

EXPEDIENTE N° _____

Agregado N° _____

23 AGO 1982

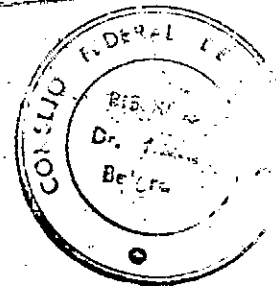
PRGHA

Buenos Aires, agosto 23 de 1982

CATALOGADO

27745

Señor
Secretario General del
Consejo Federal de Inversiones,
Cnel. (R.E.) Carlos Benito PAJARINO
S/D



ASUNTO: Expte. 597 - Provincia de
Buenos Aires - "Implementación Pre
supuesto Base Cero".

Me dirijo al Señor Secretario Gene-
ral a efectos de elevar el Primer Informe de Avan-
ce del Estudio de la referencia.

Saludo a Ud. muy atte.

Lic. Elida MARCONI

Lic. Inés MORENO

B. 41303

M 11

I

Primer informe de avance: 21/7/82 al 21/8/82

AREA: Subsecretaría de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires.

Tareas

1. Apoyo a la preselección por antecedentes.

No fue requerido en esta etapa por parte de los responsables del C.F.I. a cargo del programa.

2. Coordinación del trabajo con las consultoras.

Abarcó los siguientes aspectos:

- Coordinación y participación en entrevistas colectivas (del conjunto de las consultoras) y privadas (de una sola consultora).
- Orientación en la selección de lugares considerados significativos dentro del sector, para la etapa del relevamiento.
- Obtención de información secundaria del sector a pedido de las consultoras y por sugerencia del jefe sectorial: Organigrama de la Subsecretaría de Salud Pública, Características de los establecimientos hospitalarios del subsector público en la Provincia de Buenos Aires, Información sobre el Centro de Cómputos, Información sobre SAMO (Ley 8801), Perfil hospitalario del Htal. Araoz Alfaro.

3. Formación y conducción de equipos de trabajo.

De acuerdo al requerimiento de la etapa el desempeño ha estado a cargo de los responsables firmantes del informe, con apoyo y asesoramiento de los profesionales del C.F.I. vinculados al programa.

4. Relevamiento sectorial.

Se inició el 21-7-82 con una entrevista colectiva al señor Subsecretario de Salud Pública, Dr. F. Unchalo, en la que participó también el Director Provincial de Atención Médica Dr. G. Perdoni.

Continuó con las siguientes entrevistas:

27-7-82: Dirección Provincial de Atención Médica.

2-8-82: Secretaría Ejecutiva del Consejo del SAMO.

Jefatura de la Zona Sanitaria Gran La Plata y

Jefatura de la Zona Sanitaria Gran Buenos Aires.

Dirección y Administración del Htal. Interzonal de Agudos Prof. Dr. R. Rossi.

Dirección del Htal. Zonal Gral. de Agudos "S. Roque"

-Dirección General de Administración Contable

Dirección de Administración Contable.

Dirección del Centro de Cómputos (Área Sistema, Área Producción, Asesoría en sistemas y diseño del SAMO)

Departamento de Presupuesto.

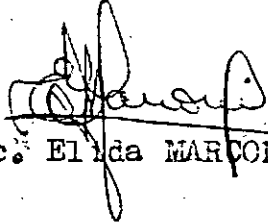
5-8-82: entrevista privada y visita al Htal. Zonal General de Agudos "S. Roque", al Htal. Interzonal de Agudos Prof. Dr. Rodolfo Rossi.

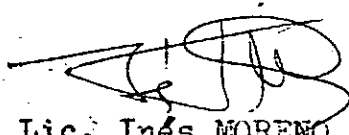
Dirección de Personal.

11-8-82: entrevista privada y visita al Htal. Aranz Alfaro.

5. Informe sobre la situación sectorial (minidiagnóstico)

Se han mantenido reuniones con funcionarios del C.F.I. orientativas de los aspectos metodológicos que se desea contemplar en esta tarea - en elaboración - y de cuyos resultados se informará en oportunidad de su conclusión.


Lic. Elida MARCONI


Lic. Inés MORENO

EXPEDIENTE N° _____
Agregado N° _____
78391
21 SET, 1982
FECHA


Buenos Aires, septiembre 21 de 1982.

Señor
Secretario General del
Consejo Federal de Inversiones.
Cnel. (R.E.) Carlos Benito PAJARINO.
S/D.

ASUNTO: Expte. 597 - Provincia de
Buenos Aires - "Implementación Presupuesto Base -
Cero".

Nos dirigimos al señor Secretario -
General a efectos de elevar el Segundo Informe de A-
vance del Estudio de la referencia.

Saludamos a Ud. muy atte.


Lic. Elida MARCONI


Lic. Inés T. MORENO.

Segundo informe de avance: 21/8/82 al 21/9/82.

Area: Subsecretaría de Salud pública de la Provincia de Buenos Aires.

Tareas

2. Coordinación del trabajo con las consultoras.

Se han dado orientaciones generales para la aclaración de temas o problemas del Subsector Salud pública, que debieron resolver las consultoras para elaborar los diagnósticos. El asesoramiento se basó en los siguientes puntos:

- 2.1. Manejo de información secundaria.
- 2.2. Aclaración del funcionamiento - técnico de servicios sustantivos del Subsector.
- 2.3. Intercambio de conclusiones sobre información primaria, es decir, la obtenida a través de entrevistas.

3. Formación y conducción de equipos de trabajo.

En esta etapa se ha fortalecido la constitución del grupo de trabajo para el Subsector Salud pública, como así mismo la conformación del equipo intersectorial con el apoyo y asesoramiento de la Dirección del programa y de los profesionales del C.F.I.

4. Relevamiento sectorial.

Para concluir la etapa de recolección de datos y con la intención de aclarar ciertos aspectos del funcionamiento del sector (especialmente en lo referente a los problemas de derivación de pacientes y distribución de recursos del Conurbano Bonaerense), se han realizado entrevistas y solicitado información en las siguientes instituciones:

- Ministerio de Salud pública y Medio Ambiente - Catastro de Recursos y Servicios para la Salud - (23-8-82)
- Ministerio de Salud pública y Medio Ambiente - Sector Estadísticas de Salud - (24-8-82)
- Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires - Departamento de Estadísticas de Salud - (26-8-82).

- Municipalidad de La Matanza - Se-
cretaría de Salud Pública - (27-8
82).

Las entrevistas respectivas se realizaron a reque-
rimiento exclusivo de los responsables del sector, sin
la presencia de las consultoras.

5. Informe sobre la situación sectorial.

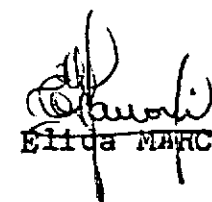
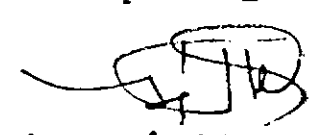
Se elaboró un informe de diagnóstico de situación de
la Subsecretaría de Salud pública de la Provincia de -
Buenos Aires. El mismo se preparó con el objeto de ser
discutido con la Dirección del programa y los profesio-
nales del C.F.I. para, posteriormente, exponerlo ante -
las autoridades provinciales.

Se presentó un informe escrito en el que se privile-
gian los siguientes temas del Subsector Salud pública.

- 5.1. Objetivo general
 - 5.1.1. Objetivos particulares
- 5.2. Metodología de trabajo
 - 5.2.1. Relevamiento
- 5.3. Resultados y detección de problemas
- 5.4. Conclusiones
- 5.5. Recomendaciones
- 5.6. Propuesta.

Al mismo tiempo se realizó una presentación oral el
día 3-9-82 en la Ciudad de La Plata - Ministerio de E-
conomía - ante el Ministro de Economía y el Subsecreta-
rio de Programación y Desarrollo.

Se adjunta en este informe de avance una copia del
diagnóstico global.


Lic. Eliza MARCONI  Lic. Inés MORENO

Informe sectorial: SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE
LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

TEMAS

1. Objetivo general
 - 1.1. Objetivos particulares
2. Metodología de trabajo
 - 2.1. Relevamiento
3. Resultados y detección de -
problemas
4. Conclusiones
5. Recomendaciones
6. Propuesta.

Buenos Aires, septiembre 3 de 1982.-

Informe sectorial: SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

1.OBJETIVO GENERAL: lograr una eficiente asignación de recursos y el perfeccionamiento orgánico funcional - complementario en unidades operativas escogidas de la administración pública provincial mediante la implementación de la técnica de presupuesto base cero.

1.1.OBJETIVOS PARTICULARES:

- Aplicar la técnica de presupuesto base cero u otras técnicas complementarias en el área de la Subsecretaría de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires.
- El área temática principal es, pues, presupuesto base cero la que en función del estado de situación encontrado requerirá el desarrollo de áreas temáticas complementarias: planeamiento estratégico, control de gestión, diseño administrativo, administración de recursos humanos y materiales, sistemas de contabilidad pública, administración de fondos, procesamiento de datos, otros procedimientos administrativos.

-Detectar áreas claves y áreas problemas en el ámbito de la organización.

2. METODOLOGIA DE TRABAJO

Se partió de la búsqueda de información para caracterizar el sector a los efectos de elaborar un diagnóstico que sirva como marco de referencia para la evaluación de los trabajos presentados por las consultoras.

La información obtenida puede clasificarse en:

- secundaria: proveniente de censos o estudios especiales realizados por distintas instituciones;
- primaria: surge de entrevistas en el área de la administración central y en algunas unidades operativas descentralizadas (ej. establecimientos de salud).

Dicha información fue sometida a análisis del cual surgió la caracterización del sector, la detección de problemas, las conclusiones y las recomendaciones.

2.1. RELEVAMIENTO

Las técnicas utilizadas para el relevamiento fueron dos:

- entrevistas
- observación directa.

Se partió de una entrevista colectiva con la máxima autoridad de salud, la dirección del programa, los sectorialistas del C.F.I. y el conjunto de las consultoras. A partir de esta entrevista, en la que se observó la problemática general del área, las consultoras solicitaron entrevistas. El pedi-

do de las mismas fue chequeando con el Director General de Atención Médica de la Subsecretaría de Salud Pública quien su girió la realización de otras entrevistas a organismos de la Subsecretaría. A su vez el jefe sectorial sugirió la realización de entrevistas de acuerdo a la marcha del relevamiento, poniéndose énfasis en la necesidad de observar el funcionamiento administrativo de las unidades de salud.

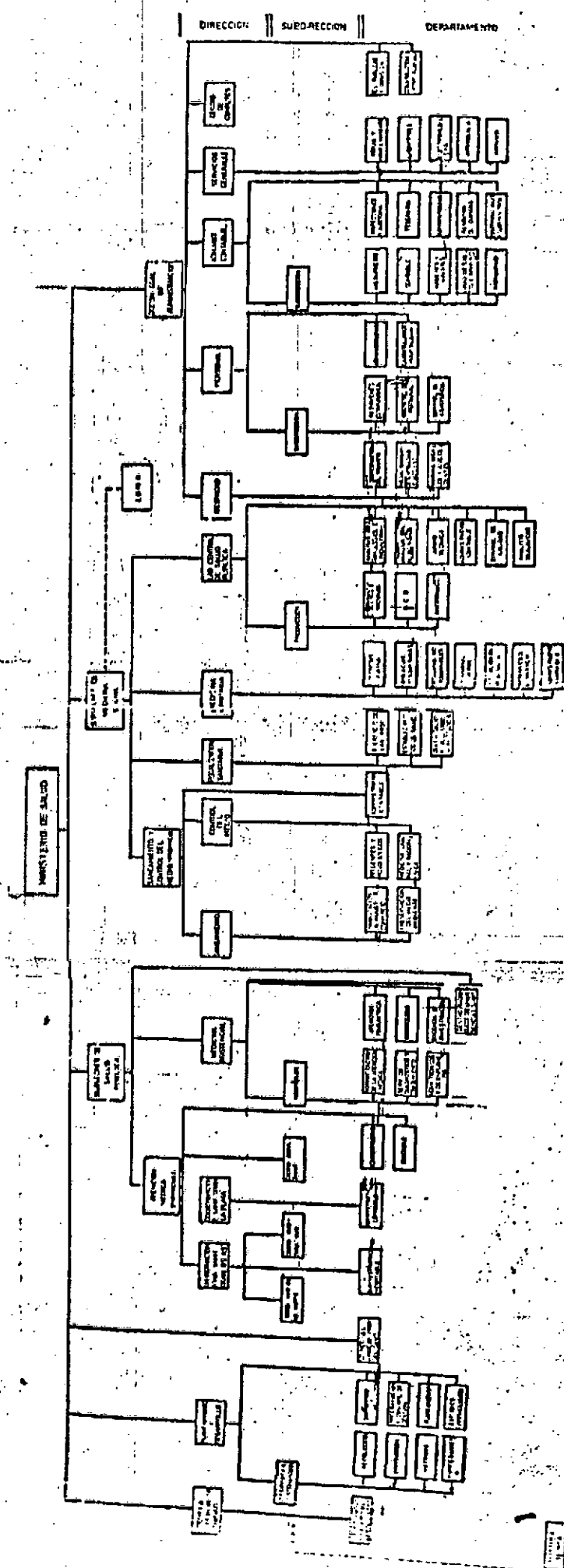
Se partió de la visualización de la siguiente organización:

veáse Gráfico nº 1.

Se destaca en color el área de la Subsecretaría de Salud Pública y los sectores de apoyo. Esta organización opera, aproximadamente con 27.000 cargos: 20.000 cargos cubiertos, 7.000 vacantes congeladas.

En el gráfico siguiente (veáse Gráfico nº 2) se destacan con tramas las unidades entrevistadas y/u observadas de mayor nivel de responsabilidad y/o conducción.

ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD.



3. RESULTADOS Y DETECCION DE PROBLEMAS

Existen problemas de índole estructural y de sistemas administrativos que impiden alcanzar en la forma más conveniente los objetivos del área que son la prevención y recuperación de la salud física, mental y social de la población de la provincia de Buenos Aires en todos sus niveles y etapas. La Subsecretaría de Salud Pública, encargada de alcanzar estos objetivos, se encuentra dividida en dos grandes áreas:

- Dirección Provincial de Atención Médica: se encarga de ejecutar la política sanitaria en todo el territorio de la provincia, tendiendo a asegurar una atención médica integral a la comunidad mediante la ejecución permanente de acciones de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud para el cumplimiento de los objetivos elaborados por el Ministerio en tal sentido.
- Dirección de Medicina Asistencial: tiene por función normatizar y administrar las acciones de Medicina Asistencial y administración hospitalaria para el desarrollo de los programas de atención médica en función de la adecuada satisfacción de la demanda.

El sistema de salud de la provincia se apoya en la existencia de tres líneas de efectores: Oficial, Obra Social y Privado, lo que representa un total de 834 establecimientos (*) y 43.317 camas disponibles. En los cuadros siguientes (véase Cuadros 1, 2, 3 y 4) se observa la participación de los recursos del sistema de salud.

(*) asistenciales con internación

CUADRO N° 1

PERSONAL DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA							TOTAL	DISTRIBUC. PORCENTUAL
	SUBSECTOR OFICIAL					SUBSECTOR	SUBSECTOR		
	Sal.Púb. Nacional	Sal.Púb. Pcia.	Sal.Púb. Municip.	Otras Dep. Ofic..	Sub- Total	CBRAS SOCIALES	PRIVADO		
	Pers.	Pers.	Pers.	Pers.	Pers.	Pers.	Pers.		
Licenciados en Enfermería	4	3	4	-	11	10	17	38	0,2
Enfermeras	541	748	772	313	2.374	228	1.512	4.124	24,6
Auxiliares de Enfermería	716	1.269	1.436	259	3.680	261	1.519	5.450	32,5
Ayudantes de Enfermería	608	2.413	1.531	239	4.591	160	2.421	7.172	42,7
Total Pers. Enf.	1.869	4.433	3.543	811	10.656	669	5.469	16.794	100,0

Fuente: Tablas Básicas. CA.NA.FE.SSA. Tomo 24. Año 1979.

TABLA N° 12 PERSONAL DE ENFERMERIA, QUE PRESTA SERVICIOS EN LOS DISTINTOS SUBSECTORES, según dependencia administrativa. Pcia. de Bs. As.-

CUADRO N° 2

Subsectores	% de camas disponibles	N° de camas disponibles
Público	62,9	27.258
Privado	28,4	12.283
Obras Sociales	2,7	1.177
Otros Subsectores Oficiales	6,0	2.599
Total	100,0	43.317

Fuente: Tablas Básicas. CA.NA.RE.SSA. Tomo 24.
Año 1979.

TABLA N° 10: NÚMERO Y PORCENTAJE DE CAMAS DISPONIBLES,
por Subsectores. Pcia. de Bs. As.-

CUADRO N° 3

Jurisdicción	Médicos	Población	Tasa Méd. x 1.000 hab.	Pobl. hab./Méd.
Total Pcia. Bs. As.	23.984	11.049.068	2,2	460
Avellaneda	1.409	332.253	4,2	235,8
Berazategui	176	210.578	0,8	1.196,5
Gral. Las Heras	41	9.590	4,3	233,9
Gral. Lavalle	1	1.302	0,8	1.302
Gral. Pueyrredón	1.300	439.799	2,9	338,3
La Plata	3.800	480.393	8,0	126,4
Matanza	1.316	982.996	1,3	746,9

Fuente: Colegio de Médicos de la Pcia. de Bs. As.

Nota: (*) Población calculada para 1982 sobre base datos 1980

(**) Según el CENAPESA 1978 los datos médicos ocupados refieren 23.201.

TABLA N° 11 : NÚMERO DE MÉDICOS COLEGIADOS TASA POR 1.000 hab.

y relación por habitantes, Pcia. de Bs. As. y partidos seleccionados. 1er. trimestre, año 1982.-

CUADRO N° 4

TIPO DE ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA														TOTAL	
	SUBSECTOR OFICIAL										SUBSECTOR OBRAS SOCIALES		SUBSECTOR PRIVADO			
	Salud Pùb. Nacional		Salud Pùb. Provincial		Salud Pùb. Municipal		Otras Dep. Oficiales		Subtotal							
	Est.	Camas	Est.	Camas	Est.	Camas	Est.	Camas	Est.	Camas	Est.	Camas	Est.	Camas	Est.	Camas
General	10	2.292	112	6.820	96	6.786	39	2.223	257	18.122	34	1.002	375	8.686	666	27.810
Especializado	13	6.028	39	4.769	8	562	4	376	64	11.735	3	175	101	3.597	168	15.507
Total	23	8.320	151	11.589	104	7.349	43	2.599	321	29.857	37	1.177	476	12.283	834	43.317

Fuente: Tablas Básicas. C.A.N.A.F.E. SSA. Año 1979.-

TABLA N° 9: NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES CON INTERNACION Y NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES, según dependencia administrativa

Fea. de Bs. As.-

El primer problema que enfrenta la realización de las acciones de salud se relaciona con la coordinación de los tres subsectores sin afectar la independencia jurídica de cada uno de ellos. A su vez el Subsector Oficial no responde a una única conducción en la medida en que se subdivide en establecimientos de dependencia nacional, provincia y municipal.

Por otra parte por decisión del gobierno nacional fueron transferidos, en junio de 1979, 9 establecimientos nacionales a la jurisdicción provincial: 7 policlínicos y 2 grandes establecimientos psiquiátricos, lo que representa 5.600 camas. Por decisión de la autoridad de Salud Pública provincial se transfirieron a los municipios 49 establecimientos con internación y todas las unidades sanitarias, lo que representan 2.600 camas. Debe considerarse que la etapa de adaptación es generadora de conflictos.

La atención de la salud se apoya en un esquema de regionalización sanitaria (10 zonas) y en una tipología de establecimientos organizados en función de la complejidad y el área de influencia que constituyen una red. La regionalización constituye un instrumento válido para la superación de los conflictos inherentes a la multiplicidad de efectores, especialmente en lo que respecta al Subsector Oficial, y al mismo tiempo para satisfacer una demanda con características estructurales diferentes dada la heterogeneidad del territorio provincial como así mismo la derivación de pacientes de un nivel a otro de complejidad. De las entrevistas realizadas

se denota un mayor desarrollo de las funciones administrativas que planificadoras en las zonas sanitarias.

De lo expuesto se observa un alejamiento entre el desempeño real del esquema de regionalización y las misiones y funciones asignadas a las zonas sanitarias en la estructura elaborada por la Subsecretaría de Salud Pública.

Un intento de coordinar los tres subsectores de Atención Médica a la par que se organiza y reorienta la atención de la salud en consonancia con la política social y económica general, lo constituye el Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO)-Ley 8.801, reglamentada en 1979, aunque su implementación data de 1978. La filosofía del SAMO se basa en que la "gratuidad" provoca insuficiencias en el establecimiento que el enfermo debe suplir el mismo y que los sectores que adoptan el sistema de cobro y arancelamiento tienen mayores posibilidades de desarrollar una intensa actividad de cuidado de la salud, reinvirtiendo los fondos que perciben en equipamiento y refacciones.

El sistema en la actualidad funciona en 86 partidos sobre un total de 125 y cubre aproximadamente 10.000.000 de habitantes, sobre un total de 10.800.000.

El SAMO se apoya en una tipología de pacientes y en la recaudación de fondos provenientes de las Obras Sociales (a través de la atención de pacientes incorporados al régimen de la Seguridad Social) y del pago percibido directamente de los usuarios.

De esta forma los hospitales obtienen ingresos directos

a través del pago directo de una categoría de pacientes (categoría B) vinculándose de esta forma el Subsector público con el Subsector Privado, e ingresos indirectos a través de las Obras Sociales (categoría A). Una parte de los ingresos indirectos (un 20%) vuelve al hospital, a través del Fondo Provincial de Salud, como inversión en obras y equipamiento. A través del Fondo Provincial de Salud se han remodelado aproximadamente 100 unidades de salud. Otro beneficio que este sistema aporta a las unidades de salud es el de manejar en forma directa y descentralizada una caja que le permite cubrir ciertos suministros.

El SAMO se montó sobre un sistema de recursos ya deficitario, se implementó primero antes de los recursos y sobre una estructura organizada para el cumplimiento de determinadas misiones y funciones. Es decir, no se creó una organización ad-hoc sino que se asimiló a una estructura en funcionamiento.

Paralelamente a esta situación se observan deficiencias en el cumplimiento de los aspectos operativos del sistema por parte de IOMA. En efecto, de acuerdo a la fundamentación de la ley del SAMO "debe aprovecharse al máximo la capacidad operativa del IOMA en lo que hace a la vinculación contractual del SAMO con las diversas obras sociales y demás entidades", pero IOMA es también una estructura en funcionamiento que no puede resolver operativamente las funciones asignadas por SAMO.

La múltiple conducción del sector público y la transferencia de establecimientos provinciales a las municipalidades complejiza aun más el funcionamiento del SAMO. La resultante de todo este proceso consiste en la complejización de los trá-

-mites administrativos. a nivel de los pacientes (problemas de accesibilidad administrativa), de los recursos humanos y del establecimiento el cual demora alrededor de 8 meses en recibir los recursos provenientes de este sistema, que representan no más del 14% del presupuesto total. La organización de IOMA y de la Administración central inciden en el retraso del trámite y no necesariamente el procesamiento manual que se opera en las unidades de atención de la salud. Todo esto trae aparejada, pues, una lentitud en el flujo de los fondos y deficiente asignación de recursos.

Otro problema del sector lo constituye la escasez de recursos humanos, en especial a nivel de técnicos y personal de enfermería agravado por la aplicación de medidas estandarizadas para todos los sectores. Cabe señalar que actualmente aproximadamente el 70% del presupuesto corresponde a gastos de personal.

La organización administrativa representa un problema serio porque reúne todas las condiciones para no ser eficiente. La excesiva centralización conduce a que cada trámite deba pasar por una serie de instancias que demora la resolución de los problemas. Por ejemplo; un establecimiento de salud no puede decidir su presupuesto, el descongelamiento de vacantes, etc.

En las entrevistas realizadas se visualizó como una constante la idea de la necesidad de descentralización administrativa a nivel zonal y de las unidades de salud.

La subutilización del Centro de Cómputos contribuye a la

lentitud en la resolución de los trámites. El centro tiene capacidad ociosa, parte del proceso administrativo está computarizado pero faltan estadísticas de salud. La descentralización se intentó a nivel del procesamiento mecánico (caso Gonnet y Rossi) pero realmente el concepto de descentralización hace a la ejecución total de la gestión y no exclusivamente al tratamiento mecánico de los datos.

Un problema importante radica en la organización del presupuesto. En las entrevistas realizadas no se plantearon escasez de recursos sino mala administración. La mayor o menor eficiencia en la organización del presupuesto es una resultante del nivel de planeamiento alcanzado en el sector y del nivel de asociación entre las funciones de planeamiento y las funciones de presupuesto. Sin desconocer el desarrollo de las acciones de planeamiento sectoriales, las características estructurales mencionadas a lo largo del informe (multiplicidad de efectores, falta de coordinación, incorporación del SAMO, etc) dificultan el desarrollo de un modelo de planeamiento a escala provincial, regional y local.

La centralización administrativa determina que en las unidades hospitalarias no haya conocimiento adecuado por parte de quienes elaboran el presupuesto, ni exista un ordenamiento elemental del proceso de elaboración presupuestaria. Se carece de una descentralización tanto funcional como a nivel de manejo presupuestario. Además se ha detectado que no existe un sistema unificado de registración contable de hospitales provinciales y municipales en lo que hace a SAMO, lo que trae a-

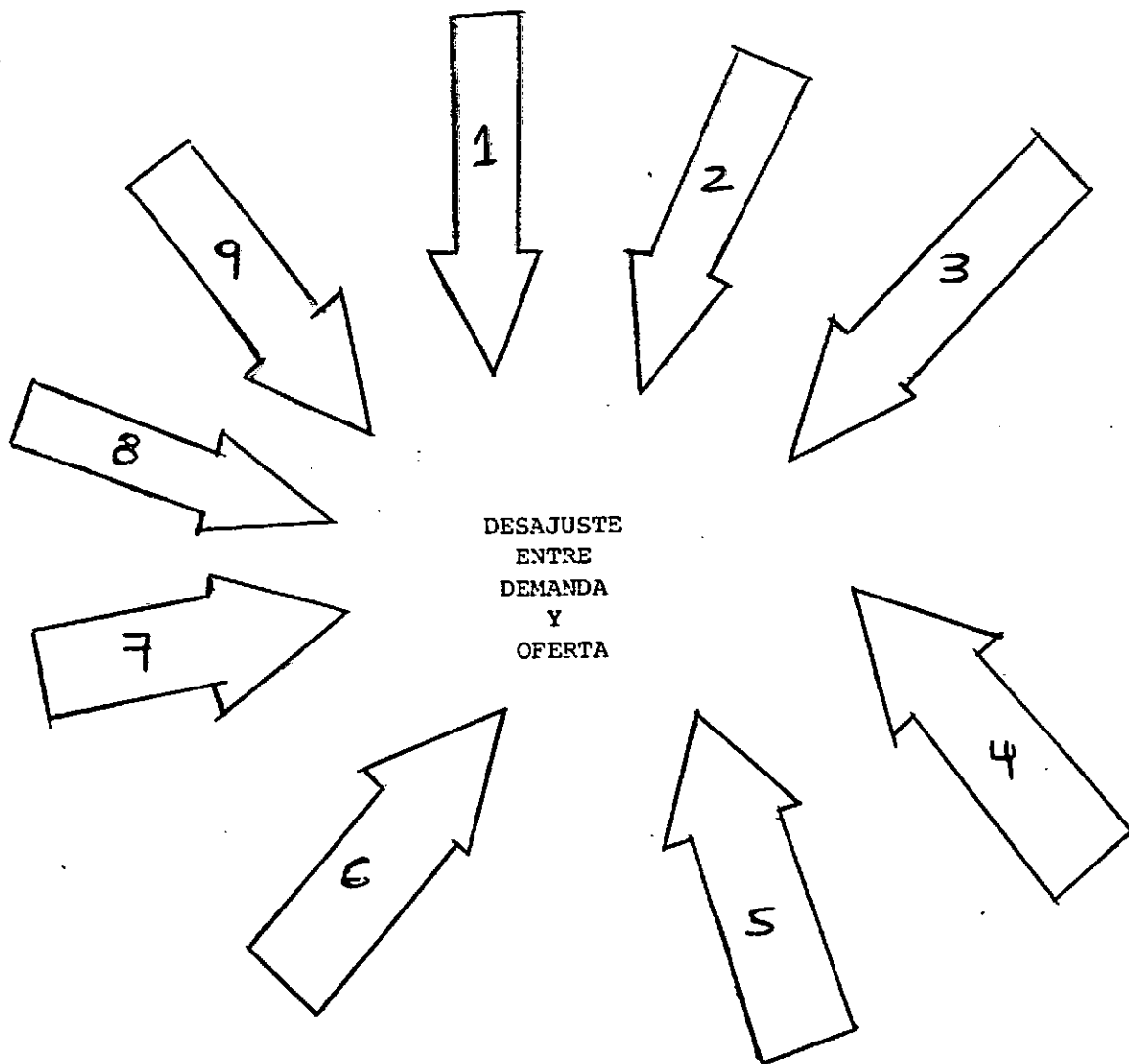
parejada la imposibilidad de consolidar las cifras de las distintas unidades. De no compatibilizarse ambos sistemas se tornaría dificultosa la posibilidad de aplicación de la técnica de Presupuesto Base Cero.

El área del territorio provincial en donde se reflejan con mayor dramatismo los conflictos derivados de la organización sectorial es el Conurbano Bonaerense por ser el espacio donde se localiza la mayor parte de la población del territorio (7.136.409 habitantes sobre un total de 10.800.000) teniendo un déficit relativo de recursos de salud (públicos y privados).

Los conflictos con la autoridad de salud municipal y el no tratamiento integral (entre las dos jurisdicciones) de los problemas de atención de la salud, traen aparejados serios problemas en la derivación de pacientes de un nivel de complejidad a otro.

GRAFICO 3

PROBLEMAS DETECTADOS



1. Baja coordinación intersectorial
2. Mas de una conducción
3. Transferencia de establecimientos
4. Regionalización sanitaria: función administrativa sobre dimensionada
5. Implementación del SAMO
6. Escasez de Recursos Humanos
7. Organización administrativa poco eficiente
8. Proceso de presupuestación
9. Conurbano Bonaerense

4. CONCLUSIONES

De lo expuesto anteriormente, surgen algunas conclusiones:

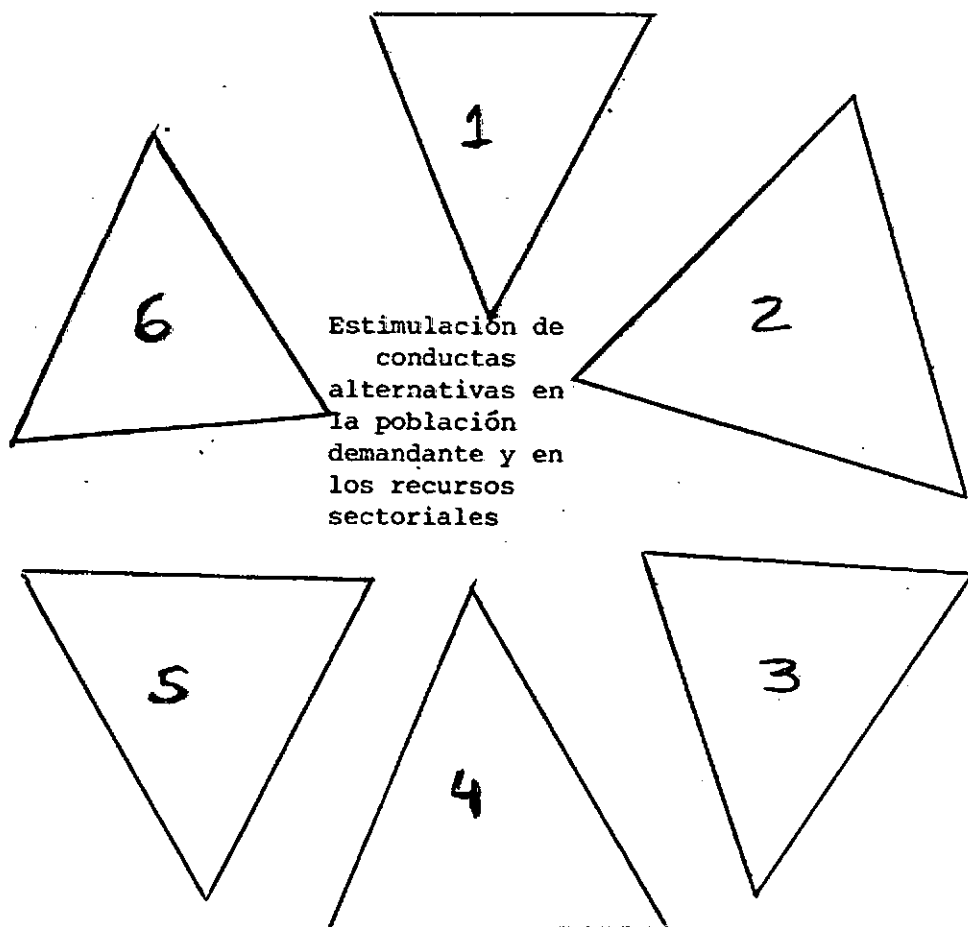
- Para una población de 10.800.000 habitantes distribuidas de manera desigual en regiones con marcadas diferencias estructurales de un vasto territorio del país, el sistema de salud manifiesta dificultades para atender la demanda dinámica de la población a los servicios de salud. Los problemas señalados dificultan el normal desenvolvimiento entre la demanda y la oferta de salud. Ante esta situación el sistema de atención de la salud se estructura en base a conductas alternativas de la población demandante y de los recursos humanos sectoriales. Estas conductas alternativas posibilitan parcialmente la solución funcional pero no suponen una solución a largo plazo. El constante juego de alternativas que, por otra parte, pueden cambiar abruptamente, desgastan al sistema de salud.
- La implementación del SAMO si bien intenta dar una respuesta a la complejidad de la realidad provincial (multiplicidad de efectores y de conducciones, poca coordinación intersectorial, etc.) por implementarse a través de la estructura existente, con sus déficit y problemas, no logra alcanzar sus objetivos totalmente.

- Los recursos humanos sectoriales son escasos en cantidad y calidad, en especial a nivel del personal de enfermería y técnico. La aplicación mecánica de las medidas del plan económico al área de la salud conducen: por un lado a no cubrir el déficit de personal (por congelamiento de vacantes o demoras en el trámite de ocupación de vacantes financiadas); por otro lado, desperdigando esfuerzos de capacitación, en la medida en que no se nombra personal adiestrado con recursos del sector. La absorción del mismo por parte del Subsector Privado es la consecuencia inevitable.
- Deficiencia en la organización administrativa. La centralización y los sistemas de comunicación existentes agudizan el divorcio entre las unidades normativas y las unidades operativas. La realidad inmediata a las unidades de salud no llegan necesariamente a ser reflejadas en las unidades de la administración central. Las dificultades por las que atraviesan los sistemas de información impiden una evaluación y control exhaustivo del dinamismo inherente al desarrollo de las acciones de salud a lo largo del territorio provincial. La incorporación del SAMO en este esquema deficitario agudiza los problemas.
- Si bien el proceso de elaboración presupuestaria debe ser la última instancia de un proceso que comienza con el planeamiento del sistema de salud, las dificultades señaladas plantean discontinuidad entre los dos procesos.

- Mala administración de los recursos presupuestarios. La elaboración del presupuesto (global y básicamente incremental) y la circulación de los ingresos de las unidades de salud a la administración central y viceversa, implican lentas, complejas y desintegradas instancias administrativas que dificultan el normal desenvolvimiento de las acciones de salud y por ende disminuyen el nivel de satisfacción de la demanda.

GRAFICO 4

CONCLUSIONES DIAGNOSTICO SECTORIAL



1. Dificultades del sistema de salud para satisfacer las necesidades de la población
2. Las características de la implementación del SAMO no permite alcanzar plenamente los objetivos.
3. Escasez de personal en cantidad y calidad.
4. Excesiva centralización y deficiencias en los sistemas de comunicación
5. Discontinuidad entre el planeamiento y la elaboración presupuestaria
6. Mala administración de los recursos presupuestarios.

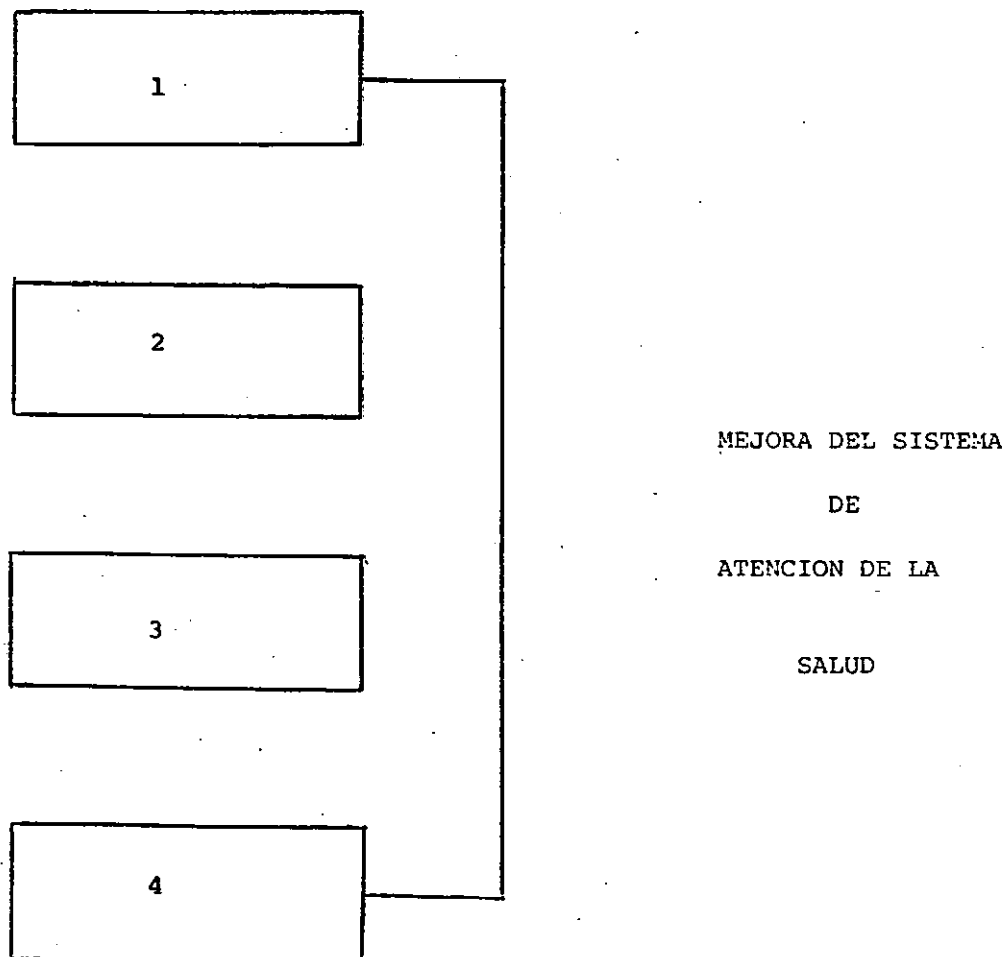
5. RECOMENDACIONES

pueden sintetizarse algunas recomendaciones:

- Desarrollar permanentemente el proceso de planeamiento sectorial (a escala provincial, zonal, por partido y local) como prerrequisito básico de la elaboración presupuestaria.
- Mejorar la organización del SAMO a nivel de la asignación de recursos en función de la realidad reflejada en el proceso de planeamiento. Esto supone contemplar la dinámica de la realidad por medio de un proceso de revisión permanente del sistema.
- Mejorar los sistemas de información que permitan planificar y presupuestar con eficiencia, asignando los recursos necesarios desde la captura de los datos hasta el procesamiento de los mismos.
- Desarrollar un proceso gradual de centralización normativa y descentralización operativa a nivel de zonas y unidades hospitalarias, en lo referente a la administración de personal y el manejo de los recursos presupuestarios.

GRAFICO 5

RECOMENDACIONES DEL DIAGNOSTICO SECTORIAL



1. Proceso permanente de planeamiento sectorial
2. Mejorar la organización del SAMO
3. Mejorar los sistemas de información
4. Centralización normativa y descentralización operativa en administración de personal y manejo de recursos presupuestarios.

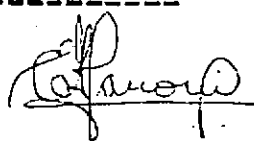
6. PROPUESTA

- Profundizar el diagnóstico sectorial: apuntando a relevar el estado de situación en función de lo planteado en las conclusiones y recomendaciones. Esta etapa de la propuesta deberá contemplar la observación de unidades hospitalarias representativas en número y complejidad del conjunto, y no exclusivamente de la administración central.
- Determinación de las bases de aplicación de la técnica de presupuesto Base Cero y su implementación: el presupuesto Base Cero es una consecuencia del planeamiento, la última consecuencia. Cuando no existe un proceso de planeamiento continuo e integrado al marco de decisiones que habitualmente se toman, el Presupuesto Base Cero ayuda a realizar el proceso de planeamiento. Permite integrar los objetivos departamentales con los organizacionales, mayor participación y exige cierto nivel de maduración en la organización en que se lo aplica. Al mismo tiempo al explicitar en cada paquete de decisión los objetivos, la relación costo/beneficio, los cursos alternativos de acción, consecuencias aparejadas a la no realización de actividades, se evita la duplicidad de tareas y subutilización de los recursos. Como el sector de la administración pública objeto de estudio no tiene el nivel de maduración exigido por la técnica y está sujeto a dificultades estructurales ya mencionadas, no se recomienda la aplicación global de esta técnica, si-

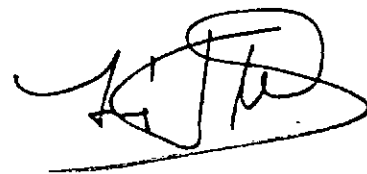
no gradual y por etapas. por lo tanto, deberá probarse su implementación en áreas piloto. A tal efecto, se proponen distintas alternativas para delimitar las áreas piloto a considerar con los responsables:

- Una zona sanitaria, un establecimiento asistencial y una dependencia de la administración central provincial.
- Una zona sanitaria y una dependencia de la administración central provincial.
- Una zona sanitaria y un establecimiento asistencial.
- Un establecimiento asistencial y una dependencia de la administración central provincial.

Cualquiera sea la alternativa seleccionada el proceso debe partir del planeamiento para llegar al presupuesto.



Lic. Elida Marconi

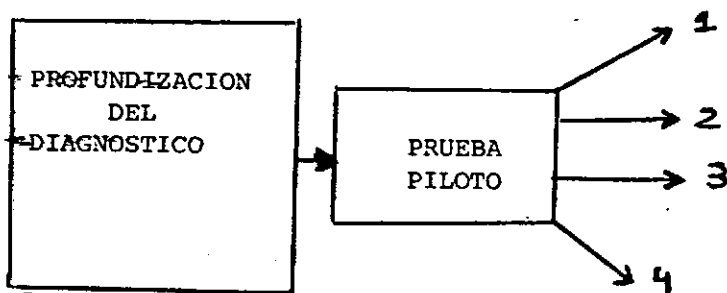


Lic. Inés Moreno

G R A F I C O 6

PROPUESTA DE TRABAJO

ALTERNATIVAS



1. Zona sanitaria establecimiento asistencial y dependencia de la administración central provincial
2. Zona sanitaria y dependencia de la administración central provincial
3. Zona sanitaria y establecimiento asistencial
4. Establecimiento asistencial y dependencia de la administración central provincial.