❖ Liberar recursos para permitir el desarrollo de investigaciones. ❖ Mejorar la cobertura mediante el aprovechamiento de los costos como ventaja competitiva 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hospitales altamente endeudados ❖ Algunos hospitales con estructura física deficiente. ❖ Relativa importancia al fomento de los estudios epidemiológicos por parte de las universidades ❖ Falta de descentralización y centros de toma de decisiones. ❖ Centralización de recursos en las universidades capitalinas para el desarrollo de estudios ❖ Falta de profesionales capacitados en el tema de investigaciones ❖ Migración del personal hacia el área privada por las expectativas de sueldo. ❖ Capacitación insuficiente en atención usuaria en cuanto a trato ❖ Recurso Humano con gran carga de trabajo. ❖ Déficit de Recurso Humano, en área asistencial y administrativo referente a cantidad y calidad. ❖ Oferta educativa técnica está en manos del Ministerio de Educación y particularmente en el área privada. ❖ Retardo de capacitación de directivos no capacitados en gestión ❖ Remuneraciones no acordes con expectativas profesionales de acuerdo a su experticia. ❖ Obstrucciones a los cambios de la gestión por parte de las organizaciones gremiales. ❖ Concentración de profesionales en áreas urbanas o ciudades más grandes. ❖ RRHH, preferentemente femenino, inexistencia de política en salud ocupacional referida a genero. ❖ Inequidad del RRHH en la distribución geográfica. ❖ Déficit de horas de especialidades medicas. ❖ Mala determinación hace perder credibilidad en el personal en una verdadera conciencia. ❖ Por el solo hecho de conocerlo no se puede tomar determinaciones inmediatas. ❖ Mucha rigidez para establecer libremente convenios o alianzas intersectoriales y ello indirectamente hace subir los costos ocultos. ❖ Una mala determinación hace peligrar la gestión sobre una estructura errada de costos. ❖ Una mala determinación del costo real puede hacer peligrar la oferta de servicios. ❖ Mala determinación de los costos induce a riesgos de gestión. ❖ Falta de incentivo para la investigación. ❖ Ocultamiento de los costos verdaderos.

OPORTUNIDADES

AMENAZAS

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ Inyección de nuevos recursos del estado. ❖ Centros de enseñanza superior muy bien calificados ❖ Tema siempre presente en la contingencia de país. ❖ Actores que trabajarán en la estrategia ya presentes en todo el país. ❖ Posibilidad de que a través de investigaciones y estudios puedan mejorarse los procedimientos de las prestaciones, y de esta manera entregar un mejor servicio al usuario. ❖ Nueva ley de autoridad sanitaria, trae nuevos recursos y otorga un valor importante a los estudios e investigaciones en general ❖ Avances tecnológicos de la Informatización. ❖ Formación de profesionales en el país como en el extranjero de acuerdos a convenios con universidades ❖ Cooperación e intercambio de profesionales de acuerdo a los nuevos tratados comerciales. ❖ Alza mantenida del cobre, mayor inversión en el sector salud. ❖ Reforma de salud, cambian las políticas y las organizaciones de salud, esto se relaciona directamente con el RRHH, este se debe preparar para enfrentar otro escenario con más dinamismo y no quedarse en el statu quo. Se debe cruzar el límite. ❖ El proceso de descentralización a nivel gubernamental. ❖ Fortalecer los servicios a un menor costo. ❖ Mejorar el acceso a la salud con mayor oferta de servicios factibles. ❖ Establecimientos con una autogestión mas eficiente ❖ Desarrollo de investigación y estudios ❖ Alianzas estratégicas entre el sector público y privado | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Privatización de salud por grupo de interés. ❖ Encarecimiento de salud por la implementación y funcionamiento de estas nuevas alianzas estratégicas regionales y nacionales. ❖ Falta de interés de prestadores privados para establecer alianzas estratégicas ❖ Mala administración, funcionamiento hasta posibles quiebres de EAR por intereses económicos creados. ❖ Falta de recursos económicos. ❖ Desinterés por parte de las autoridades en temas de investigación y desarrollo. ❖ Privatización de la salud por grupo de interés económico. ❖ Judicialización de la salud. ❖ Migración de profesionales extranjeros que tensionen el mercado laboral chileno. ❖ Sobre oferta de profesionales no acreditados. ❖ Contracción de RRHH extranjero no calificado. ❖ Ingerencia política en la toma de decisiones. ❖ Crisis de legitimidad del sector público. ❖ Que el personal no tenga clara conciencia de costos. ❖ Normativa legal que entorpece las reducciones de costos en RR.HH. ❖ Falta de libertad legal para el sector público en la determinación de sus estrategias de costos. |
|---|---|

Micro escenarios 5: Un prisma hacia el futuro de la salud

FORTALEZAS

DEBILIDADES

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ Motivación de profesionales jóvenes que se integran en el equipo de salud. ❖ Equipos de salud conformados y afiatados. ❖ GES funcionando actualmente. ❖ Conocimiento de la población y sus problemas de salud. ❖ Universidades con prestigio nacional e internacional. | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Carrera funcionario estática. ❖ Personal antiguo del servicio esta desgastado y pierde motivación. ❖ Bajas remuneraciones. ❖ Escases de recursos financieros y materiales ❖ Resistencia de algunos profesionales al cambio. ❖ Infraestructura deficiente. ❖ Centralización de los rangos. |
|--|---|

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hospitales públicos como centros formadores. ❖ Políticas de salud coherentes. ❖ Facultad de establecer convenios con privados. ❖ Confianza de la población en sistema de salud a pesar de las falencias. ❖ Reconocimiento internacional de la buena calidad sanitaria del país. ❖ Universidades de primer nivel de formación a nivel nacional e internacional. ❖ Recurso humano con mística y vocación de servicio. ❖ Política sanitaria que fundamenta la capacitación como desarrollo del funcionario. ❖ Existe conocimiento del impacto ambiental en la salud de las personas. ❖ Progresivo aumento del tema ambiental en programas de promoción de salud. ❖ Nuevas generaciones de profesionales con alto manejo en informática. ❖ Contamos con bibliotecas virtuales en desarrollo. ❖ Portal en la Web del Ministerio de Salud. ❖ Como política de Gobierno se han creado para cada ministerio una Agenda Electrónica. | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Falta de percepción de los beneficios de la capacitación técnica e investigación. ❖ Capacitación no acorde con incentivo económico. ❖ Presupuesto insuficiente asignado a salud. ❖ No se fomenta la investigación, los costos son muy altos. ❖ Débil experticia tecnológica. ❖ Bajo reconocimiento económico a la calificación. ❖ Carencia de profesionales especializados en áreas de salud clave. ❖ Falta de profesionales calificados en el área de investigación. ❖ Resistencia de algunos profesionales al cambio. ❖ Insuficiente capacitación en informática. ❖ Ítem restringido económicamente. ❖ Desconocimiento y/o desinformación del personal en general respecto al uso y utilidad de la informática como herramienta de trabajo. |
|--|--|

OPORTUNIDADES

AMENAZAS

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ Globalización permite acceso a información científica y tecnológica. ❖ Convenios con universidades extranjeras. ❖ Grandes desafíos ofrecen oportunidades de desarrollo personal. ❖ Validación de la ciudadanía y de las autoridades. ❖ Globalización disminuye costos de salud. ❖ Acceso a tecnología que facilita la calidad y oportunidad de la atención. ❖ Cambio dinámico en la tecnología. ❖ Globalización permite adquirir mayor y mejor tecnología a menor costo. ❖ Capacitación en el extranjero por acuerdos internacionales. ❖ Avance dinámico de la ciencia. ❖ Fomento internacional del desarrollo organizacional. ❖ Fomento en la cultura ambientalista a nivel mundial. ❖ Cultura que promueve el intercambio de conocimientos y el desarrollo de profesionales. ❖ Gran desarrollo de la tecnología global. ❖ Masificación de la tecnología informática. ❖ Sistema informático fácil de operar y aprender. | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Alta ruralidad. ❖ Cultura de medicina alternativa. ❖ Altos costos de tecnología. ❖ Expectativas altas de la población. ❖ Judicialización de la medicina. ❖ Migración de profesionales al área privada. ❖ Privatización de salud por equipos de interés económico. ❖ Encarecimiento de salud por tecnología. ❖ Migración de especialistas o expertos al área privada. ❖ Cambio constante de la tecnología. ❖ Alto costo de la tecnología. ❖ Políticas poco claras. ❖ Perder credibilidad por alta demanda insatisfecha. ❖ Obsolescencia de profesionales que no se capacitan, el mercado requiere de personas especializadas en determinadas áreas. ❖ Distribución geográfica del país. ❖ Cambio dinámico de la tecnología. ❖ Dependiente de cambio de gobiernos. ❖ Alto costo de la tecnología. ❖ Necesidades básicas de la población aún no satisfechas. |
|---|---|

- ❖ Colaboración del área privada en investigación informática.
- ❖ Conectividad del trabajo en red a través de la informática, las distancias geográficas no serán un obstáculo.
- ❖ Implementación de nuevos programas y procedimientos que permitan agilizar y mejorar la entrega del servicio de salud al usuario.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Evaluación de las Estrategias

Luego de realizado el análisis situacional presentado en las **tablas 42 y 43**, se llevó a efecto al análisis matricial de evaluación de cada una de las estrategias mediante la aplicación de los criterios de evaluación pertinentes. Luego de un análisis razonado de las estrategias se verificó si las mismas cumplían o no con cada uno de los seis criterios básicos que permiten verificar el grado de solvencia de la propuesta estratégica como se muestra en la **tabla 44** siguiente.

Tabla 44. Evaluación de las estrategias por cada micro escenario

Microescenario 1: Diseño armónico de salud	
Estrategia	Implementar alianzas estratégicas regionales donde los EAR, centros de educación superior regionales, y prestadores privados regionales puedan fomentar, apoyar, y solventar estudios epidemiológicos e investigaciones a nivel regional y nacional para realizar las acciones necesarias que permitan focalizar de manera óptima los recursos y utilizarlos eficientemente; influyendo tanto a nivel de la prevención como el de la rehabilitación de la enfermedad.
Adecuación	SI
Validez	SI
Coherencia	SI
Practicabilidad	SI
Vulnerabilidad	NO
	En este punto el único punto más importante y vulnerable sería la mala administración de los hospitales. Pero por el nuevo marco regulatorio y los nuevos criterios y parámetros de administración sería sustentable.
Recompensas potenciales	SI

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Tabla 44. Evaluación de las estrategias por cada micro escenario

Microescenario 2: Caminando hacia un nuevo camino en salud	
Estrategia	<p>a) Crear un Centro de Referencia de Alta Complejidad, que cuente con profesionales y personal altamente calificado en la atención de patologías prevalentes de difícil resolución, y con la infraestructura, tecnología y avances científicos necesarios.</p> <p>b) Recurso Humano: Capacitación al recurso humano a través de la implementación de un proyecto sobre la nueva modalidad de trato y de participación del usuario en la gestión de salud debido a que debemos dar cuenta anual del desempeño y por otra parte con problemas de salud garantizados GES tenemos plazos que cumplir y un usuario con derechos.</p> <p>c) Campañas sanitarias focalizadas en la prevención y promoción de la salud destinadas a disminuir los costos en salud al anticiparnos al daño y así disminuir la carga de enfermedad.</p>
Adecuación	<p>SI</p> <p>La estrategia propuesta se adecua a las amenazas y oportunidades del entorno, porque el recurso humano, está en relación con: la judicialización de la salud por la mala praxis considerando una población más informada, por el cambio cultural de la sociedad es más conocedora de sus derechos. Hay una curva ascendente de las denuncias y demandas lo que tensiona al máximo el sistema. Debe haber una salud más amable, cercana al usuario y en relación directa con la reforma de salud, contando con un RRHH más capacitado, se satisfacen las expectativas del usuario.</p>
Validez	<p>SI</p> <p>La estrategia que se menciona está basada en las metas sanitarias décadas 2000-2010, uno de ellos dice proveer servicios acordes con las expectativas de la población; plazos para implementación de los EAR 2009.</p>
Coherencia	<p>SI</p> <p>La estrategia es coherente porque está de acuerdo al escenario futuro que nos toca enfrentar con la autogestión en redes.</p>
Practicabilidad	<p>SI</p> <p>La estrategia es practicable cuando el liderazgo es participativo y efectivo, con objetivos, metas claras, expertos en negociación, comunicación efectiva, entre otros.</p>
Vulnerabilidad	<p>SI</p> <p>La estrategia tiene puntos vulnerables, como es la cultura organizacional, de ser beneficiario pasa hacer usuario con derecho, esto genera incertidumbre.</p>
Recompensas potenciales	<p>SI</p> <p>La estrategia permite que las organizaciones deban competir entre sí, lo que se traduce en una atención de calidad con valor agregado, más con su personal calificado en el modelo de atención familiar (biosicosocial / holístico), utilizando más herramientas y habilidades que nos desafía la reforma de salud en todo su contexto.</p>

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Tabla 44. Evaluación de las estrategias por cada micro escenario

Microescenario 3: Un prisma hacia el futuro	
Estrategia	Inversión en capacitación tecnológica y desarrollo organizacional: la inversión en capacitación nos permitirá lograr un cambio organizacional que accederá a sustentar la nueva visión de salud, a través de un equipo humano integrado, involucrado, dispuesto a adaptarse a los nuevos procesos tecnológicos, a trabajos de alto nivel de complejidad y de impacto ambiental, con una nueva mirada basada en la experiencia, abiertos al uso eficiente de los recursos y con capacidad para competir como un todo en el mercado. Serán personas creativas y motivadas por adquirir nuevos conocimientos y participarán de estudios e investigaciones en pos del logro de los objetivos y cumplimientos de las políticas sanitarias que reconocerán como parte de su identidad organizacional.
Adecuación	SI Porque es la base para que los cambios sean sustentables en el tiempo y se produzca una apertura y disposición continua al desarrollo, con conciencia de un manejo eficiente de los recursos.
Validez	SI Ya que el recurso humano cada vez va tomando más importancia en el desarrollo de los nuevos procesos y dinámica del entorno.
Coherencia	SI Porque el recurso humano es uno de los factores relevantes de la nueva política sanitaria.
Practicabilidad	SI Sólo que la capacitación es un proceso lento, en cuanto a la dinámica del recurso humano. Los cambios se irán dando en el tiempo.
Vulnerabilidad	SI El ser humano es cambiante por lo tanto vulnerable, también dependerá de los cambios que pudiesen haber en el entorno.
Recompensas potenciales	SI Personas dispuestas a adaptarse a los cambios, motivadas, con identidad y con un alto nivel de especialización, lo que significa tener una base importante para el desarrollo de los distintos procesos del sector.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Tabla 44. Evaluación de las estrategias por cada micro escenario

Microescenario 4: Rediseñando el Modelo Hospitalario para una salud moderna para el nuevo siglo	
Estrategia	<p>a) Implementar la regulación de los convenios entre el sector público y privado en la red asistencial para la autogestión de los hospitales.</p> <p>b) Determinación real de los costos de cada servicio de salud otorgado en los establecimientos: En este escenario la estrategia definida permitirá identificar las potenciales de las alianzas estratégicas, donde la complementariedad de las fortalezas del sector privado se conjugan con las debilidades del público y viceversa. También con tal conocimiento la planificación financiera de los EAR será real, con un real conocimiento de la brecha entre las necesidad financiera y las posibilidades de cubrir esa necesidad, pudiendo establecer mecanismos o estrategias para la obtención de recursos tendientes a eliminar esa brechas de financiamiento, pudiéndose establecer mecanismo de control de la gestión para optimizar sus uso y la generación de recursos para potenciar la investigación y estudios de los problemas epidemiológicos de la salud de la población objetivo, para mejorar los índices de calidad de vida.</p>
Adecuación	<p style="text-align: center;">SI</p> <p>Es muy adecuada, pues la mayor amenaza de la salud son los limitados recursos y sus altos costos, la implementación de esta estrategia permitirá definir con una mayor claridad donde están las mayores debilidades de financiamiento y el establecimiento de planes para aprovechar las oportunidades del entorno.</p>
Validez	<p style="text-align: center;">SI</p> <p>Tiene validez pues se base en información real y cuantificable, lo relevante es definir bien las variables que inciden en cada servicio o proceso.</p>
Coherencia	<p style="text-align: center;">SI</p> <p>Es muy coherente, pues la salud busca mejorar la cobertura y hacer de la salud un bien de fácil acceso para todos, y el buen uso de los recursos financieros y la minimización de los costos asociados a cada prestación de salud o servicio, hace que pueda ser factible la eliminación de esta brecha atencional.</p>
Practicabilidad	<p style="text-align: center;">SI</p> <p>Es practicable pues se tienen todos los elementos cognitivos para su materialización, su mayor obstáculo es la gran variedad de servicios, que demandará inicialmente un pesado trabajo administrativo de recopilación, tabulación, y estructuración de la información, pero una vez efectuado es muy fácil la estandarización de los costos asociados a cada prestación o servicio otorgado.</p>
Vulnerabilidad	<p style="text-align: center;">NO</p> <p>Su única vulnerabilidad radica en una mala determinación de las variables relevantes que componen cada prestación de salud o servicio otorgado, lo que induciría a la determinación de costos no reales o viciados.</p>
Recompensas potenciales	<p style="text-align: center;">SI</p> <p>El conocer los costos reales de cada prestación de salud o servicio asociado a ella, permitirá hacer un eficiente uso de los limitados recursos financieros, establecer alianzas estratégicas entre todos los actores para minimizar las debilidades del sector salud y en conjunto poder diseñar un sistema de “salud moderno para el nuevo siglo”, donde se puedan efectuar investigaciones y estudios, adquisición de tecnología producto de un mejor aprovechamiento de los recursos financieros disponibles, otorgar una oferta de salud a menor costo para los usuarios ampliando el acceso a ella a un mayor número de usuarios. O sea hacer de la salud una realidad alcanzable.</p>

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Tabla 44. Evaluación de las estrategias por cada micro escenario

Microescenario 5: Un prisma hacia el futuro	
Estrategia	<p>Sistema de registro electrónico: el sistema de atención en red a través de registros electrónicos nos permitirá tener administración eficaz y eficiente, registros transparentes para el usuario. Con una base de datos central donde llegará la información desde el sistema primario, hospitales y centros de alta complejidad, desarrollándose así una atención expedita e integral para el usuario, con posibilidades de conexión a Internet para intercambio de información de salud con países más desarrollados en el área de la investigación. Podremos tener una base epidemiológica que nos brindará una estadística en línea y al día, pudiendo proyectarnos en la evolución de patologías, epidemias y crecimiento demográficos, anticipándonos a los impactos sociales.</p> <p>Además se fomentará la especialización en área de tecnología de punta, consiguiendo que el sistema de salud público sea más eficiente y calificado, animando a la investigación e intercambio científico y tecnológico a nivel internacional, logrando posicionarse no sólo por la implementación de nuevos centros o tecnología avanzada, sino que también por la alta capacidad de respuesta que las personas que allí trabajan sabrán dar.</p>
Adecuación	<p>SI. Esta estrategia es adecuada ya que ayuda y apoya el desarrollo de la atención de salud en red, tanto para el área administrativa, como para la atención integral y expedita del usuario.</p>
Validez	<p>SI, Ya que la implementación en red se basa en la información inmediata y actualizada.</p>
Coherencia	<p>SI, Tiene coherencia por el nuevo modelo de atención de salud en red por el cual se necesita la conexión entre el sistema público y privado.</p>
Practicabilidad	<p>NO La puesta en marcha de esta estrategia, sería un proceso lento por la necesidad de capacitación del RRHH y la implementación del sistema de informática en red.</p>
Vulnerabilidad	<p>NO Depende del nivel de experticia que se logre en el área del manejo de la informática, y la disponibilidad de nueva tecnología.</p>
Recompensas potenciales	<p>SI. Tiene una recompensa importante para el desarrollo de la salud en red, ya que nos permite una administración eficaz, eficiente, y un sistema transparente para el usuario. Además de permitirnos tener una base epidemiológica que nos brindará una estadística en línea y actualizada, anticipándonos al daño y el impacto social correspondiente.</p>

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

Análisis de Actores

Luego del proceso realizado: *análisis situacional, elaboración de estrategias y evaluación de las mismas*, se llevó a efecto un análisis de los actores más relevantes del contexto en el que se proyecta a futuro cada una de las estrategias elaboradas por cada microescenario, razón por la cual se identificaron siete tipos de actores que fueron cualificados de relevantes e influyentes en la activación de las estrategias que, para cada uno de micro escenarios se propone. El análisis de dichos actores se realizó en dos grupos independientes de trabajo que, aunque actuaron separadamente, establecieron vínculos de coordinación que permitieron coherencia en las interpretaciones realizadas respecto del rol de cada uno de los actores en los diversos escenarios en los cuales interactúan.

El grupo de profesionales de análisis prospectivo centró su atención, en primer lugar, en la identificación y definición de los actores y, en segundo lugar, en la determinación de las formas de interacción mutua que se puedan producir entre ellos a partir de sus respectivas posiciones en el contexto que les corresponde actuar. Estas interrelaciones mutuas fueron analizadas teniendo en perspectiva el escenario proyectado a un estado futuro que se ubica en el periodo 2006 – 2010 previsto en cada uno de los microescenarios. Estos actores se vinculan entre sí en un juego de influencias mutuas en la cual se pueden producir relaciones de armonía, dependencia, de demanda o de oferta de servicios mutuos a través de los cuales se pueda lograr un cierto equilibrio. Éstas relaciones son evidenciadas mediante las respuestas a las preguntas siguientes: ¿Cuáles son los propósitos?, ¿cuáles los medios de que disponen? y ¿cuáles son los conflictos o desafíos que cada actor enfrentan con relación a los demás?, todo se describe en detalle en las **tablas 45 y 46** siguientes.

**Tabla 45. GRUPO 1 DE ANÁLISIS DE ACTORES 1
(Influencia – Dependencia)**

DEPENDENCIA	Influencia / Dependencia	Actor 1: MINSAL	Actor 2: Ministerio de Hacienda	Actor 3: Educación	Actor 4: Gobierno Regional
	Actor 1: MINSAL		Propósito Lograr financiamiento. Medios Compromisos de gestión. Problemas Resolución de presupuestos.	Propósito Alianza estratégica en la formación. Medios Proyectos planes. Problemas Ley.	Propósito Dictaminar normas y fiscalización. Medios Red asistencial seremis municipalidad. Problemas No cumplimiento de metas sanitarias Efectividad en el trabajo intersectorial.
	Actor 2: Ministerio de Hacienda	Propósito Asignación de recursos Medios Presupuesto Problemas Emergencias y desastres		Propósito Asignación de recursos Medios Presupuesto Problemas Modificación de presupuesto	Propósito Asignación de recursos Medios Presupuestos, proyecciones varias Problemas No cumplimiento de asignación de recursos
	Actor 3: Educación	Propósito Alianza y acuerdos de formación Medios Proyectos, programas, planes, políticas públicas. Problemas No cumplimiento de acuerdos, programas y metas	Propósito Aumento de financiamiento Medios Presupuesto Problemas No asignación de recursos solicitados		Propósito Dictaminar normas y fiscalización Medios Seremis, Gobierno Regional Problemas No cumplimiento de metas y compromisos.
	Actor 4: Gobierno Regional	Propósito Alianza estratégica territorial Medios Reunión de gabinetes, gobierno a terreno Problemas Políticas	Propósito Financiamiento Medios Presupuestos Problemas No asignación de recursos solicitados	Propósito Alianza estratégica territorial Medios Acuerdos, protocolos Problemas No asignación de recursos	

Tabla 46. GRUPO 2 DE ANÁLISIS DE ACTORES 1
(Influencia – Dependencia)

Influencia / Dependencia	Actor 1: MINSAL	Actor 2: Seguros salud	Actor 3: Universidades	Actor 4: Usuario
DEPENDENCIA	Actor 1: MINSAL	Propósito Regula, fiscaliza Medios Superintendencia salud Problemas Fiscalización deficiente	Propósito Certificación, asesoría, acreditación, formación Medios Investigación, formación, mallas curriculares Problemas Compatibilización y congruencia de Lograr homogeneidad de planes	Propósito Satisfacer necesidades de salud por políticas, promoción y prevención Medios Red asistencial, promoción, vacunación Problemas Poca participación ciudadana, judicialización de la medicina
	Actor 2: Seguros de Salud	Propósito Financiar prestaciones de salud, preventiva, curativa Medios Traspaso dinero a servicios para efectuar prestaciones Problemas Prestaciones de salud sub-valoradas	Propósito Financiar hospitales universitarios e investigaciones Medios Convenio, traspaso de fondos Problemas Deudas en traspaso de fondo y prestaciones subvaloradas	Propósito Financiar y garantizar prestaciones de salud pública, cumplir patologías GES y enfermedades emergentes Medios Convenios, programa, planes, traslado de fondos Problemas Satisfacción usuaria, falta de información, demanda por mala práctica, discriminación y exclusión paciente

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

**Tabla 46. GRUPO 2 DE ANÁLISIS DE ACTORES 1
(Influencia – Dependencia)**

Influencia / Dependencia	Actor 1: MINSAL	Actor 2: Seguros salud	Actor 3: Universidades	Actor 4: Usuario
DEPENDENCIA	Actor 3 Universidades	<p>Propósito Entrega profesional en calidad acorde al mercado</p> <p>Medios Carreras, programa, investigación, extensión</p> <p>Problemas Falta de estudios de mercado, ingreso económico no acorde con formación, falta de profesionales especialistas</p>	<p>Propósito Entrega profesional</p> <p>Medios Carreras, programas, investigación, extensión</p> <p>Problemas Coordinación insuficiente en necesidad del mercado de profesionales</p>	<p>Propósito Entrega profesional centrado en nuevo modelo de atención</p> <p>Medios Carreras, programas, investigación, extensión, prestadores de salud</p> <p>Problemas Comunicación, participación</p>
	Actor 4 Usuario	<p>Propósito Exigir derechos a la atención en salud garantizada</p> <p>Medios Programas, planes, convenios</p> <p>Problemas Incumplimiento de planes, comunicación, mala articulación sectorial</p>	<p>Propósito Financiamiento, prestaciones eficientes y oportunas</p> <p>Medios Programas, planes, convenios</p> <p>Problemas Insatisfacción usuaria, negligencia, incumplimiento, cobertura y acceso, protección financiera</p>	<p>Propósito Formación profesional acorde a los requerimientos, capacitación</p> <p>Medios Carreras, programas, investigación, acreditación, experticia.</p> <p>Problemas Insatisfacción de expectativas</p>

Fuente: Elaboración propia sobre la base de modelos de análisis prospectivo.

CONCLUSIONES

El análisis prospectivo se aplicó al sistema de la salud que evoluciona en un contexto de profunda reforma como la que vive Chile desde hace años y que surge después de más de cincuenta años de la principal reforma que vivió el sector y que marcó su evolución en la segunda mitad del siglo veinte. De manera muy natural los grupos de profesionales se dieron a la tarea de hacer una retrospectiva de su propio sector, de sus desempeños y de su propia experiencia tratando, en suma, de identificar el mayor número posible

de variables que incidieran e incidieran a futuro el comportamiento de un sector de por sí complejo como es el de la salud en Chile.

El método se aplicó conforme con un modelo diseñado en tres etapas: primero la definición del sistema y los subsistemas; segundo, identificación de variables de cada subsistema y tercero, la identificación de actores de cada espacios de incertidumbre determinado y que permitieron elaborar los microescenarios que conforman el escenario global del sector salud a nivel comunal.

Como ya es sabido, el análisis prospectivo se aplica a situaciones Complejas, de múltiples factores y múltiples actores e Inciertas en las cuales se requiere Actitud pro-activa y capacidad de Búsqueda en medio de un proceso participativo. De forma tal que el esfuerzo prospectivo implicó determinar escenarios de alguno de los siguientes tipos: de tendencia, exploratorio hacia una situación más probable a partir de variables del presente, de ruptura que implica una situación poco probable hoy pero que puede ser el germen de un futuro posible.

Conclusiones Relativas a las Aplicaciones de Prospectiva y Estrategia del Sector Salud a Nivel Comunal

Los participantes se reunieron y determinaron las variables del entorno clasificado en cuatro subsistemas clave de la salud: entorno sectorial, ámbito tecnológico, ámbito procesos y regulaciones sectoriales, identificándose 22 variables representativas de los aspectos funcionales y operacionales de la salud comunal.

A continuación se analizaron las relaciones de Influencia - Dependencia de dichas variables mediante un análisis cruzado de las mismas por medio de una matriz de relaciones lógicas y que evidencia los niveles de influencia dependencia mutua de las variables concluyéndose que la dependencia va de 21 puntos como mínimo a 50 como máximo, de la misma forma los grados de influencia que se mueven entre 27 y 50 puntos.

Sobre la base de las relaciones de influencia – dependencia se determinaron cuatro nubes de variables poniendo de manifiesto variables interrelacionadas que muestran una proyectiva de la salud comunal en un horizonte temporal al periodo 2006 – 2010.

Se logró confirmar que la posición de los diversos grupos de variables, de acuerdo con los grados de motricidad o dependencia de las mismas, producen diversos tipos de escenarios futuros, unos sobre la base de las variables de mayor influencia interpretadas de conformidad con el análisis morfológico y considerando los impactos verticales o cruzados observados en la matriz de relaciones lógicas.

El escenario global quedó representado en cuatro microescenarios: el primero Población y leyes; segundo, Método y recursos de trabajo en salud familiar; tercero, Conjunto de apoyo a la gestión técnica y administrativa y cuarto, Marco de regulaciones.

La interpretación de estos microescenarios fue acompañada de la clasificación de las variables que los constituyeron, determinándose, de acuerdo con el método, tres grupos: 11 Variables pesadas que representan un fenómeno supuestamente permanente o de lenta evolución, 6 variables emergentes que son una señal ínfima hoy y que puede tener consecuencias a futuro y finalmente, 5 variables portadoras de futuro que señalan tendencias a largo plazo.

Las variables relacionadas por sus grados de influencia – dependencia determinan 4 microescenarios: Población y leyes, Marco de regulación, Conjunto de apoyo a la gestión técnico administrativa y Métodos y recursos de trabajo en salud familiar. Cada uno de estos fue analizado e interpretado a fin de evidenciar, mediante la técnica del FODA las potencialidades y desafíos que ofrece el futuro prospectado a los actores del sector de la salud comunal.

En la siguiente fase prospectiva se identificaron, para cada microescenario, los actores relevantes, identificados de acuerdo con la naturaleza de las variables y de conformidad con las vinculaciones que entre ellos establecen dados su propósito, los medios con los cuales cada una de ellos cuenta y los problemas que de modo singular enfrentan.

Los actores del micro escenario Población y Leyes son el Servicio de Salud, la Municipalidad, la Comunidad, el denominado Intersector y las Familias. Para el microescenario Marco Regulaciones los actores identificados fueron el Servicio de Salud, el Hospital, la Municipalidad, las Familias, la Autoridad Sanitaria, el Departamento de Salud, el Interceptor y los Funcionarios de la salud. En el caso del micro escenario Conjunto de Apoyo a la Gestión Técnico Administrativa los actores determinados fueron el Ministerio de Salud, el Municipio, la Dirección Comunal de salud, el Hospital y los Usuarios.

Finalmente, se procedió a la evaluación de las estrategias de acuerdo con la interpretación de los respectivos escenarios y considerando el juego de acciones y reacciones estimadas de los actores en sus respectivos contextos. Los criterios utilizados para esta evaluación fueron, Validez, Coherencia, Practicabilidad, Vulnerabilidad y Recompensas potenciales, confirmándose mediante este método la coherencia y efectividad de las propuestas estratégicas que los grupos de análisis prospectivo elaboraron para sus respectivas realidades.

Conclusiones Relativas a las Aplicaciones de Prospectiva y Estrategia del Sector Salud a Nivel Provincial

Sobre la base de la lógica de análisis aplicada, en esta fase de la prospectiva se analiza el sector de salud en su perspectiva provincial, identificándose 26 variables agrupadas también en 4 dimensiones clave propias del sistema de salud.

Se determinaron las relaciones de Influencia - Dependencia de las variables mediante el análisis cruzado de las mismas y se cuantificó la magnitud de dichas implicaciones mutuas en rangos que, para las relaciones de dependencia, van desde un mínimo de 39 a 75 puntos máximo. En tanto que respecto del nivel de influencia el rango va de 33 a 66 puntos.

Por otra parte, sobre la base de la prospección realizada a nivel provincial de las 26 variables en estudio, se logró evidenciar gráficamente el escenario y los microescenarios mediante nubes de variables que proyectan el sector salud provincial al periodo 2006 – 2010. Como resultado de la Matriz de Influencia – Dependencia y luego del análisis gráfico de los micro escenarios, el escenario global resultó constituido por los microescenarios: Gestión de procesos, Gestión estratégica en red y Después de las tinieblas viene la luz, y sus respectivas variables constituyentes fueron analizadas y clasificadas según los criterios y asignándoles las categorías pertinentes: a 7 variables Pesadas, puesto que fueron reconocidas como fenómeno estable o de lenta evolución, a 15 variables Emergentes calificadas como una leve señal en el presente y que puede ser relevante en el futuro. Finalmente, se clasificaron 4 variables como Portadoras de Futuro en atención a que fueron consideradas por su impacto y capacidad de señalar tendencias de largo plazo.

Las nubes de variables que se conforman mediante la interacción de las 26 variables estudiadas y que dan forma a los 3 escenarios identificados fueron denominados de la siguiente forma: Después de las tinieblas viene la luz, Gestión de procesos y Gestión estratégica en red. Los micro escenarios así identificados

fueron analizados conforme a la perspectiva estratégica prevista al año 2010 definiéndose las respectivas estrategias.

En la fase siguiente, se llevó a efecto el análisis situacional de cada una de las estrategias definidas para cada micro escenario la que se logró mediante la comparación a nivel externo de las características del sistema de salud provincial con la situación evidenciada por el respectivo micro escenarios identificándose oportunidades y amenazas. Lo propio ocurrió con la evaluación de las potencialidades y capacidades internas respecto del escenario en un proceso que permitió identificar fortalezas y debilidades con relación al escenario.

En la etapa siguiente de análisis se procedió a identificar y estudiar la interacción natural que presentan entre sí los diversos actores que participan de cada uno de los microescenarios, llegándose a identificar a los siguientes: Usuarios, Funcionarios y Gestor de redes. Estos actores se relacionan mutuamente de conformidad con la gestión que ellos realizan de sus propios propósitos, los medios de que disponen y los conflictos o desafíos que enfrentan respecto de los restantes actores.

Por último, en la última fase del análisis de la salud a nivel provincial, se llevó a efecto la evaluación de las respectivas estrategias mediante la aplicación de los criterios de Adecuación, Validez, Coherencia, Practicabilidad, Vulnerabilidad y Recompensas potenciales. Dicha evaluación conllevó que cada una de las estrategias fuese analizada en su respectivo escenarios y considerando las decisiones y eventuales acciones de los actores sobre la base de los respectivos niveles de influencia de cada uno de ellos en sus roles ejercidos en el contexto que les prevé el escenario.

Conclusiones Relativas a las Aplicaciones de Prospectiva y Estrategia del Sector Salud a Nivel Regional

En esta fase de la investigación se muestra la experiencia prospectiva y diseño de estrategias para el sector salud a nivel regional que se realizó en sesiones consecutivas implicando un esfuerzo colectivo de un mes de trabajo grupal realizado por directivos representativos de los niveles primario, secundario y terciario de salud, así como de las unidades gestoras y reguladoras como son el Servicio de Salud y la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la región.

Se conformaron dos grupos de trabajo que en conjunto lograron identificar 42 variables clave que influyen en el Entorno sectorial, en lo tecnológico, en los procesos y en las regulaciones sectoriales. Éstas fueron compatibilizadas en un listado de consenso de 35 variables a partir de las cuales se procedió a determinar

las relaciones lógicas de Influencia - Dependencia entre dichas variables mediante la aplicación de una escala de puntaje convencional de tres puntos. Las magnitudes de implicaciones mutuas de dependencia van desde 35 a 75 puntos en tanto que las relaciones influencia fluctuaron entre 38 y 79 puntos de máximo.

Una vez analizadas las variables en torno a la Matriz de Influencia – Dependencia, se identificaron nubes de variables en la forma de microescenarios que dan sentido a un escenario global proyectado al periodo 2006 – 2010. El agrupamiento por coherencia de las variables evidencia las magnitudes de influencia o dependencia mutua conformando segmentos de la realidad claramente identificables y singulares tales como *Regulaciones y condicionantes del sector*, *Población y medio ambiente*, *Gestión institucional* y *Recursos internos de apoyo a los procesos de salud* que permiten explicar el escenario global.

Por otra parte, las variables identificadas en cada uno de los microescenarios que participan del escenario de la salud a nivel regional fueron clasificadas de acuerdo con los criterios pertinentes de análisis prospectivo aplicándoles las categorías distintivas a 10 variables Pesadas, 10 variables Emergentes y 15 variables Portadoras de Futuro mediante las cuales se realizó un análisis razonado de las implicaciones mutuas de todas estas y sobre dicha base se logró una adecuada interpretación de sus implicaciones en una proyección al periodo 2006 – 2010 y a partir de ahí logró proponer directrices estratégicas consistentes y de acuerdo con las opciones evidenciadas a futuro para cada micro escenario.

Los profesionales del sector salud definieron y acotaron al contexto de cada micro escenario definiéndolo y caracterizándolo consistentemente de manera tal que a partir de esta descripción se pudo proponer diversas acciones clave que se estima dan una respuesta estratégica consistente con la realidad y que fueron validadas mediante la realización de un análisis FODA. Este análisis permitió identificar tanto potencialidades como carencias organizacionales que condicionan la aplicación de estrategias que se enfrentan a eventuales oportunidades y desafíos que presenta el entorno.

Finalmente, se procedió a realizar un análisis razonado de cada estrategia verificando si efectivamente éstas cumplen con los seis criterios básicos de Adecuación, Validez, Coherencia, Practicabilidad, Vulnerabilidad y Recompensas potenciales permitiendo ratificar la solvencia de la propuesta estratégica.

A nivel de la salud regional no se trabajó en los grupos de análisis prospectivo la identificación de actores ni se realizó un estudio de los niveles de influencia – dependencia de estos en cada microescenario.

Conclusiones Relativas a las Aplicaciones de Prospectiva y Estrategia del Sector Salud a Nivel Nacional

En esta última fase del estudio, se sintetizan a continuación algunas conclusiones de la creación de estrategias para el sector salud a nivel nacional que se realizó con la participación de profesionales de las regiones del Libertador Bernardo O'Higgins, Maule, Bio-Bio y Metropolitana, que se desempeñan en la salud primaria, secundaria y terciaria, así como en las organizaciones gestoras y reguladoras de dichos servicios. Estos profesionales conformaron dos grupos de trabajo cuyo propósito fue definir las variables clave, proceso mediante el cual se logró identificar un total de 29 variables clave del Entorno sectorial, del Ámbito tecnológico, el Ámbito procesos y otros y, las Regulaciones sectoriales. En segundo lugar se procedió a identificar las similitudes o diferencias entre las variables encontradas a fin de obtener, por consenso, un listado único que sintetice dichas variables llegando a un total de 22 variables que fueron analizadas en perspectiva global.

En la tercera fase los dos grupos de profesionales, conformados inicialmente, se integraron en un solo grupo para analizar las relaciones de influencia – dependencia mutua entre las variables lo que se determinó por consenso mediante la asignación de puntajes que van en el rango de 1 a 3 puntos de influencia aplicados a las variables en una prospectiva que consideró el periodo 2006 - 2010. En síntesis se obtuvo los diversos grados de influencia – dependencia y que se expresan en los puntajes asignados que variaron desde los 37 a los 61 puntos como máximo de dependencia, en tanto que con relación a la influencia, los puntajes se movieron entre 39 puntos mínimo hasta 63 puntos como máximo.

Mediante el análisis e interpretación de las 22 variables en estudio se elaboró una representación gráfica de las relaciones de Influencia – Dependencia de dichas variables logrando poner en evidencia la existencia de 5 grupos de variables concatenadas mutuamente. Estas nubes de variables fueron nombradas en la categoría de microescenarios de la siguiente forma: Diseño armónico de la salud, Isla de la fantasía en salud, Caminando hacia un nuevo camino en salud, Un prisma hacia el futuro de la salud: una luz a través de un cristal y Rediseñando el modelo hospitalario para una salud moderna para el nuevo siglo que dan forma y sentido al escenario global de la salud a nivel nacional.

En la etapa siguiente, las variables analizadas, cada una en su mérito dentro de cada microescenario y mediante las cuales se conforma el escenario a nivel nacional, fueron clasificadas para su análisis e interpretación conjunta en las categorías correspondientes lográndose identificar 1 variable pesada entendida como un fenómeno permanente o de lenta evolución, 15 variables emergentes por tanto se entienden como una señal ínfima hoy que puede tener consecuencias importantes a futuro y 6 variables

portadoras de futuro dado que se definen como señalizadoras de tendencias a largo plazo para el escenario de la salud a nivel nacional.

Las nubes de variables y que se conforman de acuerdo con los niveles de influencia – dependencia, fueron analizadas e interpretadas considerando sus características de pesada, emergentes o portadores de futuro a fin de generar una descripción lo más representativa posible de cada micro escenario. Fue sobre dicha base interpretativa que se pudo proponer directrices estratégicas coherentemente proyectadas a futuro de forma tal que se logró armonizar las estrategias resultantes de cada uno de los microescenarios fueron descritos en la perspectiva del periodo 2006 - 2010.

En las siguiente fase se procedió a verificar la consistencia estratégica de las proposiciones realizadas para cada microescenario mediante el análisis situacional correspondiente, identificándose las fortalezas, debilidades de cada una de ellas y se verificó a su vez la congruencia de los postulados estratégicos con las oportunidades amenazas provenientes del escenario que cada estrategia enfrenta. En esta misma etapa del estudio, se llevó a efecto al análisis matricial razonado de evaluación de cada una de las estrategias mediante la aplicación de los criterios de evaluación y se verificó el cumplimiento de cada uno de los seis criterios que confirman la solvencia de la propuesta estratégica mediante lo cual se logró verificar la eficacia, consistencia y armonía de las propuestas estratégicas elaboradas.

Por último, se realizó el análisis de actores del escenario para lo cual se formaron dos grupos separados de análisis los que lograron identificar y consensuar siete tipos de actores relevantes e influyentes en puesta en ejecución de las estrategias. Los dos grupos de trabajo, aunque actuaron independientemente, se coordinaron a fin de armonizar las interpretaciones de los roles de los actores en cada uno de los micro escenarios en los que ellos interactúan en la perspectiva del escenario proyectado al periodo 2006 – 2010.