

O/M. 41B 96 - e B e d u l i c o
A 1 B

44461

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

Título de la investigación:

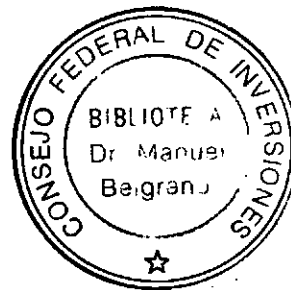
"Propuestas normativas y presupuestarias para la gestión del subsector público de la salud en la provincia de corrientes"

(Expediente 5896 Año 2003)

Informe Final de Proyecto

Lic. Rubén Manasés Achdjian
(Director de Proyecto)

Dr. Oscar Canel
Dr. Francisco Leone
Dr. Felipe Aguerre
Dr. Pablo Andrés Vassel
Dra. Julieta Paradela



Buenos Aires, diciembre de 2004

Indice temático

Introducción	3-7
1. Antecedentes de la investigación	8-16
1.1. Breve descripción del objetivo de la investigación	
1.2. Antecedentes y justificación del proyecto de investigación	
1.2.1. <i>Marco teórico general de la investigación</i>	
1.2.2. <i>Marco específico del proyecto de investigación</i>	
1.3. Tipo de Investigación	
1.4. Objetivos principal y parciales de la investigación	
1.5. Resultado esperado a la finalización del proyecto	
1.6. Aspectos metodológicos contemplados en el proyecto de investigación	
1.7. Plan de Actividades del Proyecto de Investigación	
2. Situación Geográfica y Social de la Provincia de Corrientes	17-24
2.1. Geografía económica de la Provincia	
2.2. Geografía Social y Política de la Provincia	
3. Análisis de la situación fiscal de la Provincia de Corrientes	25-41
3.1. Estructura fiscal del gobierno provincial	
3.2. Estado de la deuda pública provincial	
3.3. Evolución presupuestaria del sector Salud de la Provincia de Corrientes (período 1998-2002)	
3.4. Análisis del presupuesto del sector salud – ejercicio fiscal 2003	
4. Situación socio sanitaria de la Provincia de Corrientes	42-58
4.1. Recursos hospitalarios provinciales. Disponibilidad y distribución	
4.2. Indicadores relevantes para la comprensión del problema	
4.3. Estructura orgánica funcional del Ministerio de Salud	
4.4. Principales líneas de acción estratégica sostenidas desde el Ministerio de Salud de la Provincia.	
4.4.1. <i>La descentralización y el modelo de regiones sanitarias</i>	
4.4.2. <i>Los recursos físicos disponibles en el Primer Nivel de Atención y de Atención Primaria de la Salud (APS)</i>	
4.4.3. <i>La provisión pública de Medicamentos.</i>	
4.4.4. <i>La coordinación de la política sanitaria y el nuevo modelo de gestión hospitalaria</i>	
5. Propuesta de modificación en el modelo de gestión presupuestaria del sector público de la salud en la Provincia de Corrientes	59- 74
5.1. La técnica de diseño de Presupuesto por Programas (PPP). Criterios y conceptos básicos	
5.2. Principales conceptos en el modelo de PPP	
5.3. Fortalezas y debilidades de la aplicación del PPP	
5.4. Cambios en el modelo tradicional de gestión pública	
5.5. Propuesta para el diseño de una nueva red de acciones presupuestarias	
5.6. Criterios para la determinación de indicadores de producción bruta terminal	
5.6.1. <i>Indicadores de Producción de Servicios del Sistema</i>	
5.6.2. <i>Indicadores de Costo – Beneficio del Sistema</i>	
6. Propuesta para la elaboración de un proyecto de ley básica de salud	75- 80
6.1. Antecedentes analizados	
6.2. Consideraciones Generales	
6.3. Criterio de Oportunidad	
6.4. Examen de los contenidos del anteproyecto	
6.5. Conclusiones del análisis del anteproyecto	
ANEXO	I - XXXIII

1. INTRODUCCION

El presente es el informe final del proyecto de investigación "Propuestas normativas y presupuestarias para la gestión del subsector público de la salud en la provincia de corrientes".

Durante cerca de un año el equipo de consultores que integró este proyecto analizó un conjunto vasto de información vinculado con las condiciones económicas, sociales, demográficas, fiscales y normativas que caracterizan el entorno en el cual se desempeñan las unidades de organización con responsabilidad primaria en la provisión pública de servicios de salud en todo el territorio de la Provincia de Corrientes.

Esta significativa agregación de datos, normas y estadísticas fue contrastada con una serie de visitas a las autoridades sanitarias de la provincia.

A lo largo del período de duración de la investigación se realizaron tres misiones técnicas a la Provincia de Corrientes, entre los meses de agosto de 2003 y julio de 2004, en las cuales fueron extensamente discutidas las diferentes alternativas vinculadas con la implementación futura de nuevos enfoques y acciones tendientes a garantizar un funcionamiento más eficaz, eficiente y efectivo de las instituciones de la salud pública provincial.

La primera misión fue realizada entre los días 28 y 29 de agosto y tuvo como principal objetivo la detección de las necesidades de la autoridad sanitaria provincial en relación con el diseño y la programación presupuestaria del sector.

Como paso preparatorio de ello se estableció una agenda de trabajo consensuada con el Sr. Ministro de Salud, Dr. David Dos Santos, en la cual se incluyó una serie de entrevistas con algunos funcionarios previamente definidos como *informantes claves*.

El objetivo de esta primera misión fue la de recabar opiniones y precisiones acerca del estado general de la gestión sanitaria correntina, del diseño de los circuitos administrativos, de los aspectos financieros más salientes y de las

principales debilidades exhibidas por el sector salud en función del diseño presupuestario vigente.

La agenda prevista durante esa primera misión técnica fue cumplida en su totalidad y dentro de los tiempos previstos. La información recabada durante las entrevistas mantenidas fue particularmente valiosa en función de:

- (a) Precisar los objetivos y las metas que el gobierno provincial pretendía lograr con la instrumentación del presente proyecto.
- (b) Recopilar información de carácter financiero y estadístico para un primer proceso de análisis y clasificación.
- (c) Establecer contactos directos con otros contactos e informantes no contemplados precedentemente y que tuvieran responsabilidades primarias significativas en el proceso de diseño, la ejecución, el control y la evaluación presupuestaria.

Los funcionarios entrevistados en dicha oportunidad fueron los siguientes:

Salvador Gonzalez Nadal	Subsecretario de Salud
	Dirección General de promoción y
Eduardo Pujol	Protección de la Salud
	Dirección General de Programación y
Ricardo Cardozo	recursos humanos
	Dirección General Asistencial de Auditoría
Rolando Pinchetti	Hospitalaria y Fiscalización Sanitaria
Daniel Maldonado Maidana	Director de Administración
Fernando Ramirez Valle	Dirección de Sistemas

La segunda misión técnica se realizó entre los días 17 y 18 de diciembre de 2003 y tuvo como objetivo ampliar la información oportunamente remitida por la provincia y conocer el funcionamiento habitual de determinadas unidades de organización directamente vinculadas con la administración de los recursos humanos, tecnológicos y financieros del Ministerio de Salud Provincial.

Como paso previo a la realización de la segunda misión, se requirió al Sr. Ministro la conformación de un equipo integrado por funcionarios provinciales que pudiera desempeñarse como una contraparte local del proyecto con capacidad de asistir a los consultores en la provisión de información y la concertación de reuniones de trabajo con los responsables de ciertas áreas públicas sustantivas.

El equipo provincial estuvo integrado - desde entonces y hasta la culminación del proyecto - por la Dra. Silvina Racigh (asesora legal del Ministerio), la Contadora Adriana Yordan (responsable de la Unidad de Gestión Provincial de servicios de salud) y el Contador Guillermo Corrales (responsable del seguimiento de la gestión presupuestaria, Dirección de Administración del MSP).

Durante esta segunda misión, los consultores mantuvieron una prolongada entrevista con el flamante Sr. Subsecretario de Salud Pública Dr. Julián Indart, quien había recientemente reemplazado en sus funciones al Dr. Gonzalez Nadal.¹

Junto con esta entrevista, se realizaron otras reuniones de trabajo con agentes y funcionarios de nivel medio que desempeñan tareas habituales en diferentes áreas del Ministerio, sobre todo aquellos vinculados con la gestión administrativa, contable e informática. El objetivo, en este caso, era analizar las capacidades institucionales de la jurisdicción para poder implementar las propuestas que serían formuladas a medida que avanzara la investigación.

Entre los meses de enero y febrero del 2004, el trabajo del equipo de consultores estuvo concentrado en elaborar las primeras propuestas relacionadas con el nuevo modelo de aperturas programáticas y los criterios para la determinación de las metas físicas del sector público de la salud, las cuales fueron remitidas, para su estudio y discusión, a las autoridades sanitarias provinciales.

La finalidad principal de estas tareas era que, junto con el nuevo modelo de apertura programática propuesto para el sector salud, se establecieran algunos criterios liminares para la formulación de metas físicas y producción bruta terminal que - una vez implementada la nueva red de acciones presupuestarias - permitiera, por un lado, "traducir" las asignaciones financieras en prestaciones reales y, por el otro, poner en marcha en el mediano plazo un sistema para la determinación de los costos medios de las prestaciones sanitarias públicas.

Por otra parte, y tomando como base las líneas estratégicas de gestión del sector salud definidas oportunamente por el Ministerio, se procedió a operacionalizar cada una de aquellas: esto es, expresar los objetivos generales de las políticas públicas en indicadores de acciones y procedimientos que pudieran ser monitoreados, luego, en el proceso de su futura implementación.

¹ El Dr. Gonzalez Nadal - quien fuera entrevistado por los consultores durante la primera misión - renunció a su cargo para asumir como Ministro de Desarrollo Social de la Provincia.

La tercera y última misión técnica se realizó entre el 5 y 6 de julio de 2004. En esta oportunidad terminaron por definirse los productos finales y se realizó – junto con el equipo de contraparte provincial - un exhaustivo examen de la marcha del proyecto. La producción esperada – y explicitada oportunamente, en ocasión de diseñar el proyecto de investigación – se acompaña en calidad de anexo al presente informe final.

El presente informe consta, básicamente, de tres grandes apartados.

En la primera parte se presenta el proyecto de investigación tal como fuera originalmente formulado, con todos sus componentes: la justificación de la investigación, el marco teórico, las hipótesis formuladas, los objetivos y las metas esperadas, las características de la investigación, el plan de actividades y el cronograma de cumplimiento.

Sobre este último elemento y aún asumiendo los desvíos manifiestos en los tiempos previstos para la realización de las actividades, es opinión del equipo de consultores que se han cumplido con cada una de las etapas y objetivos comprometidos.

La segunda parte consiste en el análisis de la información recopilada, que ha servido para la elaboración de un diagnóstico situacional acerca de las condiciones de entono en la cual opera el subsistema público de la salud en la provincia de Corrientes.

Sobre esta construcción de la realidad se ha elaborado la tercera y última parte, vinculada ya con las recomendaciones y los cursos de acción sugeridos para un mejoramiento de la gestión presupuestaria y el marco normativo del sector provincial de la salud.

Por último, el anexo contiene los diferentes *productos* vinculados con las recomendaciones efectuadas en los apartados precedentes. Los productos presentados son los siguientes:

- Propuesta de apertura presupuestaria, discriminado por Programas, Subprogramas y actividades.
- Propuesta de metas físicas y producción bruta terminal para el subsistema público de salud de la provincia.
- Propuesta para el diseño de un tablero de comando de gestión.
- Metodología para la determinación de los costos estándar de las prestaciones médicas y sanitarias, con determinación de centros de costo.

- Proyecto de Ley Básica de Salud de la Provincia de Corrientes, que incluye los elementos normativos vinculados con la regionalización de los servicios sanitarios en el territorio provincial.

Al cotejarse los contenidos de este informe con las metas previstas originalmente en el proyecto se observa que no se ha hecho referencia al análisis y la propuesta de modificación de la Ley de Contabilidad de la Provincia, Esto es así en virtud de que la recomendación general oportunamente - efectuada a través de los informes de avance - era la de reemplazar dicha normativa por una Ley de Administración Financiera y Sistemas de Control del Sector Público Provincial, elaborada siguiendo los criterios fijados por la Ley Nacional N° 24.156/92.

Durante el transcurso de esta investigación, la Legislatura correntina sancionó esta normativa (Ley 5.571) , con lo cual el análisis y la propuesta de de modificación de la derogada Ley de Contabilidad ha perdido su sustancia.

A modo de finalización de esta breve introducción, el equipo de consultores quiere agradecer muy especialmente la invaluable colaboración y prestancia del Sr. Ministro de Salud Pública de la Provincia de Corrientes, Dr. David De Los Santos por haber facilitado todos los instrumentos requeridos para el desarrollo de este proyecto y a la Dra. Silvina Racigh, la Contadora Adriana Yordan y el Contador Guillermo Corrales Meza - funcionarios integrantes del equipo provincial de contraparte - cuyos compromisos y cotidianas dedicaciones personales puestos al servicio de esta investigación permitieron que la misma concluya hoy con éxito.

Buenos Aires, diciembre de 2004

1. Los antecedentes de la investigación

1.1. Breve descripción del objetivo de la investigación.

Esta investigación tuvo como principales objetivos analizar y describir las condiciones generales de desempeño y los principales elementos de gestión que caracterizan al subsector público de salud de la Provincia de Corrientes en la actualidad, para poder – luego de ello - realizar una propuesta general con las modificaciones normativas, presupuestarias y operacionales necesarias tendientes a incrementar los niveles de eficiencia, eficacia y efectividad en la provisión de los servicios sanitarios a cargo del sector público provincial.

En los términos de esta investigación, se ha definido como condiciones generales de desempeño a aquellos elementos que caracterizan el contexto social (explicitados en términos de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) en el cual se desarrollan las políticas públicas.

Las dimensiones normativas, presupuestarias y operacionales hacen referencia, respectivamente, a la legislación vigente que regula la actividad pública en materia sanitaria, el diseño que presenta actualmente la red de acciones presupuestarias del Ministerio de Salud provincial y los planes operativos previstos para el cumplimiento de los objetivos de política pública definidas por el subsector.

La eficacia se define como la capacidad que posee las organizaciones para cumplir con las metas y los objetivos se han propuesto.

La eficiencia se define, en cambio, como el conjunto de capacidades de una organización para alcanzar las metas que se ha propuesto al menor costo posible. Un incremento en los niveles actuales de la eficiencia impone la introducción de criterios de optimalidad en la relación de insumo – producto, de modo tal de lograr niveles crecientes de producto con el menor nivel de uso de insumos posible.

A diferencia de los dos conceptos anteriores, el grado de efectividad – en los términos definidos en esta investigación - es el grado de incidencia o de impacto que

una política tiene en la satisfacción de una determinada demanda o necesidad pública.

1. 2. Antecedentes y justificación del proyecto de investigación

1.2.1. Marco teórico general de la investigación

Durante las dos últimas décadas - y como consecuencia de recurrentes crisis fiscales y de las diferentes soluciones implementadas en el marco del proceso de reforma estructural del Estado Nacional - se produjeron en nuestro país significativas modificaciones en las fronteras que hasta entonces habían delimitado los espacios de lo *público* y lo *privado*, como así también en el plano de las competencias institucionales de los diferentes niveles de gobierno.

Estas modificaciones trajeron consigo, una nueva forma de entender y aplicar los instrumentos tradicionalmente utilizados por los decisores públicos para el diseño, la implementación, el financiamiento y la evaluación de las políticas sociales en Argentina.

Por un lado, la *privatización*, la *desregulación* y la *desmonopolización* significaron el traspaso hacia la órbita del mercado de un conjunto de funciones que, hasta fines de la década de 1980, eran ejercidas exclusivamente por el sector público.

Por el otro, la *descentralización*, la *delegación* y la *desconcentración* produjeron el traslado intergubernamental de un número importante de competencias - hasta ese momento en manos del estado federal - hacia las provincias, primero, y luego desde éstas hacia los municipios.

En cuanto al sector salud, los establecimientos hospitalarios que se encontraban bajo la administración directa del estado nacional fueron transferidos, mediante la Ley 24.061, hacia las provincias y la ex MCBA, junto con determinados programas sociales.²

A diferencia de lo ocurrido en el sector educación, el instrumento legal que produjo la transferencia de los ex hospitales nacionales no fue una ley específica,

² Los programas transferidos fueron el PROSOCO (Programa de Políticas sociales Comunitarias) – creado por la Ley N° 23.767 y el PROSONU (Programa Social Nutricional)

sino que tal decisión fue implementada a través de la Ley de Presupuesto del año 1992.

Por último, la adopción del principio de la *focalización*, como criterio rector en el diseño, la implementación y la evaluación de políticas sociales públicas, produjo el reemplazo de cierta visión tradicional - basada en servicios uniformes, extendidos y universales - por otra que puso su acento en la diferenciación y la segmentación de los beneficiarios reales o potenciales, de acuerdo con el grado de vulnerabilidad de los mismos.

Los cambios operados en todos estos sentidos provocaron, entre otras cosas, que la actual división de las responsabilidades asignadas a cada uno de los niveles de gobierno no sea aún del todo conocida por gran parte de la ciudadanía.

Posteriormente, con la crisis fiscal de fines de 2001 la importancia de cuestiones tales como el equilibrio de las cuentas públicas trajo aparejadas, por un lado, severas restricciones sobre los principales componentes del gasto público – en especial, aquellos vinculados con la provisión estatal de servicios sociales – y, por el otro, la incorporación de ciertas metodologías de evaluación de políticas – muchas de ellas, emparentadas estrechamente con cálculos econométricos o de viabilidad financiera – para determinar el grado de eficiencia, eficacia y efectividad en la ejecución del gasto público.

Así, una de la preocupaciones económicas centrales en la provisión pública de servicios de la salud – y de esta investigación, en particular - ha consistido en determinar cuál sería el nivel óptimo del gasto en salud, relacionándolo con, por ejemplo, con ciertos indicadores de resultados (esperanza de vida al nacer o la tasa de mortalidad infantil).

Como consecuencia de ello, la necesidad de implementar mecanismos de reingeniería en la formulación del gasto público en Salud - que fuera útil en los términos de identificar problemas y demandas como base objetiva de las sucesivas etapas de planificación presupuestaria – ha formado parte de un proceso de mejoras sustantivas de los estándares de calidad de gestión de las políticas públicas.

Junto con este cambio de enfoque que vincula las decisiones de gastos con demandas específicas y complejas, se asumía el supuesto general que un aumento en el nivel vigente del gasto en salud no siempre habría de significar mejores respuestas a los problemas socio sanitarios de la población. En tal sentido, dos dimensiones deberían tomarse en cuenta a la hora de analizar cuánto debe gastar

una determinada jurisdicción en la manutención y la eventual ampliación de sus servicios de salud:

- (i) el grado de eficiencia del gasto que realiza y
- (ii) el rendimiento del gasto realizado, expresado en términos de su eficacia y efectividad.

1.2.2. Marco específico del proyecto de investigación

Algunos informes estadísticos de difusión pública, al momento de comenzar con esta investigación, ubicaban a la Provincia de Corrientes en una condición rezagada respecto de la relación *Gasto en Salud per cápita versus EVN y/o TMI*.³

La crisis económica que afectó al país a fines del 2001, puso en situación de colapso operativo al sector público en general, y las instituciones públicas de la salud en particular.

A esta situación general del país debe agregarse que el momento más agudo de la crisis comentada coincidió con el cambio de autoridades políticas en la provincia, dando comienzo a un complejo proceso de transición y normalización institucional, luego de un período de intervención federal.

En términos financieros y presupuestarios, el gobierno provincial destinaba por aquel momento, cerca \$ 73 millones anuales al sostenimiento del sector público de la salud, los cuales estaban conformados por la concurrencia de tres grandes fuentes de recursos:

- (i) Los aportes del tesoro provincial, bajo la forma de contribuciones figurativas,
- (ii) Los recursos propios, obtenidos de la venta de bienes y servicios por parte de las unidades de organización dependientes del Ministerio de Salud provincial; y
- (iii) Las subvenciones con afectación específica, realizados por el estado federal, para la atención de programas socio sanitarios en los cuales los organismos provinciales intervienen en calidad de efectores.

³ Entre ellos, el "Informe sobre Desarrollo Humano" elaborado por el PNUD y los relevamientos periódicos de organismos nacionales, tales como INDEC, MSN, Coordinación Nacional de Programas Sociales y fuentes estadísticas provinciales.

La Ley 5504, promulgada parcialmente por el Decreto Nº 1173, había sancionado el Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos de la Provincia de Corrientes correspondiente al ejercicio fiscal 2003.

La vigencia parcial de esta Ley significó, en términos operativos, una reducción del presupuesto de salud de \$ 11 millones (entre los \$ 84 M. originalmente solicitados y los \$73 M. finalmente vigentes), que fue producto de las modificaciones introducidas por la Legislatura correntina y por el veto posterior de aquellas por parte del ejecutivo provincial.

Respecto del ejercicio 2004, el Ministerio de Salud correntino elaboró y elevó a través del poder ejecutivo provincial un anteproyecto presupuestario de \$ 88,2 M. El incremento entre el crédito total vigente en el año 2003 y el contemplado para el 2004 se explicaba por dos razones básicas:

- (i) El aumento registrado, a partir del año 2002, en el precio de los principales insumos hospitalarios.
- (ii) La necesidad de encarar una nueva serie de políticas sanitarias, no previstas en años anteriores ni formuladas por las autoridades políticas precedentes.

Las principales limitaciones que se habían detectado, a priori, en relación con un desempeño eficiente, eficaz y efectivo de las políticas públicas en materia sanitaria se referían, por un lado, a la persistencia de un marco legal inadecuado en materia fiscal y financiera y, por el otro, a la ausencia de instrumentos normativos que regularan con eficacia la actividad sanitaria pública.

Respecto de lo primero, a Provincia de Corrientes carecía, al momento de iniciarse esta investigación, de una ley de administración financiera que estableciera, entre otras cuestiones, un método adecuado para la formulación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las metas físicas previstas en el presupuesto.

En lugar de ello se hallaba vigente la Ley provincial de Contabilidad que impedía, entre otras cosas, la formalización de programas presupuestarios acordes con las actividades que desarrollaban los organismos públicos, entre ellos los que se vinculan con la provisión de servicios de salud.

Respecto de lo segundo, se verificó que la legislación provincial carecía de una legislación orgánica o básica de salud que contemplara, entre otros aspectos, las responsabilidades primarias de las unidades de atención sanitaria, la misión y

funciones de la autoridad de aplicación y criterios mínimos de regionalización y descentralización de los servicios.

1.3. Tipo de investigación

La investigación, tal como fuera propuesta en sus inicios, contenía elementos de carácter descriptivo, correlacional, explicativo y propositivos.

Fue pensada en términos descriptivos con el fin de exponer los aspectos más relevantes del régimen legal financiero y la estructura de gestión administrativa y operacional de las unidades de organización que integran el Ministerio de Salud de la Provincia de Corrientes.

Tenía, también, un enfoque correlacional, para poder establecer las relaciones emergentes entre los siguientes tres elementos básicos:

- (i) las disposiciones normativas que regulaban la actividad pública en materia sanitaria,
- (ii) la estructura presupuestaria del sector público de la salud y
- (iii) el desempeño de las unidades sustantivas de provisión de los servicios sanitarios provinciales (hospitales y centros de salud).

La investigación planteaba, además, una dimensión explicativa del problema abordado, en la medida que intentaba establecer la relación de causalidad existente entre un marco legal y financiero considerado inadecuado (variable independiente o causa) y la disfunciones verificables en los niveles de desempeño público de las unidades sanitarias (variable dependiente o efecto)

Por último, el estudio abordado pretendía ser proposicional en la medida poder diseñar – una vez establecida la descripción adecuada de la realidad sociosanitaria provincial y las relaciones de causalidad entre los elementos significativos que permitían explicar esta realidad - una propuesta integral de modificaciones legales y operativas para la solución de los problemas de gestión detectados.

1.4. Objetivos principales y parciales de la investigación

El objetivo principal de la investigación fue la de contribuir a la identificación y priorización de los problemas socio sanitarios de la población de Corrientes, a la proposición de estrategias de abordaje de estos problemas y su correspondiente caracterización normativa y presupuestaria.

Se consideraron como objetivos parciales de la presente investigación:

- (i) La identificación y definición de los problemas existentes relacionados con la situación socio sanitaria en Corrientes.
- (ii) El análisis de los principales elementos componentes del gasto actual en Salud del subsector público en la Provincia de Corrientes.
- (iii) La Proposición de un modelo de apertura programática que pudiera ser funcional a los problemas sanitarios detectados.

1.5. Resultado esperado a la finalización del proyecto

El proyecto de investigación contemplaba que, al momento de su finalización, las autoridades sanitarias provinciales contarán con una propuesta extensamente documentada respecto de un modelo alternativo de gestión orientado a resultados y elaborado sobre la base metodológica de *Presupuesto por Programas*.

El producto contemplado podría ser, así, utilizado por las autoridades provinciales para el desarrollo de la planificación y programación de la jurisdicción.

1.6. Aspectos metodológicos contemplados en el proyecto de investigación

El cronograma de investigación proponía inicialmente un trabajo de campo de 8 (ocho) meses de duración, sobre la base de recolección de datos estadísticos y entrevistas con funcionarios del sector, considerados informantes claves a lo largo de las distintas etapas del proyecto.

A partir de este cronograma, se establecieron las principales etapas de trabajo con sus correspondientes acciones.

Etapas de investigación	Acciones contempladas
Etapa de análisis situacional inicial: definición y priorización de problemas.	Búsqueda y recolección de información de fuentes primarias y secundarias. Talleres de trabajo con funcionarios provinciales. Entrevistas con informantes claves. Talleres de integración.

Apoyo a la formulación y seguimiento del presupuesto anual	<p>Reuniones de trabajo con grupos según problemas. Talleres por problemas. Seminarios de integración. Análisis de fuentes de financiamiento del presupuesto público del sector salud. Investigación de mercado para productos e insumos. Talleres de articulación entre áreas operativas y de incumbencia económica financiera del Gobierno provincial Reuniones de discusión con integrantes de gabinete en Salud (cuadros gerenciales).</p>
Propuestas de modificación normativa	<p>Recopilación y análisis de antecedentes normativos. Homogeneización de normas Detección de normas secundarias en colisión o pasibles de ser derogadas</p>

1.7. Plan de actividades del proyecto de investigación

El proyecto contemplaba la realización de las siguientes actividades, las cuales fueron cumplidas en su totalidad:

Denominación de la Actividad	Acciones Contempladas
1. análisis situacional inicial. definición y priorización de problemas del Sector Salud.	<p>1.1. Recolección y análisis de información acerca de las ejecuciones presupuestarias correspondientes a los ejercicios fiscales 1997-2002.</p> <p>1.2. Análisis del estado de la ejecución del presupuesto del ejercicio fiscal vigente.</p> <p>1.3. Análisis de la Ley de Contabilidad de la Provincia y otros instrumentos normativos que regulan la actividad financiera del estado provincial.</p> <p>1.4. Entrevistas con informantes claves, para la definición de los problemas de gestión (análisis FODA)</p> <p>1.5. Recolección y análisis de información estadística relacionada con las demandas de servicios socio sanitarios.</p> <p>1.6. recolección y análisis de antecedentes normativos vinculados con la prestación de servicios sanitarios por parte del gobierno provincial.</p>
2. Apoyo a la formulación y seguimiento del presupuesto 2004	<p>2.1. Elaboración de una propuesta de apertura presupuestaria por programas.</p> <p>2.2. Definición de metas físicas y producción bruta terminal para los ejercicios fiscales 2004 y 2005.</p> <p>2.3. Instrumentación de un tablero de comando para el seguimiento de las políticas instrumentadas.</p> <p>2.4. Diseño de una propuesta para la determinación de los costos medios de las prestaciones médicas del Subsector Público de la Salud.</p>

3. Propuestas de modificación normativa	3.3. Elaboración de un proyecto de Ley provincial básica de la Salud. 3.4. Elaboración de un proyecto de Ley para la regionalización de los centros sanitarios y asistenciales de la provincia.

2. Situación geográfica y social de la Provincia de Corrientes

2.1. Geografía económica de la provincia⁴

La Provincia de Corrientes se encuentra ubicada en el nordeste de la República Argentina, en el centro de la llamada región mesopotámica, entre los Ríos Paraná y Uruguay.

Su superficie es de 88.200 Km² (3,16% de la superficie total del país) y su población y densidad demográfica, según datos del censo nacional de 2001, son de 929.236 habitantes y 10,5 habitantes por Km², respectivamente.

Las cuencas hídricas de los ríos Paraná y Uruguay, que circundan la provincia, tienen una significativa incidencia en el desarrollo de sus aspectos poblacionales y económicos. Las dos terceras partes del territorio provincial se encuentran bajo la influencia geográfica del río Paraná y sus afluentes mientras que el tercio restante se vincula con la cuenca del río Uruguay.

La red hidrográfica provincial está comprendida por más de 600 cursos de agua. Esto determina el 65% de la superficie total se destine a la explotación económica mientras que el 35 % de la superficie total se encuentra anegada de manera permanente, constituyendo grandes lagunas, entre ellas los denominados *Esteros del Iberá*.

Las principales actividades económicas con *asiento territorial*⁵ giran en torno a la producción de bienes primarios y manufacturas de origen agropecuario (MOAs), principalmente la cría de ganado vacuno y ovino y, en una muy menor proporción respecto de éstas, la agricultura. Denominamos *actividades económicas con asiento territorial* aquellas que están basadas en procesos de extracción, explotación o transformación de bienes que se encuentran relacionados con las características

⁴ El presente apartado fue confeccionado sobre la base de la información contenida en los informes "panorama económico provincial" del Ministerio de Economía de la Nación correspondientes a junio de 2003 y setiembre de 2004 y complementado con otras fuentes estadísticas de origen nacional y provincial.

⁵ Por citar un ejemplo, la cría de ganado implica procesos auxiliares de invernada, faenado, embalaje y transporte del ganado a pie o en cortes como parte de un mismo e indivisible proceso, mientras que otros tales como los servicios financieros o administrativos, o bien los servicios públicos, se encuentran escindidos de la producción directa de los primeros.

generales de un determinado territorio, excluyendo de la mismas al sector de los servicios que no están directamente integrados en la "cadena logística" específica que se halla implicada en la distribución de dichos bienes.

Dado que las tierras más aptas para la producción se encuentran próximas a las riberas de los ríos Paraná y Uruguay, se observa un mayor nivel de concentración de los asentamientos poblaciones en dichas zonas mientras que en el centro de la provincia la densidad demográfica es mucho más baja.

Según la información producida por el Ministerio de Economía de la Nación, el producto bruto geográfico (PGB) de la Provincia de Corrientes representa alrededor del 1,3% del PBI nacional. El sector de servicios es el principal componente del PGB correntino (63% del PGB total), con una primacía del subsector de los servicios públicos, los cuales representan cerca del 30% del mencionado sector.⁶

La contribución de los sectores primario y manufacturero al cómputo del PGB es de alrededor del 10% y 19%, respectivamente. En estos dos sectores, las actividades económicas más destacadas se refieren a la producción de hilados y tejidos de algodón, la elaboración de yerba mate y tabaco, el empaque de frutas y hortalizas y el procesamiento de carne vacuna.

Cuadro 1: Producto Bruto Geográfico de la Provincia de Corrientes. Por sectores y subsectores de actividad económica, en Miles de Pesos de 1993.

Sector / Subsector de actividad económica	En miles de \$	En %
1 Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	298.041	10,4%
2 Pesca	-	0,0%
3 Explotación de minas y canteras	1.547	0,1%
4 Industrias manufactureras	552.675	19,3%
5 Suministro de electricidad, gas y agua (1)	60.859	2,1%
6 Construcción (2)	209.738	7,3%
7 Comercio al por mayor y al por menor	349.297	12,2%
8 Hoteles y campings	8.070	0,3%
9 Restaurantes	37.530	1,3%
10 Transporte y almacenamiento (3)	95.588	3,3%
11 Correo y telecomunicaciones	50.517	1,8%
12 Intermediación financiera	71.508	2,5%
13 Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler (4)	313.632	11,0%
14 Administración pública y defensa (4)	253.884	8,9%
15 Enseñanza pública (4)	188.964	6,6%

⁶ CF. REPÚBLICA ARGENTINA, MINISTERIO DE ECONOMÍA (1993) Como señalamos en la nota precedente, el sector servicios es el más importante dentro del PGB pero no constituye, salvo en una pequeña proporción, parte directa de las actividades económicas con asiento territorial.

16	Enseñanza privada	16.655	0,6%
17	Servicios sociales y de salud pública (4)	65.997	2,3%
18	Servicios sociales y de salud privada	61.451	2,1%
19	Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales (5)	130.186	4,6%
20	Hogares privados con servicio domestico	93.086	3,3%
	Totales por sector / subsector (en miles de \$ y en %)	2.859.223	100,0%

Fuente: Ministerio de Economía de la Nación (1993)

- (1) Sin distribuir corresponde los Fondos de estabilización de precios, valor que no se adjudica jurisdiccionalmente.
- (2) Sin distribuir corresponde a la construcción No Permisada No Residencial y la No Captada.
- (3) Sin distribuir corresponde al Transporte por Vía Terrestre, Taxi Flet.
- (4) Sin distribuir corresponde a los gastos del Sector Público Nacionales, Interprovinciales y No Clasificados.
- (5) Sin distribuir corresponde en parte a los gastos del Sector Público Nacionales, Interprovinciales y No Clasificados, y a los Partidos Políticos.
- (6) Servicios de Intermediación Financiera Medidos Indirectamente que recaen sobre las actividades productivas no financieras sin asignación por provincia
- (7) Son precios básicos aproximados porque los valores agregados provinciales no tienen deducidos los SIFMI correspondientes a cada provincia
- (8) Incluye IVA importaciones e IVA importaciones (retención)

La producción ganadera es una actividad tradicional de la provincia que ocupa una superficie de explotación de alrededor de 7 millones de hectáreas, con una producción media anual de 40 Kg. de carne por habitante. En la provincia coexisten dos modelos de producción ganadera bien diferenciados.

Hacia el Norte del río Corrientes predominan los pequeños productores con haciendas pequeñas (explotaciones de no más de 100 cabezas), dedicados a la cría de ganado de raza índica (cebú), con bajos niveles de inversión de capital y tecnología. Hacia el sur, en cambio, se encuentran las mejores tierras y las haciendas más numerosas, dedicadas principalmente a la cría de razas anglo europeas.

En todos los casos la producción de carne vacuna se destina al mercado interno y sólo frente a las oscilaciones favorables de precios, de carácter coyuntural o estacional, se registran exportaciones a mercados limítrofes, principalmente Brasil y Paraguay.

En cuanto al ganado ovino, el stock provincial asciende a alrededor de 1,1 millones de cabezas (que representane cerca del 8% del stock nacional) que produce un volumen cercano a 3.500 toneladas anuales de lana sucia.

Una serie de cambios internos y modificaciones sustantivas en las condiciones del contexto comercial internacional afectaron fuertemente el desarrollo de esta actividad durante la última década.

La agricultura correntina se caracteriza por su escasa diversificación. El arroz es el cultivo de mayor relevancia y representa cerca de la mitad de la superficie total cultivada en la provincia y tiene una importante demanda externa, principalmente en los mercados de Brasil, Irán, Chile y México. La economía agrícola correntina se complementa con el cultivo del tabaco y la yerba mate.

En cuanto al cultivo del tabaco, la actividad la llevan a cabo pequeños productores y se orienta al tipo *criollo* o *negro*. Si bien Corrientes es el principal productor de tabaco negro del país (46% del total) el volumen total producido representa apenas un 3% de la producción tabacalera nacional, debido a la preeminencia de la producción y el consumo del tabaco de tipo *richmond* o *rubio*.

Respecto de la producción de yerba mate, existen en Corrientes cerca de 650 productores y un área cultivada cercana a las 22.750 hectáreas, radicadas en las zonas de Santo Tomé e Ituzaingo. Esta concentración territorial de la actividad yerbatera se debe a que el cultivo necesita de la presencia de tierras rojas.

Por último, en relación con las actividades del sector manufacturero, la provincia es uno de los centros más importantes del complejo algodonero textil del país.

Pese a que el cultivo del algodón carece de importancia en el territorio provincial, Corrientes cuenta con un importante parque instalado para el desmotado de la fibra, el proceso de hilado y el tejido de paños. Se encuentran radicadas en la provincia nueve plantas procesadoras (que emplean entre todas cerca de 750 empleados) con distintos niveles de complejidad tecnológica, que se concentran mayormente en los departamentos de Corrientes Capital, Goya y Monte Caseros.

2.2. Geografía social y política de la provincia

Como fuera señalado anteriormente, la población de la provincia según el Censo Nacional del año 2001 fue de 929.236 habitantes, con una composición equilibrada entre ambos sexos (9,7 varones por cada 10 mujeres). Cerca de las tres cuartas partes de la población se afincan en las zonas urbanas.

El crecimiento demográfico de la población en Corrientes muestra tasas superiores a las del país en su conjunto. Así, mientras la población total argentina – según la información censal elaborada por el INDEC – creció durante el decenio

1991-2001 un 10,5%, la población correntina se incrementó durante el mismo período a una tasa cercana al 16,5%.

Como dato adicional puede observarse que esta provincia muestra uno de los índices más altos de migración, sobre todo hacia los centros urbanos e industrializados del país. Según algunos cálculos extraoficiales se estima que, en la actualidad, la cantidad de correntinos radicados en otras jurisdicciones es equivalente a número de sus residentes.

El territorio provincial se divide administrativamente en 25 departamentos y 65 municipios. La Constitución correntina consagra un régimen municipal clasificado en categorías, de acuerdo con la cuantía que presentan sus respectivas poblaciones permanentes.

De este modo, los municipios de *primera categoría* son aquellos que cuentan con una población superior a los 15.000 habitantes; los de *segunda categoría* deben contar con una población superior a los 5.000 habitantes y hasta los 15.000; los de *tercera categoría* más de 500 habitantes y hasta los 5.000 y, por último, se contempla la existencia de *comunidades rurales*, sin restricción de población mínima.

Cuadro 2. Municipios de la Provincia de Corrientes, según categorías establecidas en la constitución provincial

Categoría Municipal	Cantidad de Municipios	Denominación
Primera	11	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alvear 2. Bella Vista 3. Corrientes 4. Cruz del Tuyú 5. Esquina 6. Gobernador Valentín Virasoro 7. Goya 8. Mercedes 9. Monte Caseros 10. Paso de los Libres 11. Santo Tomé
Segunda	15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berón de Astrada 2. Caá Cati 3. Concepción 4. Empedrado 5. Itatí 6. Ituzaingó 7. La Cruz 8. Mburucuyá 9. Saladas 10. San Cosme 11. San Luis del Palmar

		12. San Miguel 13. San Roque 14. Santa Lucía 15. Sauce
Tercera	39	1. Bompland 2. Chavarría 3. Colonia Carlos Pellegrini 4. Colonia Libertad 5. Colonia Liebig's 6. Colonia Santa Rosa 7. Cruz de los Milagros 8. Estación Torrent 9. Felipe Yofre 10. Garruchos 11. Gobernador Martínez 12. Guavirarí 13. Herlitzka 14. Itá Ibaté 15. José Rafael Gómez 16. Juan Pujol 17. Lavalle 18. Lomas de Vallejos 19. Loreto 20. Mariano Loza 21. Mocoretá 22. Nueve de julio 23. Palmar Grande 24. Parada Pucheta 25. Paso de la Patria 26. Pedro Fernández 27. Perugorría 28. Pueblo Libertador 29. Ramada Paso 30. San Antonio 31. San Carlos 32. San Lorenzo 33. Santa Ana 34. Tabay 35. Tapebicuá 36. Tatacuá 37. Yapeyú 38. Yataytí Calle
Comuna Rural	1	

Fuente: Ministerio de Gobierno de la Provincia de Corrientes

En cuanto a sus aspectos socioeconómicos, Corrientes puede ser considerada como una de las provincias argentinas con menor grado de desarrollo humano relativo.

Según la información suministrada por el Capítulo argentino del Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2002) la población correntina – junto con las de Chaco, Jujuy y Formosa – presenta los menores índices de desarrollo

humano, lo que lleva a esta provincia a ser considerada – según el organismo informante – como una jurisdicción en *situación crítica*.

El informe de PNUD establece las siguientes cinco categorías de agrupamiento de las provincias argentinas, según sus índices de desarrollo humano ampliado (IDHA):

- (i) Provincias en situación más favorable
- (ii) Provincias en situación favorable
- (iii) Provincias en situación desfavorables
- (iv) Provincias en situación grave, y
- (v) Provincias en situación crítica.⁷

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires es considerada, según la metodología aplicada, como la jurisdicción que cuenta con la situación más favorable en términos del desarrollo humano de su población – con un índice de 0.867 - mientras que Formosa se encuentra en el último lugar (IDHA= 0.156). Asimismo, teniendo en cuenta el total de la población del país, el IDHA determinado para Argentina es de 0.613.⁸

En el mencionado informe se le asigna a Corrientes un IDHA de 0.227, ocupando el 22º puesto del ranking de las provincias argentinas, superando tan sólo y por escaso margen a las provincias de Jujuy y de Formosa.

En cuanto a la participación relativa de los diferentes cuantiles de la población en la distribución del ingreso, Corrientes no presenta mayores diferencias con los indicadores correspondientes al total del país, según puede observarse en el cuadro siguiente.

Cuadro 3 Distribución relativa del ingreso por quintiles, año 2002. Corrientes Vs. Total País.

⁷ Cf. PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (2002), "*Aportes para el Desarrollo Humano de la Argentina/2002*", Buenos Aires. El Índice de Desarrollo Humano Ampliado (IDHA) es una variante metodológica del indicador tradicionalmente utilizado por la Organización de las Naciones Unidas, al cual se le agrega una serie de variables adicionales tales como los resultados de la evaluación de la calidad educativa en las áreas de lengua y matemáticas, la tasa de mortalidad infantil por causas reducibles y las tasas de empleo y subempleo.

⁸ El IDHA asume valores entre 0 y 1, de modo tal que cuanto más cercano sea el valor a 1 mayores niveles de desarrollo humano se detectan y, por el contrario, cuanto más se aproxima a 0 menor es el nivel de desarrollo humano.

Quintil	Corrientes	Total País
1	2.4 %	2.7 %
2	6.9 %	7.6 %
3	12.3 %	13.3 %
4	22.1 %	22.1 %
5	56.3 %	54.3 %

Fuente: PNUD (2002)

No obstante lo señalado, desde la crisis política y económica de fines de 2001, la *brecha de ingresos* – definida como la distancia relativa existente entre el quintil de la población de mayores ingresos respecto de aquella que cuenta con los menores ingresos – se amplió significativamente.

En el año 2000, el quintil más rico en Corrientes percibía, en conjunto, 14 veces más ingresos que el quintil más pobre mientras que en el año 2002, esta brecha se había ampliado a 23,2 veces. Este aumento colosal de la desigualdad en la distribución del ingreso en el territorio provincial fue mayor, incluso, que la registrada para todo el país, que fue de 20,4 veces.

El ingreso total anual que, en promedio, percibían las familias en Corrientes hacia finales de 2002 era de alrededor de \$ 2.850. En ese entonces, el ingreso anual promedio más alto del país correspondía a las familias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (\$ 8.254) y el más bajo a las de Santiago del Estero (\$ 2.421).

En cuanto al cálculo de los hogares que registran *necesidades básicas insatisfechas* (NBI), el 28,5% de los hogares correntinos se encuentran en dicha situación.

Por último, en términos de competitividad y dinámica económica, la provincia de Corrientes se encuentra sometida a las condiciones que caracterizan a un tipo de economía con un marcado retraso productivo y empresarial, situación que permite su comparación con la realidad económica imperante en Chaco, Formosa, La Rioja y Santiago del Estero.

3. Análisis de la situación fiscal de la Provincia de Corrientes

3. 1. Estructura fiscal del gobierno provincial

Uno de los antecedentes preliminares tenidos en cuenta para la "construcción" de un diagnóstico fiscal de la provincia durante el tramo inicial de esta investigación fue la Ley N° 5504.

La Ley 5504 - promulgada parcialmente por el Decreto 1173/03 - sancionó el Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos de la Provincia de Corrientes correspondiente al ejercicio fiscal 2003.

El monto total de las erogaciones contempladas durante el año 2003 alcanzaba la suma de \$ 938,8 M., distribuidos de la siguiente manera:

Cuadro 4. Erogaciones por rubro, presupuesto sancionado año 2003

Gastos Corrientes	\$ 684.617.811
Gastos de Capital	\$ 123.126.128
Aplicaciones Financieras	\$ 54.904.607
Poder Judicial	\$ 60.086.000
Poder Legislativo	\$ 16.034.617
Gasto Total ejercicio 2003	\$ 938.769.163

Fuente: Ley provincial N° 5504

Entretanto, los recursos destinados a financiar las actividades públicas provinciales fueron estimados para dicho ejercicio en la suma de \$ 864,6 M., compuestos de la manera que a continuación se señala.

Cuadro 5. Recursos por rubro, presupuesto sancionado año 2003

Recursos Corrientes	\$ 768.853.441
Recursos de Capital	\$ 40.853.653
Fuentes Financieras	\$ 54.875.516
Cálculo de Recursos ejercicio 2003	\$ 864.582.610

Fuente: Ley provincial N° 5504

La primera observación que pudo extractarse fue que, al momento mismo de la elevación del proyecto de presupuesto y de su posterior sanción, las autoridades provinciales habían proyectado, hacia el cierre del ejercicio 2003, un déficit financiero de \$ 74,2 M. sin haber establecido la fuente financiera necesaria para solventarlo.

La cuestión observada no resultaba menor si se tenía en cuenta que el déficit proyectado era equivalente al monto total que el gobierno provincial percibe anualmente por de la recaudación de los tributos de fuente provincial. Este hecho era destacable porque la situación planteada en diseño del presupuesto podría traer aparejados continuos problemas de orden legal y material.

Del análisis de la norma se percibía, en primer lugar, la existencia de un problema de interpretación por parte de las autoridades políticas respecto del instrumento legal que regulaba, entonces, la actividad financiera del sector público provincial.

Al comenzar la investigación aún estaba vigente la Ley 3.175, denominada Ley de Contabilidad de la Provincia. Al respecto de la observación planteada, el artículo 2º de dicha norma establecía que:

"(...) el presupuesto general será anual y contendrá para cada ejercicio financiero, la totalidad de las autorizaciones para gastos acordadas a la Administración Central y a los Organismos Descentralizados y el cálculo de recursos destinados a financiarlas, por sus montos íntegros sin compensación alguna."⁹

Al incluir el párrafo señalado, la Ley de Contabilidad pretendía establecer – con un saludable criterio fiscal - el principio de rechazo de todos aquellos gastos que no estuvieran debidamente financiados; y precisamente esto era lo que parecía deducirse en el caso del presupuesto anual aprobado por la Ley 5504.

En segundo lugar - vinculado a un problema de orden material - el presupuesto analizado ponía en evidencia un grado importante de vulnerabilidad de las cuentas provinciales y la escasa posibilidad de poder cumplir, en el corto y mediano plazo, con las metas presupuestarias fijadas, en la medida en que se continuará aplicando esta tendencia a expresar una voluntad creciente de gastos sin la correspondiente y

expresa mención de las fuentes de financiamiento necesarias para solventarlos. Este hecho revistaba para el equipo de investigación una singular importancia en relación con el cumplimiento normal y estable de sus políticas públicas y con las obligaciones asumidas en los términos del acta del pacto fiscal que había recientemente suscripto el gobierno de la provincia con el estado nacional.¹⁰

Ahora bien, ¿Por qué se consideraba importante analizar de manera global la situación fiscal de la provincia, si el objetivo central de la investigación giraba en torno de la gestión presupuestario del sector de la salud pública?

En primer lugar, *porque con proyecciones financieras de este tipo, las posibilidades de que pudieran operarse fuertes y crecientes restricciones en las principales áreas de la gestión pública – entre ellas, el área de la salud - resultaban más ciertas y con ello se condicionaría, además, la viabilidad de los ejercicios fiscales futuros.*

En segundo lugar, porque más allá de que pudiera existir la voluntad de las autoridades políticas por sostener incrementos significativos en el presupuesto del sector salud, existían fuertes condicionantes fiscales que podrían traducirse en una reducción drástica de las metas originalmente contempladas en el presupuesto.

En tercer lugar, porque si bien la provisión de servicios sanitarios (al igual que los servicios educativos) se basan en un uso intensivo de mano de obra, requieren de fuertes y crecientes asignaciones financieras en materia de inversión real directa, en la medida que el equipamiento utilizado por las unidades hospitalarias suele ser costoso y exige recursos importantes para garantizar su mantenimiento y las adecuadas condiciones para su operabilidad.

Sobre esto último, se entendía que, dado que los gastos corrientes de los estados provinciales suelen ser altamente rígidos (por el peso que sobre el gasto total tienen las erogaciones vinculadas con el gasto en personal y los servicios básicos) la única posibilidad de alcanzar un equilibrio (al menos inestable) de las cuentas públicas – en el marco del déficit proyectado en la ley de presupuesto

⁹ Ley de Contabilidad de la Provincia de Corrientes, promulgada el 21 de enero de 1974. Subrayado nuestro.

¹⁰ El pacto Fiscal de febrero de 2002 establecía que las provincias se comprometen a reducir sus respectivos déficits en un 60% para alcanzar metas de equilibrio fiscal en el término de tres años (fines del ejercicio 2004) y a la vez autorizan al estado nacional a afectar hasta un 15% los ingresos percibidos por la Ley de Coparticipación, para garantizar el pago de los servicios de las deudas provinciales en moneda extranjera, que fueron convertidas a pesos hacia finales del 2001.

dependería de una fuerte restricción en las partidas que componían el gasto de capital.

En el presupuesto analizado (correspondiente al ejercicio fiscal 2003) se observaba, como dijimos, una presentación incorrecta de la ecuación de Ahorro, inversión y financiamiento que, oportunamente, se aconsejó corregir en función de garantizar la viabilidad de ese ejercicio y de los futuros.

Según la Ley 5504 y las modificaciones introducidas por el Decreto 1173/03 reglamentario de aquella, el esquema de Ahorro – Inversión – Financiamiento (AIF) se exponía de la siguiente manera:

Cuadro 6.. Exposición del Esquema de AIF, según presupuesto sancionado (2003)

I	RECURSOS TOTALES	864,582,610
I.a	Recursos Corrientes	768,853,441
I.b	Recursos de Capital	40,853,653
I.c	Fuentes Financieras	54,875,516
II	GASTOS TOTALES	938,740,072
II.a	Gasto Corriente (Sector Público Prov.)	760,738,428
II.a.1	<i>Poder Ejecutivo</i>	684,617,811
II.a.2	<i>Poder Legislativo</i>	16,034,617
II.a.3	<i>Poder Judicial</i>	60,086,000
II.b	Gasto de Capital	123,126,128
II.c	Aplicaciones financieras	54,875,516
III	RESULTADO DEL EJERCICIO (I-II)	(74,157,462)

Fuente: Ley provincial Nº 5504

Teniendo en cuenta las variables financieras previstas en el presupuesto sancionado, el esquema de AIF debería haberse confeccionado de la siguiente manera:

Cuadro 7. Exposición Correcta del Esquema de AIF, según las estimaciones previstas en el presupuesto sancionado (2003)

I	Recursos Corrientes	768,853,441
II	Gastos Corrientes	760,738,428
III	Resultado Corriente (I-II)	8,115,013

IV	Recursos de Capital	40,853,653
V	Gastos de Capital	48,939,565
VI	Resultado Financiero (III+IV-V)	29,101
VII	Fuentes financieras	54,875,516
VIII	Aplicaciones Financieras	54,904,617

Fuente: Ley provincial N° 5504

Por *exposición correcta* se hacía referencia a que, en opinión del equipo de investigación, el presupuesto sancionado había aplicado incorrectamente las distintas variables financieras en la elaboración de una de las ecuaciones básicas de las finanzas públicas, en especial, aquellas que integran los campos que comúnmente se denominan "sobre la línea" y "bajo la línea".

A partir de los criterios recomendados, el *Resultado Financiero* (RF) en todo esquema de AIF surge del total de los recursos (RT) menos el total de los gastos (GT) y el monto resultante debe ser igual al monto inverso de las fuentes (ff) menos las aplicaciones financieras (af).

$$\begin{aligned} \text{RF} &= (\text{RT} - \text{GT}) \\ \text{RF} &= -1(\text{ff} - \text{af}) \\ (\text{RT} - \text{GT}) &= -1(\text{ff} - \text{af}) \end{aligned}$$

Como puede observarse en el Cuadro 6, la diferencia entre las fuentes y las aplicaciones financieras previstas en la ley provincial de presupuesto estaba completamente desvinculada del resultado financiero proyectado.

De ello resultaba que - según las variables proyectadas (Recursos Corrientes, de capital, gastos corrientes y fuentes y aplicaciones) - la única posibilidad de encuadrar el presupuesto sancionado dentro de los criterios que los diferentes enfoques doctrinarios y técnicos de las finanzas públicas aconsejan como correctos sólo podría haberse conseguido a partir de la reducción del gasto en capital por un monto equivalente al de la brecha financiera existente.

En tal sentido se señaló oportunamente - a través de los respectivos informes de avance - que para que la ecuación de AIF estuviera equilibrada, el gasto de capital proyectado debería haber sido de \$ 48,9 M. y no de \$ 123,1 como fue sancionado en el texto de la Ley.

Las inconsistencias observadas permitían inferir una serie de debilidades institucionales vinculadas con la gestión fiscal y financiera del gobierno provincial.

Como parte de la prueba de constatación de este argumento se sostenía que la Provincia de Corrientes, a diferencia de lo sucedido en los últimos años en otras jurisdicciones, no contaba (al momento de iniciarse esta investigación) con un marco de administración financiera y sistemas de control para el sector público semejante al previsto por la Ley Nacional 24.156, a la cual ya habían adherido la mayoría de las provincias argentinas.

La legislación provincial entonces vigente en la materia databa de tres décadas y resultaba inadecuada a los objetivos de garantizar una gestión presupuestaria eficaz y eficiente. Se habrá de volver sobre este punto en particular en los apartados siguientes.

3.2. Estado de la deuda pública provincial

El segundo de los antecedentes fiscales tenidos en cuenta en el momento inicial de esta investigación estaba referido al stock de la deuda pública provincial.

Según la información suministrada por la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias (DNCFP – ME), hacia finales del primer semestre de 2003 el stock de la deuda pública de la Provincia de Corrientes – excluida la "deuda flotante" – superaba los \$ 1.800 millones.

Gran parte de esta deuda había sido asumida con el Fondo Fiduciario para el Desarrollo Provincial (FFDP), mientras que la que entonces existía con los organismos multilaterales de crédito representaba, a la fecha mencionada, cerca de \$ 213 millones.

El stock de la deuda registrada hacia finales de 2003, como puede observarse, duplicaba el total de la recaudación anual de los ingresos corrientes que por todo concepto percibe el gobierno provincial.

Cuadro 8. Stock de la deuda pública provincial. Años 2002 y 2003

Origen de las acreencias	2002	2003 (*)	Variación
Gobierno Nacional	95.753	186.325	94.59%
Fondo Fiduciario de Infraestructura	822	322	(60.83%)

regional			
Fondo Fiduciario de Desarrollo Provincial	1.111.883	1.166.934	4.95%
Entidades Bancarias	45.504	47.336	4.02 %
Deuda Consolidada	2.988	2.090	(30.05%)
Bonos (valor residual)	282.437	278.431	(1,41 %)
Organismos Multilaterales	242.569	212.911	(12,22 %)
Stock total de Deuda	1.781.956	1.894.348	6,30%

(*) Stock de deuda pública (excluida deuda flotante) al 30 de junio de 2003.

Fuente: Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias. Ministerio de Economía

Se observaba, además, que la deuda pública provincial al 30 de junio de 2003 respecto del stock existente hacia finales del año 2002, había sufrido un incremento de 6,3%. El mayor nivel de incremento se daba, en especial, en el monto de las obligaciones suscriptas por las autoridades provinciales con el gobierno nacional y el FFDP. Ello tenía relación, en dicho momento, con la instrumentación del programa financiero implementado por el Ministerio de Economía de la Nación para proceder al rescate de las cuasimonedas provinciales (en este caso, los CECACOR), programa al cual la provincia había adherido, previamente, por medio de la sanción de la Ley 5.505.¹¹

La primera conclusión que surgió en el seno del equipo de investigadores luego del presente análisis era la acotadísima capacidad del gobierno provincial para poder sostener, en el corto y mediano plazo, nuevas líneas de política pública o ampliar las existentes mediante los mecanismos de endeudamiento que hasta entonces habían sido tradicional y excesivamente utilizados .

Esta situación implicaba aceptar que todo incremento futuro que pudiera ser previsto en la estructura del gasto público provincial debería ser financiado bien con ahorro corriente o, en su defecto, por aumentos importantes en la recaudación de los tributos de fuente provincial.

Respecto del ahorro corriente las posibilidades de redistribuir decisiones de gastos se vislumbraban como poco probables, en la medida que una alta proporción del gasto estaba destinado al pago de salarios y era, por lo tanto, un componente de gasto esencialmente rígido.

¹¹ Nos referimos a la Ley de adhesión al Programa de Unificación Monetaria y el Convenio del programa de Financiamiento Ordenado.

Respecto de los posibles incrementos en la recaudación impositiva provincial, éstos implicaban, a su vez, la puesta en marcha de acciones más eficaces de fiscalización tributaria o, en su defecto y por la *vía rápida*, la modificación de los niveles vigentes de imposición previstos en el código fiscal provincial, políticas en ambos casos que no despertaban la adhesión entusiasta de la población y frente a las cuales los representantes legislativos suelen demostrar , en todas las circunstancias, una comprensible renuencia.

3.3. Evolución presupuestaria del sector Salud de la Provincia de Corrientes (período 1998-2002)

Durante el quinquenio 1998 –2002 el presupuesto promedio anual asignado por el gobierno provincial para la provisión de servicios públicos de salud fue de cerca de \$ 63,5 millones.

Sobre la base de las ejecuciones anuales del gasto durante el período señalado se había observado una fluctuación interanual importante. Así, mientras el gasto total realizado en 1998 alcanzaba a \$ 73,6 M., éste había descendido en el año 2002 a \$ 56,8 M.

Cuadro 9. Ejecución presupuestaria del Sector Salud, provincia de Corrientes, período 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
Gastos en personal	57,805,441.48	57,098,326.66	49,906,852.86	40,601,821.17	40,952,718.10
Bienes de Consumo	9,906,431.72	7,374,631.34	6,370,986.80	10,066,277.84	12,078,944.48
Servicios No Personales	1,370,753.96	1,784,739.69	1,866,789.37	5,317,244.11	2,415,193.56
Bienes de Uso	371,931.79	249,758.29	39,001.21	12,390.05	47,926.54
Transferencias	4,153,197.55	2,146,018.07	1,866,663.76	1,072,811.69	1,367,946.76
TOTAL EN \$	73,607,756.50	68,653,474.05	60,050,294.00	57,070,544.86	56,862,729.44

Fuente: Dirección de Administración, Ministerio de Salud de la provincia de Corrientes

Sobre el total de las erogaciones registradas, el mayor componente correspondía al gasto en personal. Durante el período analizado las erogaciones destinadas al pago de remuneraciones y cargas sociales del personal permanente y transitorio afectado a la planta del Ministerio de Salud insumió – según el ejercicio fiscal específico que se tratase - entre el 71% y el 83% del presupuesto del sector.

En valores absolutos, el Gasto en Personal había variado entre los 66,5 M. correspondientes al año 1998 a los \$ 56,3 M. en el año 2001, siendo éste el menor monto devengado durante el quinquenio analizado.

El segundo rubro en importancia del gasto es el de *bienes de consumo*, rubro que agrupa, generalmente, a todas aquellas erogaciones vinculadas con la compra de insumos básicos para el normal funcionamiento de las prestaciones sanitarias: víveres frescos y secos, drogas básicas y medicamentos, material descartable, etc.

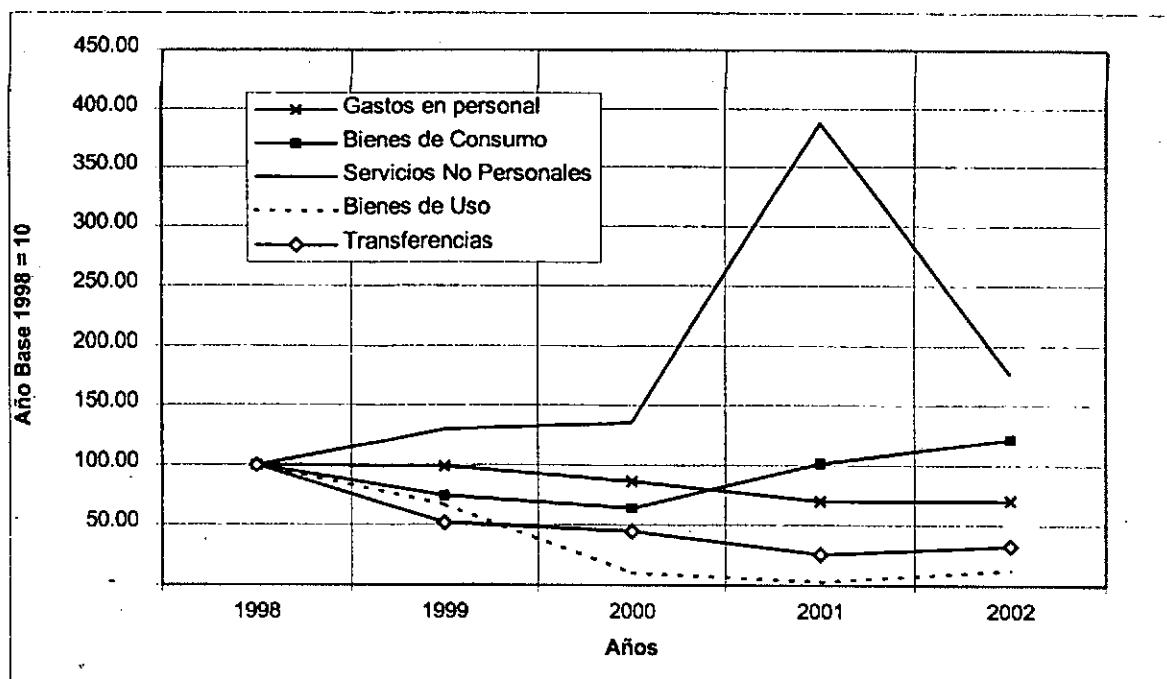
Este rubro suele ser el principal componente variable del presupuesto público y su disminución – en término de volúmenes físicos – provoca un grado más o menos importante de disfunción en los estándares de calidad de las prestaciones y en los indicadores de productividad de los recursos humanos.

En el quinquenio analizado, las partidas devengadas por la compra de bienes de consumo varió entre el 10,6% (año 2000) al 21,2% (año 2002) del presupuesto anual asignado.

Dado que no se contaba con una cuantificación detallada en términos físicos respecto de los volúmenes de bienes consumidos, era dable suponer que el mayor nivel de erogaciones alcanzado durante el ejercicio fiscal 2002 (cerca de \$ 12 M.) se debía más a los efectos del fuerte reajuste que sufrieron los precios de los bienes, luego de la salida del esquema de convertibilidad, que a una ampliación de las cantidades de insumos hospitalarios adquiridas.

Entre los restantes componentes del gasto público en salud, el rubro de los servicios no personales agrupaba entre el 2 y el 4% del total asignado. Estas erogaciones se refieren al pago de servicios básicos (tales como energía eléctrica, agua corriente, telefonía), de mantenimiento y otros de carácter comercial y financiero.

El rubro de transferencias (entre el 2,5 y el 6% del total, según la información relevada) se compone de aquellas partidas que destina el nivel central a las diferentes unidades hospitalarias para que éstas puedan financiar una parte de sus gastos corrientes.



Por último, y según el análisis efectuado, el rubro de bienes de uso – vinculado con la compra de equipamiento o la refacción o ampliación del parque edilicio afectado al sector – resultaba insignificante en relación con los restantes rubros. Esto permitía suponer que - dado el bajo nivel de inversión real directa que surgía de las ejecuciones presupuestarias analizadas - el sector público de la salud estaba operando con un equipamiento obsoleto o inadecuado,.

En resumen, tomando como base el ejercicio 1998, la evolución de los diferentes rubros del gasto del sector salud presentaban tendencias y proyecciones muy disímiles.

Gráfico 1. Evolución del gasto provincial en salud, por rubros, Período 1998-2002. Año Base 1998=100

Fuente: Elaboración propia sobre información suministrada por la Dirección de Administración, Ministerio de Salud de la provincia de Corrientes

Si bien el Gasto en Personal era el rubro de mayor incidencia presupuestaria se verificaba una disminución sensible entre el inicio y el final del quinquenio

analizado. Hacia finales del ejercicio fiscal 2002 este rubro había disminuído cerca del 30% respecto del monto devengado en 1998, pasando de \$ 57,8 M. a \$ 40,9 M.

Si bien se había determinado esta disminución, no se contaba con información que hubiere podido ayudar al equipo de investigación a determinar cuáles habían sido las unidades de organización más afectadas por estos recortes.

En cuanto a los bienes de consumo, luego de una drástica disminución en los ejercicios 1999 y 2000 respecto de 1998, el gasto se había estabilizado en el año 2000 en un monto cercano a los \$ 10 M., volviendo así al nivel registrado para el año 1998.

Los servicios no personales hacia el año 2001 registraban un aumento sustantivo (cerca de un 300% adicional) respecto de 1998, para luego descender a algo menos de la mitad durante el ejercicio 2002.

Si bien no se pudieron determinar fehacientemente las causas de estos bruscos incrementos, se creía que ello podría estar relacionado con la existencia de residuos pasivos o deudas flotantes originadas en ejercicios con prestadores privados de servicios a la administración provincial.

Las transferencias habían disminuído sensiblemente a partir de 1999 y la evolución de las partidas devengadas en el rubro de bienes de uso parecían responder a las oscilaciones financieras que afectaban al *mapa* presupuestario del sector

Respecto de las fuentes de financiamiento del presupuesto de salud, la mayor parte de ellas (más del 90%) está constituída por recursos del Tesoro General de la Provincia, mientras que las fuentes restantes corresponden a transferencias nacionales con afectación específica y, en muchísimo menor medida, a recursos provinciales afectados.

Cuadro 10. Fuentes de Financiamiento de las ejecuciones presupuestarias del Sector Salud, Provincia de Corrientes, período 1998-2002

Fte	Denominación de Fuente	1998	1999	2000	2001	2002
10	Recursos del Tesoro General de la Provincia	66,475,497.70	66,163,801.84	59,440,789.46	56,262,911.35	56,060,291.78
11	Recursos Propios de las Instituciones	-	-	-	-	-
12	Financiamiento Interno	-	-	-	-	-

		5,563,432.30				
13	Transferencias nacionales con afectación específica	1,568,826.50	848,628.45	335,667.52	751,205.43	702,723.05
14	Tesoro provincial con afectación específica		1,641,042.76	273,837.02	56,428.48	99,714.61
TOTAL EN PESOS		73,607,756.50	68,653,473.05	60,050,294.00	57,070,545.26	56,862,729.44

Fuente: Dirección de Administración, Ministerio de Salud de la provincia de Corrientes

3.4. Análisis del presupuesto del sector salud – ejercicio fiscal 2003

La Ley 5.504 y su reglamentación mediante el Decreto 1173/03 le asignó al Ministerio de Salud un presupuesto total para el ejercicio fiscal 2003 de \$ 72,7 M.

Sobre este punto es necesario mencionar que el proyecto originalmente remitido por el Poder Ejecutivo provincial contemplaba una solicitud de gasto mayor para el sector, que fue modificado por la Legislatura. Una vez sancionada la ley algunos artículos de la misma fueron observados, con lo cual la promulgación fue parcial.

Por aplicación del artículo 11º de la Ley de Contabilidad de la provincia, entonces vigente, correspondía que respecto de los artículos y de las partidas observadas se aplicaran como créditos vigentes los montos autorizados por el último presupuesto aprobado.

Todo ello significó, en términos operativos, que respecto de las partidas correspondientes al inciso 2 – Bienes de Consumo fueran prorrogados en su vigencia los montos oportunamente aprobados para el ejercicio fiscal 2002.

Cuadro 11. Presupuesto del Ministerio de Salud, Provincia de Corrientes, ejercicio fiscal 2003, clasificado por inciso de gasto y fuentes de financiamiento.

Inciso	Recursos del Tesoro General de la Provincia	Transferencias nacionales con afectación específica	Tesoro provincial con afectación específica	Total Vigente
Gasto en Personal	40,978,268.00		659,064.00	41,637,332.00
Bienes de Consumo	12,238,165.00	2,404,000.00	739,888.00	15,382,053.00
Servicios No personales	4,488,975.00	89,000.00	299,886.00	4,877,861.00
Bienes de Uso	522,000.00	25,000.00	123,685.00	670,685.00
Transferencias	2,095,000.00	-	60,088.00	2,155,088.00
Otros Gastos (*)		-	7,934,794.00	7,934,794.00
Total Vigente 2003	60,322,408.00	2,518,000.00	9,817,405.00	72,657,813.00

(*) según el clasificador de partidas, corresponde a gastos devengados por empresas públicas y organismos descentralizados de la administración pública provincial

Fuente: Dirección de Administración, Ministerio de Salud de la provincia de Corrientes

Siguiendo la tendencia estructural que se había manifestado en ejercicios anteriores, las erogaciones con mayor incidencia fueron las agrupadas en el rubro *Gasto en Personal*. El ejercicio fiscal 2003 había previsto \$ 41,7 M. para el pago del total de las remuneraciones, las bonificaciones y las cargas sociales de los más de 4.000 agentes que componían, entonces, la planta funcional del Ministerio de Salud.

Este nivel de gasto no presentaba mayores incrementos respecto de los montos devengados por dicho concepto durante el bienio inmediato anterior. La variación no superaba el 2% y esto parecía obedecer al sobrecosto interanual que se produce por el *envejecimiento* de la planta.¹²

En el gasto por la adquisición de bienes de consumo, como fuera señalado anteriormente, no había habido variaciones importantes respecto del financiamiento mediante recursos del Tesoro Provincial. El incremento que se verificaba en el crédito vigente del año 2003 respecto del 2002 obedecía a un aumento de las transferencias condicionadas desde el gobierno nacional, para el sostenimiento de programas federales en los cuales los organismos provinciales actuaban como meros efectores.

El carácter afectado de estas subvenciones implica que las autoridades ejecutivas y legislativas de la provincia no puedan tener injerencia alguna en la modificación del destino específico de las mismas, razón que explicaba que el crédito vigente para la compra de insumos hubiere aumentado sensiblemente (un monto cercano a los \$ 3,3 M.) aún cuando este apartado presupuestario fue observado en el decreto de promulgación, debiéndose considerar como vigente el crédito asignado durante el ejercicio inmediato anterior.

En el resto de los incisos no se verificaban incrementos significativos que merecieran agregar una explicación adicional a las ya efectuadas. La única particularidad que sí merecía destacarse era la clasificación de partidas bajo el inciso "Otros Gastos".

Como señalamos en la apostilla que acompaña al cuadro precedente, se trataba de partidas financiadas con recursos de organismos descentralizados,

obtenidos de la provisión de servicios arancelados a terceros. No obstante ello consideramos incorrecta esta forma de clasificación en función de que la misma vulnera el criterio de transparencia de la actividad presupuestaria que recomienda la doctrina de las finanzas públicas: *El origen de los recursos no debe impedir la exposición clara del objeto, la finalidad y el destino de los gastos.*

3.5. La apertura programática vigente en el presupuesto público de salud

Según el presupuesto de gastos correspondiente al ejercicio 2003, el Ministerio de Salud de la Provincia de Corrientes (entidad 04) tenía asignada una apertura programática compuesta por seis programas y veintidós actividades.

A simple vista se observó que ningún elemento que integraba esta *red de acciones presupuestarias* (en adelante, RAP) guardaba relación con una genuina matriz de insumo – producto que permitiera integrar los objetivos específicos de política pública y los productos resultantes con las asignaciones financieras asignadas, sino que (por el contrario) parecía responder a un mero ordenamiento de carácter institucional.

En efecto, los programas y las actividades formuladas en el presupuesto del Ministerio de Salud parecían tener como única función la de fijar una distribución formal de los créditos presupuestarios autorizados entre las diferentes unidades de organización dependientes del nivel central del Ministerio.

Los seis programas contemplados en la apertura vigente son: (i) Dirección y Conducción Superior, (ii) Normatización y Coordinación de la Atención Médica, (iii) Saneamiento Ambiental, (iv) Dirección de Maternidad e Infancia, (v) Conducción y Coordinación General y (vi) Hospital Pediátrico Juan Pablo II.

En cuanto a las 22 actividades que integran estos programas, se observó que siete de ellas no contaban siquiera con partidas financieras asignadas y, en algunos casos, se comprobó la existencia de programas con una única actividad prevista.

La explicación dada por los funcionarios consultados es que esta RAP había sido diseñada de manera sedimentaria a lo largo de sucesivos ejercicios fiscales y bajo las condiciones específicas de determinadas situaciones coyunturales: los nuevos programas fueron añadiéndose a los existentes y determinadas actividades

¹² Dado que el régimen de empleo público prevé el aumento anual de la bonificación por antigüedad, el incremento verificado parece estar dentro de estos límites.

previstas durante ejercicios pasados subsistieron - a lo largo del tiempo y aún sin contar con asignación financiera - en los sucesivos presupuestos.

Esta situación parecía obedecer, como sucede en otras jurisdicciones, a la concepción del presupuesto como un requisito de mero alcance formal y no como una herramienta esencial de gestión.

Bajo el imperio de esta óptica las sucesivas administraciones sanitarias trataron de cumplir con los aspectos mínimos legales contemplados para la aprobación presupuestaria sin que ello significara, en modo alguno, visualizar al presupuesto como un mapa de ordenamiento financiero y gerencial de los objetivos y de las metas más significativas que se esperan lograr de la ejecución de las políticas públicas previstas durante un ejercicio fiscal.

De acuerdo con lo señalado, la red presupuestaria del Ministerio de Salud de la Provincia de Corrientes presentaba, al momento de su análisis, los siguientes niveles de apertura.

Cuadro 12. Apertura programática vigente y asignación presupuestaria – Ministerio de Salud de la Provincia de Corrientes (ejercicio 2003)

Pr	Sp	Py	Ac	Ob	Denominación - Unidad Ejecutora	Crédito Vigente
01	00	00	00	00	DIRECCION Y CONDUCCION SUPERIOR	4,570,591.00
01	00	00	01	00	Sr. Ministro - Sec. Privada - A. Legal - Sec. Gral. - Despacho	3,064,173.00
01	00	00	02	00	Serv. Administrat. Contables - Dcción de administración	885,527.00
01	00	00	03	00	Administración de Personal - Dcción de Admnistración	232,654.00
01	00	00	04	00	Prod. Información Estadística de salud - Dcción de Planif. De Salud	388,237.00
02	00	00	00	00	NORMATIZACIÓN Y COORDINACIÓN DE LA ATENC. MÉDICA	325,215.00
02	00	00	01	00	Subsecretario Normativo	325,215.00
11	00	00	00	00	SANEAMIENTO AMBIENTAL	428,870.00
11	00	00	01	00	Coordinación general - Dcción de Saneamiento Ambiental	428,870.00
11	00	00	02	00	Control de Zoonosis y Vectores - Sub. De	-
11	00	00	03	00	Calidad Ambiental - Depto de Higiene y Seguridad del Medio Ambiente	-
11	00	00	04	00	Inscripc.y regist. de Establec.y productos - Subdcción Bromatología	-
11	00	00	05	00	Saneamiento Básico - Depto. Saneamiento Habitacional	-
12	00	00	00	00	DIRECCION DE MATERNIDAD E INFANCIA	1,842,612.00
12	00	00	01	00	Conducción Gral - Dirección Materniad e Infancia	308,066.00
12	00	00	02	00	Asist. a la embaraz y del rec. nacido - Neonatol. Obstet.y tocoginec.	1,500,000.00
12	00	00	03	00	Prevención y protección de la salud	34,546.00
12	00	01	00	00	Construcción edificio Laboratorio en Hospital Público	-
12	00	01	00	51	Planta de Productos medicos	-
13	00	00	00	00	CONDUCCION Y COORDINACION GENERAL	64,158,245.00
13	00	00	01	00	Conducción y coordinación general - Subsecretaría Ejecutiva	763,605.00
13	00	00	02	00	Protección de la salud e Inmunizac. Dcción Promoción y Protección	1,003,427.00
13	00	00	03	00	Prestaciones de Servicios de Salud – DiCoPer	52,241,792.00
13	00	00	04	00	Dcción Fiscalización Sanitaria	332,016.00
13	00	00	05	00	Servicio Arancelamiento	9,817,405.00

14	00	00	00	00	HOSPITAL PEDIATRICO JUAN PABLO II	2,320,525.00
14	00	00	01	00	Servicio Administrativo y Técnico	2,320,525.00
14	00	00	02	00	Servicio de Salud Pediátrico	-
					ESTRUCTURA PRESUPUESTARIA AÑO 2003 (EN PESOS)	73,646,058.00

Fuente. Dirección de Administración, Ministerio de Salud Provincia de Corrientes.

El programa 13 "Conducción y Coordinación General" es el que poseía la mayor asignación presupuestaria de la jurisdicción, con cerca de \$ 64,2 Millones (cerca del 87% del total autorizado).

Dentro de este programa, la actividad 03 "Prestaciones de servicios de salud – DiCoPer" contaba con una asignación de más de \$ 52 Millones. Ello obedece a que esta actividad agrupaba las partidas de gasto correspondientes a todos los centros hospitalarios y asistenciales dependientes del Ministerio de Salud provincial, con excepción del Hospital Pediátrico Juan Pablo II, que estaba registrado bajo un código propio de apertura programática.

El criterio que se recomendó oportunamente fue el de promover acciones para que la exposición de la información presupuestaria tuviera un nivel de apertura mayor, con el fin de poder evaluar y ponderar el nivel gasto específico que corresponde a cada uno de los efectores que integran la red sanitaria provincial.

En igual medida, no parecía adecuado - en términos de técnica presupuestaria - que las llamadas *actividades centrales* fueran expuestas con un rango programático vinculado más con el diseño del organigrama que ordena las unidades de organización de nivel superior que con el tipo específico de productos intermedios (bienes y servicios) que éstos realizan en función de la provisión pública de salud.

El diseño de una determinada apertura presupuestaria – según los criterios metodológicos de la técnica de *Presupuesto Por Programas* – debe ser capaz de expone y vincular las diferentes operaciones y acciones llevadas a cabo por las organizaciones públicas con sus respectivas asignaciones financieras, de modo tal que sea posible, por un lado, identificar las acciones sustantivas de las de apoyo y, por el otro, la producción de bienes intermedios de los bienes finales.

Al hablar de acciones sustantivas hacemos referencia a todas aquellas que tienen un impacto directo sobre la necesidad pública, mientras que las de apoyo son todas aquellas que sirven para auxiliar a las unidades de organización a la consecución de sus objetivos.

Con este mismo criterio general, los bienes finales son aquellos directamente destinados a satisfacer una determinada necesidad pública, mientras que los bienes intermedios son aquellos que representan insumos básicos necesarios para la producción de bienes finales, por parte de las unidades sustantivas.

En virtud de lo señalado, se entendía que la apertura presupuestaria vigente del Ministerio de Salud no cumplía con ninguno de los requisitos expuestos, por lo cual se consideró necesario aconsejar su completa reformulación.

4. Situación socio sanitaria de la Provincia de Corrientes

4.1. Recursos hospitalarios provinciales. Disponibilidad y distribución

El sistema público de Salud, conducido por la autoridad sanitaria provincial, y en coordinación con los establecimientos de gestión municipal se articula en torno a efectores hospitalarios de baja, media y alta complejidad, que presenta la siguiente distribución territorial, teniendo en cuenta que a estos efectores deben agregarse otros centros de atención ambulatoria de gestión, predominantemente, municipal.

Cuadro 13. Efectores Hospitalarios de jurisdicción provincial y ubicación territorial

Establecimientos hospitalarios	Departamento
Pediátrico "Juan Pablo II"	Capital
Escuela "J.F. San Martín"	Capital
"J.R. Vidal"	Capital
"Angela Iglesia Llano"	Capital
Geriátrico de agudos	Capital
Psiquiátrico "San Francisco de Asís"	Capital
"San Vicente de Paul"	Gral Paz
"Lomas de Vallejos"	Lomas de Vallejos
"Ntra. Señora de Itatí"	Itatí
"E. Cicconeti"	Paso de la Patria
Psiquiátrico "E. Ramírez"	San Luis del Palmar
"J.R. Vidal"	San Miguel
"María Auxiliadora"	Saladas
Bella Vista	Bella Vista
"San Antonio"	Mburucuyá
San Roque	San Roque
"Camilo Muniagurria"	Goya
"San Roque"	Esquina
"Dr. Fernando Irastorza"	Curuzú Cuatiá
"De las Mercedes"	Mercedes
"S.W. Robinson"	Monte Caseros
"Santa Rosa"	Sauce
"San Juan Bautista"	Santo Tomé
"R. Billingurs"	Ituzaingó
"Dr. Sussini"	Virasoro

Fuente: Ministerio de Salud, Provincia de Corrientes

La regionalización hospitalaria, establecida en septiembre de 2002 por el Decreto del Poder Ejecutivo provincial No.2028 había formulado no sólo un marco normativo

y administrativo sino la delimitación de áreas geográficas programáticas con sus correspondientes poblaciones a cargo.

El artículo 5° del mencionado decreto sugería la intención de integrar la red regional de efectores, dotada de complejidad creciente y con escalonamientos en los grados de complejidad, a través de un modelo de categorización de los establecimientos asistenciales y la determinación expresa de sus responsabilidades primarias.

De acuerdo con la Información producida por la Dirección de Planificación y Estadísticas de Salud para el ejercicio 2002 pudo determinarse la siguiente oferta de recursos sanitarios por regiones, ponderados en función de la unidad de medida "camas para internación".

Cuadro 14: Oferta de recursos sanitarios por región (camas de internación) y su relación con la población.

AREA –JURSDICCIÓN	Número de camas de internación	Habitantes según población proyectada	Tasa de Camas cada 1000 habitantes
Región Sanitaria 1	1.125	429.181	2,6
Región Sanitaria 2	187	97.016	1,9
Región Sanitaria 3	250	130.697	1,9
Región Sanitaria 4	350	168.674	2,1
Región Sanitaria 5	309	109.390	2,8
Total Provincia	2.221	934.958	2,4

Fuente: *Ministerio de Salud de la Provincia de Corrientes*

De la información expuesta precedentemente surgen los siguientes comentarios:

- (i) Se asume que la oferta de recursos expresados en camas de internación se relaciona con los establecimientos hospitalarios para la atención de pacientes con patologías agudas. Dentro de los guarismos expuestos se encuentran incluidas las plazas previstas para la internación de pacientes con trastornos psiquiátricos, pero cuyo número no alcanza a modificar las tasas de oferta señaladas.
- (ii) En la región sanitaria I, se observa una fuerte concentración de la oferta correspondiente al Departamento Capital respecto de las restantes localidades que integran la mencionada región.

Cuadro 15. Disponibilidad de camas por región y poblaciones a cargo

	Total Camas disponibles	Población	Camas cada 1000 hab.
Departamento Capital	960 (85,33 % del total regional)	356.926 (83,16 % de la población regional)	2,7
Resto de la Región 1	165	72.255	2,3
Total Región Sanitaria 1	1.125	429.181	2,6

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Corrientes

- (iii) La oferta total de plazas de internación del sector público resultaba inferior a los estándares que presentaban otras jurisdicciones similares a la Provincia de Corrientes. No obstante lo señalado, al examinar el nivel relativo de ocupación de las camas de internación en los establecimientos, en la mayoría de éstos aquel no supera el 60%. El nivel de ocupación, al tratarse de un parámetro de funcionalidad, merece ser analizado de manera separada y exhaustiva en el capítulo correspondiente.
- (iv) De lo señalado en el punto anterior podía formularse la hipótesis de que las plazas de internación existentes en el subsector privado complementaban la oferta del subsector público sin que pudiera detectarse un déficit entre la demanda revelada y el total de la capacidad hospitalaria instalada en el territorio provincial.
- (v) La distribución regional de las camas hospitalarias presentaba disimilitudes manifiestas. Sobre este punto podía observarse que la dispersión de la tasa de oferta regional respecto de la oferta media provincial resultaba un 20% menor para las regiones II y III mientras que para las regiones I y V superaba el 16%.

4.2. Indicadores relevantes para la comprensión del problema

Como fuera mencionado anteriormente, la Provincia de Corrientes cuenta con una población total de 930.991 habitantes (de la cual sólo el 20,6% habita en el ámbito rural), con una evolución demográfica del 16,5%, durante el decenio 1991-2001. Asimismo, el 74% de la misma se halla bajo la *línea de pobreza* y dentro de este conjunto social, un 43% se encuentra en situación de indigencia.

La desocupación alcanzaba, hacia fines de 2002, al 20% de la población económicamente activa, mientras que un 62% de la población (casi 600.000 personas) se hallaban, por entonces, sin cobertura social y sanitaria.

La *esperanza de vida al nacer (EVN)* llega a los 73 años en el caso de las mujeres y a 67 años en los hombres; la mortalidad general asciende a 6,6‰; la tasa de mortalidad infantil (TMI) ha alcanzado el 23‰ y la de mortalidad materna (TMM) es de 5,4‰.

A estos indicadores se agregaron algunos otros datos aportados por el Boletín de "Indicadores Básicos Argentina 2003"¹³, en el que se destacaba que la provincia ocupaba hacia el año 1999 el 19º lugar entre las 23 provincias argentinas en materia de Desarrollo Humano; que contaba con un 28,5 % de su población en situación de NBI y que el 6,5% de su población mayor a los diez años era analfabeta, frente a una media nacional de 2,6%. De la misma fuente estadística se extrajeron algunos otros indicadores que registraba por entonces la provincia en relación con los valores medios que fueron obtenidos al nivel nacional.

Cuadro 16. Indicadores Socio sanitarios de la Provincia de Corrientes y su comparación con la media nacional

Indice	Promedio Nacional	Prov. de Corrientes
Def. por causas mal definidas; diagnósticos incoherentes.	6,6	11,2
APVP x Enf. CV/10.000 Hab.	98,24	83,54
APVP x Tumores/10.000 Hab.	108,04	110,46
APVP x Enf. Inf./10.000 Hab.	67,44	74,45
APVP x Enf. Causas externas.	164,08	172,78
APVP x TODAS/10.000 Hab.	758,49	961,24
Pobl. <15 años	27,74	21,9
Pobl. > 65 años	9,69	6,74
TGF	2,44	3
T de Crec. Anual Media	11,0	13,16
EVN	71,93	70,09
Tasa de Natalidad	18,2	21,9
% de NV en instituciones	98,5	98,6
% de NV muy BP al nacer	1,1	1,2
% de NV BPN	7,4	7,8
% de NV madres < de 15	0,4	0,8
% de NV madres < de 20	14,8	16,6
TMM	4,3	5,4
TMI	16,3	23,5

¹³ Publicado por el Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panaamericana de la Salud (OPS)

TMN	10,6	16,4
TMPN	5,6	7,1
TMI en < de 1 año	0,6	0,9

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2003)

Otra fuente de datos a la cual se recurrió fueron las *Estadísticas Vitales* del año 2002, elaboradas y publicadas por la Dirección de Planificación y Estadísticas del Ministerio de Salud de la Provincia.

Del examen de este trabajo se resaltaron los indicadores más importantes (entre ellos, las tasas de mortalidad infantil, de nacimientos, de nacimientos precoces y tardíos en toda la provincia) y se observó con suma atención el grado de significativa heterogeneidad existente entre las regiones sanitarias y localidades que integran las mismas.

Algo similar ocurría con los nacimientos según el peso al nacer y con la tasa de mortalidad materna que, con una media provincial de 7,3 muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos en el 2002, variaba de 2,4/10.000 en la Región Sanitaria IV a 10/10.000 en la Región Sanitaria I.

En cuanto a las localidades que integran las regiones sanitarias, en muchas de éstas se registraban valores nulos, mientras que en otras localidades - como Concepción o General Paz - asciendían a 18,4 y 32,3 muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos, respectivamente.

Se observó, también, la tabla referida a la tasa de mortalidad perinatal. Mientras la media provincial era de 24,5/10.000, en Beron de Astrada no se registraba ningún caso y en San Cosme apenas 10,7. Entretanto, en el extremo opuesto, en Itatí se registraba una tasa de 32,8, en Ituzango, 30 y 28,5 en la Ciudad Capital.

Una observación especial fue puesta, también, en la evolución de la TMI de la provincia entre los años 1980 y 2002, no sólo por el importante valor que adquiría respecto de la media nacional o por la heterogeneidad señalada entre las distintas regiones sanitarias y localidades, sino también por su estancamiento desde 1993 y el preocupante ascenso relativo registrado entre los años 2001 y 2002, incrementándose de 21,7 a 23,3 casos cada 10.000 nacimientos.

A ello se sumaba que en los registros de defunciones neonatales según criterios de reducibilidad (DNCR), correspondientes al año 2002, se computaba un 68% de muertes reducibles, compuestas en un 37% por muertes reducibles por

medio de la prevención en el diagnóstico o el tratamiento oportuno durante el período de embarazo, un 14% de tratamiento durante el parto y un 15% por medio de tratamiento en el recién nacido. Los registros se completaban con un 2% adicional, atribuible a otras causas no clasificadas

Algo similar parecía ocurrir con las defunciones posneonatales según criterios de reducibilidad (DPCR) llegando, en este caso, a un 66% de muertes reducibles: el 13% de ellas, por prevención, un 10% por tratamiento, un 32% por la combinación de acciones de prevención y de tratamiento y el 11% adicional, imputable a otras causas.

En esta realidad social y sanitaria de la provincia, las estadísticas informaban, además, que en todo el territorio correntino se disponía de casi 2 médicos y 2,4 camas por cada 1000 habitantes, que el mantenimiento de esta infraestructura prestacional había insumido cerca de \$ 96 M. durante el año 2001, lo que permitía establecer una inversión promedio per cápita en salud de \$103 por habitante, siendo la inversión pública de \$61 mientras que el resto constituía el aporte del subsistema de salud de gestión privada realizado, principalmente, a través del sistema de obras sociales .

Otro aspecto interesante tenido en cuenta para la elaboración del "estado de situación" sanitaria de la provincia era el flujo de aportes federales que – según la ley de presupuesto - la provincia tenía previstos durante el año 2003¹⁴.

La Provincia, a través del PROFE (Programa Federal) tenía previsto percibir subsidios y transferencias por \$64.000. En el caso de atención a la maternidad y al recién nacido (PROMIN y otros programas) \$2.363.000. En Prevención y control de enfermedades y riesgos específicos un monto de \$193.000 y en Atención Primaria de la Salud (APS) la suma de \$8.000. A la transferencias y subsidios que se acaban de mencionar, debían agregarse cerca de \$ 40 millones provenientes del PAMI.

También fue observado, como fuera señalado anteriormente, la disponibilidad dispar de camas por habitante en las distintas regiones sanitarias. Al respecto, la principal suposición del equipo de investigación fue que a esta distribución asimétrica debía sumarse una diferencia contrastante en los niveles de calidad y de complejidad de la infraestructura hospitalaria instalada, lo cual ponía en relieve una variable adicional de observación respecto a los criterios distributivos de los recursos

¹⁴ Fuente CIPPEC, sobre la base de la información provista por la Secretaría de Hacienda, Ministerio de Economía

disponibles que debían ser empleados al momento en que debiera implementarse el plan de regionalización sanitaria propuesto por las autoridades sanitarias.

Todo este panorama configuraba una situación dotada con un alto grado de riesgo sociosanitario: las posibilidades de garantizar, en toda la extensión del territorio provincial, una adecuada sanitaria cobertura presentaba – a la luz de las estadísticas y de la información analizada - un grado enorme de dependencia de las posibilidades financieras con que contara el sistema público de salud, en forma paralela, se abría un importante interrogante sobre la eficiencia y eficacia de las estrategias sanitarias tradicionalmente implementadas en la provincia.

De ello también daban cuenta, aunque indirectamente, los datos estadísticos elaborados por la Dirección de Planificación y Estadísticas del Ministerio de salud provincial correspondientes al año 2002.

En dicho informe se destacaba un nivel de producción anual de 91.707 egresos en el sistema público, de los cuales casi un 88% correspondían a efectores provinciales y el resto a los Municipales, mientras que 2.221 de las 2.574 camas disponibles en todo el territorio correntino estaban bajo dependencia de unidades hospitalarias provinciales.

Ello arrojaba un promedio anual de 8,6 egresos por cada 100 habitantes, con un crecimiento considerable desde 1995, cuando se registraron aproximadamente 70.000 egresos anuales, en comparación a los casi 80.490 egresos contabilizados en el 2002.

Entre los egresos registrados se destacaba que casi un 21% habían sido partos (43,4% del total, ocurridos en la Región Sanitaria I) y que de los 21.858 nacidos vivos en toda la provincia, un 79% habían sido atendidos en la red pública de salud. Sumado a ello los casos registrados en la red privada, conformaba un 98,5% de los nacimientos institucionales, hecho que contrastaba con la elevada tasa de mortalidad infantil y materna de la Provincia y señalaba que, aún hoy en día, más de 400 partos anuales ocurren en los propios domicilios de las familias correntinas, desconociéndose así la asistencia por ellas recibida.

Respecto a las Consultas ambulatorias se constató una importante evolución desde 1995, año en que se contabilizaban 1,58 millones de consultas externas respecto del año 2002, en el cual se registraron 1,67 millones, representando así un 5,5% de aumento durante el período mencionado.

Entre las consultas externas registradas, el 16% fueron por casos de emergencia y un 84% por casos de pediatría, obstetricia y medicina general, sin poder discriminar éstas últimas de una manera más minuciosa o si se trataban, de consultas ambulatorias en salas de emergencia.

Se obtenía, así, un promedio de 1,8 consultas externas por habitante al año - lo que, a primera vista, contrastaba con la potencial necesidad del diagnóstico social y sanitario descrito - con importantes varianzas entre la Capital (2,4 al año) y el resto de las regiones sanitarias (por ejemplo, 1,2 consultas por habitante / año, en la región sanitaria IV).

Del total de los egresos registrados, más del 50% correspondían a los establecimientos afincados en la región sanitaria I - en donde se concentra el 46% de la población y que incluye a la ciudad capital - lo que inducía a poner en duda el grado de accesibilidad de la población a los centros sanitarios y a la capacidad de resolución de los efectores existentes en las otras regiones.

Otro ejemplo de este tipo lo constituía la oferta quirúrgica en los distintos departamentos, sobre la base del indicador cirugías / egreso. Al respecto se observaba que, mientras la relación media provincial era de 17,1 cirugías por cada egreso, en la Capital era de 26,4. En sólo otros tres departamentos, este promedio superaba los dos dígitos y en la mayoría de las localidades restantes no se registraba oferta alguna de cirugías.

El análisis estadístico permitía destacar, además, que no se contaban con datos vinculados a los rechazos y a sus causas producidos en las distintas instituciones de salud, como tampoco existía información acerca de la demanda oculta en las poblaciones de referencia, o de estudios socioepidemiológicos que permitieran describir y jerarquizar las necesidades sanitarias de las poblaciones locales.

De ello daban cuenta los bajos niveles de partes de información epidemiológica enviadas por los distintos establecimientos oficiales y del número de patologías seleccionadas y notificables desde 1995 hasta el 2002. Por citar un ejemplo, las estadísticas disponibles para el 2001 arrojaban sólo 3 casos de sarampión, 4 de Chagas y 17 de personas infectadas con HIV, en toda la provincia.

En este mismo orden de las cosas, de acuerdo con el Boletín de Indicadores del MSN (SINAVE 2002), la Provincia no registraba durante el año 2003 ningún caso

de leptospirosis, de Hanta, de Chagas, de meningitis TBC y de tétanos neonatal y tan sólo 1 caso de HIV y 8 de sífilis congénita.

En el informe estadístico provincial no se hallaban discriminadas ni agregadas las actividades desarrolladas por los distintos efectores del primer nivel de atención y por ende, no podía discernirse su oferta relativa al interior del sistema. Del mismo modo, aparecía como dudosa la integralidad de la información vinculada con la producción sanitaria de los efectores de dependencia municipal.

Por ejemplo, si uno tomaba el total de los registros de producción de los establecimientos del primer nivel de atención de la región sanitaria I que figuran al final del informe y los compara con el total de consultas externas, los mismos no llegan a representar el 5% de la producción total de la red de efectores de dicha región en igual período.

Tampoco se hallaban descriptas ni cuantificadas las actividades llevadas a cabo en materia de prevención y promoción de la salud, salvo en el rubro de niveles de vacunación alcanzados. No se disponía, además, de un estudio que relacionara las poblaciones a cargo de cada institución, sus características socioepidemiológicas y la jerarquización de sus principales problemas sanitarios con los recursos disponibles, con la matriz de demanda y oferta de servicios observada y con los indicadores de salud desagregados por región, departamento o localidad, instrumentos de información necesarios para evaluar la eficiencia y eficacia de las intervenciones sanitarias desarrolladas.

Por último, no fue posible determinar sobre la oportuna devolución de los datos agregados y analizados, a las distintas dependencias en las que se generaron los datos, con el objeto de su utilización como instrumento clave para la planificación de los servicios y gestión de las instituciones a cargo.

4.3. Estructura orgánica funcional del Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud de la provincia presenta un diseño de su estructura orgánica funcional altamente complejo, con superposición de funciones y unidades de organización. La estructura actual ha sido puesta en vigencia por el Decreto N° 250/2003.

El primer elemento que se observa es una excesiva concentración de unidades operativas funciones bajo la supervisión de la Subsecretaría de Salud. De ésta

dependen, de manera directa o indirecta, tres Direcciones Generales, dos Subdirecciones Generales, nueve Direcciones, trece Subdirecciones y sesenta y dos Departamentos. Por fuera de la injerencia jerárquica directa o indirecta de la Subsecretaría de Salud se encuentran apenas una veintena de unidades de organización de distinto nivel, jerarquía y funcionalidad.

El segundo elemento observado es el grado de operatividad de la estructura orgánica funcional: este diseño organizacional parece obedecer a una lógica no del todo comprensible para un observador externo pero lo que sí puede dejarse establecido es que se encuentra lejos de criterios apropiados y usuales de racionalidad administrativa.¹⁵

Según la información provista por la Dirección de Administración del Ministerio de Salud provincial, la planta total de agentes afectados a la provisión de servicios sanitarios hacia mayo de 2003 era de 4.317 cargos, con una erogación mensual promedio de \$ 3,3 millones.

El régimen de empleo provincial en el sector salud contempla la existencia de cuatro modalidades de revista: (i) agentes de planta permanente, (ii) personal contratado, (iii) agentes temporarios y (iv) becarios.

Cuadro 17. Recursos humanos del sector salud y erogación, por su condición de revista (mayo de 2003)

Situación de Revista	Cargos ocupados	Erogación Mensual
Planta permanente	3.536	2.671.317
Personal Contratado	723	532.225
Personal Temporario	10	39.125
Becarios	48	25.083
Total de la Planta	4.317	3.267.750

Fuente: Dirección de Administración, Ministerio de Salud de la Provincia de Corrientes

Tomando en cuenta la planta total del personal del sector público provincial no financiero (compuesto por la administración central, el personal de las empresas públicas y de los organismos descentralizados) aprobada para el ejercicio 2003, se pudo determinar que el sector de la salud absorbía alrededor del 14% del total de los agentes públicos, un porcentual relativamente bajo teniendo en cuenta que la

¹⁵ En el anexo del presente informe se reproduce la estructura orgánica funcional vigente.

provisión de servicios sanitarios es una actividad pública basada en un uso intensivo de recursos humanos.¹⁶

En cuanto a los niveles salariales abonados se observaba que la remuneración mensual promedio para los agentes del sector salud - hacia el primer semestre de 2003 - fue de \$756,94 aunque existía una varianza significativa entre el personal temporario (generalmente funcionarios y personal de conducción) y los que revistaban en las restantes plantas. En el caso de los primeros, los haberes se acercaban, en promedio, a \$ 4.000 mensuales por agente.

Cuadro 18. Salarios mensuales promedio por situación de revista, primer semestre de 2003

Situación de Revista	Salario mensual Promedio
Planta permanente	\$ 755,46
Personal Contratado	\$ 736.13
Personal Temporario	\$ 3.912.50
Becarios	\$ 522.56
Mensual promedio en \$	\$ 756.94

Fuente: Elaboración propia sobre información suministrada por la Dirección de Administración, Ministerio de Salud de la Provincia de Corrientes

4.4. Principales líneas de acción estratégica sostenidas desde el Ministerio de Salud de la Provincia

En el transcurso de las entrevistas mantenidas con los funcionarios del Ministerio de Salud correntino pudieron ser detectadas y explicitadas cuatro líneas de acción estratégica que la actual administración había decidido encarar respecto de la provisión pública de servicios sanitarios. Estas cuatro líneas son las siguientes:

¹⁶ Artículo 18 de la Ley 5.504. El presupuesto fija una planta máxima aprobada de 33.230 agentes y se excluye de este total el personal que revista en la Dirección Provincial de Vialidad y en la Legislatura provincial. No fue posible determinar si parte de los recursos humanos afectados al sector salud están financiados, presupuestariamente, por otras jurisdicciones y organismos. Ello constituye un mecanismo de uso en las administraciones públicas y ocurre cuando determinados agentes actúan en *comisiones de servicio* u otras modalidades de reasignación de funciones, en otra jurisdicción u organismo.

- (i) Descentralización de la oferta de servicios sanitarios públicos (regionalización)
- (ii) Política Sanitaria sobre la base de Programas con fuerte sostén en la Atención Primaria de la Salud (APS)
- (iii) Elaboración propia de medicamentos genéricos.
- (iv) Nuevo modelo de gestión hospitalaria y de coordinación de las políticas sanitarias al nivel central.

Estos cuatro ejes de gestión, según fue consensuado con los responsables de los programas sanitarios provinciales en el marco de las reuniones mantenidas, constituían los elementos rectores sobre los cuales se habrían de diseñar los instrumentos presupuestarios para los próximos ejercicios.

Al respecto, y analizado un cúmulo de información requerida a las diferentes unidades operativas dependientes del Ministerio de Salud provincial, se elaboraron las siguientes observaciones.

4.4.1. La descentralización y el modelo de regiones sanitarias

A mediados de 2000, en el contexto de una profunda crisis institucional y de financiamiento de la jurisdicción, el gobierno provincial – en manos, entonces, de la intervención federal dispuesta por el PEN - produjo la transferencia hacia el ámbito de competencias municipales de los efectores ambulatorios que hasta entonces estaban bajo su jurisdicción (centros de salud, puestos sanitarios, salas de primeros auxilios y dispensarios).

A modo de ejemplo podemos citar que el Municipio de la Ciudad de Corrientes recibió 29 centros de este tipo, que se sumaron a los 31 que ya estaban bajo su órbita de gestión. El proceso de municipalización mencionado significó para la comuna la responsabilidad de absorber 854 agentes e incluirlos en su respectivas dotaciones. Cabe aclarar, además, que el costo salarial adicional que produjo esta medida se comenzó a financiar con transferencias financieras del tesoro provincial al municipal.

Del examen de la información a la cual el equipo de consultores tuvo acceso se desprende que sólo una proporción mínima de los centros de salud, centros de

atención primaria, puestos sanitarios y salas de primeros auxilios permanecía, al momento de iniciarse esta investigación, bajo la jurisdicción provincial.

La actual administración había definido un nuevo proceso de descentralización diferente al que fuera instrumentado por la intervención federal, basado no en una *municipalización* impuesta desde la órbita provincial, sino en la definición de un programa de descentralización sobre la base de la definición de regiones sanitarias.

Los contenidos estratégicos que sustentaban este nuevo proceso eran los de optimización de los recursos, la reorganización funcional de los mecanismos de derivaciones y la redefinición de las asignaciones presupuestarias.

Los criterios determinantes tenidos en cuenta por las autoridades sanitarias para el diseño de las regiones sanitarias fueron los siguientes:

- (i) La accesibilidad, ponderada en función de la infraestructura instalada (principalmente las redes viales), la cantidad de localidades existente dentro del radio de cobertura y la distancia entre éstas.
- (ii) La complejidad instalada, siguiendo los parámetros de categoría VI definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los centros hospitalarios cuentan con cuatro especialidades básicas: Unidades de Terapia Intensiva (UTI), laboratorios, cirugía de mediana complejidad y guardias pasivas de otras especialidades.
- (iii) La concentración demográfica: en promedio, cada región sanitaria debía cubrir, aproximadamente, una población de 120.000 personas.
- (iv) La configuración sociocultural de la población: El diseño de regiones debía tener en cuenta las características distintivas, los usos y las costumbres de las poblaciones a su cargo.
- (v) El perfil sanitario diferencial: se asumía el supuesto de que cada región poseía características sanitarias definidas como propias y particulares respecto de las restantes.
- (vi) Diseño en red: en cada región se habría de diseñar una red de prestaciones con grados de complejidad ascendentes, en función de la necesidad de utilizar de manera eficaz y eficiente los recursos sanitarios disponibles.

A partir de estos criterios tenidos en cuenta para el diseño funcional de las regiones sanitarias, las autoridades sanitarias definieron un conjunto de acciones que fueron siendo integradas, paulatinamente, a este proceso de descentralización:

- (i) El diseño y la ejecución de un presupuesto operativo que pudiera dar cuenta del nuevo "mapa" regionalizado de prestaciones sanitarias.
- (ii) La implementación de un programa de atención primaria de la salud.
- (iii) La implementación de un sistema de relevamiento epidemiológico, estadístico y nutricional continuo y consistente.
- (iv) La incorporación del programa materno infantil.
- (v) Una provisión más eficaz de leche y otros suplementos dietarios.
- (vi) Una provisión más racional de insumos y medicamentos a los establecimientos de salud.

4.4.2. Los recursos físicos disponibles en el Primer Nivel de Atención y de Atención Primaria de la Salud (APS).

Se señaló anteriormente que al iniciarse la investigación sólo una parte mínima de los centros de salud, centros de atención primaria, puestos sanitarios y salas de primeros auxilios permanecía bajo la jurisdicción provincial

Asimismo, y de acuerdo con el análisis de la distribución de los recursos presupuestarios, la APS no contaba con una identificación presupuestaria propia sino que se encontraba fusionada en un amplio y difuso universo de partidas.

No obstante ello, fue un objetivo expreso de política sanitaria de las actuales autoridades que la APS – con un fuerte sesgo en las políticas de atención materno infantil - adquiriera prioridad pública, proponiéndose para ello una acción focalizada sobre las siguientes actividades.

- (i) Control de las mujeres embarazadas
- (ii) Control del niño sano
- (iii) Asistencia médica a ambos.
- (iv) Control de inmunizaciones.
- (v) Control del ambiente epidemiológico.

- (vi) Detección y acción sobre enfermedades crónicas no transmisibles.
- (vii) Utilizar la APS como vehículo para la aplicación de programas sanitarios de carácter federal.

La metodología escogida por el Ministerio de Salud para la implementación de las políticas de APS fue la siguiente:

- (i) Conformar equipos disciplinarios, integrados por un coordinador regional, médicos, enfermeros, agentes sanitarios y promotores de la salud.
- (ii) Fortalecer las regiones sanitarias.
- (iii) Definir nuevas áreas programáticas y redefinir las existentes.
- (iv) Nominalizar a las diferentes poblaciones, según las áreas programáticas que se implementen, y ponerlas bajo la responsabilidad de un Centro de Atención Primaria.
- (v) Desarrollar rondas sistematizadas sobre la población bajo cobertura, con el fin de detectar demandas ocultas y controlar a la población en situación de riesgo.
- (vi) Ejecutar programas y planes asistenciales específicos, siguiendo criterios de focalización definidos por los niveles locales de la autoridad sanitaria.

4.4.3. La provisión pública de Medicamentos.

La actual administración de la provincia activó el funcionamiento de la Planta de Medicamentos de Corrientes (PLAMECOR), como parte de una estrategia de largo plazo que será examinada con detalle en los apartados siguientes

La puesta en marcha de este emprendimiento se vinculaba con la necesidad garantizar, a través de la producción propia, una normal provisión de medicamentos para uso de pacientes ambulatorios.

Esta necesidad había surgido como consecuencia de la emergencia sanitaria declarada hacia fines de 2001 y principios de 2002.

Desde su reactivación, los medicamentos producidos por la PLAMECOR se dispensan en las farmacias hospitalarias a precios que resultan mucho más económicos para los usuarios que los vigentes en el mercado. El costo de los medicamentos producidos es aún menor que los fijados para los productos genéricos que se han puesto masivamente en venta a partir del año 2002.

La iniciativa parecía resultar altamente conveniente desde el punto de vista de haber mejorado el acceso de la población de bajos ingresos a medicamentos de uso ambulatorio habitual.

Cabe destacar que la provisión provincial mencionada se veía complementada con los volúmenes provistos a través del *Programa Remediar* y del *PROMIN*, ambos de origen nacional.

Para analizar y simplificar la comprensión del actual estado de desarrollo de las acciones provinciales iniciadas a través del PLAMECOR se elaboró el siguiente esquema del tipo FODA (Fortalezas – Oportunidades – Debilidades – Amenazas):

Cuadro 19. Esquema FODA del funcionamiento actual de PLAMECOR

<p>FORTALEZAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicio de una producción propia. ✓ Suministro de medicamentos a precios accesibles ✓ Costos hundidos-ocultos importantes que garantizan la competitividad del emprendimiento.
<p>OPORTUNIDADES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suministro a terceras entidades, jurisdicciones y/o entes de cobertura ✓ Diversificación en la producción de otros medicamentos, aún en renglones afines (descartables, material, sanitario, etc.) ✓ Posibilidad de erigirse en “comprador y distribuidor centralizado” de medicamentos e insumos para el sector público y terceras entidades, utilizando el efecto volumen, hoy desaprovechado. ✓ Posibilidad de ser referente en la determinación del tipo, la cantidad y las características de los Medicamentos - Insumos para la salud (programación presupuestaria para el sector público)
<p>DEBILIDADES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Línea de productos muy restringida. ✓ Ausencia de programa de Inversiones para mantenimiento de su producción y mejoras tecnológicas. ✓ Idem par desarrollos futuros. ✓ Falta de Homologación de su producción por el Organismo nacional a cargo (ANMAT)
<p>AMENAZAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pérdida del consenso sectorial y de la demanda por limitaciones técnicas. ✓ Condena de sectores comerciales de la industria farmacéutica por competencia desleal en condiciones de precariedad técnica. ✓ Cierre futuro por no adecuación a standards técnicos nacionales.

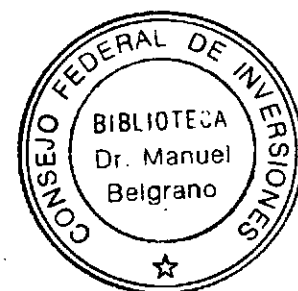
Fuente: Elaboración Propia

4.4.4. La coordinación de la política sanitaria y el nuevo modelo de gestión hospitalaria.

El cuarto y último eje estratégico diseñado por las actuales autoridades sanitarias se refería a la necesidad de implementar un modelo de gestión que tuviera por objetivo esencial un uso racional y eficiente de los recursos económicos, humanos, edilicios y tecnológicos del sector.

El nuevo modelo de gestión hospitalaria involucra tres dimensiones de la acción pública en materia de salud.

- (i) La gestión asistencial, entendida como proceso integral que implica la normatización de la documentación y de los procedimientos hospitalarios, la informatización de las bases documentales, la conexión en red de los centros asistenciales y la implementación de un sistema de auditoría y solicitud de consultas en tiempo real.
- (ii) La gestión docente, entendida como una cualificación constante de los recursos humanos que se desempeñan en áreas sustantivas de la provisión de servicios sanitarios, a través de procesos de formación continua, con especial énfasis en la capacitación específica en políticas de Atención Primaria de la Salud y perinatología para médicos de cabecera.
- (iii) La gestión administrativa, que implica diseñar y ejecutar eficazmente un conjunto de tareas vinculadas con el relevamiento y el registro de datos estadísticos, el procesamiento de la información obtenida, la construcción de indicadores y estándares de desempeño y la realización y comunicación de los diagnósticos y conclusiones alcanzadas.



5. Propuesta de modificación en el modelo de gestión presupuestaria del sector público de la salud en la Provincia de Corrientes (Presupuesto por Programas y Gestión por Resultados)

5.1. La técnica de diseño de Presupuesto por Programas (PPP). Criterios y conceptos básicos.¹⁷

El Presupuesto por Programas (PPP) constituye una forma de reflejar la problemática de la producción de bienes y prestación de servicios que realiza el sector público. En términos genéricos, como señalamos anteriormente, se aplica a todo proceso que permita la combinación de insumos en relación con productos que de tal combinación se originen.

Siguiendo a Matus (1987), el PPP es una forma de asignación de los recursos públicos por objetivos que expresa en términos monetarios el proceso de producción de servicios y bienes que se realiza dentro del espacio de una institución, la cual se organiza para satisfacer necesidades externas a ella.¹⁸ En esta línea argumental, el principio que justifica la existencia de cualquier organización pública debe ser el de satisfacer necesidades que se revelan desde afuera de su espacio institucional.

Con anterioridad a la irrupción en la escena pública del PPP, la discusión presupuestaria giraba en torno de la cuantía de los gastos, y más específicamente, en proyectar los gastos de acuerdo con el objeto hacia el cual iban destinados. El acento solía estar puesto exclusivamente en el aspecto financiero del presupuesto.

La perspectiva programática, en cambio, adjudica al presupuesto un carácter sistémico. Por ello recurre a las teorías de conjuntos y de redes para desarrollar el marco teórico conceptual. La primera se utiliza como instrumento para deslindar el campo presupuestario del no presupuestario. La segunda a su vez, hace posible

¹⁷ Si bien sobre el tema existe abundante bibliografía, a los fines de la elaboración de este informe hemos tomado como fuente de referencia la tesina de la Lic. Alicia Olivieri Alberti (1999) "Hacia la Mejor Técnica Presupuestaria: ¿Presupuesto por Programas Vs. Presupuesto Base Cero?", Carrera de Especialización de Posgrado en Administración Financiera del Sector Público Nacional, ASAP –Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires.

¹⁸ Cf. Matus, Carlos (1987): "Planificación, presupuestos y gerencia", en Asociación Iberoamericana de Presupuesto Público, N°20, Marzo 1988.

visualizar las interrelaciones entre las diversas acciones que realiza el sector público en el ámbito presupuestario. A continuación se desarrollaran los principales aspectos conceptuales implicados en la técnica de PPP.¹⁹

5.2. Principales conceptos en el modelo de PPP

El PPP se basa en un enfoque que destaca el rol productivo del sector público. Es decir, por su intermedio es posible reflejar la problemática de producción de bienes y servicios que realiza el sector público.

Entre los conceptos centrales de la técnica destacamos las *categorías programáticas*, que constituyen tipos de acciones presupuestarias diferenciados entre sí por el tipo de producto que origina cada una de ellas. Estas categorías pueden ser programas, subprogramas, actividades, proyectos y obras.

Un *programa* es la categoría que expresa siempre un proceso de obtención de un producto terminal, que contribuye al logro de los objetivos de política pública. Se trata de la categoría programática de mayor nivel y se conforma a partir de la agregación de categorías de menor nivel.²⁰

Un *subprograma* es aquella categoría que expresa una acción presupuestaria cuya producción es terminal, pero fragmentaria, al formar parte de la producción terminal de un *programa*. Entre sus principales características corresponde destacar que origina siempre una producción terminal parcial, que contribuye a alcanzar la producción total del programa del cual forma parte; así, las producciones parciales resultantes son sumables o aditables en unidades físicas, sin que se pierda el significado de la unidad de medida de la producción global del programa. Los insumos requeridos por todos los subprogramas son sumables en términos financieros y cada tipo de insumo lo es también en términos de unidades físicas. El centro de gestión productiva del programa es divisible en centros menores, que son

¹⁹ En el ámbito de la Administración Pública Nacional, el Ministerio de Economía, por medio de la Oficina Nacional de Presupuesto, distribuye a las Jurisdicciones y Entidades del Sector Público Nacional, el manual *EL SISTEMA PRESUPUESTARIO PÚBLICO EN LA ARGENTINA*, para unificar criterios conceptuales y técnicos.

²⁰ Los programas son planes estructurados en el tiempo para lograr objetivos específicos ubicados temporalmente. Los programas presupuestarios muestran el vínculo por objetivos entre la organización y la comunidad, pues los productos terminales son los que responden a algún tipo de necesidades sentidas por la comunidad. (Ginestar, 1996)

responsables de los procesos de obtención de los productos terminales de cada subprograma.²¹

La *actividad* denomina a una acción presupuestaria de mínimo nivel, indivisible a los fines de la asignación formal de recursos. Se caracteriza por originar siempre una producción intermedia, que puede condicionar a uno o varios productos terminales o intermedios. Es posible distinguir entre *actividades específicas, centrales o comunes*.

Las primeras condicionan en forma directa a un programa y sus insumos son sumables al nivel del respectivo programa, subprograma o proyecto. Las segundas, generan una producción intermedia indirecta, que condiciona a todos los programas. Son generalmente acciones de dirección y apoyo a la gestión productiva de la entidad o de la jurisdicción. Por último, la producción de las *actividades comunes*, condiciona a dos o más programas, pero no a todos los programas existentes en la RAP.

El *proyecto* constituye una propuesta de inversión real, mediante la generación o puesta en valor de un bien de capital. El proyecto se define como una unidad de producción mínima autosuficiente y destinado a crear, ampliar o modernizar la capacidad de oferta de bienes o servicios determinados. Su producción es siempre *creación o ampliación* de un bien de capital y es capaz de satisfacer necesidades al finalizar su elaboración.²²

Por último, la *obra* denomina a la categoría programática de menor nivel en el campo de la inversión, equivalente a la actividad respecto de los gastos de funcionamiento u operativos. La Obra se caracteriza por constituir una unidad física perfectamente individualizable y actuar como una producción intermedia al interior de un determinado Proyecto.

El Presupuesto por Programas permite mostrar las acciones que se realizan en el sector público y los productos que se obtienen, además de cuantificar el monto del gasto. A partir de la formulación de *objetivos - fines*, se calculan los *insumos - medios* que resultan necesarios para alcanzar aquellos.

Los objetivos – fines deben ser concretos, claramente identificables y posibles de ser medidos en alguna forma. Una vez identificados es posible determinar las

²¹ Vale destacar que tratándose de una categoría de excepción, se suele abusar de su uso, al ser utilizada en forma inadecuada.

²² Siguiendo los mismos criterios desarrollados para el caso de las actividades, es posible distinguir proyectos centrales, comunes y específicos.

acciones necesarias para alcanzarlos. De esta forma se calculan los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para el logro de los objetivos globales.

Para cada caso, se determinan las unidades responsables de llevar a cabo cada etapa del proceso. Esta etapa de programación y formulación es fundamental porque en ella se determinan los objetivos a alcanzar, los lineamientos básicos y los responsables. Cabe aclarar que la técnica se aplica también al resto de las etapas del proceso presupuestario, además del diseño: esto es, la ejecución, el seguimiento, el control y la evaluación.

5.3. Fortalezas y debilidades de la aplicación del PPP

A pesar de que la aparición del PPP data de principios de la década del sesenta, su instalación definitiva como técnica básica de presupuestación en el sector público argentino es de principios de los noventa.

El PPP fue diseñado, básicamente, como una herramienta de ayuda a los gobiernos para reducir los grados de incertidumbre y los eventos impredecibles de una manera eficaz y eficiente.

Por ello, la planificación es un ingrediente esencial del PPP. En este contexto, la planificación tiene por objeto la identificación de los cursos de acción más adecuados para hacer posible tomar mejores decisiones.

Paralelamente a los propósitos de largo plazo, el PPP propugna una cuidadosa identificación y evaluación de las metas y objetivos en cada área importante de la actividad gubernamental, y esto constituye una de sus mayores fortalezas.

Otro aporte fundamental que realiza el PPP es intentar determinar cómo, en qué y por qué debe gastarse, además de la mera consideración del monto total del gasto. Asimismo, la definición de responsables para cada etapa del proceso presupuestario, constituye otro notable avance, en la medida que permite identificar quién debe responder y rendir cuentas por el grado de cumplimiento de las metas establecidas y los desvíos producidos si los mismos fueran detectados. Esta responsabilidad no descansa simplemente en una concepción de tipo *gendarme*, sino mejor persigue fomentar un mayor grado de compromiso e identificación de los funcionarios con responsabilidades gerenciales con los objetivos propuestos.

De todas formas, no han faltado críticos de esta perspectiva. En este punto vale la pena hacer una aclaración. En realidad muchas de las críticas de las que es

objeto el PPP, se relacionan más con una incorrecta instrumentación del mismo, que con sus debilidades intrínsecas. Es decir, en muchas oportunidades se relativizan las ventajas del PPP utilizando como argumento cuestiones que tienen que ver con una inadecuada instrumentación o con la ausencia de un modelo de gestión que acompañe el sentido de los cambios introducidos por la técnica.

Por ejemplo, entre las debilidades que más se le adjudican, la más frecuente se relaciona con los procesos de medición y la definición clara de unidades de medida. En realidad, esto no se relaciona directamente con la técnica, sino tiene más que ver con la cultura organizacional o las capacidades institucionales.

En muchas oportunidades, son los mismos responsables de la ejecución de los programas los que terminan limitando las posibilidades que ofrece la técnica de PPP. Sobre la base de motivos diversos, con frecuencia plantean la imposibilidad de llevar adelante cualquier proceso de medición exhaustivo para generar datos fehacientes a partir de los cuales elaborar las proyecciones de los ejercicios presupuestarios futuros.

Es cierto que algunos casos presentan mayores dificultades que otros. Por ejemplo, resulta *prima facie* más "sencillo" medir ciertos productos específicos, a la vez que realizar proyecciones de producción de ejercicios futuros, en áreas como Salud, Educación u Obras y Servicios Públicos. En estos casos, es factible cuantificar *pacientes atendidos, alumnos capacitados, cuadradas pavimentadas y metros cuadrados construidos*, por mencionar sólo algunos ejemplos posibles. Otras limitaciones se relacionan, casi directamente, con el carácter público de las prestaciones de los servicios. La gestión tiene como sujeto de su acción a la comunidad en su conjunto. De esta forma en muchos casos, la variación de la demanda ciudadana constituye un factor condicionante de la producción pública.

Aún en los ejemplos que citamos como "sencillos" – en el caso de la salud y de las unidades de medida usuales – existen evaluaciones de orden más complejo, en las cuales los indicadores básicos utilizados pierden relevancia en función de otras necesidades sustantivas de información: por ejemplo, los pacientes atendidos – con total prescindencia de las características específicas de las patologías tratadas, el segmento etario al cual pertenecen los mismos o el tamaño de la población objetivo – puede terminar siendo un indicador que entorpece o difumina el verdadero estado de la situación sanitaria de una determinada población. Siguiendo con el ejemplo, la cantidad de pacientes atendidos – que en primer lugar podría ser un indicador

relevante para medir las fronteras de posibilidades de producción de una determinada unidad gubernamental de provisión de bienes y servicios – queda relativizado si la causa de la masiva concurrencia de individuos a los centros asistenciales se debe a enfermedades evitables o a fallas en el sistema de medicina preventiva.

Volviendo a la cuestión central, los organismos entonces no suelen realizar mediciones de productividad de manera sistemática. En muchos casos apenas presentan unidades de medida y metas de producción para cumplimentar los requerimientos formales para la preparación del proyecto de presupuesto.

Cuando se analizan algunas unidades de medida, estimaciones y proyecciones para ejercicios futuros se encuentra que, en general, las proyecciones para los ejercicios presupuestarios siguientes no sufren grandes variaciones respecto de años anteriores; las unidades de medida son muy generales, y no permiten medir en forma exhaustiva la producción de bienes o servicios prestados por cada organismo; muchos responsables de la ejecución de los programas consideran que su producción no es cuantificable sin una argumentación sólida; algunos organismos detallan unidades de medida de actividades que hacen al funcionamiento o al orden interno de la repartición y no representan bienes o servicios producidos; otros no definen unidades de medida para todos los bienes o servicios que producen sus programas.

Continuando con el problema de la cultura de la organización, y especificando aún más, muchas veces los propios funcionarios y en alguna medida los agentes a su cargo, evidencian cierta resistencia al cambio y un grado importante de temor al control. Los motivos oscilan desde la inercia en la aplicación de rutinas tradicionales, la falta de capacitación, hasta un supuesto aumento de costos en la etapa inicial.

Las debilidades propias de la técnica no se relacionan con lo que hemos venido comentando, sino que tienen que ver con la aparente *rigidez* que presentan los programas presupuestarios, en el sentido de la ausencia de alternativas de acción ante, por ejemplo, una potencial reducción de recursos. No se establecen prioridades de asignación de recursos, ni se presentan diferentes posibilidades de producción en función de distintos niveles de esfuerzo.

El programa presupuestario establece una producción a alcanzar y los recursos necesarios para ello. En caso de no contarse con los mismos, no se

anticipan distintas alternativas para alcanzar un nivel de producción que posibilite cumplir el objetivo básico de política que se propone.

Finalmente, la mirada histórica nos permite afirmar que el PPP se convirtió en una técnica presupuestaria más, porque se perdió el marco teórico de la planificación. Los actores involucrados en la elaboración de los presupuestos, asumieron una lógica incrementalista ajena al espíritu de la técnica.

Esta lógica incrementalista suele darse con más asiduidad en contextos recurrentemente caracterizados por fuertes restricciones financieras como las que frecuentan estructuralmente las organizaciones del sector público argentino. Frente a ello el objetivo es ir por una "tajada" más grande, desatando así, año tras año, una pugna por el acceso a recursos cada vez más escasos.

Por otra parte, la instrumentación del PPP no ha sido acompañada por un modelo de gestión compatible, es decir, un modelo de gestión orientado a la definición de objetivos y al logro de resultados, con adecuados sistemas de monitoreo y control de gestión, sino que ha convivido con un modelo burocrático, en el marco del cual el cumplimiento estricto de los procedimientos y las normas tradicionales adquirirían mayor relevancia que la búsqueda de resultados orientados a la satisfacción de las demandas reveladas por el ciudadano.

5.4. Cambios en el modelo tradicional de gestión pública

En el ámbito de la Administración Pública es posible identificar distintos tipos de administración gubernamental. Siguiendo a Ginestar (1996) en los últimos años los modelos de administración han comenzado a evolucionar de un tipo de administración centrada en el patrimonio, los ingresos y los gastos, a uno que toma en consideración la definición de objetivos *que se programan para proveer de bienes-productos que satisfagan necesidades de destinatarios específicos de la comunidad* –administración por objetivos- *requiriendo el control de resultados que muestren efectividad en el desempeño* –administración por objetivos y resultados.²³

Esta evolución se relaciona fuertemente con la redefinición del rol del Estado que tuvo lugar en los años ochenta y noventa, poniendo el énfasis en la importancia de los resultados de la gestión dentro de un marco fiscal sustentable.

El naciente enfoque de Gestión por Resultados (GPR) ejerció también su influencia en el ámbito presupuestario, transformando el proceso presupuestal -- orientado al control de los gastos a uno orientado a la búsqueda de resultados.²⁴

No intentaremos en este apartado realizar un análisis exhaustivo de las características de este modelo de gestión, fundamentalmente por no constituir el objetivo básico de esta investigación y por la existencia de vasta bibliografía que recupera el tema en términos teóricos.²⁵

Nuestro propósito es simplemente recordar algunos conceptos básicos que nos permitan destacar la necesaria vinculación de este modelo de gestión con los aspectos de orden presupuestario que se están analizando.

Con el objeto de superar un modelo de administración que se mostraba como altamente burocrático y rígido, basado fundamentalmente en las normas y procedimientos, la GPR pone el acento en los *resultados de la gestión* y para ello postula una serie de principios que apuntan a lograr una mayor flexibilidad en la gestión de los asuntos públicos, especialmente en la toma de decisiones y en el manejo de los recursos. Es decir, se pasa de un modelo de administración en el que lo fundamental son *los procedimientos y los medios*, a uno que enfoca el desempeño organizacional en función de los *resultados obtenidos*.²⁶

Sus principales enunciados se relacionan con *orientar la gestión pública hacia el ciudadano*, enfatizar el *control de los resultados* en lugar del control de procedimientos – al mismo tiempo que instaurar nuevas formas de control social- y fomentar la *descentralización* de las unidades implementadoras de políticas.

Orientar la gestión al ciudadano implica planificar las políticas públicas atendiendo la satisfacción de su demanda, a la vez que implementar un adecuado control del efectivo cumplimiento de los objetivos establecidos en ese sentido. Ya no

²³ Cf. Ginestar, Angel (1996): "Fundamentos para un sistema de inversiones públicas integrado con un sistema presupuestario.", en LECTURAS SOBRE ADMINISTRACION FINANCIERA DEL SECTOR PUBLICO, vol. I, UBA/CITAF-OEA, Buenos Aires.

²⁴ El proceso de evolución de las técnicas presupuestarias, el surgimiento del PPP y del PBC tuvo una vinculación directa con la definición ex – ante de objetivos a alcanzar. La gestión orientada a los resultados apunta no sólo a la definición de objetivos claros, sino también a la evaluación de los resultados alcanzados. Y es ésta la importante influencia a la que hacemos referencia.

²⁵ Para profundizar aspectos teóricos del modelo y un análisis de su implementación en un caso local, consultar en Instituto Nacional de la Administración Pública (INAP) los avances del proyecto de investigación "El modelo de Gestión por Resultados en el Sector Público Argentino". También la ponencia del mismo nombre, presentada en el V Congreso del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública, República Dominicana, 24 al 27 de octubre de 2000.

²⁶ En este punto vale la pena aclarar que se entiende por *resultados*, los efectos o impactos que se obtienen sobre la problemática a resolver, o la necesidad a satisfacer. Los *productos*, en cambio, son los bienes y servicios que genera un organismo para obtener aquellos resultados.

se trata meramente de cumplir con los procedimientos burocráticos, sino que la gestión debe necesariamente orientarse a la obtención de resultados concretos.

En esta línea, los objetivos primordiales que debe perseguir toda gestión apuntan a institucionalizar el establecimiento de objetivos, desarrollar indicadores de gestión y de medición de resultados, fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas, promover una mayor autonomía de gestión, introducir mecanismos que aumenten la responsabilidad de los funcionarios por el cumplimiento de metas y objetivos, a la vez que mejorar los procedimientos de asignación de recursos.

Otro de los elementos sustantivos de la GPR consiste en aumentar los grados de la *descentralización de la toma de decisiones*. De esta forma, la alta dirección de un organismo conserva la responsabilidad de la definición de las políticas globales, en tanto las gerencias operativas asumen la responsabilidad por el cumplimiento de los resultados implicados por aquellas. Esta diferenciación entre áreas que *definen* las políticas y áreas que *ejecutan*, supone un aumento de la autonomía de estas últimas, fundamentalmente respecto del manejo de los recursos. Esto a su vez genera la necesidad de la formalización de compromisos entre aquellos que delegan la responsabilidad por la obtención de resultados y los que la asumen.

Entre las principales herramientas que requiere la implementación de la gestión por resultados encontramos principalmente, la definición de *planes estratégicos* y *planes operativos* anuales o bienales; la introducción de *mecanismos de medición* de desempeño y metas alcanzadas; la incorporación de métodos de contratación de personal basados en el desempeño; y la existencia de una estructura de *incentivos* selectivos positivos y negativos.²⁷

Marcos Makón (2000) señala que los pilares sobre los que descansa la implantación exitosa de este modelo son la planificación estratégica situacional y la reingeniería de procesos. La primera permite diseñar acciones estratégicas y vectores de resultado, otorgando a la gerencia operativa una dirección clara de mediano plazo. La segunda permite –luego del análisis de procedimientos y circuitos administrativos- introducir los cambios necesarios en las prácticas de trabajo

²⁷ Entre los incentivos selectivos positivos más aplicados se mencionan los monetarios. Sin embargo, existe un amplio debate acerca de si este tipo de incentivos resulta verdaderamente efectivo. Por su parte, las sanciones constituyen el tipo de incentivos negativos más frecuentes.

habituales, orientando los procesos internos a los productos identificados como prioritarios en el Plan Estratégico.²⁸

Siguiendo con Makón, la Gestión por Resultados puede ser definida entonces como *"el modelo que propone la administración de los recursos públicos centrada en el cumplimiento de las acciones estratégicas definidas en el plan de gobierno, en un período determinado"*. Un modelo que permite evaluar en qué medida el Estado en general y cada una de las agencias públicas en particular, logran cumplir con sus objetivos de políticas públicas definidas en función de las necesidades de la ciudadanía.

En definitiva, orientar la gestión al logro de resultados implica supeditar las normas, procedimientos, estructuras y recursos a la obtención de resultados en función de objetivos de políticas públicas definidos previamente.

5.5. Propuesta para el diseño de una nueva red de acciones presupuestarias

Sobre la base de lo expuesto anteriormente – esto es, el formato que actualmente presenta la RAP del sector salud y los criterios que sostienen la técnica de presupuestación por programas – se ha elevado a las autoridades sanitarias de la provincia un modelo de apertura programática que, por un lado, reformule la red existente y, por el otro, permita incluir las líneas de acción estratégicas en materia de salud contempladas y explicitadas por aquellas.

A tales fines el diseño propuesto cuenta con cuatro programas, uno de ellos instrumental y los tres restantes operativos.

El programa 01, al que denominamos Coordinación de la Política Sanitaria, es en realidad un *programa instrumental* que agrupa a todas las actividades centrales o comunes realizadas por los niveles superiores de conducción del Ministerio. Ello significa que no es propiamente un programa, en la medida que su producción no es final sino intermedia y su producción bruta terminal brinda servicios de apoyo estadístico, financiero, tecnológico y normativo para el funcionamiento de las áreas sustantivas implicadas en la provisión pública de salud.

²⁸ Cf. Makón, Marcos (2000): "El modelo de gestión por resultados en los organismos de la administración pública nacional". Ponencia presentada en el V Congreso del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública, República Dominicana, 24 al 27 de octubre de 2000.

Esta *emulación* programática (01.00.00.00) agrupa a cuatro actividades, a saber: (i) Las *actividades centrales del Ministerio de Salud* (Unidad Ministro, Secretaría General y la Subsecretaría de Salud); (ii) *servicios administrativos contables, legales y financieros* (a cargo de la Dirección de Administración, de la Asesoría Legal, de la Dirección General de Programación y Recursos Humanos, de la Unidad Ejecutora Provincial Ley 1.440/02 y de toda otra unidad organizacional vinculada con la administración de los recursos reales y financieros de la jurisdicción), (iii) *Servicios de información estadística* (a cargo, entre otras unidades, de la Dirección de Planificación de la Salud y Estadísticas) y (iv) *Fiscalización sanitaria y saneamiento ambiental* (a cargo de los organismos con competencia en materia de fiscalización de establecimientos hospitalarios públicos y privados, zoonosis y sanidad ambiental).

El segundo programa contemplado es el denominado "*Regionalización de las políticas sanitarias (11.00.00.00)*" el cual está estructurado en subprogramas articulados a través de una actividad común.

En este caso la propuesta elevada contempla la existencia de cinco subprogramas, cada uno de ellos correspondiente a una Región Sanitaria. Cada subprograma estará integrado a su vez por actividades, a cargo de cada una de las unidades hospitalarias que integran cada región.

El criterio que sustenta esta subdivisión del Programa en subprogramas y no en actividades, como en los casos restantes, es precisamente la existencia de bienes intermedios que son sumables entre sí, de modo que cada unidad hospitalaria (actividad) que integra una región sanitaria (subprograma) estará proveyendo bienes y servicios terminales (programa) para el consumo final de la población asistida.

El tercer programa se referirá a los servicios de atención primaria de la salud, y por último, el cuarto programa se denomina "Provisión Pública de medicamentos" y estará vinculado con las actividades realizadas por el PlaMeCor.

En el anexo se presenta la propuesta de apertura programática aplicable para jurisdicción *Ministerio de Salud Pública* de la Provincia de Corrientes.

5.6. Criterios para la determinación de indicadores de producción bruta terminal

Como fuera señalado anteriormente, la técnica de presupuesto por programas implica establecer con el mayor grado de claridad posible las metas que se pretenden alcanzar y las diferentes relaciones de insumo producto que una determinada jurisdicción o entidad pretende lograr mediante las asignaciones financieras que les establece el presupuesto anual.

En este escenario, la necesidad de planear metas y sus correspondientes indicadores de gestión se van dando en forma concurrente. En este sentido, una de las *fortalezas* verificables es que el gobierno de la provincia ya tiene en ejecución un vigoroso programa de fortalecimiento y reestructuración de su Sector Salud.

Rescatamos como signos evidentes de esta situación la formulación de la estrategia de regionalización, el establecimiento de políticas de APS como eje del enfoque sanitario, el reconocimiento de la necesidad de fortalecer la gestión hospitalaria para asegurar una utilización apropiada de recursos limitados, la irrupción de la provincia en encarar e intervenir en el proceso de producción - dispensación de medicamentos y, en el futuro de otros Insumos.

Gran parte de esta investigación se refiere al modelo utilizado para la formulación y ejecución presupuestaria en la finalidad *Salud*, con el fin de adaptar la misma a las estrategias y a las acciones que de ella devienen.

En otro pasaje del presente Informe se ha desarrollado el concepto y los criterios fundamentales de un PPP, sus fortalezas y la flexibilidad que presta a la gestión y a la evaluación de resultados. Se ha mencionado, también, el objetivo y utilidades de este modo de planificar las acciones públicas, cuya adopción es tan oportuna en este momento de la gestión gubernamental de la Provincia.

Cada una de las estrategias señaladas debe entonces formularse a través de programas y actividades, en un caso, ó bien mediante proyectos y obras, en el caso concreto de realizarse inversiones reales directas en el sector.

Resulta redundante recordar que, si bien el sector de la salud provincial dispone de aperturas presupuestarias, ya analizadas, las mismas no son fácilmente apropiables a las acciones que el sistema de salud ejecuta o a los objetivos que mediante éstas se persiguen alcanzar.

De ello deviene que al examinar los Informes anuales de estadísticas hospitalarias, elaborados por la Dirección de Planificación y Estadísticas de Salud - de muy buena calidad en sus aperturas e indicadores descriptivos y analíticos - no

fue posible inferir si el resultado alcanzado ha sido proporcional al esfuerzo empeñado o bien, si responden a criterios sustentables de eficiencia.

Dado que, como se ha dicho, la provincia ha formulado estrategias claras y ya las ha comenzado a poner en práctica, por una parte, y que dispone de un sistema de estadísticas que, aún con sus limitaciones, contiene los principales datos e indicadores de gestión sanitaria, se considera que está en una situación adecuada para reenfocar el proceso de formulación y ejecución de su presupuesto hacia el modelo del PPP.

Lo que a continuación se detalla es meramente una propuesta general para la construcción de indicadores de gestión, de procesos y eventualmente de impacto. Queda en manos de la autoridad sanitaria provincial plantear la discusión de la misma en cuanto a:

1. La factibilidad de su adopción.
2. La oportunidad de la recolección y el procesamiento de datos.
3. La eventual utilidad que tendrá para la gestión avanzar en este sentido.

Cuadro 20: Propuesta general para la construcción de indicadores de gestión sanitaria

Objetivo del Indicador	Naturaleza del Indicador	Utilidad esperada	Observaciones
Evaluación desempeño del Sistema (en su llegada a la Población)	Población total-objetivo	Formulación recursos presupuestarios	Su disponibilidad es la primera Meta física del Programa que se trate
	Población específica-objetivo	Idem para Programas dirigidos a población en riesgo	Idem anterior
	Población-objetivo (P-O) a incorporar en período determinado (ejercicio)	Meta física	Determina el Tipo y distribución de recursos de los diferentes Incisos a apropiar en cada Actividad
	Tasa de Incorporación De P-O Tasa de Mantenimiento de P-O bajo Programa	Evaluación por Eficiencia Medida de seguimiento longitudinal de P-O Idem de eficiencia del programa	 Evaluación por Eficiencia

	Número de Contactos de P-O con el sistema en período (ejercicio) (contactos pasivos)	Evaluación de Demanda Real	Evaluación de : -Adecuación Proyecciones -Recursos necesarios para futuros ejercicios
	Cantidad de Acciones del sistema sobre P-O en período (ejercicio) (contactos activos)	Evaluación de Efectividad de Acciones Programáticas	Evaluación por Eficiencia

En las etapas Iniciales de la formulación y ejecución del PPP, se suele énfatizar el diseño y la instrumentación de indicadores de acceso (reclutamiento) y de mantenimiento de las poblaciones - objetivo bajo la cobertura de los servicios sanitarios de provisión pública.

Los Indicadores de impacto de las acciones en los indicadores de salud se reservan para etapas posteriores, dada la lentitud en producirse los mismo y la inercia propia de su evolución en el tiempo. Por lo tanto, a los indicadores propuestos se podrán añadir - en ejercicio posteriores - otros que sirvan para expresar la eficacia de las acciones (recomendablemente, no antes de 1 o 2 años)

Cuadro 21: Propuesta general para la construcción de indicadores de impacto sanitario

Objetivo del Indicador	Naturaleza del Indicador	Utilidad esperada	Observaciones
Funcionalidad del Programa de Regionalización (ó bien Nivel Municipal-Local)	Cantidad de Efectores efectivamente incorporados a la Red Regional	Evaluación de gestión de Conducción Regional	No es mera incorporación sino funcionamiento en Red de complejidad creciente
	Cantidad de Efectores incorporados a Programas específicos (APS, patologías regionales, etc)	-Evaluación de gestión de Conducción Regional -Idem de la Conducción Provincial de cada Programa	El Indicador se refiere a las Acciones Programáticas efectivamente brindadas
	Cantidad de Efectores con vinculación a la Operatoria PLAMECOR	Idem que anterior	Idem que anterior

Los Indicadores relacionados con la estrategia de la regionalización son aplicables igualmente al nivel local, a saber:

1. Municipal, espacio entendido no como jurisdicción administrativa, sino como ámbito geográfico en el que coexisten centros asistenciales de diferente referencia administrativa.
2. Por efector, siendo necesario en este caso determinar indicadores de acuerdo con el nivel y categorización del mismo

5.6.1. Indicadores de Producción de Servicios del Sistema

Como fuera indicado más arriba, la provincia ya cuenta con un sistema de estadísticas de Producción de Servicios. Los mismos expresan parámetros de estructura (recursos disponibles) como de producción, no sólo de servicios asistenciales sino de acciones de promoción de la salud.

La presentación de la Información no atañe sólo a cada efector sino que se agrupa por Regiones Sanitarias. A modo de ejemplo, tomando el Informe estadístico del ejercicio 2002 elaborado por la autoridad sanitaria provincial, las tablas identificadas como 1, 3, 6, 9, 10, 11, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 30, 32 y 33 tienen un nivel de apertura regional ó bien departamental. Existen ya Indicadores referidos a poblaciones objetivo en varias de las tablas incluidas en el Informe mencionado

Sin duda el sistema podrá incorporar nuevos Indicadores, sobre todo en el marco de la ejecución de políticas de APS y de provisión pública de medicamentos e insumos, pero la información hoy disponible constituye una apropiada base de inicio.

5.6.2. Indicadores de Costo – Beneficio del Sistema

El objetivo en esta caso es correlacionar (producir el cruzamiento) de los insumos (gasto previsto y/o ejecutado), para cada uno de los incisos, con su imputación específica en cuanto al lugar geográfico de utilización ó de servicio producido, con las siguientes aperturas posibles:

- Por Región.
- Por Programas.
- Por Efectores.
- Por Unidades funcionales ó Servicios asistenciales dentro de cada Efector.

- Por Unidades de Producción-Servicio
- Por cantidad de Población objetivo asistida ó incorporada bajo Programa

Se enumeran a continuación - a simple título indicativo- ciertos indicadores posibles para la proyección del gasto previsible en las partidas que integran el Inciso I (Gasto en Personal):

1. Recursos humanos afectados por Unidad Funcional por Región y/o efector
2. Recursos humanos de diferente agrupamiento funcional (profesional-técnico-administrativo -de servicios) por región y / o efector
3. Recursos humanos por Unidad de Gestión (servicio asistencial ó unidad asistencial en cada efector)
4. Costo de los Recursos humanos por Unidad de producción ó por servicio ó unidad asistencial
5. Horas hombre de profesionales, técnicos, administrativos, de servicios generales por cada unidad de producción de servicios .

Las mismas aperturas podrán ser desarrolladas para los restantes Incisos, para la construcción completa de la matriz de Insumos – productos del sector público de la salud provincial.

6. Propuesta para la elaboración de un proyecto de Ley Básica de Salud para la Provincia de Corrientes

6.1. Antecedentes analizados

Durante las misiones técnicas a la Provincia el Equipo tuvo acceso al texto del anteproyecto de ley básica de la salud (LBS) presentado por la senadora provincial María Elena Chieno. Si bien se desconoce a la fecha el estado legislativo del mismo, la importancia de la posible sanción de una norma de estas características mereció la atención del equipo de investigación, razón por la cual se procedió a examinar sus contenidos y sus potenciales implicancias en la provisión pública de servicios de salud a cargo de la provincia.

Las diferentes consideraciones realizadas acerca de los contenidos del anteproyecto han sido tenidas en especial cuenta para la formulación del proyecto de ley alternativo, que se agrega al anexo del presente informe.

6.2. Consideraciones Generales

Lo primero que merece destacarse es el criterio de necesidad institucional que motiva la sanción de una norma de estas características: Una LBS constituye, esencialmente, un Instrumento jurídico que expresa y regula las responsabilidades generales que el estado (al nivel nacional o provincial, según sea el caso) tiene sobre la provisión de un bien público como la salud, independientemente que sus efectores institucionales sean organismos dependientes del Sector Público, del sistema de la seguridad social ó encuadrados dentro de la esfera privada.

Un Instrumento de estas características no está disponible en prácticamente ninguna otra jurisdicción de nuestro país, incluida la Nación. Ello motiva que surjan frecuentemente desajustes en el terreno de las incumbencias y responsabilidades entre los subsectores mencionados, por una parte, y la autoridad de aplicación y fiscalización de las políticas sanitarias, por la otra.

En el caso particular del sector salud de la Provincia de Corrientes, los desajustes principales se expresan entre diferentes jurisdicciones, como lo son los Municipios contrapuestos a la autoridad provincial y sus redes de efectores. Estos desajustes se expresan específicamente en:

- (i) Superposición eventual de acciones.
- (ii) Ausencia de coordinación de las políticas públicas de salud, aunque las mismas estén dirigidas hacia a la misma población - objetivo.
- (iii) Flujos de Información prestacional incompletos o no verificables.
- (iv) Generación de conflictos revelados o latentes durante el proceso de la toma de decisiones públicas.

6.3. Criterio de Oportunidad

La formulación de las estrategias para el Sector Salud efectuada por las actuales autoridades sanitarias (especialmente aquellas relacionadas con la priorización de las políticas de atención primaria de la salud, la regionalización de los servicios sanitarios y la producción y distribución pública de medicamentos) torna necesario avanzar en la definición de los niveles de conducción del sistema de salud provincial. De no hacerlo, las formulaciones devendrán mayormente abstractas, teniendo en cuenta las fragmentaciones mencionadas, que se verifican aún entre redes y niveles de decisión pertenecientes al subsector público de Salud.

6.4. Examen de los Contenidos del Anteproyecto

A continuación, se comentarán brevemente los diferentes títulos que agrupan los artículos del anteproyecto.

En cuanto al "Título I – Disposiciones generales", el anteproyecto enfatiza los siguientes aspectos.

- (i) El derecho de toda la población a todos los servicios y programas de salud, independientemente de cualquier estado y condición.
- (ii) La responsabilidad del Estado Provincial en la planificación y ejecución de las acciones que tiendan a brindar este servicio público y la determinación del Ministerio como autoridad de aplicación para todos los alcances previstos en la Ley.
- (iii) La enumeración detallada de los principios en que el Estado se basa para asumir tal responsabilidad.

- (iv) La enumeración de los derechos de los habitantes en relación con el bien público salud y con las redes prestadoras.
- (v) La determinación del estado como garante del ejercicio de los derechos de los habitantes.

A entender del equipo de investigación, la expresión de los principios y responsabilidades es suficientemente clara y expresa el ideario predominante en el campo de la salud pública en el marco del estado de derecho.

Sin embargo, la enumeración de los derechos de los beneficiarios, si bien es extensa, adolece de las ambigüedades que se observan cuando una determinada ley ingresa en temas específicos, resultando más apropiado en estos casos que la legislación delegue este abordaje en la esfera de las normas complementarias de carácter reglamentario.

Esto no desmerece en manera alguna la legitimidad de todo lo propuesto en el Art.3° del anteproyecto, pero salta a la vista la disimilitud entre, por ejemplo, los incisos i) y k), respecto de los b) y c).

Los primeros son meramente procedimentales, mientras que los segundos constituyen principios básicos que sostienen la necesidad de sancionar la ley.

Respecto del "Título II – Sistema de Salud de la Provincia de Corrientes" en el mismo se desarrolla una serie de definiciones que permite establecer que el estado provincial conduce y normatiza el sistema de salud, independientemente de la condición de propiedad de los recursos asistenciales. Para afiatar este concepto el Art.10° enumera la misión y las funciones que le competen.

A pesar de su brevedad este Título resulta fundamental y constituye el núcleo duro del anteproyecto, estableciéndose claramente dos aspectos sustantivos:

- (i) Que la Salud es un bien social, operado por diversos efectores pero conducido por el estado, en tanto garante de los derechos de la población y normatizador.
- (ii) Que la conducción se ejerce en una variedad de aspectos detallados en el art.10° que, a diferencia de lo opinado sobre el artículo 3°, resulta exhaustivo, necesario y oportuno, teniendo en cuenta la diversidad de actores sociales que intervienen en el Sector.

En relación con el "Título III – Subsector Estatal de Salud" se definen aspectos y orientaciones que atañen al estado provincial como titular de uno de los subsectores que componen el sistema prestacional. Sus contenidos fundamentales son:

- (i) Definición de los objetivos del subsector, en los que queda establecido que sus responsabilidades no se agotan en la acción asistencial sino que se extienden hacia el campo en la prevención y la promoción de la Salud.
- (ii) Determinación del modelo de gestión, con los siguientes atributos:
 - (a) Dirigido particularmente a los grupos vulnerables (artículo 12°, incisos a, b, c y r)
 - (b) Promoviendo los derechos de la mujer en el ámbito de la salud (incisos u y v)
 - (c) Integrado con lo demás subsectores e interdisciplinario (incisos d y e)
 - (d) Impulsando la participación comunitaria en diferentes niveles (inciso f)
 - (e) Organizado en redes y estratificado por niveles de atención (inciso h)
 - (f) Promoviendo la descentralización de la gestión (inciso l)
 - (g) Estableciendo la técnica de Presupuesto por Programas (Inciso n)

En el Capítulo 2 de este Título se establecen definiciones e Incumbencias de la Organización por Niveles. Los artículos 25° a 27° inclusive formulan la estrategia de la regionalización, dando fuerza de ley a las disposiciones establecida por el Decreto N° 2028/2002 emanado del Poder Ejecutivo Provincial. Finalmente establece que la investigación en salud pasa a ser una función del sector público, con los lineamientos determinados en el artículo 29° del anteproyecto.

En nuestra opinión el Título comentado es claro y abarca todos los compromisos que el estado provincial formula no sólo para normatizar y evaluar la gestión sino para operar Redes y articular efectores en el plano asistencial. Asimismo, contempla la puesta en marcha de las principales líneas de acción estratégica que el Ministerio de Salud provincial ha formulado, esto es la regionalización y la producción, procuración y acceso de la población a los medicamentos e insumos.

No obstante los aciertos que hemos señalado quedan plasmadas, a nuestro entender, algunas ambigüedades. En primer lugar, no parece suficientemente enfatizado o desarrollado el concepto de atención primaria de la salud como eje vertebrador del sistema. Esto es en parte comprensible dada la preexistencia de todo el resto del sistema prestador, del que se ocupa este Título.

En segundo lugar, no queda claro cómo se abordará la cuestión no menor de los recursos e incumbencias de los municipios, así como de su integración a las redes regionales. Respecto de este tema este equipo señaló en el informe anterior (ver punto 3.3.1) que en el año 2000 se produjo la municipalización de efectores del primer nivel de atención, siendo el resultado uniformemente desalentador.

Este efecto no deseado se expresa – entre otros aspectos - en (i) la fragmentación ocurrida en el funcionamiento en redes, por la pérdida de la coordinación entre el primer, segundo y tercer nivel de atención de la salud, (ii) la percepción por parte de la población de tal fragmentación, lo que generó el “regreso” de la demanda ambulatoria a la consulta externa de los Hospitales, abandonando los Centros de Salud, buscando de este modo la continuidad en su asistencia, (iii) la pérdida del acceso a la información de gestión homogeneizada, producto de la separación intersectorial.

La reflexión que puede hacerse sobre la cuestión es que debería generarse, por lo menos, la recuperación por parte de la autoridad provincial de una instancia de coordinación operativa que bien podría ejercerse desde el futuro ámbito de las conducciones regionales. Estas Alternativas serán examinadas en ulteriores etapas de este proyecto.

En cuanto al “Título IV – Regulación y Fiscalización” se definen claramente las Incumbencias que la autoridad de aplicación ejerce respecto de los subsectores no pertenecientes al sector público. Sus contenidos resultan muy apropiados y un aspecto muy interesante es que se alude expresamente a las entidades de cobertura (dependientes del sistema de la seguridad social y agentes de la medicina privada), régimen que supera el estado en que se encuentra la legislación nacional en la materia, lo que genera no pocas dificultades. Creemos que este anteproyecto avanza oportunamente en el tema.

Finalmente el artículo 37º del anteproyecto prevé y enuncia la legislación específica complementaria que debe seguir a este marco normativo general.

6.5. Conclusiones del análisis del anteproyecto

- El anteproyecto avanza sobre una materia en la que se ha reconocido un vacío no sólo en el nivel provincial sino también nacional. Los temas que aborda son amplios, abarcativos y parecen responder adecuadamente a la necesidad del sector, está absolutamente en línea con las estrategias formuladas por la autoridad sanitaria jurisdiccional. Y con las iniciativas enunciadas y consagradas por marcos normativos ya vigentes (por ejemplo, los alcances ya comentados del Decreto 2028/02).

Asimismo se observa que las carencias en definir ó abordar ciertas cuestiones tales como APS y la relación con el sector salud de nivel municipal, ya comentadas, podrían ser incluidas durante el tratamiento legislativo en comisión o durante el debate del proyecto en el recinto.

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

**"Propuestas normativas y presupuestarias para la gestión del
subsector público de la salud en la provincia de corrientes"**

(Expediente 5896 Año 2003)

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

ANEXO

				Nutrición		
				Asistencia Social		
Asistencial, Auditoría Hospitalaria y Fiscalización Sanitaria	Atención de la Salud	Coordinación de Establecimientos de salud y regiones sanitarias		Asistencia a la Comunidad		
				Operativos sanitarios		
	Infraestructura y Equipamiento Hospitalario	Abastecimientos y Droguería Central		Droguería		
				Abastecimiento Hospitalario		
				Procuración y Mantenimiento de vehículos y Equipamiento		
				Arquitectura Hospitalaria		
				Auditoría Hospitalaria	Fiscalización de gestión Hospitalaria	Recepción, carga y procesamiento de datos
						Producción de Informes
	Fiscalización Sanitaria	Contralor del Ejercicio Profesional y Establecimientos de Salud Privados		Auditoría prestacional		
				Auditoría de Normas de Calidad y habilitación de servicios públicos		
habilitación de estructura edilicia						
Droguerías, Farmacia y Botiquines		Fiscalización de gestión Hospitalaria	Matriculaciones y Control del Ejercicio Profesional			
	Contralor de equipamiento y Normas de Calidad					
	Personal		Inspecciones, Habilitaciones y FÁrmaco vigilancia			
			Legajos			
			Certificaciones			
			gestoría y Auditoría Externa e Interna de liquidaciones y retenciones			
			Licencias e Inasistencias			
			Liquidaciones			
			Servicios Generales			
Secretaría y Despacho						
	Emergencias Sanitarias	Asistencial	Emergencias			
			Contingencias y Catástrofes			
			Administrativo			
			Comunicaciones, Asesoramiento y Prevención			
	Administración	Contable	Secretaría y Despacho			
			Deudas			
		Tesorería	Recursos Extraordinarios			
			Sueldos			
			Conciliaciones bancarias			
Contrataciones	Proveedores					
			Concursos y cotizaciones			

			Patrimonio
			Rendiciones
			Secretaría y Despacho
	Unidad Ejecutora Provincial Decreto 1440/02	Asesoría Legal Jurisdiccional	Jurídica
			Notificaciones
			Secretaría y Despacho mesa de Entradas y Salidas
			Archivo
		Secretaría General	Mesa de Entradas y Salidas y Archivo general
			Archivo General
			Elaboración de Documentos
			Control y verificación de la Documentación
			Registración y Clasificación de Documentos
			Secretaría y Despacho
		Medicamentos	Técnica
			Formulación y Fundamentación Científica Técnico y de producción
			Personal y mantenimiento
			Control de Calidad
			Secretaría y Despacho
		Sistemas	Administración de Base de datos y Soporte Técnico
			Programación
			Análisis
			Secretaría Privada
			Prensa y Relaciones Públicas

Proyecto de apertura presupuestaria – Ministerio de Salud Pública

(Corresponde a Actividad 2.1. del Plan de Actividades del proyecto)

Pr	Sp	Py	Ac	Ob	Denominación	Unidad Ejecutora
01	00	00	00	00	CONDUCCION Y COORDINACION DE LA POLITICA SANITARIA	
01	00	00	01	00	Actividades Centrales del Ministerio de Salud	Unidad Ministro / Subsecretaría Salud
01	00	00	02	00	Servicios Administrativos, Contables y Financieros	Dirección de Administración
01	00	00	03	00	Servicios de Información Estadística	Dirección de Estadística
01	00	00	04	00	Centro Unico Coordinador Ablación e Implantes (CUCAICOR)	CUCAICOR
01	00	00	05	00	Unidad Ejecutora Provincial	Unidad Ejecutora Provincial
01	00	00	06	00	Fiscalización Sanitaria y Saneamiento Ambiental	Dirección General de Fiscalización
11	00	00	00	00	REGIONALIZACION DE LAS POLITICAS SANITARIAS (*)	
11	00	00	01	00	Coordinación de regiones sanitarias y Hospitales de Referencia	Dirección General de Fiscalización
11	01	00	00	00	REGION SANITARIA I	
11	01	00	01	00	Hospital de Cabecera Regional "Angela Iglesia Llano"	Dirección del Hospital
11	01	00	02	00	Hospital "San Vicente de Paul"	Dirección del Hospital
11	01	00	03	00	Hospital "Lomas de Vallejos"	Dirección del Hospital
11	01	00	04	00	Hospital "Nuestra Señora de Itati"	Dirección del Hospital
11	01	00	05	00	Hospital "E. Cicconetti"	Dirección del Hospital
11	01	00	06	00	Hospital Psiquiátrico "E. Ramirez"	Dirección del Hospital
11	01	00	07	00	Hospital "J.R.Vidal" - San Miguel	Dirección del Hospital
11	02	00	00	00	REGION SANITARIA II	
11	02	00	01	00	Hospital de Cabecera Regional "Maria Auxiliadora"	Dirección del Hospital
11	02	00	02	00	Hospital "Bella Vista"	Dirección del Hospital
11	02	00	03	00	Hospital "San Antonio" - Mburucuyá	Dirección del Hospital
11	02	00	04	00	Hospital San Roque	Dirección del Hospital
11	03	00	00	00	REGION SANITARIA III	
11	03	00	01	00	Hospital de Cabecera "Camilo Muniagurria" - Goya	Dirección del Hospital
11	03	00	02	00	Hospital "San Roque" - Esquina	Dirección del Hospital
11	04	00	00	00	REGION SANITARIA IV	Dirección del Hospital
11	04	00	01	00	Hospital de Cabecera "Dr. Fernando Irastorza" - Curuzú Cuatía	Dirección del Hospital
11	04	00	02	00	Hospital de "Las Mercedes" - Mercedes	Dirección del Hospital
11	04	00	03	00	Hospital "S.W. Robinson" - Monte Caseros	Dirección del Hospital
11	04	00	04	00	Hospital "Santa Rosa" - Sauce	Dirección del Hospital
11	05	00	00	00	REGION SANITARIA V	
11	05	00	01	00	Hospital de Cabecera "San Juan Bautista" - Santo Tomé	Dirección del Hospital
11	05	00	02	00	Hospital "R. Billinghamurst" - Ituzaingó	Dirección del Hospital
11	05	00	03	00	Hospital "Dr. Sussini" - Virasoro	Dirección del Hospital
12	00	00	00	00	ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD	
12	00	00	01	00	Coordinación y Planificación de Políticas de Atención Primaria	Dirección de Atención Primaria
12	00	00	02	00	Epidemiología	Subdirección de epidemiología
12	01	00	00	00	Atención de la Salud Materno Infantil	Dirección de maternidad e infancia
12	01	00	01	00	Salud Sexual y reproductiva	
12	01	00	02	00	Provisión de suplementos nutricionales	
12	02	00	00	00	Promoción de la salud y prevención de enfermedades	Dirección General Promoción Salud
12	02	00	01	00	Prevención de HIV SIDA	
12	02	00	02	00	Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual ETS	
12	02	00	03	00	Prevención de Tuberculosis	

12	02	00	04	00	Prevención de Chagas	
12	02	00	05	00	Prevención de adicciones	
12	03	00	00	00	Desarrollo de los recursos humanos en salud	Dirección General Programación y RR.HH
12	03	00	01	00	Formación	
12	03	00	02	00	Capacitación	
12	03	00	03	00	Reconversión	
12	03	00	04	00	Agentes Socio Sanitarios	
12	00	00	03	00	Comunicación social y participación comunitaria	Dirección de Atención Primaria
13	00	00	00	00	PROVISION PUBLICA DE MEDICAMENTOS	
13	01	00	00	00	Abastecimiento Centralizado de Insumos	Subsecretaría de Salud
13	01	00	01	00	Medicamentos e Insumos Oncológicos	
13	01	00	02	00	Medicamentos para tratamiento de la Diabetes	
13	01	00	03	00	Prótesis y elementos de alta complejidad	
13	01	00	04	00	Tratamiento de diálisis	
13	01	00	05	00	Insumos hospitalarios	
13	02	00	00	00	Planta de Medicamentos de Corrientes (PLAMECOR)	Unidad Ministro de Salud
13	00	00	01	00	Gestión administrativa, financiera y legal	Unidad Ministro de Salud
13	00	00	02	00	Producción de medicamentos	Dirección de Plamecor

Proyecto de Ley Básica de Salud de la Provincia de Corrientes

(Corresponde a Actividades 3.3. y 3.4. del Plan de Actividades del proyecto)

EL HONORABLE SENADO Y LA HONORABLE CAMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES SANCIONAN CON FUERZA DE LEY:

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES:

CAPITULO 1: ALCANCES Y PRINCIPIOS:

Art. 1º: Las disposiciones de la presente Ley rigen en todo el territorio de la Provincia de Corrientes y alcanzan a las personas que posean residencia permanente en la misma. En cuanto a los residentes temporarios, estos serán atendidos en casos de urgencia, con Obra Social de personas en tránsito, cuando existan Convenios entre las diferentes Provincias para la atención de los carenciados con cargo a la Jurisdicción de origen y sean derivadas por las mismas según sus normativas, sin menoscabar de ningún modo los derechos de los residentes permanentes de la Provincia de Corrientes.

Art. 2º: La garantía del derecho a la Salud Integral se sustenta en los siguientes principios:

- (a) El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.
- (b) La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.
- (c) La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.
- (d) El acceso a las prestaciones de salud a todos los ciudadanos en igualdad de condiciones conforme lo normado en el artículo 1º.
- (e) El gasto público en salud como una inversión social prioritaria.
- (f) La gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal de las personas indigentes o con escasos recursos; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones, como así también compensación económica de aquellas personas con posibilidades de autofinanciarse.; conforme lo establecido en la Ley nº 3593 para lo cual se exceptúa expresamente lo establecido en la Ley Nº 5571 de Administración financiera y de los sistemas de control, contrataciones y administración de los bienes del sector Público Provincial, en

todo aquello que se oponga a la Ley N° 3593 de arancelamiento en los establecimientos asistenciales y sus respectivos decretos reglamentarios.

- (g) El acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades.
- (h) La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria de la salud, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.
- (i) La concertación de políticas sanitarias con el Gobierno Nacional, con Gobiernos de otras provincias y/o municipales.
- (j) El acceso de la población a información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.
- (k) La fiscalización y control por la autoridad de aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana.

CAPITULO 2. DERECHOS Y OBLIGACIONES:

Art. 3°: Son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

- (a) El respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural.
- (b) La no-discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden.
- (c) La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información solicitada por el profesional médico interviniente.
- (d) El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso.
- (e) La no-existencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que éste último reciba.
- (f) La libre elección del profesional y del efector que intervengan en la prestación, en la medida en que exista tal posibilidad.
- (g) La asignación de un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud.
- (h) La solicitud por el profesional actuante del consentimiento informado del paciente, para la realización de estudios y tratamientos.
- (i) La paulatina implementación de un sistema que posibilite la simplicidad y la rapidez en el otorgamiento de turnos, la realización de trámites y prácticas.
- (j) La solicitud por el profesional actuante del consentimiento previo y fehaciente del paciente para formar parte de actividades docentes o de investigación.
- (k) La internación conjunta de la madre y el niño.
- (l) En el caso de enfermedades terminales, la provisión de la atención médica que preserve la mejor calidad de vida hasta el fallecimiento del paciente.
- (m) El acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores.

- (n) El ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones que garanticen la oportunidad de los mismos. El Poder Ejecutivo provincial, por la vía de Decreto, creará para este fin un consejo integrado por miembros designados por el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Educación y la Subsecretaría de Acción Social, o de las jurisdicciones que en adelante las suplanten, y coordinados por la Dirección del Ministerio de Salud con competencia en salud reproductiva, debiendo cada uno de los organismos citados destinar las partidas presupuestarias de sus jurisdicciones para el cumplimiento de este objetivo.
- (o) En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores.

Art. 4°: Garantía de derechos. La autoridad de aplicación garantizará los derechos enunciados en el artículo anterior en el subsector estatal, y verificará su cumplimiento en los organismos de la seguridad social y en el subsector privado dentro de los límites de sus competencias.

Art. 5°: Las personas tienen las siguientes obligaciones en relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

- (a) Ser cuidadosas en el uso y conservación de las instalaciones, los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición.
- (b) Suscribir la historia clínica y el alta voluntaria -si correspondiere-, en los casos de no aceptar las indicaciones diagnóstico – terapéuticas indicadas por el profesional interviniente.
- (c) Prestar información veraz sobre los datos personales que le fueran solicitados por el profesional médico interviniente.

El incumplimiento de lo citado en los puntos precedentes acarreará las siguientes sanciones:

- (a) Resarcimiento económico por los daños materiales
- (b) Responsabilidad de los pacientes que decidan sus altas voluntarias.
- (c) El cobro por la vía de las acciones pertinentes, de los costos devengados por pacientes que hayan incurrido en falsedad de sus datos patrimoniales.
- (d) Denuncias ante el fuero penal en los casos de que se presuman delitos, como ser falsedad de identidad de las personas.

Las sanciones precedentemente mencionadas son simplemente enumerativos, pudiendo procederse de las formas en que prescriban otras leyes referente a la materia.

Art. 6°: Información de derechos y obligaciones. Los servicios de atención de salud deben informar a las personas acerca de los derechos y obligaciones que prevé la presente ley.

CAPITULO 3: AUTORIDAD DE APLICACIÓN:

Art. 7°: La autoridad de aplicación de la presente ley, es el MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, quien se constituye en el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Provincia de Corrientes en materia de salud, a

través del cual se arbitran los mecanismos para la interacción de los subsectores integrantes del sistema de salud, y para la consulta y participación de las organizaciones vinculadas a la problemática sanitaria. La autoridad de aplicación tendrá facultades de control, auditoría, fiscalización y sanción, según lo establezca la reglamentación que se dicte al efecto.

TITULO II.

SISTEMA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES

CAPITULO UNICO:

Art. 8°: El Sistema de Salud está integrado por el conjunto de recursos de salud con dependencia del sector público provincial, de los organismos de la seguridad social y del sector privado, que tienen actuación y desempeño en el territorio de la Provincia.

Art. 9°: Entiéndese por recurso de salud, en los términos de la presente ley, a toda persona física o jurídica que desarrolle actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, investigación y docencia, producción, fiscalización y control, cobertura de salud y cualquier otra actividad vinculada con la salud humana, en el ámbito de la Provincia de Corrientes.

Art. 10°: La autoridad de aplicación conduce, controla y regula el sistema de salud. Son sus funciones:

- (a) La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente ley y en la Constitución de la Provincia de Corrientes.
- (b) El impulso de la jerarquización de los programas y acciones de promoción y prevención en los tres subsectores.
- (c) La organización general y el desarrollo del subsector estatal de salud, basado en la constitución de redes y niveles de atención.
- (d) La promoción de la capacitación permanente de todo el personal de los tres subsectores.
- (e) La promoción de la salud laboral y la prevención de las enfermedades laborales de la totalidad del personal de los tres subsectores.
- (f) La implementación de una instancia de información, vigilancia epidemiológica y sanitaria y planificación estratégica como elemento de gestión de todos los niveles.
- (g) La articulación y complementación con el subsector privado y de la seguridad social.
- (h) La regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud.
- (i) La regulación, habilitación, categorización, acreditación y control de los establecimientos dedicados a la atención de la salud, y la evaluación de la calidad de atención en todos los subsectores.
- (j) La regulación y control de la tecnología sanitaria.
- (k) La regulación y control de la publicidad de medicamentos y de suplementos dietarios y de todos los artículos relacionados con la salud.

- (l) La promoción de medidas destinadas a la conservación y el mejoramiento del medio ambiente, sin que esto signifique inmiscuirse en áreas de competencia específica en la materia, para lo cual se encuentra en vigencia la pertinente legislación con respectivos organismos de aplicación.
- (m) La prevención y control de la zoonosis.
- (n) La prevención y control de las enfermedades transmitidas por alimentos.
- (o) La protección de la salud bucal y la prevención de las enfermedades bucodentales.
- (p) La regulación y la fiscalización sobre el tratamiento y la disposición final de los residuos peligrosos, en lo que sea competencia del ministerio de salud, sin perjuicio de la legislación provincial y/o federal aplicable en la materia.
- (q) El desarrollo de un sistema de información básica y uniforme de salud para todos los subsectores, incluyendo el establecimiento progresivo de la historia clínica única.
- (r) La promoción e impulso de la participación de la comunidad.
- (s) La garantía del ejercicio de los derechos reproductivos de las personas, incluyendo la atención y protección del embarazo, la atención adecuada del parto y la complementación alimentaria de la embarazada, de la madre que amamanta y del lactante. Asimismo la promoción de medidas educativas tendientes a crear conciencia de la paternidad - maternidad responsable, teniendo en consideración lo normado en el artículo 3 inc.nº)
- (t) La articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios.
- (u) La concertación de políticas sanitarias con el gobierno nacional, con otros gobiernos provinciales y/o municipales.

TITULO III

REGIMEN DE REGIONALIZACION SANITARIA

CAPITULO UNICO

Art. 11º: Defínase como Región Sanitaria a la unidad administrativa dependiente, integrada por establecimientos de salud localizados en un área geográfica determinada de acuerdo a criterios demográficos, estadísticos, de accesibilidad a los servicios de salud y de complejidad de los establecimientos de salud que la componen.

La Provincia de Corrientes se divide en cinco regiones sanitarias, a saber:

Región Sanitaria I: integrada por los establecimientos de salud localizados en los Departamentos de Capital, Empedrado, San Cosme, Itatí, San Luis del Palmar, General Paz, Berón de Astrada y San Miguel, con expresa exclusión de la localidad de Itá Ibaté.

Región Sanitaria II: integrada por los establecimientos de salud localizados en los Departamentos de Saladas, Bella Vista, Mbrucuyá, Concepción y San Roque.

Región Sanitaria III: integrada por los establecimientos de salud localizados en los Departamentos de Goya, Lavalle y Esquina.

Región Sanitaria IV: integrada por los establecimientos de salud localizados en los Departamentos de Curuzú Cuatiá, Mercedes, Monte Caseros, Paso de los Libres, Sauce y la localidad de Colonia Carlos Pellegrini.

Región Sanitaria V: integrada por los establecimientos de salud localizados en los Departamentos de Santo Tomé, Ituzaingó, Alvear, San Martín y la localidad de Itá Ibaté.

Art. 12º: Las Regiones Sanitarias serán organismos administrativos responsables de la ejecución de las políticas sanitarias, planes y programas nacionales y provinciales de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes.

Art. 13º: Los establecimientos de salud localizados en cada Región Sanitaria serán categorizados por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes, según su complejidad, población a la que brinda cobertura, demás criterios sanitarios y la normativa vigente en la materia en: Hospitales Centrales, Hospitales Regionales, Hospitales de Cabecera, Estaciones Sanitarias y Salas Periféricas.

Art. 14º: El Ministerio de Salud Pública determinará los requisitos mínimos de infraestructura edilicia, de equipamiento y de recursos humanos que deberá satisfacer cada establecimiento de salud para estar incluido en cualquier categoría de las determinadas en el artículo precedente, así como las actividades que correspondan a cada uno de los mismos.

Art. 15º: Cada Región Sanitaria estará integrada por un único Hospital Regional y uno o más establecimiento de salud de las restantes categorías determinadas en el artículo 4º, con excepción expresa de los Hospitales Centrales los cuales estarán limitados a los actualmente localizados en el Departamento Capital.

Art. 16º: Los Hospitales Regionales de cada una de las respectivas Regiones Sanitarias serán las siguientes:

Región Sanitaria I: Hospital "Ángela Iglesia de Llano" de la ciudad de Corrientes.

Región Sanitaria II: Hospital "María Auxiliadora" de la ciudad de Saladas.

Región Sanitaria III: Hospital Zonal "Dr. Camilo Muniaguirria" de la ciudad de Goya.

Región Sanitaria IV: Hospital "Dr. Fernando M. Irastorza" de la ciudad de Curuzú Cuatiá.

Región Sanitaria V: Hospital "San Juan Bautista" de la ciudad de Santo Tomé.

Art. 17º: La categorización que los establecimientos de salud que integren cada región Sanitaria establezca el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes solo podrá ser modificada cada cuatro años y exclusivamente en función de fundados criterios estadísticos y sanitarios.

Art 18º: Cada Región Sanitaria estará a cargo de un funcionario nombrado y removido por el Poder Ejecutivo con el título de Coordinador Regional, el cual tendrá jerarquía de Director de Hospitales y dependencia jerárquica y funcional del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes. Sus

funciones y obligaciones serán reglamentadas por Decreto del Poder Ejecutivo provincial, como así también todo los aspectos que sobre esta cuestión no se encuentren previstos en esta ley.

TITULO IV

SUB-SECTOR ESTATAL DE SALUD

CAPITULO I. DEFINICION Y OBJETIVOS.

Art. 19°: El subsector estatal de la Provincia de Corrientes está integrado por todos los recursos de salud dependientes del Gobierno de la Provincia por medio de los cuales se planifican, ejecutan, coordinan, fiscalizan y controlan planes, programas y acciones destinados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, sean ellas asistenciales directas, de diagnóstico y tratamiento, de investigación y docencia, de medicina veterinaria vinculada a la salud humana, de producción, de fiscalización y control.

Art. 20°: Son objetivos del subsector estatal de salud:

- (a) Contribuir a la disminución de los desequilibrios sociales, mediante el acceso universal y la equidad en la atención de la salud, dando prioridad a las acciones dirigidas a la población más vulnerable y a las causas de morbimortalidad y reductibles.
- (b) Desarrollar políticas sanitarias centradas en la familia para la promoción comunitaria de herramientas que contribuyan a disminuir la morbimortalidad materno-infantil, promover la lactancia en el primer año de vida, generar condiciones adecuadas de nutrición.
- (c) Desarrollar políticas integrales de prevención y asistencia frente al VIH / SIDA, adicciones, violencia urbana, violencia familiar y todos aquellos problemas que surjan de la vigilancia epidemiológica y socio-sanitaria.
- (d) Desarrollar la atención integrada de los servicios e integral con otros sectores.
- (e) Reconocer y desarrollar la interdisciplina en salud.
- (f) Jerarquizar la participación de la comunidad en todas las instancias contribuyendo a la formulación de la política sanitaria, la gestión de los servicios y del control de las acciones.
- (g) Asegurar la calidad de la atención en los servicios.
- (h) Organizar los servicios por redes y niveles de atención, estableciendo y garantizando la capacidad de resolución correspondiente a cada nivel.
- (i) Establecer la extensión horaria de los servicios y programas, y el desarrollo de la organización por cuidados progresivos, la internación domiciliaria, la cirugía ambulatoria y los hospitales de día, la internación prolongada sin necesidad de tecnología asistencial y demás modalidades requeridas por el avance de la tecnología de atención.
- (j) Garantizar el desarrollo de la salud laboral y de los comités de bioseguridad hospitalarios.
- (k) Establecer la creación de comités de ética en los efectores.

- (l) Garantizar la educación permanente y la capacitación en servicio, la docencia e investigación en sus servicios.
- (m) Desarrollar el presupuesto por programa con asignaciones adecuadas a las necesidades de la población.
- (n) Desarrollar una política de medicamentos, basada en la utilización de genéricos y en el uso racional que garantice calidad, eficacia, seguridad y acceso a toda la población
- (o) Instituir la historia clínica única para todos los efectores.
- (p) Desarrollar un sistema de información que permita un inmediato acceso a la historia clínica única y a la situación de cobertura de las personas que demandan servicios, garantizando la confidencialidad de los datos y la no discriminación.
- (q) Garantizar la atención integral de las personas con necesidades especiales y proveer las acciones necesarias para su rehabilitación funcional y reinserción social.
- (r) Contribuir a mejorar y preservar las condiciones sanitarias del medio ambiente.
- (s) Contribuir al cambio de los hábitos, costumbres y actitudes que afectan a la salud
- (t) Garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas a través de la información, educación, métodos y prestaciones de servicios.
- (u) Eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer en la atención de la salud.

CAPITULO 2: ORGANIZACIÓN:

Art. 21°: Organización por niveles de atención. La autoridad de aplicación debe contemplar la organización y control de las prestaciones y servicios del subsector estatal sobre la base de tres niveles de atención categorizados por capacidades de resolución.

Art. 22°: Articulación de niveles. La autoridad de aplicación garantiza la articulación de los tres niveles de atención del subsector estatal mediante un adecuado sistema de referencia y contrareferencia con desarrollo de redes de servicios, que permita la atención integrada y de óptima calidad a todas las personas.

Art. 23°: Primer nivel. El mismo comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.

Art. 24°: Son criterios de organización del primer nivel de atención:

- (a) Constituir la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención.
- (b) Coordinar e implementar en su ámbito el sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria.
- (c) Garantizar la formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales.

- (d) Realizar las acciones de promoción, prevención, atención ambulatoria, incluyendo la internación domiciliaria y todas aquellas comprendidas en el primer nivel según la capacidad de resolución establecida para cada efecto.
- (e) Promover la participación comunitaria.
- (f) Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- (g) Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades.
- (h) Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Art. 25°: El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran internación.

Art. 26°: Son criterios de organización del segundo nivel de atención:

- (a) Construir el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención.
- (b) Garantizar la atención a través de equipos multidisciplinares.
- (c) Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria.
- (d) Realizar las acciones de atención de especialidades, de internación de baja y mediana complejidad, de diagnóstico y tratamiento oportuno, de rehabilitación y todas aquellas comprendidas en el nivel y según la capacidad de resolución establecida para cada efector.
- (e) Desarrollar nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, la internación domiciliaria y el hospital de día.
- (f) Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- (g) Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades.
- (h) Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Art. 27°: El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnología son el último nivel de referencia de la red asistencial.

Art. 28°: Son criterios de organización del tercer nivel de atención:

- (a) Garantizar la óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad a través de equipos profesionales altamente especializados.
- (b) Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria.

- (c) Establecer articulaciones con los otros niveles y con otros componentes jurisdiccionales y extrajurisdiccionales del propio nivel, a fin de garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención.
- (d) Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades.
- (e) Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Art. 29°: Efectores. Definición. Los efectores son los establecimientos de salud públicos.

Art. 30°: Los efectores deben adecuar la capacidad de resolución de sus servicios a los niveles requeridos por las necesidades de las redes locales y jurisdiccionales.

Art. 31°: La autoridad de aplicación debe desarrollar la descentralización administrativa de los efectores dirigida al incremento de sus competencias institucionales en la gestión operativa, administrativo - financiera y del personal, manteniendo y fortaleciendo la integridad del sistema a través de las redes.

Art.32°: El subsector estatal de salud se organiza territorialmente en unidades de organización sanitaria denominadas regiones sanitarias, integradas cada una de ellas por Hospitales Regionales y sus áreas de influencia.

Art. 33°: Las regiones sanitarias tienen como objetivo la programación, organización y evaluación de las acciones sanitarias de sus efectores. Son dependientes funcional y jerárquicamente del Ministerio de salud.

Art.34°: Consejo de investigación de salud. Se creará un consejo de investigación de salud, como organismo de conducción y coordinación de la actividad de investigación en el sistema de salud.

Art. 35°: El consejo de investigación de salud debe organizarse bajo los siguientes lineamientos:

- (a) Propicia la investigación científica en el sistema de salud y su integración con la actividad asistencial y promueve la orientación al abordaje de los problemas de salud prioritarios.
- (b) Autoriza y fiscaliza todo plan de investigación en el subsector estatal, tomando en consideración los convenios de investigación con instituciones públicas o privadas, deberá asegurar al subsector estatal una participación en los resultados científicos y económicos.
- (c) Favorece el intercambio científico, nacional e internacional.
- (d) Otorga becas de investigación y perfeccionamiento, en el país o en el extranjero, para el desarrollo de proyectos.
- (e) Realiza convenios con organismos similares, tanto en el orden nacional como en el internacional.
- (f) Propone la creación de la carrera de investigador en salud.
- (g) Constituye una instancia de normatización y evaluación ética en investigación.

- (h) Institucionaliza la cooperación técnica con Universidades Nacionales y entidades académicas y científicas.
- (i) Promueve la creación y coordina el funcionamiento de comités de investigación en los efectores.

TITULO IV.

REGULACION Y FISCALIZACION

CAPITULO UNICO:

Art. 36°: La autoridad de aplicación ejerce la regulación y fiscalización de los subsectores de la seguridad social y privado, del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, de la acreditación de los servicios, de lo atinente a medicamentos, alimentos, tecnología sanitaria, y todo otro aspecto que incida sobre salud

Art. 37°: Subsector privado. Fiscalización. Los prestadores del subsector privado son fiscalizados y controlados por la autoridad de aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, categorización, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de Establecimientos de Salud que determine el Poder Ejecutivo Provincial.

Art. 38°: Subsector privado. Entes financiadores. Los entes privados de financiación de salud, ya sean empresas de medicina prepaga, de seguros, aseguradoras de riesgos del trabajo, de medicina laboral, mutuales y entidades análogas, deben abonar las prestaciones brindadas a sus adherentes por el subsector estatal de salud, por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación y normativas vigentes. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

Art. 39°: Seguridad social. Fiscalización. Los prestadores propios de subsector de la seguridad social son fiscalizados y controlados por la autoridad de aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de Establecimientos de Salud que determine el Poder Ejecutivo Provincial.

Art. 40°: Seguridad social. Prestaciones estatales. La seguridad social debe abonar, por las prestaciones brindadas a sus beneficiarios por el subsector estatal de salud, sin necesidad de autorización previa; por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación y normativas vigentes. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

Art. 41°: Seguridad social. Reclamos por prestaciones estatales. Los efectores del subsector estatal de salud están facultados para reclamar ante el organismo nacional correspondiente, el pago de las facturas originadas en prestaciones brindadas a los beneficiarios de las obras sociales, cumplidos los plazos y por los mecanismos que establezca la reglamentación y normativas vigentes.

Art. 42°: Padrones de beneficiarios. La autoridad de aplicación debe arbitrar todos los medios que permitan mantener actualizados los padrones de beneficiarios y adherentes de los entes financiadores de salud de cualquier naturaleza.

Art. 43°: Legislación específica. La presente Ley se complementa con legislación específica vigente y las que oportunamente se sancionen en los siguientes temas:

- (a) Ejercicio profesional.
- (b) Hospital público.
- (c) Salud mental.
- (d) Régimen marco de habilitación, categorización y acreditación de servicios.
- (e) Medicamentos y tecnología sanitaria.
- (f) Transplante de órganos y material anatómico.
- (g) Régimen regulatorio de sangre, sus componentes y hemoderivados.
- (h) Régimen regulatorio integral de alimentos en su relación con la salud.
- (i) Régimen integral de prevención de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual.
- (j) Régimen de atención integral para las personas con necesidades especiales.
- (k) Salud reproductiva y procreación responsable.
- (l) Salud escolar.
- (m) Salud laboral.
- (n) Telemática en salud.
- (o) Identificación del recién nacido.

Art. 44°: De Forma.-

Propuesta para el diseño de un tablero de comando para el sector público provincial de la salud.

(Corresponde a Actividad 2.2 y 2.3. del Plan de Actividades del proyecto)

1. Tablero de Comando. Definición y utilidades para el proceso público de toma de decisiones.

Un tablero de comando (TC) es, ante todo, un sistema de información y una metodología de toma de decisiones que son ordenados por el actor de una situación social en función de sus objetivos estratégicos.

El tablero de comando que se propone para ser aplicado a la gestión de políticas públicas en el sector salud tiene como finalidad principal el acopio, registro y clasificación de información operativa prestacional, financiera y administrativa relevante para producir escenarios y cuadros de situación en tiempo real que puedan ser aplicados al proceso estratégico de toma de decisiones de carácter gerencial por parte de los diferentes niveles de conducción del Ministerio de Salud de la Provincia de Corrientes (MSC).

Por información relevante debe entenderse una agrupación predeterminada de datos que permita dar cuenta del comportamiento de las grandes variables que inciden en el cumplimiento de la misión y las metas fijadas por la jurisdicción. En el caso específico del MSC estas variables se refieren, por ejemplo, a la cantidad de pacientes atendidos, a la población de riesgo cubierta, a las prestaciones de las unidades hospitalarias, a la asignación y ejecución de créditos presupuestarios y a los costos incurridos en la provisión.

Se define como escenario a la simulación de una situación futura – deseada o no – y los factores que inciden directa o indirectamente en su materialización.

Al hablar de Cuadro de Situación se hace referencia, en cambio, a la descripción de una situación presente y las variables principales que se hallan comprometidas y que inciden en la misma.

Por tiempo real debe entenderse la simultaneidad entre el momento en que ocurre un hecho determinado y la producción de la información o el registro que da cuenta de aquel. En este sentido, la brecha entre ambos momentos debe alcanzar el mínimo grado posible.

El proceso estratégico es la correspondencia que debiera existir entre las decisiones asumidas por la autoridad pública, las acciones implementadas y el cumplimiento de fines. En este sentido, cada decisión asumida por la conducción de la jurisdicción debe fundarse en la misión institucional que le fuera asignada y debe ser pasible de operacionalizarse en acciones concretas, las que deben – a su vez – orientarse hacia la consecución de un conjunto de metas preestablecidas. Por el contrario, no existe decisión pública si ésta no puede ser materializada o traducida en acciones u operaciones concretas.

Las decisiones gerenciales son todas aquellas resoluciones o acciones que permiten relacionar la misión institucional de un determinado organismo público con las metas u objetivos fijados por el mismo. Las decisiones tácticas, en cambio, son aquellas que se relacionan con

operaciones de impacto restringido, con tareas habituales dentro de un esquema preestablecido de división organizacional o de estructura funcional o con determinadas rutinas administrativas, estén éstas normadas o no.

2. Provisión de información

La información que provee un TC se agrupa y expresa a través de variables vinculadas con la misión institucional y las metas de una organización.

En el caso del sector salud de la provincia de Corrientes, un TC debe integrar y coordinar las siguientes utilidades o aplicaciones:

- A) Costos Medios de provisión: En función de proveer información acerca de los costos medios de cada una de las unidades de análisis definidas como sustantivas para el proceso de provisión pública de servicios de salud, por ejemplo egresos hospitalarios, pacientes atendidos, persona vacunada, funcionamiento de unidad hospitalaria (con o sin internación), etc.
- B) Programación sanitaria: Para permitir visualizar la disposición calendaria de cada una de las acciones y actividades que componen la programación anual del MSC, con el fin de detectar grados de cumplimiento y desvíos.
- C) Seguimiento de gestión: Con el fin de detectar - en forma mensual a trimestral - los grados de desvío emergentes entre los volúmenes de producción bruta terminal y metas físicas programados y ejecutados.
- D) Estadísticas: Para llevar un registro de información respecto del grado de desempeño de los diferentes servicios provistos por el MSC (variable endógena) o de la evolución de la situación general del contexto (variable exógena).

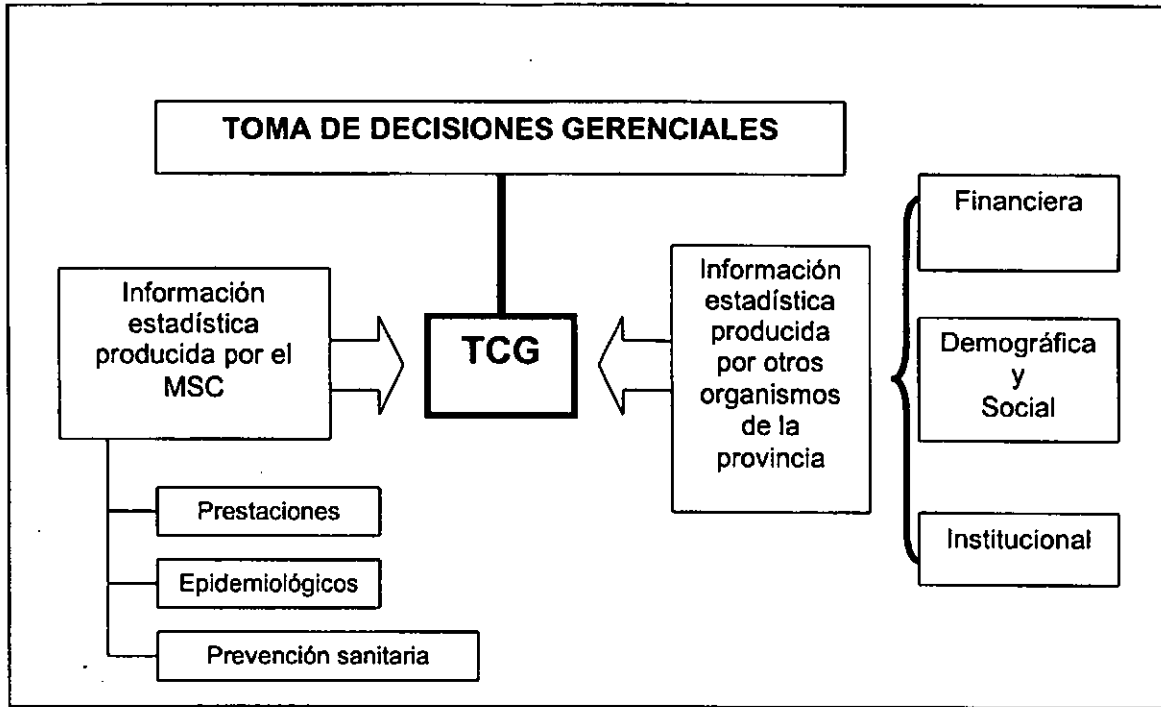
3. Relaciones con otros subsistemas de información

El TCG requiere instancias permanentes de integración con otros sistemas de información de la provincia. Al respecto señalamos las siguientes áreas de integración:

- A) Área financiera: Integración de información relacionada con la programación y la ejecución presupuestaria, la cuota financiera trimestral asignada a las unidades ejecutoras del MSC, la recaudación de las prestaciones del sistema del salud a terceros (obras sociales y otras aranceladas), el ingreso de transferencias federales con afectación específica al sector salud.
- B) Área Demográfica y social: Integración de información relacionada con la evolución de la población, necesidades básicas insatisfechas, indicadores de desarrollo humano, detección de grupos vulnerables, cobertura de la población por medio de programas sociales nacionales y provinciales, medio ambiente, obras de infraestructura social (vivienda, servicios de agua potable y cloacales, tratamiento de residuos domiciliarios e industriales etc.)

- C) Área Institucional: Integración de información relacionada la vida institucional de los municipios de la provincia y el desarrollo que éstos cumplen en la prestación local de servicios de salud.

Figura 2: Integración de la información del TCG



4. Etapas en el diseño de un TC

En el proceso de diseño e implementación de un TCG pueden enumerarse cuatro etapas básicas:

1. Definición de Diseño: Es la detección de los "nudos críticos" que permiten evaluar la eficacia, la eficiencia y la efectividad de la provisión de los servicios sanitarios. Ello permitirá definir los indicadores de desempeño y la utilidad de los mismos.
2. Arquitectura de indicadores: Es la definición, en cada nivel jerárquico, de los objetivos, las metas, los indicadores de cumplimiento y la relación que se establece entre éstos. Junto con la definición de cada indicador es necesario explicitar, además, su método de cálculo y los valores de referencia.
3. Soporte de la información: Es la definición del procedimiento a seguir para la recolección, el almacenamiento y la clasificación de los datos relevantes en función de los indicadores predeterminados. Previo al diseño e implementación de un TCG debe definirse un administrador de la información. Esta unidad administradora debe recopilar y clasificar la información recibida de otras fuentes para luego, integrarla en una aplicación informática "amigable". Asimismo, deberá implementar los diferentes niveles de acceso a la información, según lo defina el máximo nivel de decisión del MSC.
4. Operabilidad: Cada meta se expresa a través de uno o más indicadores para su medición, pero su consecución depende además de establecer un plan de acción que involucre

operaciones y recursos. El seguimiento permanente del plan de acción es lo que le permitirá a la conducción de la jurisdicción evaluar el desempeño de la misma.

5. Aplicabilidad a la gestión estratégica del sector salud de la provincia de Corrientes.

Sobre la base de la información recopilada se elaboró una matriz de indicadores de desempeño vinculada con los objetivos de política pública del Ministerio de Salud.

Estos indicadores fueron agrupados en función de cada una de las líneas estratégicas oportunamente definidas por las autoridades sanitarias de la Provincia.

La propuesta en tal sentido es la integración de la información resultante en un tablero único de comando para todo el sector salud. A la matriz que se presenta sólo resta agregarle la unidad de organización a la cual se le asignará la responsabilidad primaria en la producción y contralor de los datos y la fijación de la periodicidad requerida en los procedimientos para el registro de novedades y modificaciones detectadas.

5.1. Política pública: Conducción y planificación del gerenciamiento hospitalario

META	INDICADOR
Implementación de políticas de descentralización en derivaciones por localidad	$\frac{\text{Población derivada a Hosp. Regionales por Localidad}}{\text{Población de Hospitales Sub-regionales que requiera derivación por localidad}}$
	$\frac{\text{Población derivada a Hosp. Capital por Localidad}}{\text{Población de Hosp. Sub-regionales que requiera derivación por localidad}}$

5.2. Política Pública: Regionalización Sanitaria

META	INDICADOR
Implementar el modelo de atención en el 20% de los efectores de 1º nivel de atención de cada REGIÓN SANITARIA	$\frac{\text{Nº de efect. con modelo por Región Sanitaria}}{\text{Nº total de CAPS por Región Sanitaria}}$
Adecuar la oferta de servicios a los rechazos y a la demanda oculta observada en el 30% de los CAPS de cada región	$\frac{\text{Nº de CAPS con oferta AD/R}}{\text{Nº total de CAPS por Región Sanitaria}}$
Implementación de la política de desarrollo de los RRHH definidas (formación, reconversión, capacitación, cantidad, distribución, regulación, sobre la base de APS) en un 20% de los CAPS de cada REGIÓN SANITARIA	$\frac{\text{Nº de CAPS c/ política de Desarrollo de RRHH por RS}}{\text{Nº total de CAPS por Región sanitaria}}$
Completar los planteles básicos según perfiles definidos y necesidades en el 30% de los CAPS que conforman la red regional de servicios	$\frac{\text{Nº de CAPS con Planteles Básicos por Región Sanit.}}{\text{Nº de CAPS totales por región sanitaria}}$
Conformación de equipos Interdisciplinarios en un 20% de los CAPS de cada región sanitaria	$\frac{\text{Nº de CAPS con Equipos interdiscipl. Por RS}}{\text{Nº de CAPS totales por Región Sanitaria}}$
Georeferencia sanitaria de la población a cargo en un 20% de los CAPS	$\frac{\text{Nº de CAPS con Georeferencia}}{\text{Nº total de CAPS}}$
Implementación de actividades de Vigilancia Epidemiológica en el 30% de los centros de cada Región	$\frac{\text{Nº de CAPS con Vigil. Epidemiol. por RS}}{\text{Nº total de CAPS por RS}}$

Definición de Población a cargo nominal en el 30% de los CAPS de cada Región sanitaria	$\frac{\text{Nº de CAPS con Población Nominal po RS}}{\text{Nº total de CAPS por RS}}$
Implementación de mecanismos de búsqueda activa en el 30% de los CAPS de cada REGIÓN SANITARIA	$\frac{\text{Nº de CAPS con Búsqueda activa por RS}}{\text{Nº total de CAPS por RS}}$
Aplicación de políticas Jerarquizadas en promoción y prevención de la salud locales y regionales en el 30% de los CAPS	$\frac{\text{Nº de CAPS con Promoc. y prev. Salud po RS}}{\text{Nº total de CAPS/RS}}$
Articulación de un mínimo de 30% de los programas nacionales, provinciales y municipales a nivel operativo	Nº de programas censados por RS
Iniciar el desarrollo de la Política de Comunicación Social de cada región sanitaria	Nº de RS con Polit. de Comunic.Social implementada
Implementación de políticas de descentralización en derivaciones por localidad	$\frac{\text{Población derivada a Hosp. Regionales por Localidad}}{\text{Población de Hospitales Subregionales que requiera derivación por localidad}}$
	$\frac{\text{Población derivada a Hosp. Capital por Localidad}}{\text{Población de Hosp. Sub-regionales que requiera derivación por localidad}}$
Determinación de estándares de consumo de medicamentos por cada región sanitaria	$\frac{\text{Consumo medicamentos por Región Sanitaria}}{\text{Población Nominal a cargo, por RS}}$
Implementación de un mínimo de 30% del Programa Materno Infantil en efectores públicos	$\frac{\text{Nº de efectores c/ implementación PMI por RS}}{\text{Total efectores por RS}}$

5.3. Política Pública: Atención Primaria de la Salud

META	INDICADOR
Implementar el modelo de atención en el 20% de los efectores de primer nivel de atención de cada región sanitaria	$\frac{\text{Nº de efect. con modelo de atención por RS}}{\text{Nº total de CAPS/RS}}$
Adecuar la oferta de servicios a los rechazos y a la demanda oculta observada en el 30% de los CAPS de cada región	$\frac{\text{Nº de CAPS con OF. AD./R}}{\text{Nº total de CAPS por RS}}$
Solución de las necesidades relevadas en el 30% de los CAPS, para dotarlos de mayor capacidad de resolución	$\frac{\text{Nº de CAPS reformados}}{\text{Nº de CAPS relevados}}$
Implementación de la política de desarrollo de los RRHH definidas (formación, reconversión, capacitación, cantidad, distribución, regulación, sobre la base de APS) en un 20% de los CAPS de cada RS	$\frac{\text{Nº de CAPS c/ política de Desarrollo RRHH x RS}}{\text{Nº total de CAPS por región sanitaria}}$
Completar los planteles básicos según perfiles definidos y necesidades en el 30% de los CAPS que conforman la red regional de servicios	$\frac{\text{Nº de CAPS con Planteles básicos por RS}}{\text{Nº de CAPS totales por RS}}$
Conformación de equipos interdisciplinarios en un 20% de los CAPS de cada RS	$\frac{\text{Nº de CAPS con Equip. Interdisc. Por RS}}{\text{Nº de CAPS totales por RS}}$
Georeferencia sanitaria de la población a cargo en un 20% de los CAPS	$\frac{\text{Nº de CAPS con Georeferencia}}{\text{Nº total de CAPS}}$
Implementación de actividades de Vigilancia Epidemiológica en el 30%	Nº de CAPS con Vigil. Epidem. Por RS

de los centros de cada Región	N° total de CAPS por RS
Definición de Población a cargo nominal en el 30% de los CAPS de cada región sanitaria	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CAPS con Poblac. Nominal por RS}}{\text{N}^\circ \text{ total de CAPS por RS}}$
Implementación de mecanismos de búsqueda activa en el 30% de los CAPS de cada región sanitaria	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CAPS con Búsqueda Activa por RS}}{\text{N}^\circ \text{ total de CAPS por RS}}$
Aplicación de políticas jerarquizadas en promoción y prevención de la salud locales y regionales en el 30% de los CAPS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CAPS con Promoc y Prevenc. Salud por RS}}{\text{N}^\circ \text{ total de CAPS por RS}}$
Articulación de un mínimo de 30% de los programas nacionales, provinciales y municipales a nivel operativo	N° de programas censados por RS
Aumentar la cobertura de servicios y asegurar la prestación de servicios básicos al total de la población sin cobertura social	$\frac{\text{Población con cobertura}}{\text{Población Nominal a Cargo}}$
Extender el horario de atención en el 30% de los CAPS de cada región sanitaria, hasta las 18hs y hasta las 24 hs en CAPS seleccionados por su ubicación estratégica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CAPS con Horario extendido por RS}}{\text{N}^\circ \text{ total de CAPS por RS}}$
Identificación de suministro de medicamentos por Región sanitaria	$\frac{\text{Consumo medicamento } x \text{ por RS}}{\text{Consumo total medicamento } x}$
Determinación de estándares de consumo de medicamentos por región sanitaria	$\frac{\text{Consumo medicamento } x \text{ por RS}}{\text{Población Nominal a cargo por RS}}$
Implementación de un mínimo de 30% del Programa Materno Infantil en efectores públicos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de efectores c/ implementación PMI por RS}}{\text{Total efectores por RS}}$

5.4. Política Pública: Provisión pública de medicamentos e insumos hospitalarios

META	INDICADOR
Capacidad ociosa de Planta de Medicamentos	$\frac{\text{Producción real de Comprimidos}}{\text{Capacidad de Producción de Comprimidos}}$ $\frac{\text{Producción real de Frascos}}{\text{Capacidad de Producción/Frascos}}$
Definición de prioridades en la producción de medicamentos	$\frac{\text{Demanda medicamento } x + \text{Stock medicamentos } x}{\text{Producción total medicamento } x}$
Identificación de suministro de medicamentos por región sanitaria	$\frac{\text{Consumo medicamento } x \text{ por RS}}{\text{Consumo total medicamento } x}$
Determinación de estándares de consumo de medicamentos por región sanitaria	$\frac{\text{Consumo medicamento } x \text{ por RS}}{\text{Población Nominal a cargo por RS}}$

Propuesta para la planificación, el seguimiento y la evaluación de la gestión sanitaria en la Provincia de Corrientes.

(Corresponde a Actividad 2.2. del Plan de Actividades del proyecto)

Uno de los objetivos perseguidos durante el desarrollo de la presente investigación ha sido el de dotar a la autoridad sanitaria de la provincia de un sistema de seguimiento y control de las políticas públicas consideradas estratégicas para la provisión de un servicio de salud eficaz, eficiente y efectivo.

Definidas las principales líneas estratégicas de la gestión sanitaria, las políticas públicas prioritarias y los programas que permitirán expresar estas políticas en términos presupuestarios, los requerimientos en esta etapa del proyecto se vinculan con el diseño de un conjunto de herramientas que habrán de permitir una adecuada planificación, monitoreo y evaluación de las acciones que habrán de integrar el Plan Anual de actividades del Ministerio de Salud correntino.

En tal sentido, la determinación de las metas físicas y de las unidades de producción bruta terminal, de una metodología para el cálculo de los costos estándar de la provisión de servicios públicos de salud y la integración de éstas y otras fuentes de información con finalidad gerencial en un tablero de comando para el seguimiento de las políticas públicas en el sector han sido los elementos de trabajo sustantivos en esta etapa del proyecto.

Respecto de los tres elementos mencionados, el trabajo realizado durante el período informado consistió en definir los alcances del "producto" y su aplicabilidad a las necesidades del Ministerio de Salud de Corrientes.

En primera instancia el producto al que se hace referencia es la propuesta de un nuevo modelo de gestión para el subsector público de la salud en la provincia de Corrientes, definido éste como el conjunto de procedimientos necesarios para:

- (i) La fijación de objetivos de política pública en la provisión de servicios de salud en el territorio provincial.
- (ii) La cuantificación en términos físicos (volúmenes de producción esperados) y financieros (créditos presupuestarios asignados) para el cumplimiento de los objetivos prefijados.
- (iii) La determinación de los procesos productivos (a través de un modelo de apertura presupuestaria por programas) que se hallan implicados en la consecución de los objetivos fijados y en los resultados esperados.
- (iv) La detección temprana de desvíos entre los niveles de producción esperados y los efectivamente alcanzados para cada período.

- (v) El cálculo de los recursos implicados para el logro de los volúmenes de producción obtenidos (costos estandar de la provisión)
- (vi) La apreciación de los excesos y las carencias de los recursos oportunamente previstos para el logro de los volúmenes de producción esperados.
- (vii) El procedimiento para el relevamiento de información sustantiva para el proceso de toma de decisiones (recopilación de información gerencial)
- (viii) La integración de la información sustantiva en un sistema de seguimiento permanente de la gestión (tablero de comando)
- (ix) Evaluación ex post de las políticas implementadas y propuesta de mecanismos correctivos para los futuros ejercicios fiscales. (planificación presupuestaria plurianual)

¿Cómo se combinan todas estas variables en los términos previstos en la presente investigación?

Al respecto, se parte de la base de que existe una estrecha vinculación entre la definición de las políticas públicas, la adopción de la técnica de presupuesto por programas (PPP), el diseño de la apertura programática, la descripción de las metas físicas y producción bruta terminal, la determinación de los costos medios de los productos obtenidos y el diseño de un tablero de comando de la gestión (TC).

La definición de las políticas públicas expresa la visión estratégica que las autoridades se han formado respecto del funcionamiento del sector, pero esta visión necesita de un plan de acciones concurrentes que permitan alcanzar el logro de los objetivos predeterminados.

Dado que la concreción de estas acciones implica la afectación permanente o no de una serie de recursos (financieros, materiales, humanos y tecnológicos) la técnica de PPP aporta una metodología para el diseño de una matriz de insumo – producto que permita establecer cómo los recursos afectados generen productos que satisfagan la necesidad que ha dado origen a una determinada política pública.

La apertura presupuestaria – diseñada bajo los criterios metodológicos de la técnica de PPP – expone y vincula la red de operaciones y acciones con sus respectivas asignaciones financieras, de modo tal que sea posible identificar las acciones sustantivas de las de apoyo. Al hablar de acciones sustantivas hacemos referencia a todas aquellas que tienen un impacto directo sobre la necesidad pública, mientras que las de apoyo son todas aquellas que sirven para auxiliar a las unidades de organización a la consecución de sus objetivos.

La descripción de las metas físicas y la producción bruta terminal permite clasificar y cuantificar – en un formato similar a un catálogo - los diferentes productos obtenidos de las acciones implementadas para poder ponderar y comparar los volúmenes obtenidos con los deseados o programados.

La producción así obtenida por el sector salud puede o no cumplir con criterios de eficacia, eficiencia y efectividad.

La eficacia se refiere a la capacidad pública cumplir con las metas de producción (expresadas en volúmenes de bienes y servicios) predeterminadas.

La eficiencia tiene relación, en cambio, con la tecnología de producción y las relaciones de insumo producto, y se define como la capacidad institucional de alcanzar los mayores niveles de producto con el menor uso posible de los recursos.

Por último, la efectividad es la capacidad de satisfacer adecuadamente la demanda revelada a través de la producción alcanzada.

Respecto del criterio de eficiencia, el análisis de la optimalidad de las relaciones de insumo producto previstas en el presupuesto público requieren de la implementación de una metodología y un sistema para el cálculo de los costos estándar de la provisión pública de los servicios de salud.

El sistema público de salud se compone de una gama muy diversificada de productos y demandas, de modo que la identificación correcta de los diferentes productos permitirá conocer y ponderar el adecuado uso de los recursos implicados en cada proceso específico orientado a su obtención.

Dado que en todo proceso de la provisión pública de bienes y servicios se detectan desvíos (entre los volúmenes de producción programados y los alcanzados, entre los recursos proyectados y efectivamente utilizados, entre los gastos estimados y los incurridos) es necesario diseñar e implementar acciones correctivas.

El tablero de comando de gestión es un instrumento que permite la integración de información y la clasificación de la misma con una orientación gerencial, ambos elementos de sustantiva necesidad para facilitar el proceso de la toma de decisiones. (Ver cuadro 1)

Cuadro 1. Red de procesos de la gestión sanitaria provincial

	Proceso	Acciones	Fuente de Información	Detección de desvíos y acciones correctivas	
T A B L E R O D E C O M A N D O	Definición de Políticas Públicas	Elaboración de lineamientos	Decisiones políticas de la autoridad sanitaria	Cambios en la política sanitaria	E V A L U A C I Ó N E X P O S T
	Fijación de objetivos y metas	Elaboración de plan anual			
	Cuantificación física y financiera de los insumos necesarios y la producción esperada	Definición de Metas Físicas y Producción Bruta Terminal	Relevamiento estadístico situación sanitaria provincial	Reprogramación Física	
		Solicitud de créditos presupuestarios	Seguimiento de la ejecución presupuestaria	Programación Financiera y ajustes presupuestarios	
	Determinación de procesos productivos	Apertura programática	Relaciones de insumo producto	Análisis de eficacia de los procesos	
			Determinación de costo estándar de las prestaciones	Análisis de eficiencia de los procesos	
		Definición de las Unidades Ejecutoras	Análisis de desempeño de las unidades ejecutoras	Adecuación de la estructura orgánica funcional	
RETROALIMENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN					

Propuesta para la determinación de los costos estándares de las prestaciones sanitarias en la Provincia de Corrientes

(Corresponde a Actividad 2.4. del Plan de Actividades del proyecto)

1. Encuadre teórico

Se define como costo a todos los recursos sacrificados que son necesarios para la obtención de un bien o un servicio. El valor dado a esos costos está proporcionado por el valor de cada uno de los esfuerzos efectuados.

2. Clasificación de los costos

La clasificación de los costos resulta de una alta importancia porque de ello dependerá la información que se precisa obtener con el fin de orientar y corregir las decisiones que se tomen en materia en gestión financiera de una unidad productiva determinada.

Existen distintos tipos de clasificaciones de costos:

En función de su identificación con el producto, los costos pueden ser *directos*, cuando su identificación se realiza en forma directa a la obtención de un determinado producto, o *indirectos*, cuando están vinculados a la obtención de varios productos. En cuanto a los costos indirectos la tarea del analista es aplicar cierto criterio general que permita atribuirlos y distribuirlos a cada bien o servicio obtenido. Frecuentemente se fijan proporciones, porcentajes o cuotas de distribución de costos indirectos que se aplican a cada unidad de producto obtenido.

En función de su variabilidad respecto de la producción, los costos pueden clasificarse en *variables*, cuando los niveles de insumo varían en forma directamente proporcional a los cambios que se registran en los niveles de producción o en *fijos*, cuando los insumos permanecen constantes a pesar de las variaciones que se registren en las cantidades producidas de un bien o servicio.

Asimismo existen costos *semifijos* ó *semivARIABLES*, que son aquellos en los cuales los niveles de insumo se modifican solamente al excederse determinados niveles de producción pero que dentro de ese nivel de frontera se mantienen constantes.

Cuando se pretenden determinar los valores de los costos unitarios de un determinado bien o servicio es inverso al argumento presentado anteriormente: en el análisis de la unidad de producto los costos variables se hacen constantes, los fijos se hacen decrecientes y los semifijos se comportan de manera decreciente hasta el límite de cierto nivel de actividad y posteriormente aumentan para volver a decrecer dentro de ese nuevo nivel de producción.

3. Sistema de costos estándar y aplicabilidad al sector de la salud pública provincial.

El sistema de costo estándar consiste en establecer los costos unitarios de los bienes y servicios procesados en cada unidad ejecutora de presupuesto como paso previo a su producción.

Para efectuar este análisis hay que basarse en los métodos más eficientes de producción y relacionarlos con un volumen esperado de producción.

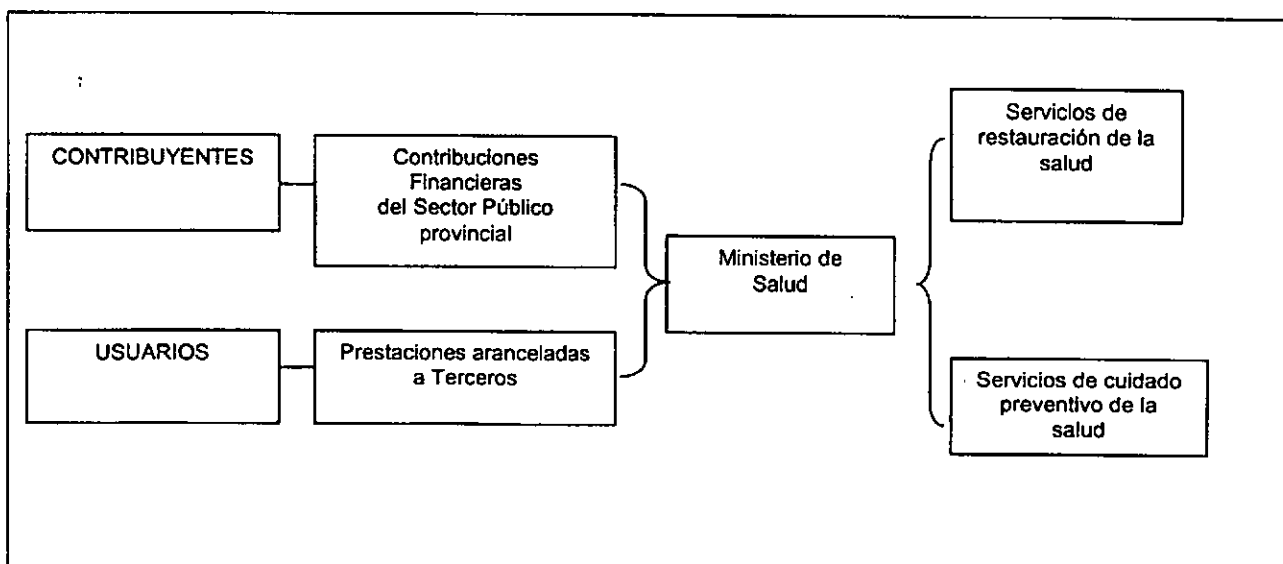
La actividad del sector público consiste, en gran medida, en la provisión de determinados bienes y servicios; proceso que se financia por medio de la recaudación tributaria o el cobro de precios, tarifas u otros ingresos abonados por los usuarios específicos, en carácter de contraprestación por los servicios percibidos.

Junto con la eficacia (capacidad de alcanzar metas prefijadas), el criterio de eficiencia constituye una condición esencial de la actividad pública. La eficiencia consiste, básicamente, en la capacidad de un organismo en alcanzar un conjunto de resultados prefijados al menor nivel de gasto posible.

Bajo este supuesto, la actividad pública debe entenderse como un conjunto de bienes y servicios pasibles de ser cuantificados, tanto en términos reales como monetarios. Se establece así una relación de insumo producto, en la cual un conjunto de recursos humanos, físicos y tecnológicos son transformados en un volumen determinado de bienes que tienen por objeto esencial la satisfacción de las demandas de los usuarios.

En el caso de la provisión de servicios de salud pública, la oferta primaria de servicios se relaciona acciones concretas para la restauración y el cuidado preventivo de la salud de la población

Figura 1. Matriz de Insumo Producto del sector salud



producto que se espera obtener por la aplicación de dichos costos.

$$Cue(x) = CT(x) / P(x)$$

Donde:

Cue = Costo unitario standard del bien x *(1)

CT(x) = Costo Total de la producción del bien x

P(x) = Unidades de producto programadas

Los costos estándar pueden clasificarse en directos, cuando los costos son exclusivamente imputables a la obtención de un determinado producto o indirectos, cuando los costos imputados corresponden a la obtención de dos o más productos.

En el caso de la oferta de servicios sanitarios, los costos directos están referidos a los costos originados por la compra de insumos (bienes de consumo) y la contratación de servicios no personales (servicios básicos, personal médico y técnico, el arrendamiento de equipos, etc.) necesarios para la provisión de cada tipo específico de bien o servicio.

Los costos indirectos, en cambio, son gastos vinculados con la operación habitual de las unidades de organización dependientes en este caso del Ministerio de Salud de Corrientes que, dadas sus características, no pueden ser imputadas a ninguna producción esperada de bienes y servicios en particular y, por ello, se prorratan entre éstos siguiendo algunos criterios predeterminados de distribución.

En el ámbito privado, estos cargos son equivalentes a aquellos que la contabilidad de costos denomina genéricamente "costos indirectos de producción", "costos hundidos" o "carga fabril".

De este modo, el Costo unitario estándar total será la resultante de la suma del Costo unitario estándar directo más el indirecto.

<p>$CueT(x) = Cue d(x) + Cue i(x)$</p> <p><u>Donde:</u></p> <p>$CmeT$ = Costo unitario estándar total del bien x</p> <p>$Cme d(x)$ = Costo unitario estándar directo del bien x</p> <p>$Cme i(x)$ = Costos Medio estándar indirecto del bien x</p>



Como se señaló anteriormente, la distribución de los costos indirecto entre cada una de las unidades de producto obtenidas requiere de la predeterminación de una serie de criterios razonables y universales. La razonabilidad radica en la necesidad de que tal distribución refleje lo más certeramente posible la incidencia del costo analizado en la obtención de un producto esperado y que, a la vez, sea lo más sencilla posible.

La universalidad, en cambio, se refiere a que una vez determinado el criterio de distribución a ser aplicado, el mismo deberá utilizarse de manera invariada frente a todos los casos similares.

En el caso de la oferta de servicios de salud existe una cantidad significativa de gastos que, como se señaló anteriormente, están vinculados con la atención de la planta de personal permanente (jerárquico, técnico profesional, administrativo y de servicios generales) y el consumo de materiales y servicios que -dados los mecanismos habituales de adquisición, acopio y registro de inventarios - difícilmente pueden ser imputados con exactitud a la obtención de un producto en particular. Ello obliga a establecer determinados criterios de distribución de estos gastos mediante un prorrateo de la masa total de erogaciones dividido por las unidades de producto obtenidas o de los centros de costo (unidades ejecutoras de presupuesto) determinados.

Así, por ejemplo, si el costo unitario estándar está referido a pacientes atendidos en unidades hospitalarias se habrá de dividir el monto total de costos indirectos por las prestaciones efectuadas. En cambio, si la unidad de análisis considerada es la unidad hospitalaria, el ecuación será costo total indirecto / hospitales.

4. Imputación del Costo Estándar Directo

Señalamos anteriormente que el costo estándar Directo es la relación existente entre el total de los costos directos y determinado volumen de producción, entendiéndose como gasto directo aquel que refiere y se identifica exclusivamente a la obtención de un determinado producto.

En la determinación de costos estándar debe consignarse como costos directos a aquellas erogaciones vinculadas con la locación de servicios técnicos y profesionales para la provisión de un servicio particular, así como la utilización de insumos (por ejemplo, medicamentos, placas radiográficas, estudios tomográficos o diagnósticos por imagen, etc.) y otros directamente imputables a la misma.

5. Dimensiones de los Costos Estándar.

A los fines de la determinación del costos estándar pueden establecerse dos grandes dimensiones de análisis: (a) Costos estándar por establecimiento y (b) Costos estándar por paciente atendido.

Cada una de éstas puede, a su vez, abrirse en tantas variables como la autoridad sanitaria defina, por ejemplo: costo por unidad hospitalaria con internación, sin internación, centro de salud, sala de primeros auxilios, centro de vacunación, o bien, pacientes discriminados por patología atendida.

La matriz de costos debe expresar los valores resultantes para cada una de las dimensiones y variables señaladas.

6. Factor de Ocupación de unidades con internación

Otra de las variables contempladas en la matriz de costos de la oferta sanitaria se refiere al factor de ocupación de las unidades de internación.

La variable "ocupación de camas" es una de las más utilizadas en el análisis de la capacidad de gestión del sector y, en el caso de las unidades con internación, constituye la frontera de posibilidades de producción de dicha unidad hospitalaria.

El factor de ocupación permite calcular el diferencial – expresado en valores relativos – entre la ocupación real de la sala de internación respecto de su capacidad instalada.

$F(x) = O(x) / CT(x)$
Donde:
F(x) = Factor de ocupación de sala

O(x) = Cantidad de pacientes internados
 CT(x) = capacidad Total de la Sala (en camas)

La cantidad total de pacientes internados surge de las planillas de relevamiento estadístico de cada centro asistencial.

El factor de ocupación tiene – a los fines de la determinación del costo medio – la importancia de mostrar la disminución del costo marginal por cada paciente adicional que concurre a determinado centro asistencial hasta el límite de la congestión de la sala, que está determinada a su vez, por la cantidad total de camas disponibles.

A mayor nivel de ocupación de la sala, menor será el costo unitario por paciente hasta el punto de la congestión de servicio provocada por la falta de disponibilidad de un mayor número de camas.

7. Tasa de desgaste

Existe un factor adicional vinculado con una ecuación de efectividad y no de eficiencia: resulta obvio señalar que en una unidad de internación, la ocupación plena de las salas dan como resultado la ecuación de costos más cercana al óptimo, no obstante que pueden producirse caídas significativas en los parámetros de calidad del servicio.

Sin embargo la ponderación de cómo afecta a la calidad de un servicio la incorporación de un paciente adicional no puede ser abordado por la técnica cuantitativa de costos sino que debe afrontarse con metodologías cualitativas de sondeos y encuestas de satisfacción al cliente, por ejemplo.

En este sentido, otro indicador que puede ser de utilidad en la evaluación de la gestión hospitalaria en establecimientos con capacidad de internación es la tasa de desgaste.

La tasa de desgaste puede definirse como la relación entre los días reales de internación de un paciente entre su ingreso y egreso de la unidad hospitalaria respecto de la cantidad de días de internación evaluados a priori como óptimos para la restauración de una determinada patología.¹ La relación obtenida expresa el grado de cumplimiento con la tasa normal prevista, la cual siempre es igual al 1.

En este sentido, si la tasa de desgaste fuera inferior a 1 ello permitiría sostener que el servicio funciona en los niveles óptimos de calidad previstos y adecuados y que la capacidad del sistema hospitalario tiene un alto grado de anticipación y respuesta terapéutica.

Por el contrario, si la tasa expresa valores superiores a 1, ello estaría reflejando un cumplimiento por debajo de la relación de prestación estándar y que ello puede originar una potencial congestión futura de la demanda.

$$t(d) = qr(x) / qi(x)$$

¹ Esta evaluación puede fundarse en una apreciación de carácter teórico o bien, casuística. Para establecer un criterio promedio fundado en casuística debe recurrirse a fuentes estadísticas que permitan determinar, para cada tipo de patología, el número de días entre la internación de un paciente y su egreso.

Donde:

$t(d)$ = Tasa de desgaste

$qr(x)$ = Cantidad de días reales de internación de un paciente con una patología x

$qi(x)$ = Cantidad de días ideales de internación de un paciente con una patología x

$t(d) = 1$; parámetro estándar

$t(d) > 1$; parámetro subóptimo

$t(d) < 1$; parámetro óptimo

8. Centros de costos

De acuerdo con la apertura presupuestaria propuesta a las autoridades provinciales, pueden establecerse un esquema integrado de centros de costos.

Previo a ello es necesario destacar que el sistema de la salud pública provincial – al igual que otros sectores de la actividad gubernamental - cuenta con dos tipos de unidades de organización: (i) unidades sustantivas y (ii) unidades de apoyo.

Definimos como unidades sustantivas a todos aquellos organismos públicos que proveen bienes y servicios que satisfacen de manera directa la demanda de una comunidad, mientras que las unidades de apoyo son aquellos organismos que proveen bienes y servicios que constituyen una producción indirecta que sirve de insumo para las unidades sustantivas.

En el caso que estamos analizando, las unidades hospitalarias (independientemente de su nivel de complejidad) son las unidades sustantivas del sector público de la salud, mientras que las restantes unidades de organización (conducción, administración, servicios estadísticos, legales y financieros) constituyen las unidades de apoyo.

De acuerdo con este criterio, la matriz de costos debe centrarse en las unidades sustantivas como principal variable de análisis. En el caso de la provincia de Corrientes, la autoridad sanitaria debe escoger entre dos alternativas para establecer la variable principal de los futuros estudios de costos: la región sanitaria o las unidades hospitalarias.

Cualquiera sea esta elección la red de centros de costos del sistema sanitario provincial podría presentar el siguiente formato:

8.1. Nomenclador de centros de costos indirectos.

Las unidades de apoyo administrativo del sistema de salud pública provincial han sido clasificadas y ordenadas de acuerdo con sus niveles de dependencia jerárquica y funcional.

Para proceder a esta tarea se han tenido en cuenta las disposiciones establecidas en el Decreto N° 250/2003, que puso en vigor la actual estructura orgánica funcional de la jurisdicción, hasta el nivel de Departamentos.

De este modo, cada unidad de organización contemplada tiene a su cargo la provisión de bienes y servicios indirectos que serán utilizados, en calidad de insumos, por las unidades sustantivas del servicio público de salud provincial. Estos servicios indirectos pueden clasificarse en los siguientes tipos:

- (a) Planeamiento estratégico del sector público de la salud. Bajo esta modalidad se agrupan las unidades de organización de conducción superior del Ministerio de Salud (unidad ministro, secretaría general y subsecretaría)
- (b) Regulación, interpretación normativa y fiscalización del sistema. Corresponde a los servicios provistos por las unidades vinculadas con la asesoría legal, la fiscalización sanitaria, de la habilitación de instituciones de provisión de la salud (pública y privada) y del ejercicio de la profesión médica y paramédica.
- (c) Elaboración de información gerencial y administrativa. Agrupa a las unidades destinadas a recopilar, clasificar y registrar información de carácter estadístico, contable, administrativo y financiero.
- (d) Servicios de Logística y abastecimiento. Es el conjunto de servicios provistos por las unidades destinadas a la procuración de insumos y equipamiento para el funcionamiento de las unidades sustantivas del sistema sanitario provincial. Se incluye en estos servicios la producción que realiza la PlaMeCor (Planta de Medicamentos de Corrientes)

De acuerdo con estos criterios, el nomenclador propuesto para los centros de costos (indirectos) del sistema público de salud de la provincia de Corrientes adopta un sistema de codificación que, como dijimos anteriormente, reproduce la cadena jerárquica y funcional prevista en el Decreto N° 250/2003. El código se compone de siete dígitos y cada uno de ellos corresponde a niveles funcionales y jerárquicos diferentes.

- Nivel 1: Jurisdicción (Ministerio)
- Nivel 2: Subjurisdicción (Subsecretaría)
- Nivel 3: Dirección General
- Nivel 4: Subdirección General
- Nivel 5: Dirección
- Nivel 6: Subdirección
- Nivel 7: Departamento

Los niveles mencionados tienen a su cargo diferentes funciones y grados de responsabilidad en funcionamiento del sistema sanitario provincial. De acuerdo con esta premisa definiremos a los niveles 1 y 2 como de decisión estratégica, los niveles 3 y 4 como de planeamiento, los niveles 5 y 6 como de decisión táctica y el nivel 7 como operacional.

Cuadro 2. Nomenclador de centros de costo indirecto del sistema de salud pública de la provincia de Corrientes.

Centro de Costos	Denominación de la unidad de organización	Rango	Nivel
1 0 0 0 0 0 0	Unidad Ministro	Cond. Superior	1
1 0 0 0 1 0 0	Unidad Ejecutora Provincial Decreto 1440/02	Dirección	5
1 0 0 0 2 0 0	Asesoría Legal Jurisdiccional	Dirección	5
1 0 0 0 2 1 0	Jurídica	Subdirección	6
1 0 0 0 2 0 1	Notificaciones	Departamento	7
1 0 0 0 2 0 2	Secretaría y Despacho	Departamento	7
1 0 0 0 2 0 3	Mesa de Entradas y Salidas	Departamento	7
1 0 0 0 2 0 4	Archivo	Departamento	7
1 0 0 0 3 0 0	Secretaría General	Dirección	5
1 0 0 0 3 1 0	Mesa de Entradas y Salidas y archivo general	Subdirección	6
1 0 0 0 3 1 1	Archivo General	Departamento	7
1 0 0 0 3 2 0	Elaboración de documentos	Subdirección	6
1 0 0 0 3 2 1	Control y verificación de documentación	Departamento	7
1 0 0 0 3 2 2	Registración y clasificación de documentos	Departamento	7
1 0 0 0 3 2 3	Secretaría y Despacho	Departamento	7
1 0 0 0 4 0 0	Medicamentos	Dirección	5
1 0 0 0 4 1 0	Técnica	Subdirección	6
1 0 0 0 4 1 1	Formulación y fundamentación científica	Departamento	7
1 0 0 0 4 1 2	Técnico y de producción	Departamento	7
1 0 0 0 4 1 3	Personal y mantenimiento	Departamento	7
1 0 0 0 4 0 1	Control de calidad	Departamento	7
1 0 0 0 4 0 2	Secretaría y Despacho	Departamento	7
1 0 0 0 0 1 0	Sistemas	Subdirección	6
1 0 0 0 0 1 1	Administración de bases de datos y soporte técn.	Departamento	7
1 0 0 0 0 1 2	Programación	Departamento	7
1 0 0 0 0 1 3	Análisis	Departamento	7
1 0 0 0 0 0 1	Secretaría Privada	Departamento	7
1 0 0 0 0 0 2	Prensa y Relaciones Públicas	Departamento	7
1 1 0 0 0 0 0	Subsecretaría de Salud Pública	Subsecretaría	2
1 1 1 0 0 0 0	Programas y Recursos Humanos	Direcc. Gral	3
1 1 1 0 1 0 0	Maternidad e Infancia	Dirección	5
1 1 1 0 1 1 0	Perinatología	Subdirección	6
1 1 1 0 1 1 1	Análisis de muerte materno neonatal	Departamento	7
1 1 1 0 1 1 2	Obstetricia	Departamento	7
1 1 1 0 1 1 3	Pediatría	Departamento	7
1 1 1 0 1 0 1	Salud Sexual y Reproductiva	Departamento	7
1 1 1 0 1 0 2	Planes nacionales maternidad e infancia	Departamento	7
1 1 1 0 2 0 0	Atención Primaria de la Salud	Dirección	5
1 1 1 0 2 1 0	Programa provincial de APS	Subdirección	6
1 1 1 0 2 1 1	Capacitación y procuración de equipamiento	Departamento	7
1 1 1 0 2 1 0	Plan Nacional de APS y Medicos Cabecera	Departamento	7
1 1 1 0 2 0 1	Supervisión de agentes sanitarios y promot.	Departamento	7
1 1 1 0 3 0 0	Recursos Humanos	Dirección	5
1 1 1 0 3 0 1	Formación y capacitación	Departamento	7
1 1 1 0 4 0 0	Programas	Dirección	5
1 1 1 0 4 1 0	Subdirección de epidemiología	Subdirección	6
1 1 1 0 4 0 1	Inmunizaciones	Departamento	7

1	1	1	0	4	0	2	Control de Enfermedades transmisibles yPVE	Departamento	7
1	1	1	0	4	0	3	Programas SIDA y ETS	Departamento	7
1	1	1	0	4	0	4	Programas nacionales diversos	Departamento	7
1	1	1	0	4	2	0	Zoonosis	Subdirección	6
1	1	1	0	4	2	1	Dengue y Fiebre Amarilla	Departamento	7
1	1	1	0	4	2	2	Chagas y Paludismo	Departamento	7
1	1	1	0	4	2	3	Rabio y control de vectores y roedores	Departamento	7
1	1	1	0	0	0	1	Secretaría y Despacho	Departamento	7
1	1	2	0	0	0	0	Promoción y Protección de la salud	Direcc. Gral	3
1	1	2	0	1	0	0	Planificación y Estadísticas	Dirección	5
1	1	2	0	1	0	1	Recepción y Carga de datos	Departamento	7
1	1	2	0	1	0	2	Análisis y producción de informes	Departamento	7
1	1	2	0	2	0	0	Saneamiento Ambiental	Dirección	5
1	1	2	0	2	0	1	Bromatología e Higiene Industrial y alimentar.	Departamento	7
1	1	2	0	2	0	2	Control de aguas y residuos patológicos	Departamento	7
1	1	2	0	2	0	3	Radiofísica sanitaria	Departamento	7
1	1	2	0	2	0	4	Sanidad ambiental e institucional	Departamento	7
1	1	2	0	3	0	0	Servicios técnicos	Dirección	5
1	1	2	0	3	0	1	Bioquímica	Departamento	7
1	1	2	0	3	0	2	Odontología	Departamento	7
1	1	2	0	3	0	3	Kinesiología y rehabilitación	Departamento	7
1	1	2	0	3	0	4	Enfermería	Departamento	7
1	1	2	0	3	0	5	Nutrición	Departamento	7
1	1	2	0	3	0	6	Asistencia Social	Departamento	7
1	1	3	0	0	0	0	Asistencial, Auditoría hospitalaria y Fisc. Sanit	Direcc. Gral	3
1	1	3	1	0	0	0	Atención de la salud	Subdir. Gral	4
1	1	3	1	1	0	0	Coordin. Establec. Salud y regiones sanitarias	Dirección	5
1	1	3	1	0	0	1	Asistencia a la comunidad	Departamento	7
1	1	3	1	0	0	2	Operativos sanitarios	Departamento	7
1	1	3	2	0	0	0	Infraestructura y equipamiento Hospitalario	Subdir. Gral	4
1	1	3	2	1	0	0	Abastecimiento y Droguería Central	Dirección	5
1	1	3	2	1	0	1	Droguería	Departamento	7
1	1	3	2	1	0	2	Abastecimiento Hospitalario	Departamento	7
1	1	3	2	0	0	1	Procuración y mantenim. Vehículos y equipam.	Departamento	7
1	1	3	2	0	0	2	Arquitectura hospitalaria	Departamento	7
1	1	3	0	1	0	0	Auditoría Hospitalaria	Dirección	5
1	1	3	0	1	1	0	Fiscalización Gestión hospitalaria	Subdirección	6
1	1	3	0	1	1	1	Recepción, carga y procesamiento de datos	Departamento	7
1	1	3	0	1	1	2	Producción de Informes	Departamento	7
1	1	3	0	1	2	0	Auditoría prestacional	Subdirección	6
1	1	3	0	1	2	1	Auditoría de normas de calidad y habilitac. Serv.	Departamento	7
1	1	3	0	2	0	0	Fiscalización Sanitaria	Dirección	5
1	1	3	0	2	1	0	Contralor ejercicio profesional y establec. Salud	Subdirección	6
1	1	3	0	2	1	1	Habilitación de estructura edilicia	Departamento	7
1	1	3	0	2	1	2	Matriculaciones y contralor ejercicio profesional	Departamento	7
1	1	3	0	2	1	3	Contralor de equipamiento y normas de calidad	Departamento	7
1	1	3	0	2	2	0	Droguerías, farmacias y botiquines	Subdirección	6
1	1	3	0	2	2	1	Inspecciones, Habilitaciones y farmacovigilancia	Departamento	7
1	1	0	0	1	0	0	Administración	Dirección	5
1	1	0	0	1	1	0	Contable	Subdirección	6
1	1	0	0	1	1	1	Deudas	Departamento	7
1	1	0	0	1	1	2	Recursos Extraordinarios	Departamento	7

1	1	0	0	1	2	0	Tesorería	Subdirección.	6
1	1	0	0	1	2	1	Sueldos	Departamento	7
1	1	0	0	1	2	2	Conciliaciones Bancarias	Departamento	7
1	1	0	0	1	3	0	Contrataciones	Subdirección.	6
1	1	0	0	1	3	1	Proveedores	Departamento	7
1	1	0	0	1	3	2	Concursos y cotizaciones	Departamento	7
1	1	0	0	1	3	3	Secretaría y Despacho	Departamento	7
1	1	0	0	1	0	1	Patrimonio	Departamento	7
1	1	0	0	1	0	2	Rendiciones	Departamento	7
1	1	0	0	1	0	3	Secretaría y Despacho	Departamento	7
1	1	0	0	2	0	0	Personal	Dirección	5
1	1	0	0	2	1	0	Registro y Contralor	Subdirección	6
1	1	0	0	2	1	1	Legajos	Departamento	7
1	1	0	0	2	1	2	Certificaciones	Departamento	7
1	1	0	0	2	1	3	Gestoría y auditoría externa e interna liq. Y retenc.	Departamento	7
1	1	0	0	2	0	1	Licencias e inasistencias	Departamento	7
1	1	0	0	2	0	2	Liquidaciones	Departamento	7
1	1	0	0	2	0	3	Servicios Generales	Departamento	7
1	1	0	0	2	0	4	Secretaría y Despacho	Departamento	7
1	1	0	0	3	0	0	Emergencias sanitarias	Dirección	5
1	1	0	0	3	1	0	Asistencial	Subdirección	6
1	1	0	0	3	1	1	Emergencias sanitarias	Departamento	7
1	1	0	0	3	1	2	Contingencias y catástrofes	Departamento	7
1	1	0	0	3	0	1	Administrativo y mantenimiento	Departamento	7
1	1	0	0	3	0	2	Comunicaciones, asesoramiento y prevención	Departamento	7
1	1	0	0	3	0	3	Secretaría y Despacho	Departamento	7

8.2. Nomenclador de Centros de costo directo

En cuanto a la clasificación de las unidades sustantivas – aquellas que tienen a su cargo la directa satisfacción de la demanda revelada por la población objetivo – el sistema de codificación utilizado prevé la identificación de la región sanitaria y del establecimiento de salud específico al que se hace referencia.

En este sentido, el primer dígito corresponde a la región sanitaria, el segundo a identificar si se trata de un hospital central de referencia provincial, el tercer dígito se utiliza para los hospitales de cabecera de cada región y el cuarto identifica al establecimiento asistencial específico. A este sistema de codificación puede agregarse un quinto dígito que identifique la ubicación geográfica en el que dicho establecimiento se encuentra.

Cuadro 3. Nomenclador de centros de costo directos del sistema de salud pública de la provincia de Corrientes.

Centro de Costos	Denominación institucional	Ubicación Geográfica
1 1 0 1	Pediátrico "Juan Pablo II"	Capital
1 1 0 2	Escuela "J.F. San Martín"	Capital

1	1	0	3	"J.R. Vidal"	Capital
1	0	1	0	"Angela Iglesia Llano"	Capital
1	0	0	1	Geriátrico de agudos	Capital
1	0	0	2	Psiquiátrico "San Francisco de Asís"	Capital
1	0	0	3	"San Vicente de Paul"	Gral Paz
1	0	0	4	"Lomas de Vallejos"	Lomas de Vallejos
1	0	0	5	"Ntra. Señora de Itatí"	Itatí
1	0	0	6	"E. Cicconeti"	Paso de la Patria
1	0	0	7	Psiquiátrico "E. Ramirez"	San Luis del Palmar
1	0	0	8	"J.R. Vidal"	San Miguel
2	0	1	0	"María Auxiliadora"	Saladas
2	0	0	1	Bella Vista	Bella Vista
2	0	0	2	"San Antonio"	Mburucuyá
2	0	0	3	San Roque	San Roque
3	0	1	0	"Camilo Muniagurria"	Goya
3	0	0	1	"San Roque"	Esquina
4	0	1	0	"Dr. Fernando Irastorza"	Curuzú Cuatiá
4	0	0	1	"De las Mercedes"	Mercedes
4	0	0	2	"S.W. Robinson"	Monte Caseros
4	0	0	3	"Santa Rosa"	Sauce
5	0	1	0	"San Juan Bautista"	Santo Tomé
5	0	0	1	"R. Billingurs"	Ituzaingó
5	0	0	2	"Dr. Sussini"	Virasoro