0/M.411
L26

40572

PROYECTO DE APOYO A LA PROVINCIA DE MENDOZA-AR-029

COMPONENTE MODERNIZACION DEL ESTADO

MODERNIZACION DEL PODER EJECUTIVO : AREA SALUD

ORGANISMO EJECUTOR: MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y SALUD,

SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES
BIBLIOTECA
Dr. Manuel Belgrano

COORDINADOR DEL PROYECTO: LIC. NERIO NEIROTTI.

INFORME FINAL DEL CONSULTOR: MEDICO SANITARISTA

DR. LUIS ANTONIO LOYOLA.

MENDOZA, 3 DE ENERO DE 1997.

UNIDAD EJECUTORA
PROVINCIAL
3/1/97
RECIBIDO

# PROYECTO DE APOYO A LA PROVINCIA DE MENDOZA-AR-0209

## COMPONENTE MODERNIZACION DEL ESTADO

## MODERNIZACION DEL PODER EJECUTIVO: AREA SALUD

## ORGANISMO EJECUTOR : MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y SALUD, SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA.

COORDINADOR DEL PROYECTO: LIC. NERIO NEIROTTI

INFORME DEL CONSULTOR: Médico Sanitarista, Dr. Luis Antonio Loyola.

1) Recolectar,completar y ordenar la Información para identificar situaciones de inversión y apoyo a otros componentes del proyecto.

Teniendo en cuenta los términos de referencia encomendados en el acuerdo de consultoría, el suscripto,asumió la responsabilidad de: recopilar, consolidar e interpretar, toda la información de población de la Provincia ; y cruzar con la de recursos en salud, para tratar de llegar a un adecuado diagnóstico de la situación de la Infraestructura instalada en salud en la Provincia.

Para ello contamos con el importante apoyo del Demógrafo contratado por el Proyecto, Lic. Edmundo R. Romagnoli y el personal del Programa de Estadísticas de Salud del Ministerio, en particular de las Técnicas de Estadística, Marta Graña de Ponce, Nelly Vargas de Noguera y del Auxiliar Pablo Noguera.

Con el objeto de precisar el análisis de situación, para luego contar con elementos de juicio racionales, para elaborar una propuesta de Plan de Inversiones, decidimos: 1° proyectar los datos de población del Censo de

1991 a 1995, para tomarlo como año base.

Esta información, se ordenó, para el total de la Provincia y para cada uno de los 18 Departamentos de Mendoza, además se desagregaron según estratos o niveles de ruralidad en tramos de: 1 a 2.000 hab., 2.001 a 5.000, 5.001 a 10.000, 10.001 a 50.000, 50.001 a 100.000 y de mas de 100.000 habitantes.

La decisión de la estratificación propuesta, surgió del análisis de la ubicación de los recursos, Unidades Productoras de servicios de salud según localidades.

Las características de la población de Mendoza, nos muestra para la proyección a 1995 una concentración de 80% de los habitantes viviendo en localidades de mas de 2.000 habitantes, de un total de poco menos de 1.500.000.

Los datos que nos dió el ordenamiento fué : para el primer tramo (A), menos de 2.000 hab. se encontraron 286.435 ( 19,14 %) del total; el segundo tramo ( B ), de 2.001 a 5.000, 48.305 hab. ( 3,23 %); el tercer tramo ( C ), de 5.001 a 10.000, 57.862 hab. ( 3,86 % ); el cuarto tramo ( D ), de 10.001 a 50.000, 90.570 hab. ( 6,05 % ); el quinto tramo ( E ), de 50.001 a 100.000, 221.017 hab. ( 14,77 % ) y el sexto tramo ( F ), de mas de 100.000, 792.501 hab. ( 52,95 % ) de un total proyectado de 1.496.693 hab. para toda la Provincia en 1995.

Luego se distribuyeron en cada tramo los servicios de salud, según la localidad donde estan ubicados con el objetivo de poder correlacionar, recursos ( Rec 5 ) y producción ( Prod 5 ) del conjunto de las unidades productoras de servicios para cada uno de los Departamentos de la Provincia. ubicadas en cada tramo, con la población y construir indicadores de cobertura según nivel de ruralidad.

Del total de la población de la Provincia, el 16,25 %, o sea 243.188 hab. viven en localidades de menos de 71 hab., y según la definición del Censo se la considera como población dispersa, siendo desigual su distribución para cada Departamento.

Los Departamentos que tienen porcentualmente valores mas altos son: Lavalle ( 65,1 % ), Santa Rosa ( 52,8 % ) y Tupungato ( 50,8 % ) ; en cambio los que tienen mas habitantes en esa situación son : San Rafael, Maipú y San Martin que en conjunto tienen el 42,5 % de la población dispersa de la Provincia, ( Pob. Disp.).

La estructura por edades y sexos, conforman una piramide poblacional normal , tendiendo a un ligero incremento de la población de mas de 65 años.

Por edades y en valores porcentuales tenemos : de 1 a 11 meses ( 2,2 % ), de 1 a 4 años ( 6,8 % ), de 5 a 14 años ( 22,1% ), de 15 a 49 años ( 47,0 % ), de 50 a 65 años ( 12,1 % ) y de mas de 65años ( 9,8 % ).

2) Sistematización para definir situaciones concretas y soluciones para mejorar la equidad.

El ordenamiento de la población por Departamentos según tramos, lo hicimos atendiendo a las siguientes razones: es la distribución geopolítica de la Provincia, ademas, existen ideas e iniciativas de hacer participar a los Municipios en la identificación de problemas de salud y en la satisfacción de los mismos, lo que es loable, pero se debe tener en cuenta,al analizar los datos de cobertura que ,son varias las situaciones donde: una calle, un canal , pueden ser el límite de dos Departamento y ademas en muchos casos los

recursos estan concentrados en algúnos Departamentos( Capital, San Martin, San Rafael ) y sirven a las poblaciones de otros Departamentos que demandan en los primeros. Hemos recomendado redefinir Regiones de salud siguiendo el flujo de la referencia o desplazamiento espontaneo de la población; y plantear la articulación funcional deseable para gerenciar mejor el Sistema de salud; una premisa fundamental es que la "Regionalización Funcional debe preceder y presidir la Regionaliza - ción Administrativa"; recomendamos que dicha tarea se realice con la participación activa de los responsables departamentales, y la mecanica para realizar la tarea, es con el conocimiento de flujos de demanda y articulación funcional, ademas la ubicación de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, según tipo de servicios ( Atención de adultos, de niños, de embarazadas, odontológicos,laboratorio,Rx por ejemplo ), que son y estan en condiciones de recibir las referencias y la red de servicios que se sabe estan vinculadas con ellas; proponer el espacio-población que se supone puede ser un sistema local de salud; y a partir de la base de datos que elaboramos para 1995, reubicar las localidades en cada una de las Regiones que se definan, y reagruparla por tramos siendo entonces de relevante importancia el análisis de los indicadores de cobertura ,( IND.COB.), como mecanismo para ubicar la localidad y el servicio que podía ser sujeto a un estudio mas preciso de su complejidad para proponer un fortalecimiento en Personal, equipos o servicios.

Tomamos como base el año 1995, ya que los datos de recursos de salud y los datos de producción de los servicios, estaban completos para ese año y se realizó una proyección del Censo de 1991.

Con el apoyo de la Dirección de Atención Ambulatória se recabó información de los Coordinadores Departamentales de Salud del Ministerio, los

los que proveyeron valiosos datos, ya que elaboraron diagramas de flujos de derivación para pacientes, adultos, niños, odontología, laboratório, RX, entre los servicios de atención ambulatória, asi como para la atención de hospitalización.

La información nos muestra, `sobre todo en los centros de salud periféricos, ubicados en zonas rurales, que los flujos de demanda para algunos servicios ( laboratório, odontología ), en el papel , mostraban redes diferentes que las esperadas, que será necesario investigar sobre el terreno.

Otra muy buena fuente de información, fué el estudio que elaboró el personal del Programa de Estadísticas de Salud, del Ministerio, que en dos tablas: " Total de egresos según residencia habitual por Departamento, 30 Primeras causas ( Mendoza , Año 1995 ) " y el otro de igual título pero por localidad, son una importante base de datos para conocer el flujo de la demanda de hospitalización y configurar una red de servicios.

Con esta información construímos una tabla donde se presentan los egresos por Hospital y según Departamento de procedencia (egresos).

Todo ésto, nos permitió observar,que los hospitales del gran Mendoza , (Central, Lagomaggiore, Notti, Lencinas, Pereyra, Sauce y Gahilac), atendieron 39.744 egresos, sobre un total provincial de 85.658, o sea un 46% del total, de tal manera que casi la mitad de los egresos del sector público, fueron atendidos en esos hospitales.

Es importante anotar que los egresos de residencia ignorada,son poco significativos, menos del 1% y que los residentes en otras provincias, apenas llegan al 1%, hacemos notar estos datos, pues es bueno resaltar, que este detalle servirá para la gerencia y las alternativas de financiamiento que se escojan.

Es interesante resaltar, que al analizar la procedencia de pacientes, atendidos en cada Departamento nos muestra que de los egresos servidos por el sector público: San Rafael, atiende en sus propios servicios, el 88% de los egresos demandados por los sanrafaelinos; Gral. Alvear, atendió en sus servicios al 87% los egresos de sus habitantes; Malargüe, el 84%; San Carlos

el 60%, derivando el 27% a Tunuyan y el 13% a los hospitales del Gran Mendoza; Tunuyan, el 88% ; Tupungato, el 44%, derivando el 41% a Tunuyan; San Martin, atendió el 80% y derivó al Gran Mendoza el 17%; Junin, demandó a San Martin el 57%, a Rivadavia el 27% y al Gran Mendoza el 15%; Rivadavia, atendió al 71% de su población, demandando a San Martin el 13% y al Gran Mendoza el 15%; Santa Rosa, atendió el 48% de su población, refirió el 44% a San Martin y el 13% al Gran Mendoza; La Paz, atendió el 76%, refiriendo el 12% a San Martin y el 10% al Gran Mendoza; Luján, demandó al Gran Mendoza el 59% y el 36% a Maipú; Maipú, atendió en sus hospitales el 53% de su demanda de egresos, refiriendo el 39% al Gran Mendoza; Lavalle atendió el 48% de su demanda al sector público y refirió el 49% a los hospitales del Gran Mendoza.

En los hospitales del Gran Mendoza, (Capital, Guaymallén, Godoy Cruz, Las Heras) se atendió el 97% de la demanda de egresos al sector público de su población, correspondiendo el 3%, a hospitales ubicados en las rutas hacia el este y sur.

Es importante acotar que si la población de la provincia de Mendoza como suponemos demanda por cada 100 habitantes alrededor de 9.5 egresos esperaríamos que la demanda por este tipo de servicios hubiera sido de alrededor de 143.000, egresos totales y registró en los hospitales del sector público 85.650, con una dotación de camas de 2.608, por lo que el rendimiento de la cama del sector fué de 32.8 egresos por cama para el año 1995; por lo tanto entre las camas del sector privado , desde sus 1968 camas se debieran haber atendido alrededor de 57.350 egresos en ese periodo, con un rendimiento de 29.2 egresos por cama; es necesario tener en cuenta además, que las camas y los egresos del sector público son de pacientes agudos y crónicos, en cambio las del sector privado generalmente son para pacientes agudos pero estan trabajando con un relativamente bajo indice ocupacional y promedio de días de estancia.

Otro de los enfoques que analizamos, fueron los critérios que utilizó el Censo de población y viviendas de 1995, para considerar conglomerados

poblacionales, donde por ejemplo se considera el Gran Mendoza con: Capital, Guaymallén, Godoy Cruz, Las Heras, Lavalle, Maipú y Luján.

Con todos estos elementos de juicio, se proponen alternativas de regionalización y se presentan en los respectivos cuadros de anexos de distribución de recursos y producción del sector público, en los cuadros Rec5 y Prod5.

El concepto de Regionalización, se lo maneja internacionalmente, como un conjunto de países, en función de intereses comunes y en el marco de la Globalización de la Economía ( Mercosur ).

En el país, se ha retomado nuevamente el concepto de regionalización, como un conjunto de provincias con intereses comunes ( ejemplo, Nuevo Cuyo: Mendoza, San Juan, San Luis y La Rioja).

Suponemos que en el caso de la Provincia de Mendoza, en el marco del proceso de Reforma del Estado, llamemos: Zonas de Salud a un conjunto de Departamentos, donde la relación Espacio-Población, constituyan un conjunto que podríamos llamar Sistema Local de Salud por el flujo de la demanda, las respuestas institucionales y la capacidad resolutiva.

En el marco de la programación de inversiones hemos previsto, formular dos horizontes, uno para el año 2000 y otro para el año 2005; estimamos que trabajar con una proyección intercensal al 2000, no es desatinado, pués la mayoría de los proyectos de envergadura que propone desarrollar el Gobierno en el area de infraestructúra, comenzaran a operar a esa fecha. Por otro lado la operación del Mercosur y su impacto en cuanto a movimientos poblacionales significativos se veran cerca del año 2005. Suponemos, que en uno o dos años mas , se tendran mas precisiones para conocer cuantos empleos generará la Zona Franca y cual será su localización definitiva, si esta se localiza lejos de centros urbanos es esperable que entre familiares ( empleados x cuatro ) y otro tanto de población se desplazará a los alrededores para brindarle bienes y servicios.

Las obras de infraestructura de envergadura, y la puesta en operación de las mas de 60 iniciativas de explotación minera que estan aún en la etapa de investigación y programación, seguramente tambien generará desplaza - mientos poblacionales que deberan dimensionarse y localizar para analizar , como acompaña salud, con inversiones en servicios y recursos humanos en salud. Es necesario calcular el dimensionamiento de cada desplazamiento poblacional, en las distintas etapas de cada obra , ya que para la construcción el flujo de mano de obra es generalmente considerable, en relación con la etapa de operación; contemplar tambien , y tratar fundamentalmente de planificar su localización y la de las familias, que sin depender directamente de la obra se asentaran en los alrededores, para llevar bienes y servicios a los primeros. Como generalmente las obras de infraestructura se ejecutan en zonas rurales y sin servicios, es conveniente tener presente la necesidad de que, oportunamente se dimensione y localice el problema, para planear las posibles soluciones con tiempo y recursos oportunamente programados.

La habilitación de carreteras, ( en el Marco del Mercosur ) si se hace el Paso de el Pehuenche, tener en cuenta que, Malargüe, San Rafael, Gral.Alvear, Monte Comán deberan ser reforzados para brindar atención oportuna y eficiente a los problemas derivados de intenso transito.

Es necesario, cuando se conozca, el itinerario principal del transito al pacífico,y planear, instalar o reforzar Centros de salud , con capacidad para la atención de emergencias y contar con vehiculos de traslado, bien dotados para referir oportunamente traumatizados.

Tener en cuenta que el cruce por Las Cuevas, ya está saturandose, DPV, registra alrededor de 300 camiones diarios, y un traslado de no menos de 1.500.000 Toneladas anuales con las implicaciones que de ésto se deriva, y con una frecuencia creciente, de accidentes de camiones de transito pesado.

Hay que tener en cuenta la probable radicación de grupos humanos en las margenes de carreteras internacionales, a las que habrá que llegar con

servicios, y esto es importante tenerlo presente, cualquiera sea la alternativa, particularmente la Panamericana que debería ser reforzada vialmente y con servicios de salud readecuados para la atención y derivación de accidentados.

Por otro lado, con la colaboración del personal del Programa de Estadísticas de Salud, se elaboró una Base de datos con mas de 600 establecimientos de salud, 251 del sector público y mas de 350 de los sectores seguridad social y privados.

Esta base de datos consiste en dos tablas, en la primera se recogió la información de recursos ( Tabla.Hs. ) incluyendo aquellos que permiten inferir el nivel de complejidad de cada una de las unidades productoras de servicios; los recursos humanos, se tabularon en horas de trabajo de atención para conocer la oferta real que en 1995, contaron las diferentes unidades.

Se cuenta con la información de los servicios finales ( Atención ambulatória, emergencias, hospitalización ) desagregados por especialidades ( considerando aquellas que permiten suponer complejidad ), además, servicios intermedios , con el mismo criterio se recogieron los recursos estratégicos ( Rx, Laboratorio y otros ) camas hospitalarias, por servicios, emergencia, etc.; todo esto para el sector público, seguridad social y privado, siendo pobre la información de este último sector.

En la segunda tabla, ( Tabla Pr ) se tabularon lo datos de producción de cada unidad productora de servicios, desagregados por especialidad , tanto en atención ambulatória como en los servicios intermedios, emergencia y hospitalización, tambien desagregado por especialidad. En esta tabla se incluye la producción de las servicios del sector público y de los servicios propios de la Obra social provincial, siendo muy pobre la información del sector privado.

En ambas tablas, se registró su ubicación por Departamento y localidad

específica, para poder ubicar recursos y producción en cada uno de los tramos de población según nivel de ruralidad.

Ambas tablas, complejas en sí, permitiran, al analizar situaciones de cobertura a resolver, profundizar el análisis en las unidades que se supone se deben reforzar, por ejemplo, al localizar cada médico de cabecera, se deberá revisar la capacidad de respuesta según la información, que en la base de datos tiene la unidad responsable de atender la referencia, se podran complementar prontamente al terminar un catastro de recursos que está en proceso.

La Provincia ha dispuesto poner en marcha, como puerta de entrada al Sistema, la atención de familias con médico de cabecera a los que se asignarían determinados grupos poblacionales ( Población dispersa, postergada, con necesidades básicas insatisfechas), en este programa, se ha decidido comenzar en el año 1997 y completar ( con apoyo del B.I.D.) en el año1999; en el año 1997, se incorporarían al sistema 87 de estos médicos, en los Departamentos de : Gral. Alvear (7), Las Heras (32), Maipú (25), San Martin (15) y Tunuyan (8). En 1998, 60 nuevos médicos de cabecera : Guaymallén (29), Junin (5), Luján (15), Malargüe (7), San Carlos (4); y en el año 1999, se incorporaran 87 médicos mas, : Capital (11), Godoy Cruz (17), La Paz (2), Lavalle (10), Rivadavia (7), San Rafael (29), Santa Rosa (3) y Tupungato (8), para un total de 234 médicos de familia, que tendrían un total de alrededor de 278.310 habitantes.

Es fundamental tener en cuenta , cuales seran lo establecimientos de referencia de ese primer nivel conformado por los médicos de cabecera, para garantizar una eficaz y eficiente articulación funcional con estos y vincular este programa con el resto del sistema de salud.

Identificados los establecimientos que recibiran la referencia será necesario, previamente adecuar las condiciones de eficiencia y capacidad de respuesta, ( Recursos humanos, infraestructura, equipamiento, normas de

atención, etc.) para las diferentes respuestas a las demandas del programa de médicos de cabecera, realizar los ajustes necesarios para garantizar esa articulación funcional deseada con el sistema de salud provincial.

En el año 1997, se tendran que considerar: el Centro de Salud Nº 17 de Las Heras, los Hospitales: Alvear, Paroissien, Perrupato y Scaraveli.

En el año 1998, se tendran que considerar: el Centro de Salud Nº 16 de Guymallén, los Hospitales: Saporiti, Malargüe y E. Bustos.

En el año 1999, se tendran que considerar: los Centros de Salud Nº 2 de Capital, el Nº 30 de Godoy Cruz, los Hospitales: Arturo Illia, Sícoli, Schestakow, Santa Rosa y Las Heras.

Se prioriza el análisis , construyendo Ind. de Cob. a partir de recursos y demandas de los datos de Rec.5 y Prod.5 según demanda esperada en cada localidad para definir contenidos, para calcular, personal, equipos en el servicio y la capacitación del personal, la comunidad, contenidos y duración que se defina como necesaria.

Para los establecimientos de referencia se debera analizar las síntesis de recursos y de producción de las Tabla Hs. y Tabla prod. y profundizar si es necesario en terreno las necesidades de capacitación al personal según funciones y elaborar programas de inversiones, equipamiento, infraestructura y normas técnicas

Se programó y realizó el apoyo a los funcionarios del Ministerio, responsables de Atención Ambulatoria y Hospitales, para que conjuntamente con los Coordinadores de salud de cada Departamento, se realizara una propuesta de Regionalización, para poder usar como herramienta indicativa, los indicadores de cobertura, recursos y producción, según tramo de población, ( Ind. Cob.), y profundizar el análisis de las desigualdades y sus posibles alternativas de solución para elaborar propuestas.

Localizando el servicio, según el objeto de análisis, proponer cual debería ser la transformación, objeto de apoyo; se estíma el perfil de

problemas de salud o las situaciones de riesgo y los contenidos del Programa Médico Obligatorio, para proyectar la inversión.

En el supuesto caso de pensar en la construcción o fortalecimiento de algún hospital, cada vez se le asigna mas importancia, fortalecer los servicios productivos de un establecimiento Hospitalario, ( Emergencia, Rx, Laboratorio, quirófanos, esterilización ) y analizar, muy cuidadosamente el incremento de camas.

Identificada una situación concreta de inversión, conviene hacer Ex-Ante un analisis de costo beneficio de las intervenciones estimadas como necesarias, teniendo en cuenta no solo los costos fijos sino y muy importante los de operación y otros marginales; hay metodologías como el Modelo para asignar recursos de salud ( MARS), u otros mas sencillos.

El análisis de la situación de los recursos públicos y privados como oferta de atención en salud se caracteriza por lo siguiente: la red pública cuenta con mas de 250 establecimientos de atención ambulatoria distribuidos a lo largo y a lo ancho de la provincia, cuenta además con 25 establecimientos con hospitalización, 13 de los cuales ubicados en poblaciones de mas de 10.000 habitantes.

En total, los hospitales del sector público, en 1995, según registros atendieron 85.644 egresos; los 251 servicios de atención ambulatoria y los 25 hospitales, se brindaron 2.245.068 consultas, entre atenciones generales, pediátricas, obstétricas, otras especialidades y emergencias; si se tiene en cuenta que la estimación de la demanda global de consultas, debe estar alrededor de 5 a 6 por habitante y por año, se debería estar demandando en toda la provincia poco mas de 8.000.000 de consultas. Los otros sectores, seguridad social y sector privado, deben estar brindando mas de 6.250.000 atenciones o sea, que por cada consulta atendida en el sector público, el sector privado brinda alrededor de tres.

3) Elaborar propuestas globales y alternativas de Descentralización

Para hacer una propuesta de Descentralización , es necesario hacer algunas consideraciones, sobre las implicaciones de las propuestas que se elaboren.

En primer lugar existe una tendencia en toda América Latina, en el marco de la democratización, de, al proponer la Reforma del Estado, fortalecer los procesos de Descentralización con resultados variados según el enfoque y el contenido de las mismas.

Se esgrime que la descentralización es una estratégia válida para sustentar los principios de: equidad, participación, pluralismo, control social de la gestión estatal, revisión del papel del Estado, revisión y redefinición del sector público y descentralización-centralización.

La mayoría de las propuestas, definen como propósito declarado el crecimiento económico y el desarrollo social justos y equitativos, convocan a la solidaridad, el compromiso y la participación de todos los componentes de la sociedad.

Hemos visto, que este proceso se da generalmente en el marco de la crísis económica, a la que se suman la explosión e insatisfacción de las expectativas, conflictos mas o menos agudos entre los distintos grupos sociales; y falta de experiencia y vivencia en el ejercicio de la democracia, tanto por parte del Estado como de la sociedad civil.

Es dentro de este contexto, donde surge como cuestión estratégica fundamental la descentralización del Estado como un todo y en muchos casos particularmente la del sistema de salud.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta a priori es que la descentralización puede ser : Política o Administrativa; en el primer caso se trata de transferir poder, para identificar problemas o situaciones de riesgo para la salud de la población y sus posibles soluciones; en el segundo caso , capacidad para administrar los recursos necesarios localmente.

Es frecuente ver, en los últimos años que se descentralicen los problemas y se centralice el poder y la capacidad de respuesta.

En el marco de la Reforma del Estado, la descentralización administrativa debe llegar a la administración de personal, recursos ( aunque no todos; los críticos y en función de economías de escala , se sugiere mantener compras centralizadas de recursos como ,medicamentos, material sanitario, reactivos, equipos, concertando las entregas a los servicios) , la coordinación intersectorial, capacidad de contrato etc. para no caer en una mera desconcentración administrativa

Tampoco se debe pensar que descentralización y centralización son estratégias antagónicas, sino que se trata de un proceso que debe ser adecuado a cada realidad, a cada tipo de actividades, a cada situación geopolítica. En la descentralización política, no debe priorizarse lo vecinal a lo municipal, ni a lo provincial, ya que lo provincial debe regir ese proceso de entrega de poder a los Municipios, lo barrial y lo vecinal y e aquí una de las primeras dificultades que habitualmente se presentann pues resulta imprescindible preparar a priori, al personal del nivel central al que se le quitan determinadas funciones, como al del nivel local en el que se delegan esas funciones.

En Mendoza, en el marco de la Reforma del Estado, se deberá conciliar el esquema de descentralización del Estado que se pretende reformar, si se trata de descentralizar la gestión y entrega de acciones de salud. Esto no significa que deba ser exactamente la misma, pero sí, que al ser la salud un proceso altamente dependiente, no se dificulten la relaciones intersectoriales.

Es importante tambien, decir, que hemos visto funcionar la descentralización en salud, sin que este proceso se haya dado en los otros sectores.

Teniendo en cuenta la propuesta de Reforma que se plantea la Provincia, será necesario identificar con bastante precision, los niveles y las instituciones que deberan asumir la responsabilidad del registro de población para su aseguramiento, responsabilidad que creemos podría concertarse con los niveles locales y los Municipios.

El nivel Central deberá, fundamentalmente regular, tanto el Financiamiento, ( cualquiera sea el origen de los fondos ), la Administración de aquellas compras para los servicios que deberá seguir brindando, del personal que tenga la responsablidad de cumplir con su rol, como regulador, fiscalizador y prestador de aquellas acciones que no siguen las reglas del mercado, o que sean externalidades que no pueda delegar.

Para plantear la Descentralización-Centralización del sistema de salud, es necesario en primer lugar, para definir la estructura del sistema que se pretende construir, explicitar sus funciones para, recien entonces, proponer en el marco que este proceso significa, un plan progresivo por etapas, que permita una permanente vigilancia estratégica, para realizar oportunamente y en el lugar los ajustes para su mas eficiente operación

Esta Zonificación, será de importancia estratégica al decidir la organización del Sistema de Salud Provincial, en el marco de la Reforma del Sector Salud, al definir concretamente niveles de Administración del mismo, por ejemplo, los servicios ( públicos, seg. social y privados) serían la puerta de entrada al sistema, el registro de la población: en los niveles locales bajo la coordinación de los Municipios, que además debieran tener la responsabilidad de su actualización; para constituir una instancia Zonal, que en el marco de la descentralización, y sin caer en una burocratización ineficiente, se delegue : el apoyo técnico a los Coordinadores Municipales, la administración de fondos, la capacidad de contratación con efectores públicos y privados según escoja y se afilie la población.

Sujerimos que muchas de las funciones que hoy tiene el nivel Central se deleguen al Zonal, transfiriendo personal y recursos presupuestarios para mejorar oportunidad y eficiencia en las respuestas; dejando al Nivel Central el rol regulador, de fiscalización, compras estratégicas, y la ejecución de aquellas acciones indelegables del Estado.

4) Análisis de las propuestas alternativas de descentralización

En coordinación con la Dirección Ambulatória, se logró, que los Coordinadores del Ministerio en cada Municipio, elaboraran un Flujograma de la referencia para diferentes tipos de servicios, como por ejemplo : odontología, laboratorio, Rx, pacientes ambulatórios, según especialidad, edad, en la red de Centros de Salud de cada Municipio, y con el Hospital de referencia.

Conjuntamente con esto, como ya se comentó, se elaboró una tabla síntesis, de la información producida por el Programa de Estadísticas de Salud del Ministerio, que tiene elaborados dos voluminosos documentos referidos a la procedencia, según Departamento, Sección o jurisdicción , diagnóstico, para cada Hospital dependiente del Ministerio de Salud; la Tabla síntesis que elaboramos, nos permite visualizar, el comportamiento de la demanda de hospitalizaciones durante 1995.

Se hizo llegar, a ambas Direcciones, de Atención de Hospitales y de Atención Ambulatória, con alternativas de zonificación, su población total y dispersa según agrupación de Municipios, recursos del sector Público y Privado (Fundamentalmente Nº de establecimientos con internación y Nº de camas hospitalarias), Producción de servicios del sector público; con toda esta información, es posible construir los indicadores que nos interese, analizar, pero es suficiente, para revisar las alternativas propuestas teniendo en cuenta que en un futuro no muy lejano, habrá que instrumentar determinadas funciones gerenciales del sistema y es importante que se respete la derivación funcional, ya que esto tendrá relación con acciones administrativas como por ejemplo, el financiamiento de la demanda, cualquiera sea su mecanismo de instrumentación, o las compras que deberan coordinarse con el nivel central en función de economía de escala o especificaciones de repuestos y de equipos, en el marco de mejorar sustantivamente la eficiencia. Por otra parte como el proceso de instrumentar la concepción de Contrato, será de mucha importancia , descentralizar muchas de estas acciones, para ir construyendo y creandole factibilidad técnica y política a estas acciones.

RAL DE INVESTIGACIONES
BIBLIOTECA
Dr. Manuel Belgrano

Las alternativas de zonificacion del Sector Salud, parecen claras, en algunas zonas, quedando dudas solo en la que constituye el Gran Mendoza, y la posibilidad de darle cierta autonomía, a una zona que llamamos, Sur-Este, constituida por los Departamentos de Maipú y Luján.

Parece no haber dudas, que San Martin, Rivadavia, Junin, Santa Rosa y La Paz, constituyen una red de servicios de complejidad creciente, donde el Hospital Perrupato es el Centro de referencia, y nos atrevimos a llamar, Zona Este.

De la misma manera creemos que, en el valle de Uco, Tunuyan, Tupungato y San Carlos por: distancias, história, constituyen funcionalmente un Sistema de Salud a reforzar, y que proponemos como, Zona Centro.

En el sur de la provincia, San Rafael se constituye naturalmente en la referencia casi obligada de la mayoría de la demanda, incluso aquella que requiere de complejidad en la tecnología de atención, teniendo historia su relación funcional con Gral. Alvear y Malargüe, a lo que se debería llamar, Zona Sur.

Un problema particular, se nos planteó, cuando revisamos la relación funcional de los servicios del Departamento de Lavalle, ya que cuenta con un Centro cabecera a nivel Municipal, que en un futuro será necesario fortalecer en su capacidad resolutiva, de todas maneras creemos que aún en el marco de la descentralización, mas allá de las funciones gerenciales que se deleguen al Comité Departamental de salud, pero a pesar de la importante población la alternativa de que dependa, política, técnica y gerencial del Gran Mendoza nos parece la mejor.

El Gran Mendoza, sin duda debe estar integrado por : Capital, Guaymallén, Godoy Cruz, Las Heras, por lo dicho Lavalle, las dudas son , si dejar incorporados a Maipú y Luján, como la Zona Gran Mendoza, o pensar que Maipú y Luján constituyan una nueva Zona llamada, Sur-Este, a favor de esta opción está el tamaño poblacional actual y sus espectativas de crecimiento en el marco del Mercosur, Zona Franca entre otros factores de ser así será necesario pensar en fortalecer su capacidad resolutiva en un corto

plazo con servicios de atención de hospitalización para algunas especialidades, que por la escasa distancia, hoy demanda en los hospitales Metropolitanos. Si bien el creciente desarrollo urbanístico integrará aún mas a estos grupos poblacionales, no solo no invalida esta propuesta, pues se seguirá demandando patología de tecnología intermedia, que muy bien podría resolverse localmente. Por otro lado, el manejo gerencial de : el registro de afiliados y su actualización permanente, la futura delegación de contratación de efectores en el primer nivel y el Control de gestión político procesal de las referencias y sus implicaciones financieras, serían una carga muy grande para el ya complejo problema que tendría el, Consejo Zonal del Gran Mendoza.

5) Propuesta de estructura para la Atención de la Salud en el marco de la Reforma

Si el Objetivo Central de la Reforma del Sector Salud, es mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la población, es necesario recordar los PRINCIPIOS BASICOS DE LA REFORMA PROPUESTA, que está enmarcada en la Política de Salud del Gobierno de la Provincia y que son: COBERTURA UNIVERSAL, EQUIDAD EN EL ACCESO, SOLIDARIDAD DE RIESGO Y FINANCIERA, CALIDAD DE ATENCION, SUSTENTABILIDAD FINANCIERA Y ATENCION INTEGRAL.

El Modelo del Sistema de Salud, en Mendoza, es Mixto, ya que no existen mecanismos normados que articulen los diferentes efectores del : sector público, privado y de seguridad social , además de los servicio que ofrecen las Instituciones de medicina prepaga.

El Gobierno se ha propuesto desarrollar por etapas , transformaciomes que regulen el funcionamiento de los diferentes sectores, para evitar duplicaciones lograr coordinación entre los efectores de las diferntes instituciones, configurando un SISTEMA INTEGRADO DE SALUD, que respetando la identidad de las instituciones , evite los subsidios cruzados y el gasto de bolsillo de la población, a vaces injustos y que permita cumplir con los principios anteriormente expuestos.

Las Instituciones que brindan o financian servicios de salud a las personas en Mendoza, son: Ministerio de Desarrollo Social y Salud, con su vasta red de servicios; el sector Privado, con una red mucho mas amplia para la atención Ambulatoria, y una gran cantidad de servicios con hospitalización; la Seguridad Social, Fundamentalmente la OSEP ( Obra Social de los Empleados Públicos) , y un número plural de Obras Sociales ,que se está modificando; Servicios montados y financiados por algunas Municipalidades; una muy variada gama de Sistemas de Medicina Prepaga; Organizaciones no Gubernamentales ONG's, sin fines de lucro; la Universidad Nacional de Cuyo; y otros como las Fuerzas Armadas.

Si la reforma del Sector Salud, pretende como meta, redefinir el Rol del Estado, asignandole a éste fundamentalmente, la responsabilidad de regular el sistema, que pretende, en el marco de la democratización, redefinir las funciones de conducción y gerencia del Sistema y su financiamiento, presupone tener bien en claro, que se trata de desarrollar un proceso que debe ser predefinido en sus lineas generales.

Una de las premisas fundamentales es el análisis de Viabilidad; cualquier propuesta que se haga, debe pasar los filtros de : Viabilidad Política, Financiera, Técnica, y Gerencial.

Si bien es cierto, que no se debe pensar en conseguir el Objetivo Estratégico, aquí y ahora, este análisis a priori, nos marcará, los caminos u estratégias instrumentales, para que durante el desarrollo del proceso,se construyan proyectos específicos, o mecanismos que permitan a la conducción del sistema caminar en la dirección propuesta; y estas alternativas tambien deben ser tenidas en cuenta desde la etapa de diseño

El Consenso entre los actores sociales de un proceso de cambio como una Reforma del Sector, es imprescindible y una buena forma de lograrlo es la participación desde el principio, en la formulación de los principios básicos de la propuesta, y la forma de lograrlo.

Los lineamientos a tener en cuenta en este marco son y creemos que debiera ser una premisa fundamental : TENDER A LA SEPARACION DE

FUNCIONES PARA LOGRAR EFICIENCIA, por lo tanto es conveniente analizar por separado: ORGANIZACION, FINANCIAMIENTO, ADMINISTRACION de FONDOS, y la PRESTACION DE SERVICIOS.

Tratar en esta etapa de diseño, la estructura, contenidos, participación de los diferentes actores sociales ( Estado, Ministerio, Prestadores de servicios, Usuarios del Sistema) es muy conveniente, y en todos los niveles del sistema, tambien es importante tener en cuenta, que muy provablemente y sobre la marcha del proceso, será necesario hacer ajustes al programa previamente elaborado, precisamente para ganar en velocidad y dirección.

Es muy importante conocer experiencias de otros países, pero niguno es como el nuestro, las recetas son peligrosas, y es conveniente previamente analizar las implicaciones que pueden tener las decisiones que se vayan tomando, en función de los definidos PRINCIOS BASICOS que debieran regir la reforma.

Es importante tener presente, que entre las características de la Reforma Propuesta, ésta debe ser: FACIL DE APLICAR,y TRANSPARENTE, que las medidas que se tomen, sean entendidas por todos, creando la menor incertidumbre posible, durante su desarrollo.

Ya hemos enfatizado bastante sobre la CONCEPCION DE PROCESO, lo que nos lleva a conocer que su implementación, debe tener una PUESTA EN MARCHA GRADUAL, con el debido conocimiento de lo que se quiere y como se pretende hacer, para lograr CONSENSO.

Es imprescindible, tener presente que la salud debe ecararse con un enfoque de ATENCION MEDICA INTEGRAL, lo que supone que las acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación e investigación son un continuo, en el marco de la concepción del proceso Salud/Enfermedad.

Sin alterar el concepto de integralidad, sin embergo desde el punto de vista presupuestario, es conveniente diferenciar los que corresponden a la ATENCION ASISTENCIAL, de los que se deben aplicar a la PROMOCION Y PREVENCION, de la salud ya que se manejan de manera y hasta por

instituciones diferentes , y aunque no sea así , en momentos de ajuste son los primeros en ser afectados y a todas luces resulta conveniente y efectivo preservarlos, (debiera pensarse en una ley que los preserve de ajustes).

A pesar de que preconizamos la ATENCION INTEGRAL, recomendamos su presupuestación por separado, garantizando su FINANCIAMIENTO SEPARADO, muchas ,si no todas estas acciones estan dentro del Programa Médico Obligatorio.

Ya se ha insistido bastante, pero es necesario tener presente que una propuesta, para ser tal, debe pasar los filtros de VIABILIDAD, POLITICA, FINANCIERA, TECNICA, DE GESTION y LEGAL, ya que si no reune estas características, es solo una idea.

En el marco de la Reforma, es imprescindible redefinir el ROL DEL ESTADO, desde el principio lo que se pretende construir ; la CONDUCCION DEL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y SALUD se pretende preservar lo que garantizaría, el federalismo, la responsabilidad del Estado en relación con un Area tan sensitiva como la salud. De todas maneras se preveería la constitución de un CONSEJO PROVINCIAL DE SALUD, cuyo Secretario podría ser el Subsecretario de Salud de la Provincia. Sería responsabilidad del Consejo Provincial de Salud, la Conducción y la Gerencia del Sistema y ser responsable de su FUNCIONAMIENTO, en la constitución de dicho Consejo, sugerimos deben estar, el Estado, los representantes del financiamiento, ( Estado, Seg. Social, Sector Privado, Sist. de Prepago) Prestadores de servicios, Legisladores, UNC, FFAA, etc.

Las funciones a diferenciar en este Nivel Central, son: los PROGRAMAS DE SALUD PUBLICA, constituidos por todas aquellas actividades, que al no seguir las reglas del mercado debe seguir afrontando el Estado, para lo que debe programar y preservar FONDOS ESPECIALES PARA PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD.y garantizar su ejecución.

Por otro lado, la CONDUCCION DE LA REFORMA, es otra de las importantes tareas que creemos debe afrontar desde el Nivel Central, el CONSEJO PROVINCIAL, es supervisar, fiscalizar, y realizar un Control de Gestión, Político, procesal, de un FONDO PROVINCIAL DE SALUD, donde se concentrarían los recursos financieros, ( Estatales, Seg. Social, Seguros Privados,etc.) que habría que construir para poder financiar la demanda de actividades de salud, cualquiera sea el efector que la brindara.

Esta sería, tal vez, la actividad del Proceso de Reforma mas conflictiva y dificil, por la gran desconfianza que se tiene del sector público, y el poder que significa administrar fondos, pero es importante buscar y lograr esto para lograr una equitativa distribución de los recursos. Algunos países lo han delegado en organismos no gubernamentales, ( Sisalud, en España; Gob. Locales, en Canadá,etc.).

Es también, tarea indelegable, realizar un Control de Gestión Político Procesal, del Sistema realizando una Vigilancia Estratégica del: volumen de prestaciones, por niveles de atención, el flujo del gasto según niveles de responsabilidad del Sistema; las demandas fuera de la programación, las demandas intersectoriales, y las implicaciones socio-políticas de la operación del Sistema Integrado que se pretende construir; para ello es necesario innovar y DISEÑAR UN SISTEMA DE INFORMACION QUE POSIBILITE LA CONDUCCION Y LA GERENCIA DEL SISTEMA.

Es conveniente en el marco de la eficiencia y la democratización del Sistema, DESCENTRALIZAR, en los CONSEJOS ZONALES, la Conducción de la Administración de Fondos para financiar la DEMANDA DEL PRIMER NIVEL, con equidad, que podría, quedar en manos de la misma Institución, no Gubernamental, que se debiera escoger por concurso, del nivel central para no crear una nueva burocrácia descentralizada; otra alternativa sería, analizar hasta donde existe capacidad o decisión por parte de los Gobiernos Municipales, de asumir esta no muy sencilla labor de administrar recursos en el nivel local.

De toda manera, creo que esta decisión, es crucial para lograr equidad en la entrega de servicios , porque está ligada a la capacidad de contratación y consideramos que esta potestad sería conveniente,no tenga compromiso con los prestadores de servicios donde sería saludable que la población escoja con quien quiere hacerse atender y dejar este NIVEL LOCAL librado a las reglas del mercado para aquellas atenciones que se puedan regir por las mismas.

El Nivel Zonal, canalizaría los recursos ( Financieros o insumos) de los Fondos Especiales de los Programas de Promoción y Prevención, a los servicios de salud del Primer Nivel, públicos, privados y otros para garantizar que las actividades del PMO lleguen a todos.

La AFILIACION, normada para toda la población, se iniciaría en los servicios o en el Municipio, según el caso, pero de cualquier manera este nivel, el Municipal debería responder por la actualización del sistema de registro.

El FINANCIAMIENTO del sistema, debe tender a que sea descentralizado, en el marco de un enfoque diferente del actual, no va a ser sencillo, implantar la CULTURA DE CONTRATO; se sugiere que la descentralización del finaciamiento, a las ZONAS de SALUD, sea por habitante, situación que supone un estudio del gasto en salud, la participación de las diferentes fuentes de los fondos y la determinación de la capacidad de pago del sistema de Seguridad Social, y del sector privado, debiendo en una primera etapa el Estado, cubrir la diferencia, de financiar el resto del total del gasto del Sector. Sería lamentable que la Reforma del Sector Salud, se utilice como un instrumento de Ajuste Fiscal.

Se realizaria un Contrato, con la Institución responsable en cada Zona de Salud de Administrar los fondos Según el número de habitantes.

Por otra parte en el nivel Zonal, se elaborarian Contratos con los diferentes Prestadores de servicios, realizando contratos "por habitante"; con los profesionales o instituciones que se presenten a concursar y que sean

elegidos por las comunidades, según se normatice en relación al valor de la cápita y al número de habitantes normado por médico.

De la cápita del primer nivel, se desglosarán los fondos, para financiar las prestaciones médicas derivadas como, medicamentos, medios diagnósticos,( laboratorio, Rx, etc. ) referencias a especialistas que se prestarían en otro tipo de servicios a los que se pagaría por actividad, según se normatice, por paquetes de actividades para no caer en el pago según diagnóztico, regulando de esa manera la sobre prestación, y evitando riesgos terapéuticos derivados del pago según diagnóstico (cesáreas, intervenciones innecesarias etc.).

Es necesario normar muy bien este proceso, para ser justos con el paciente en relación a la CALIDAD DE LA ATENCION, y con el profesional y trabajador del sector, que percibiría los haberes correspondientes al Contrato firmado del número de prestaciones acordado.

Este mecanismo realmente le da sentido, a la Autogestión Hospitalaria, y no recaería en la población sin cobertura, con menores ingresos la operación de los servicios de salud, como hoy esta ocurriendo; es importantísimo monitorear y evaluar este proceso, pués de ello depende la SUSTENTABILIDAD FINANCIERA del sistema de salud.

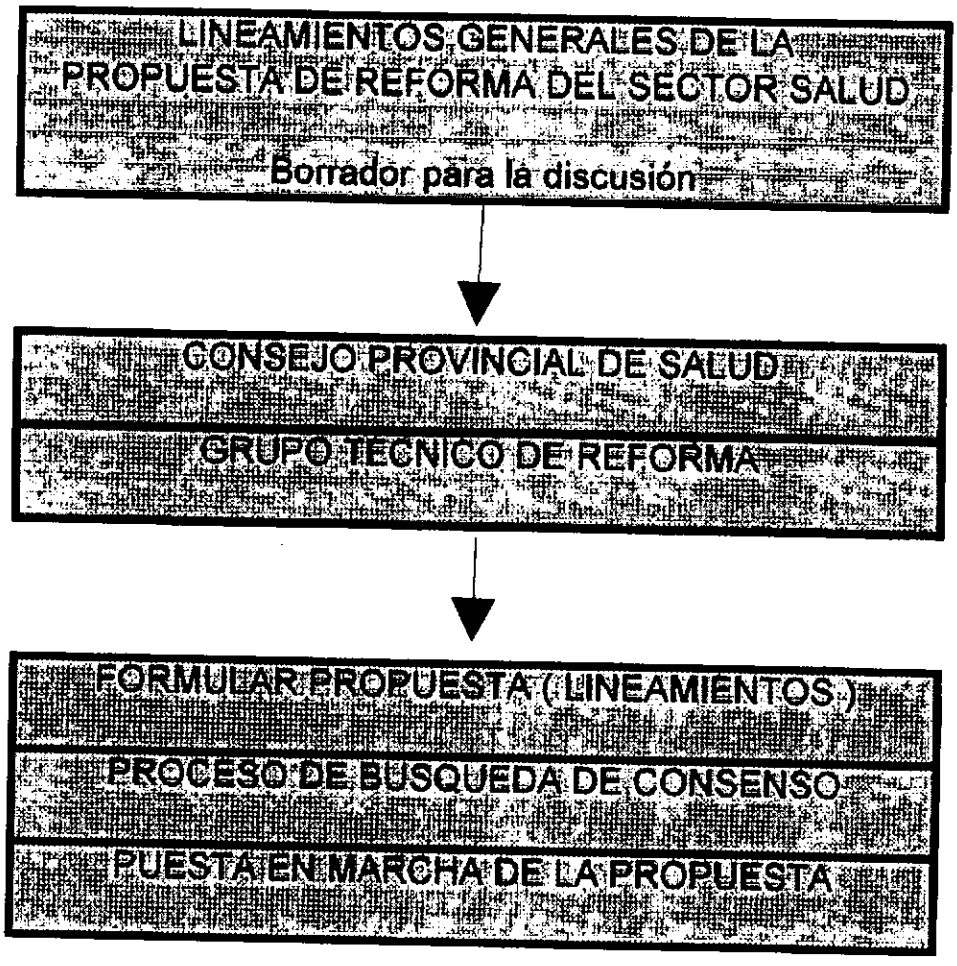
La competencia de los diferentes efectores, estimulará en el primer nivel, la calidad y eficiencia ; garantizando una referencia racionalizada que tendría asegurado su financiamiento sin necesidad de depender directamente del Presupuesto general de la Provincia, proveyendo ésta los fondos que le competan según la información de la población a cargo, provista por el registro de personas.

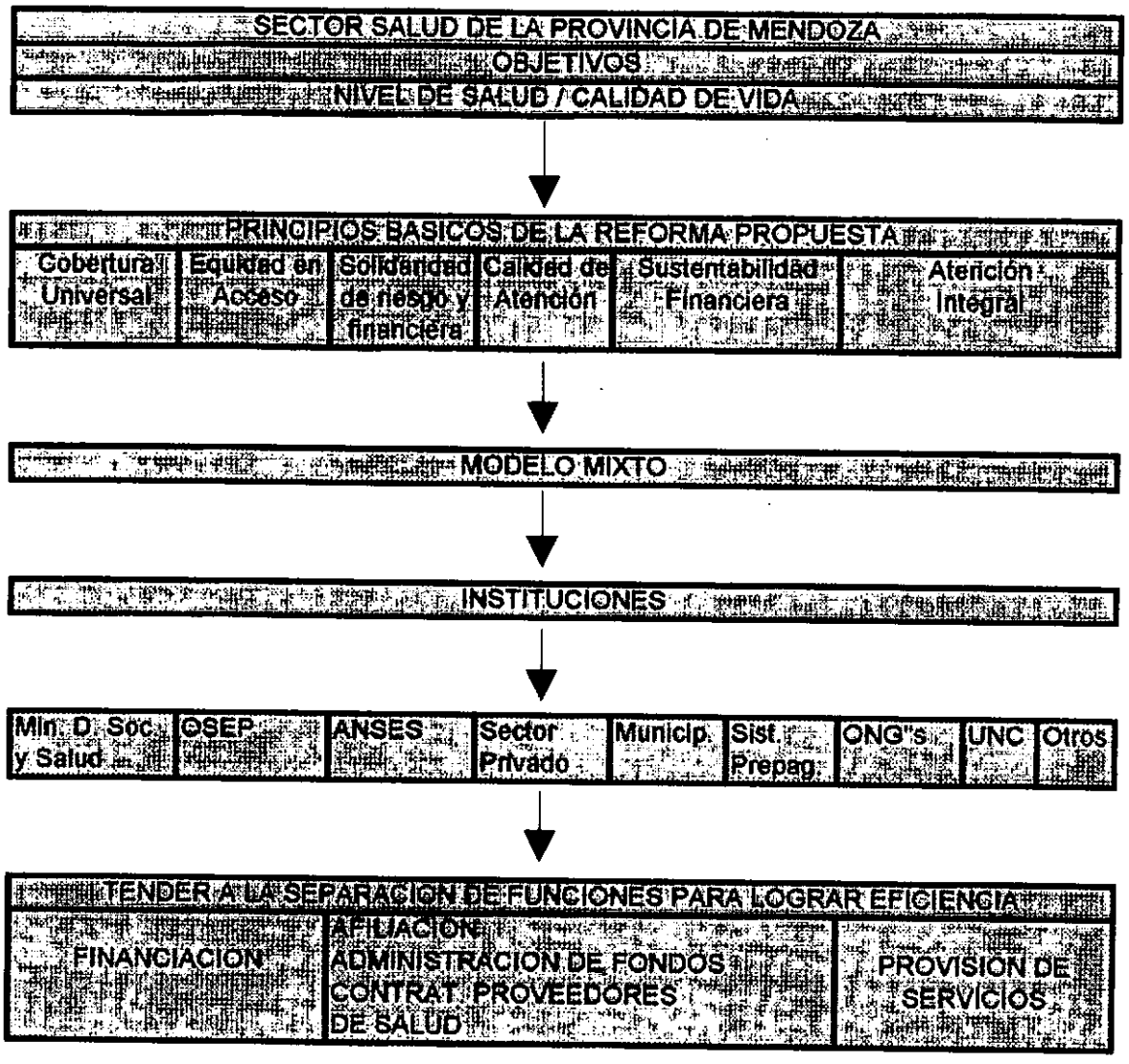
La AUTONOMIA DE GESTION, así concebida , acerca los servicios a la comunidad y permite un CONTROL DEMOCRATICO DE LA GESTION LOCAL, MEJORA LA EQUIDAD, y facilita la CALIDAD DE LA ATENCION, en el marco de una sana competencia donde es la comunidad la que escoge.

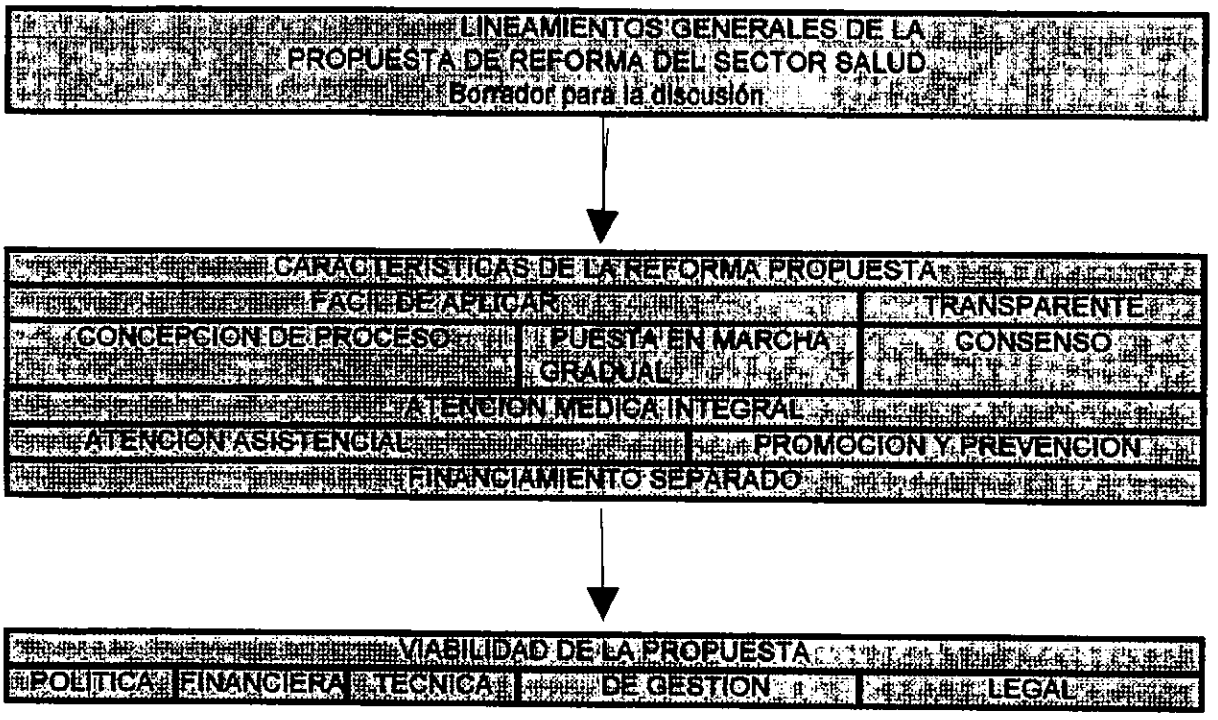
## DESARROLLO DE LA PROPUESTA Y ETAPAS DE IMPLEMENTACION, MENDOZA 1996

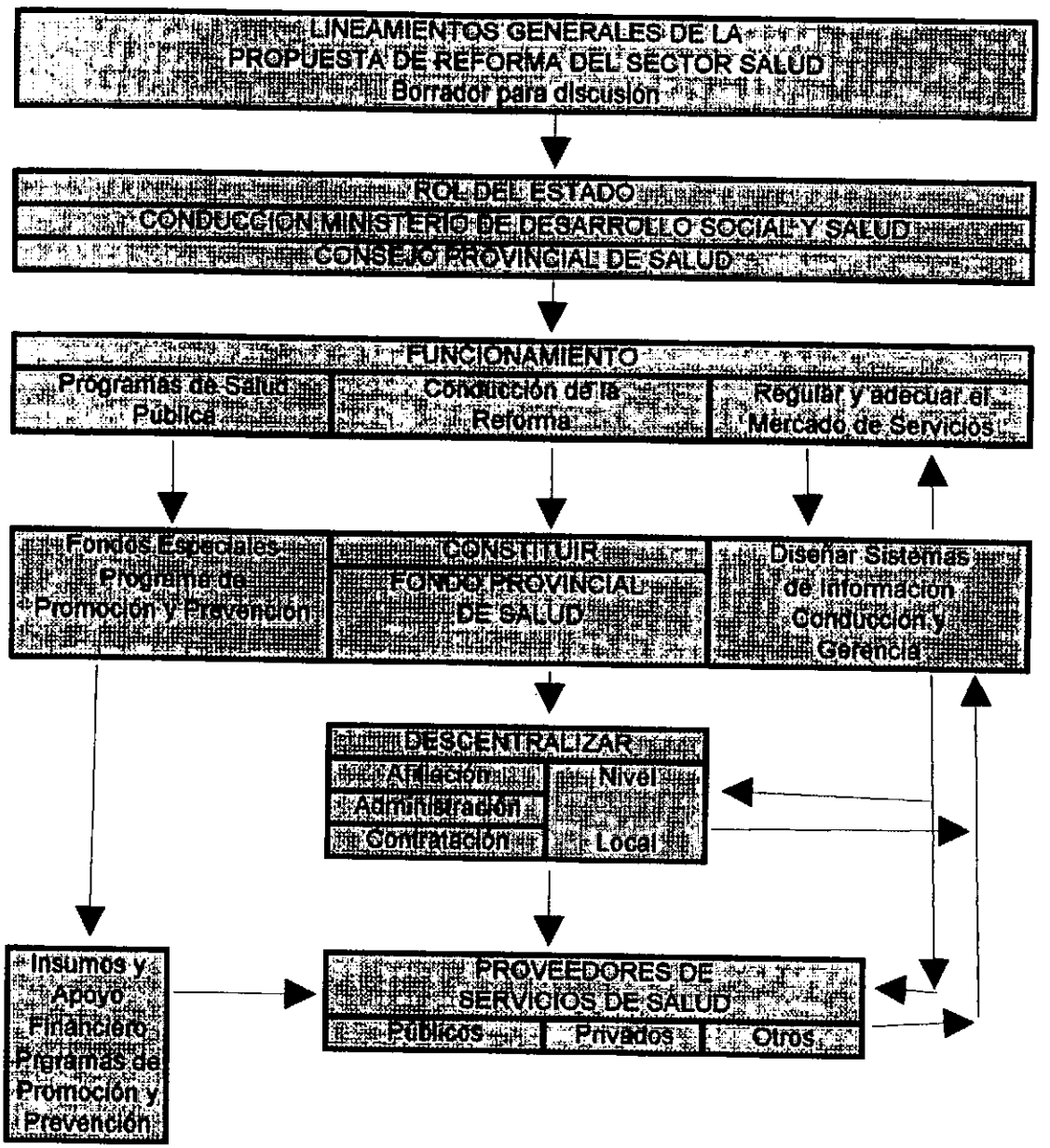
| AÑO 1996 | AÑO 1997 | AÑO 1998 | AÑO 1999 |
|---|---|---|---|
| 1) Desarrollo Preliminar de la Propuesta.<br>Jul.- Nov.<br>Equipo de Gobierno | 1) Ajuste a la Propuesta Preliminar de la Reforma del Sector.<br>Reuniones, Seminarios.<br>Despacho, Per. Ref.<br>Otros Actores del Sector.<br>Ene.- Dic. | 1)Ajuste y reprogramación proceso de Reforma Sectorial<br>Ene.-Dic.,trimestral<br>Despacho,Per.Min.<br>Per.Ref., Per.Nac.,<br>Per. B.I.D. | 1)Cont.Evaluación y Ajuste de proceso de Reforma desde el punto de vista de la Política General de Gobierno.<br>Todos los actores del Sector,Gob.Prestad.<br>Inst.Financiadoras,<br>Representantes de la Comunidad |
| 2) Negociación y Programación con B.I.D.<br>Set.- Dic.<br>Min., Grupo Apoyo Misiones B.I.D. | 2)Cont. Negociación y Programación con B.I.D.<br>Per.Min., Per.Ref.,<br>Per. Nac. Per.B.I.D. | 2)Con.Eval.y Ajuste Avance de Reforma<br>Ene.Dic., Trimestral<br>Per.Min.,Per.Ref.,<br>Per.Nac.,Per.B.I.D. | 2)Con.Eval.y Ajuste Avance de Reforma desde el punto de vita Técnico,igual a 1998. |
| 3) Generación de Consenso.<br>Agos.- Dic.<br>Min., Circ.Med., Atsa, Otros | 3)Cont.Consenso<br>Reuniones, Seminarios, Talleres, Medios de Com. Social<br>En.- Dic<br>Min., Org.Financ., Prestadores, Comunidad | 3) Cont. Consenso igual a 1997. | 3)Cont. Consenso igual a 1998. |
| 4) Descentralizac. Hospitalaria.<br>En.-Dic.<br>Min., Presal B.M.<br>Per.Hosp., Per.Ref. | 4)Continuar con implantación proceso de Descentra.Hosp-<br>Per. Min., Presal<br>Per.Hosp.,Per.Ref. | 4)Evaluar proceso de descentralización Hospitalaria.<br>Igual a 1997. | 4)Evaluar proceso de descentralización Hospitalaria.<br>Igual a 1998 |
| 5) Diseño de Prop de tarjeta de registro de personas.<br>Agos.- Dic.<br>Per.Reforma., Mini. | 5)Implantación area de prueba Tarjeta de registro.Evaluac.<br>Per.Ref., Per.Min.<br>Ene.-Jul. | 5)Evaluar funcionamiento de actualización del registro de personas | 5)Monitorear funcionamiento del registro de personas.<br>Igual a 1998. |
| 6) Desarrollo de Propuesta de Programe de Médico de Cabecera.<br>Agos.-Dic.<br>Per. Reforma, Min. | 6)Implantación Programa de Médico de Cabecera.<br>Jul.- Dic.<br>Per.Min.,Per.Ref. | 6) Continuación de la implantación del Programa de Médico de Cabecera.<br>Evaluación del Proceso.<br>Ene.-Dic.,Trimestral<br>Per.Min., Per.Ref. | 6)Cont. de la implantación del Programa de Médico de Cabecera.<br>Igual a 1998. |
| 7) Desarrollo de Propuesta de uso Racional de Medicamentos.<br>Agos.- Dic.<br>Per. Minist. | 7)Desarrollo e Implantación de Mecanismos de compra y de uso racional de Medicamentos.<br>Ene.-Dic.<br>Per.Min., Per.Ref. | 7)Evaluación y ajustes del programa de compras y uso racional del Medicamento.<br>Ene.-Dic.,Trimestral<br>Per.Min.,Per.Ref. | 7) Cont.Evaluación y Ajuste del programa de compras y uso racional del Medicamento.<br>Igual a 1998. |
| 8) Desarrollo de Indicadores de Monitoria y Evaluación del Proceso de Reforma.<br>Agos.- Dic.<br>Per.Minist | | 8)Ajuste y divulgación de Ind.de Cob.<br>Ene.-Dic.,<br>Per.Min.,Per.Local<br>Per.Mun.,Per.Ref. | 8)Ajuste y divulgación de Ind. de Cob.<br>Igual a 1998. |
| | | 9)Analisis de costo impacto de propuestas de inversiones | 9)Análisis de costo impacto de propuestas de inversiones<br>Igual a 1998. |
| | | | 10)Evaluación de la |

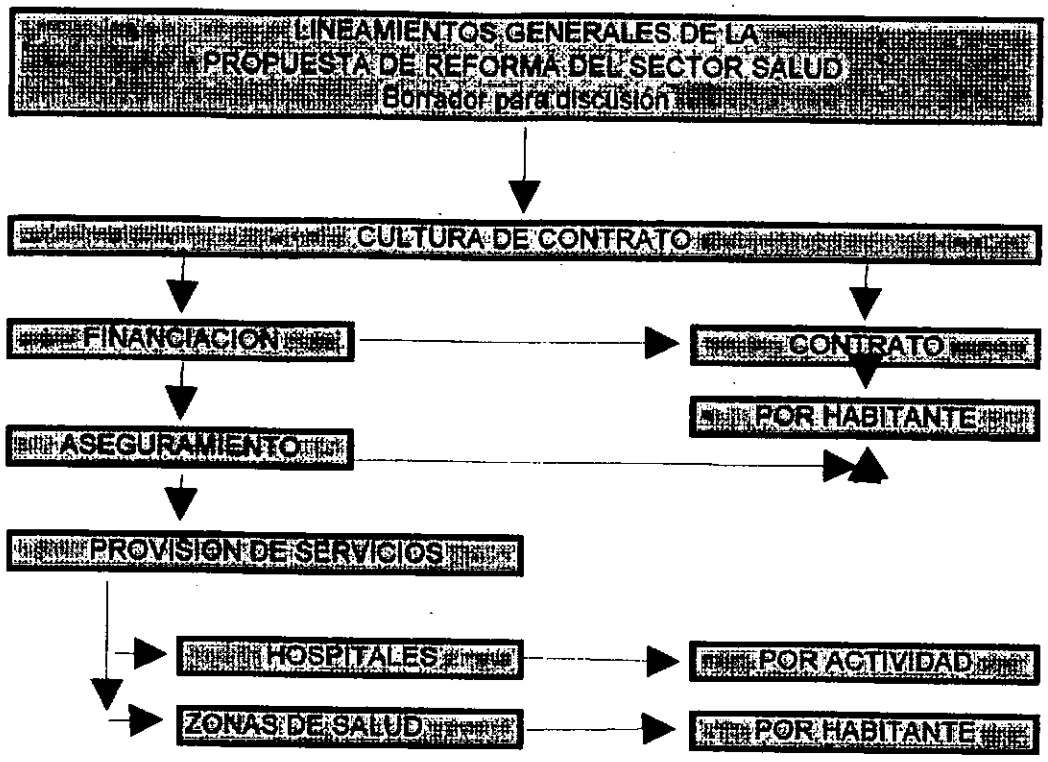
| | | | |
|---|---|---|---|
| 9) Desarrollo de Metodologías e Instrumentos para la Inversión. Identificación de Grupos Humanos según acceso. Set.-Dic. Pers. Apoyo Ref. Pers. Min. | 8)Evaluación de Indicadores de Monitoríay Evaluación de proceso de reforma Ene.-Dic. Per.Min., Per.Ref. Per. B.I.D.,Per.Nac. | por personal local Talleres, Seminarios Per.Min., Per.local Per.Ref. Ene.-Dic. | operación de los Consejos Zonales y sus funciones delegadas Igual a 1998. Tres veces en el año |
| 10) Desarrollo de Propuestas de Descentralización del Sistema. Set.- Dic. Pers.Grupo de Apoyo, Pers.Minis. | 9)Identificación de grupos humanos con desigualdades en acceso.Elaboración de propuestas Ene.-Dic. Per.Min., Per.Ref. Per.B.I.D. | 10)Descentralizar funciones de Adm. Contrato,Análisis Político Procesal, del sistema. Constitución formal de Consejos Zonales de Salud. Ene.-Dic. Despacho,Per.Min. Per.Mun., Consejo Provincial de Salud | 11)Apoyo al PMO, a nivel, profesional y comunitario Medios de Com.Soc. |
| 11) Desarrollo de Propuesta de Programa Médico Obli.-gatorio. Set.- Dic. Per. Grupo de Apoyo, Per. Minis. | 10)Análisis y propuestas de constitución de Zonas de Salud.Capacitación de acciones a descentralizar Ene.- Dic. Per.Min.,Per.Ref., Coord.Depart.Min. Per.Munic.Otros | 11)Evaluación y fortalecimiento de aplicación del, PMO Seminarios,Talleres Supervisión. Ene.-Dic. Per.Min.,Per.Ref. Per.Nac.,Per.B.I.D. | 12)Evaluación permanente del impacto de la recuperación de costos. Igual a 1998. |
| 12) Desarrollo de Programa de Recuperación de costos pitalaria. Agos.- Dic. Pers. Minis. | 11)Divulgar contenidos e instrumentación, del PMO. Ene.-Dic. Per.Min., Comunid. Talleres, Medios de Com. Social | 12)Evaluación del Programa de recuperación de costos Impacto Económico al sistema y a la Comunidad. Ene.Jul. Per.Min., Per.Ref., Per.Nac.,Per.B.I.D. | 13)Evaluación permanente del proceso de Descentralización, y de la operación del Fondo Provincial de Salud. Igual a 1998. |
| | 12)Evaluación de Programa de Recuperación de costos Ene.-Dic. Per.Min.,Per.Ref., Per.Nac.,Per.B.I.D. | 13)Puesta en marcha del Consejo Provicial de Salud y del Fondo Provincial de Salud | |

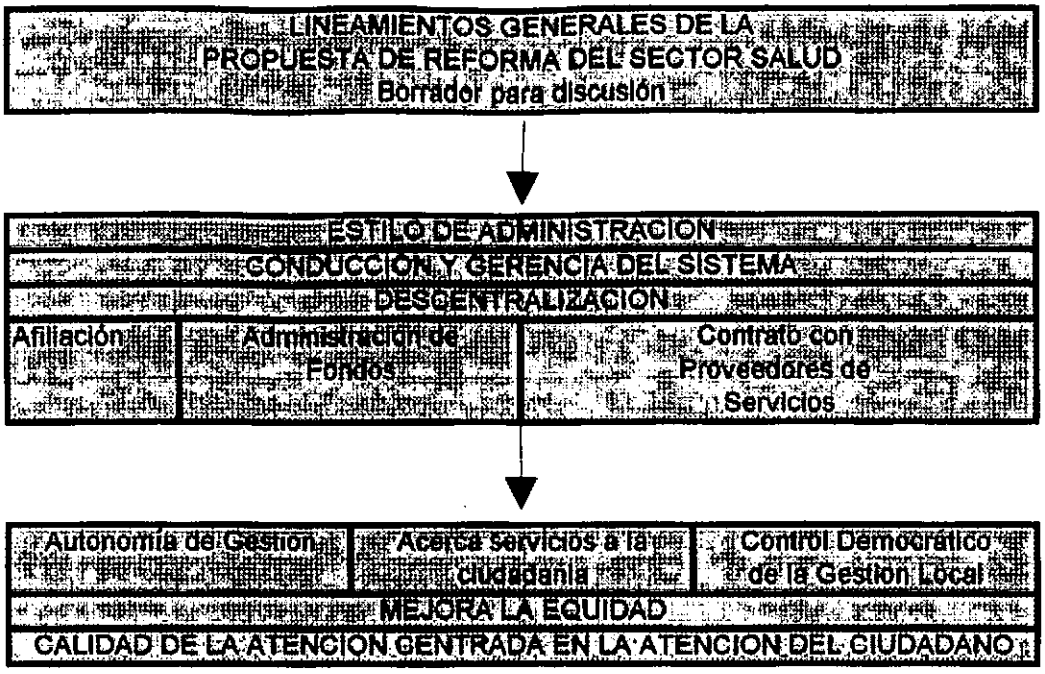

LINEAMIENTOS GENERALES DE LA PROPUESTA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD
Borrador para la discusión
CONSEJO PROVINCIAL DE SALUD
GRUPO TECNICO DE REFORMA
FORMULAR PROPUESTA ( LINEAMIENTOS )
PROCESO DE BUSQUEDA DE CONSENSO
PUESTA EN MARCHA DE LA PROPUESTA


SECTOR SALUD DE LA PROVINCIA DE MENDOZA
OBJETIVOS
NIVEL DE SALUD / CALIDAD DE VIDA
PRINCIPIOS BASICOS DE LA REFORMA PROPUESTA
Cobertura Universal
Equidad en Acceso
Solidaridad de riesgo y financiera
Calidad de Atención
Sustentabilidad Financiera
Atención Integral
MODELO MIXTO
INSTITUCIONES
Min. D. Soc. y Salud
OSEP
ANSES
Sector Privado
Municip.
Sist. Prepag.
ONG"s
UNC
Otros
TENDER A LA SEPARACION DE FUNCIONES PARA LOGRAR EFICIENCIA
FINANCIACION
AFILIACION
ADMINISTRACION DE FONDOS
CONTRAT. PROVEEDORES DE SALUD
PROVISION DE SERVICIOS


LINEAMIENTOS GENERALES DE LA PROPUESTA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD
Borrador para la discusión
CARACTERISTICAS DE LA REFORMA PROPUESTA
FACIL DE APLICAR
TRANSPARENTE
CONCEPCION DE PROCESO
PUESTA EN MARCHA GRADUAL
CONSENSO
ATENCION MEDICA INTEGRAL
ATENCION ASISTENCIAL
PROMOCION Y PREVENCION
FINANCIAMIENTO SEPARADO
VIABILIDAD DE LA PROPUESTA
POLITICA
FINANCIERA
TECNICA
DE GESTION
LEGAL


LINEAMIENTOS GENERALES DE LA PROPUESTA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD
Borrador para discusión
ROL DEL ESTADO
CONDUCCION MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y SALUD
CONSEJO PROVINCIAL DE SALUD
FUNCIONAMIENTO
Programas de Salud Pública
Conducción de la Reforma
Regular y adecuar el Mercado de Servicios
Fondos Especiales Programa de Promoción y Prevención
CONSTITUIR FONDO PROVINCIAL DE SALUD
Diseñar Sistemas de Información Conducción y Gerencia
DESCENTRALIZAR
Afiliación
Administración
Contratación
Nivel Local
Insumos y Apoyo Financiero Programas de Promoción y Prevención
PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD
Públicos
Privados
Otros


LINEAMIENTOS GENERALES DE LA
PROPUESTA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD
Borrador para discusión
CULTURA DE CONTRATO
FINANCIACION
CONTRATO
POR HABITANTE
ASEGURAMIENTO
PROVISION DE SERVICIOS
HOSPITALES
POR ACTIVIDAD
ZONAS DE SALUD
POR HABITANTE


LINEAMIENTOS GENERALES DE LA
PROPUESTA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD
Borrador para discusión
ESTILO DE ADMINISTRACION
CONDUCCION Y GERENCIA DEL SISTEMA
DESCENTRALIZACION
Afiliación
Administración de Fondos
Contrato con Proveedores de Servicios
Autonomía de Gestion
Acerca servicios a la ciudadania
Control Democrático de la Gestion Local
MEJORA LA EQUIDAD
CALIDAD DE LA ATENCION CENTRADA EN LA ATENCION DEL CIUDADANO

# ANEXOS

PROYECTO DE APOYO A LA PROVINCIA DE MENDOZA- AR-029
COMPONENTE MODERNIZACION DEL ESTADO
MODERNIZACION DEL PODER EJECUTIVO: AREA SALUD.
ORGANISMO EJECUTOR: MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y SALUD
SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA.
COORDINADOR DEL PROYECTO: LIC. NERIO NEIROTTI.

INFORME FINAL DEL CONSULTOR: MEDICO SANITARISTA, DR. LUIS ANTONIO LOYOLA

1) (Pob.Disp)- Población dispersa.

2) (Prod.5)- Producción de Servicios de salud, por Departamento y tramos de población, 1995.

3) (Rec.5)- Oferta de Servicios de salud, por Departamento y tramos de población, 1995.

4) (Ind.Cob.)- Indicadores de Cobertura, (Ejemplos ), Recursos o Producción/ Población por tramos

5) Flujo de la demanda de servicios por Departamento, elaborado por Coord. de Area, Atención Ambulatoria, Min. Des. Soc. y Salud.

6)(Egresos)- Egresos por Hospital, según Departamento de residencia habitual del paciente, 1995.

7) Total egresos,según residencia habitual, por 30 principales causas, año 1995.

8) Total egresos, según residencia habitual, (Jurisdicción), por 30 principales causas, año 1995. Elaborado por , Programa de Estadísticas de Salud, Ministerio.

9) (Prod.5)- Relación Producción/Población, según tramos de población, por alternativas de Zonas de Salud.

10) (Rec.5)- Relación Recursos/Población, según tramos de población, por alternativas de Zonas de Salud.

11) (Zonas)- Alternativas, Zonificación de Salud, Mendoza, 1995.

12) (Med.Dep.)- Médicos de familia, por Departamento, población atribuída y Centros de referencia.

13) (Tabla Hs.)- Base de datos de Servicios de salud, públicos y privados, con sus recursos principales. 1995

14) (Tabla Pr )- Base de datos de Servicios de salud, públicos y privados, con su producción principal en el sector público,1995.

15) (Reform.)- Diagrama de Lineamientos generales de la Propuesta de Reforma del Sector Salud, de la Provincia de Mendoza.

16) (Etapas)- Desarrollo de la Propuesta de Reforma y Etapas de implementación.

17) Tablas de análisis de Recusos y Producción, en salud por Departamento, según tramos de población estimada, por proyecciones censales, para los años 2000 y 2005.

Mendoza, 3 de enero de 1997.

Dr. Luis Antonio Loyola