



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Biblioteca "Alfredo L. Palacios"



Planificación de los recursos financieros en la salud pública urbana: el caso de la Ciudad de Buenos Aires

Baigorria, Luisa

1988

Cita APA: Baigorria, L. (1988). Planificación de los recursos financieros en la salud pública urbana: el caso de la Ciudad de Buenos Aires.

Buenos Aires : Universidad de Buenos Aires.

Facultad de Ciencias Económicas. Escuela de Estudios de Posgrado

Este documento forma parte de la colección de tesis de posgrado de la Biblioteca Central "Alfredo L. Palacios". Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente.

Fuente: Biblioteca Digital de la Facultad de Ciencias Económicas - Universidad de Buenos Aires



BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD
Prof. Dr. J. B....

ELABORADO EN
1988
IAS DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Maestría en Administración Pública

TESIS DE MAESTRÍA

Planificación de los Recursos Financieros en la Salud Pública Urbana: El caso de la Ciudad de Buenos Aires

Autor: Lic. Luisa BAIGORRIA

\

Tutor: Mario DAMILL

INDICE

	pag.
Introducción.....	1
Oferta y demanda de servicios de salud pública.....	7
Un cuadro de situación.....	25
Planificación y desempeño.....	53
Bibliografía.....	62

BIBLIOTECA DE CONSULTA
MEDICINA Y ODONTOLOGIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
CORDOBA, ARGENTINA

Introducción

Este trabajo es el resultado de un requerimiento planteado por la Dirección de Finanzas de la Secretaría de Economía de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, donde se está encarando un proceso de reforma del proceso presupuestario, dentro de un marco más amplio de descentralización administrativa.

La finalidad de dichas reformas es lograr una mejor compatibilización entre las necesidades y las disponibilidades materiales y financieras. (Las necesidades surgen a partir de la previsión de erogaciones que plantean las distintas jurisdicciones: Salud Pública, Obras y Servicios Públicos, Educación, Cultura, etc. Las disponibilidades surgen de la proyección de flujos de ingresos tributarios, gravámenes inmobiliarios, patentes y otros que recauda la Municipalidad.)

Para lograr esta compatibilización se debe organizar, a partir de la formulación del presupuesto, un buen sistema de coordinación de la ejecución presupuestaria, que en definitiva tiene su expresión en la producción de bienes y servicios que permitan cumplir con los objetivos y metas previstos, en función de las políticas de salud, educación, servicios públicos, etc. de la Comuna.

Ejecutar el presupuesto significa:

- La adquisición de insumos
- La utilización de insumos
- La producción de bienes y servicios

Para que la ejecución presupuestaria pueda ser llevada a cabo en forma descentralizada, que sea a la vez eficaz y eficiente, se hace necesario una labor de dirección, que según la normativa le corresponde a la Dirección General de Finanzas, en estrecha relación de coordinación con las unidades responsables de los

.//. 2 - Planificación de los recursos...

sistemas administrativos, de compras, personal, fondos, contables y estadísticos.

Es a partir de esta circunstancia que en la Dirección de Finanzas se plantea la necesidad de avanzar sobre el proceso de coordinación de la ejecución presupuestaria, implantando un sistema de programación de la ejecución, es decir, la periodificación de los flujos de ingresos, de las realizaciones de metas y volúmenes de trabajo, así como de los requerimientos de recursos humanos, servicios, materiales y equipos y los correspondientes créditos presupuestarios.

El objetivo de esta programación de la ejecución, es que las distintas reparticiones puedan determinar con mayor precisión las acciones a desarrollar y los recursos reales que requerirán durante cada uno de los subperíodos del ejercicio presupuestario, y a la vez, ajustar dichas necesidades a las posibilidades reales, tanto financieras como de abastecimiento material.

Con el fin de determinar el grado de aplicabilidad de la propuesta, se decidió realizar un relevamiento en el área específica de Salud Pública, que permitiera a partir de la descripción de la situación, inferir cuáles serían las dificultades a superar para establecer una programación de la ejecución en ese sector, que reflejara la realidad.

En un primer momento, se establecieron contactos con los funcionarios que, dentro de la Dirección de Finanzas, se ocupan de la administración presupuestaria de cada jurisdicción (en este caso, de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente -SSPyMA).

.//.

.//. 3 - Planificación de los recursos...

Luego se realizaron dos seminarios-talleres con personal de la Dirección de Finanzas, sobre "La programación de la ejecución presupuestaria", donde se discutieron algunos aspectos relacionados con las etapas del Gasto¹ a considerar en la ejecución, los mecanismos para asegurar su implementación y los plazos para su introducción. En estos seminarios y en posteriores entrevistas, se pudo observar la actitud (escéptica) de los funcionarios involucrados, frente a la propuesta.

En esta etapa, se obtuvo información sobre la apertura programática del presupuesto del área de Salud de la Municipalidad. Posteriormente, se comenzó una serie de entrevistas en la SSPyMA en la Dirección de Abastecimiento Sanitario (donde se realiza la administración presupuestaria) y en la Dirección de Programación y en la Dirección de Control de Gestión y Auditoría y en la Dirección General Técnico-Administrativa, de la cual dependen las anteriores. En cada una de estas áreas se solicitó:

1. Información cualitativa (descripción de sistemas de información, grado de descentralización percibida, principales dificultades emergentes, impacto de las innovaciones en la gestión administrativa, etc).
2. Información cuantitativa (estadística):
 - Evolución del Presupuesto - recursos y gastos
 - Datos de oferta de servicios de salud
 - Datos sobre demanda de servicios de salud.

¹ Las etapas del Gasto en proceso presupuestario son:

- El compromiso preventivo: reserva del crédito presupuestario por parte de la jurisdicción.
- El compromiso provisorio: en donde se origina un compromiso legal de pago.
- El compromiso definitivo: en donde se registra la obligación firme de pago,

.//. 4 - Planificación de los recursos...

Con información de la Subsecretaría de Planeamiento de la Municipalidad y la Dirección de Contaduría de la Secretaría de Economía se armó una serie histórica de Gastos y Recursos (ejecución presupuestaria y créditos sancionados, respectivamente) que, contrastados con los datos manejados por la propia Secretaría de Salud Pública, ponen en evidencia una de las restricciones que enfrenta la reforma del proceso presupuestario: la falta de homogeneidad en la información que manejan las distintas áreas.

En la SSPyMA se manejan datos de afectaciones preventivas de los créditos presupuestarios, mientras que en las otras reparticiones se registran las afectaciones provisorias. Según las manifestaciones de los funcionarios entrevistados, en general, las afectaciones preventivas no coinciden con las afectaciones provisorias, por lo que las relaciones que se puedan establecer entre los guarismos (a fin de evaluar el desempeño de ejercicios anteriores) varían según la fuente de la información. A modo de ejemplo, se detallan a continuación los datos registrados sobre Recursos en los últimos dos años disponibles, según la fuente.

Año	CRÉDITO SANCIONADO		Variación %
	según SSPyMA en miles de \$.-	según Contaduría	
1985	91.831	82.361	11,5
1986	141.157	162.860	- 13,3

Se observa que en el primer año (1985) hubo desafectaciones en las partidas presupuestarias, que explican la causa por la que los datos de la segunda columna (afectaciones provisorias) son inferiores a la primera (afectaciones preventivas). En

1 (Cont.)
es decir, que se sabe la fecha exacta en la que se debe producir la cancelación de la deuda.

.//. 5 - Planificación de los recursos...

el segundo año, la situación se invierte: el monto superior en la segunda columna indica que hubo ampliación en las partidas presupuestarias en el curso del ejercicio. Cabe recordar que la etapa del registro provisorio es posterior a la del preventivo y, en tal sentido, debe ser considerado más representativo de la situación financiera real.

Por lo tanto, para el análisis de evolución histórica de los recursos y gastos se optó por trabajar con los guarismos registrados fuera del ámbito de la SSPyMA.

Con respecto a los datos obtenidos sobre personal que se desempeña en el ámbito de la SSPyMA, se pueden señalar dos fuentes: la misma Secretaría y la Dirección General de Personal de la MCBA. La información brindada por estas dos fuentes, a diferencia de la situación planteada en el caso de los datos financieros, no resultó ser incompatible, sino más bien complementaria.

Paralelamente, se realizó un relevamiento bibliográfico respecto de la temática de la administración municipal, la salud pública urbana y sus características, las alternativas de su financiación y racionalización de costos.

A partir de la información acumulada, se intentará abordar el tema de la planificación financiera en los servicios de salud de la ciudad de Buenos Aires. En la primera sección, se realizará una breve descripción de las características de la oferta y la demanda de servicios de salud pública, en particular de la ciudad de Buenos Aires. En la segunda sección, a través de un análisis diacrónico (a través del tiempo) y sincrónico (estado actual) se ofrecerá una descripción de la situación financiera/real de esa oferta de servicios de salud, su evolución histórica, las tendencias que se perfilan y algunas conclusiones preliminares.

.//.

.//. 6 - Planificación de los recursos...

En la tercera sección, se abordará el tema de las diversas alternativas que se pueden adoptar para mejorar el desempeño, no sólo desde el punto de vista de la planificación, sino también en cuanto a los servicios brindados.

OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

En el "mercado" de los servicios de salud, a diferencia de la mayoría de los bienes y servicios, el proveedor es quien, en gran medida, determina la demanda. En varios estudios (Evans, 1974), se ha observado una relación causal particular: un mayor número de cirujanos en una región o país da lugar a una tasa más alta de operaciones quirúrgicas; una proporción más alta de camas de hospital en relación a la población produce una tasa más alta de utilización de hospitales.

Más aún, a medida que se acentúa la especialización, sobre todo en áreas urbanas, en algunas prestaciones la demanda adquiere características de "clientela cautiva" en el sentido de que no puede optar entre alternativas de oferta. (La mujer embarazada y el niño no son atendidos por el médico "familiar" clínico, sino que deben ser atendidos por un obstetra y un pediatra, respectivamente).

En lugar de una oferta integrada de servicios, se observa una creciente fragmentación, tendencia reforzada por la combinación de avance tecnológico y especialización que, a su vez, se potencian mutuamente (Pannenberg, 1984).

Esta situación es el resultado del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1984), de desarrollo preponderantemente urbano, que tuvo su auge hasta la década del '60, cuando entra en crisis al emerger nuevos hechos y cuestiones sociales que superan ampliamente la eficacia médica convencional: la desnutrición relacionada con factores socioeconómicos, la enfermedad mental y la patología social, las enfermedades laborales y la desocupación, la contaminación ambiental.

.//. 8 - Planificación de los recursos...

El criterio médico tradicional, ante los problemas de la salud y la enfermedad, ha consistido en subrayar el papel de agentes causales únicos: en el pasado, se le dió poca importancia, en la génesis de la enfermedad, al papel del medio ambiente y a los factores emocionales personales. Este criterio, extendido a la utilización de los servicios de salud pública, ha contribuido a subrayar el papel de la enfermedad definida biológicamente, restando importancia a los factores psicológicos, sociales y culturales (por ej.: las reacciones emotivas, la vivienda insalubre y el hábito de fumar).

Así, tradicionalmente se observa una muy baja priorización en cuanto a asignaciones de recursos públicos en áreas como desarrollo del medio ambiente (medicina sanitaria) y salud mental.

El Modelo Médico, tal como se desarrolló en el ámbito urbano presentó las siguientes características:

- . Mercantilización de la práctica médica
- . Concentración monopólica (estatal y/o privada)
- . Dos modalidades básicas de oferta de servicios: consultorio privado y el hospital público (con la creación de servicios diferenciados, según el nivel socioeconómico del paciente).
- . Especialización y complejización de la oferta
- . Aumento de la medicalización
- . Desarrollo de la industria y comercialización de medicamentos y equipo de salud, con la incorporación (muchas veces acrítica) de tecnologías muy avanzadas (Belmartino, 1984).
- . A nivel ideológico y por parte de la demanda, se observa una actitud de particici

.//.

././ 10 - Planificación de los recursos...

- . educación sobre los principales problemas de salud y su prevención
- . programas de abastecimiento de agua y saneamiento básico
- . prevención y lucha contra las enfermedades endémicas
- . suministro de medicamentos esenciales
- . tratamiento apropiado para enfermedades y traumatismos comunes.

Como se observa, el nuevo modelo tiene un sesgo hacia los servicios de carácter masivo, que alcance el mayor número de habitantes posibles. Los nuevos determinantes en la demanda de servicios de Salud Pública son:

- . la democratización del acceso
- . cambios en el perfil demográfico y en el espectro de las enfermedades
- . el entorno físico-social
- . el progreso de las tecnologías científicas/sanitarias.

Con respecto al primer determinante, cabe señalar que uno de los factores principales que contribuye a los progresos observados en cuanto a la equidad, se basa, fundamentalmente, en la difusión masiva de información sobre temas relacionados con prevención y aspectos básicos (por ej.: la importancia de los programas de vacunación y la técnica de la terapia de rehabilitación oral).

En cuanto al perfil demográfico, cabe señalar que un cambio en las tendencias, por ejemplo, el envejecimiento de la población y la baja en la tasa de natalidad, por un lado, reduce los requerimientos de atención materno-infantil y, por otro lado, puede significar un incremento de las enfermedades crónicas, debido a la prolongación de la vida de los sectores más viejos de la población (Pannenberg, 1984).

La emergencia de otros problemas de salud, tales como el alcoholismo, la drogadic

././

./../. 11. - Planificación de los recursos...

ción y el SIDA, también actúan sobre el nivel de la demanda.

LA OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Analizando la evolución demográfica según los censos de 1960 (2.966.634 hab.), 1970 (2.972.453 hab.) y 1980 (2.922.829 hab.), se puede afirmar que no hay crecimiento en la población de la Ciudad de Buenos Aires y que, en la última década, existe una leve disminución en el total de habitantes.

En el último censo (1980), se detectaron 231.872 habitantes con necesidades básicas insatisfechas, lo cual representa un 8% del total de habitantes de la ciudad. Este sector marginal constituye la principal fuente de demanda potencial de los servicios de salud municipales.

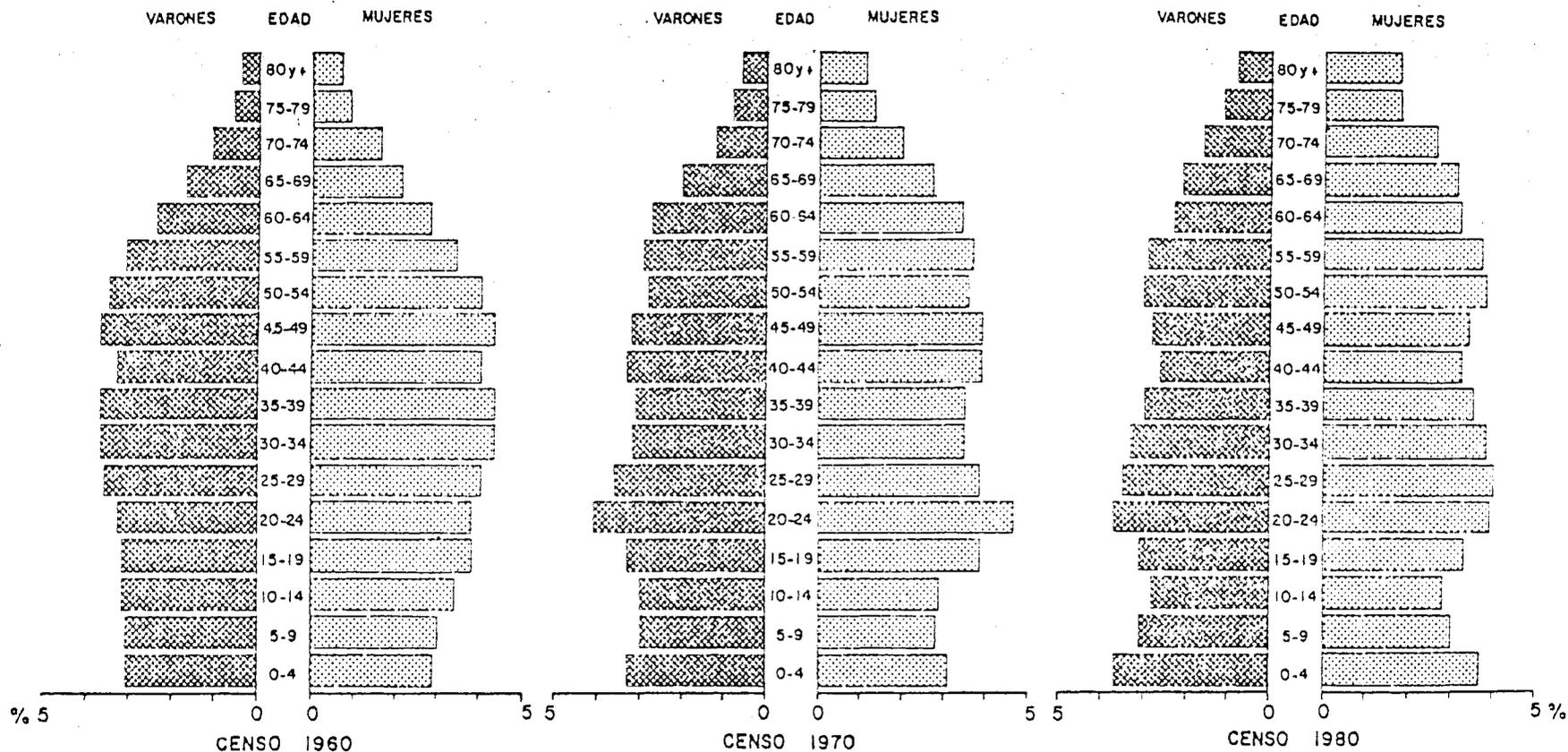
La estructura poblacional por edad y sexo en 1960, 1970 y 1980 muestra un crecimiento simultáneo de los grupos infantiles, menores de 15 años (leve, de 18,7% a 19,1%) y (más acentuado) del de 65 años y más (de 9,1% a 14,9%), con la lógica reducción porcentual de los grupos intermedios. Esto significa que la población puede caracterizarse como en vías de envejecimiento (Bozzole, 1987).

CAPITAL FEDERAL

EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA POBLACIONAL POR EDAD Y SEXO, EN 1960, 1970 Y 1980



12 - Planificación de los recursos...



TOTAL	Grandes Grupos de Edad		
	0-14	15-64	65 y +
100.0	18.7	72.2	9.1

TOTAL	Grandes Grupos de Edad		
	0-14	15-64	65 y +
100.0	18.1	70.2	11.7

TOTAL	Grandes Grupos de Edad		
	0-14	15-64	65 y +
100.0	19.1	66.0	14.9

///. 13 - Planificación de los recursos ...

A partir de la "Encuesta de Utilización de Servicios y Gasto en Atención Médica", Área Metropolitana, realizada por el Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente para los años 1969 y 1980, se puede realizar una aproximación más acabada de las tendencias que se han manifestado en la década de 1970, y los impactos en la estructura de la demanda de servicios de salud.

Entre la encuesta anterior (1969) y la última (1980), se observa una importante extensión en la cobertura de seguro médico: la proporción de beneficiarios de obras sociales duplica largamente la registrada en 1969, como resultado del avance de la legislación previsional que se registra en esa época. Además, la desaparición de las respuestas "tipo desconocido" y "no sabe - no responde" refleja la concientización por parte de la población de la condición de cobertura.

CAPITAL FEDERAL

POBLACION ENCUESTADA SEGUN TIPO DE COBERTURA

(%)

Cobertura	1969 area metropoli tana	1980
Obra social	24,9	56,0
Doble obra social	-	4,0
U.S. y Prepago privado	1,8	6,0
Prepago privado	17,7	13,0
Otros multiples	-	0,1
Tipo desconocido	1,1	-
TOTAL COBERTURA	45,5	79,1
Sin cobertura	52,6	20,9
no sabe- no responde	1,9	-
	100,0 (N 6409)	100,0 (N 2930)

Fuente: Encuesta de Utilización de servicios y Gasto en Atención Médica
Min. de Salud Pública y M. Ambiente, 1982

Esta extensión de la cobertura se operó en todos los tramos de ingreso y en forma relativamente pareja, por lo tanto, se mantiene el patrón detectado en 1969 de menor ingreso-menor cobertura.

Ingreso y cobertura (%) - CAPITAL FEDERAL -1980-		
Nivel de ingreso familiar	población total	Población cubierta
I modesto	19,8	67,3
II intermedio	58,8	82,6
III de holgura s.i	15,0 <u>6,4</u>	85,2 <u>-</u>
TOTAL	100,0	79,1

Fuente: Encuesta de Utilización de Servicios y Gasto de Atención Médica, Min. de Salud Pública y Medio Ambiente, 1982.

././ 15 - Planificación de los recursos...

Estos datos aportan elementos para evaluar las tendencias que se pueden perfilar en cuanto a la magnitud de la demanda de servicios en los hospitales municipales. Por un lado, se puede suponer que la mayor parte de la población no cubierta se atiende en los hospitales públicos, sobre todo los sectores de menores recursos (según la encuesta citada, en 1980 el 71% de los encuestados internados sin cobertura se atendieron en un hospital público).

Por otra parte, el aumento en la cobertura, en particular en el caso de los sectores de menores ingresos, ha incidido en la conformación de la demanda global de los servicios de salud urbanos, tanto en las consultas médicas, como en internación y utilización de servicios de laboratorio, se observa una disminución en la utilización de los servicios públicos y un aumento correlativo en el uso de opciones alternativas (privada y obra social).

UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD - CAPITAL FEDERAL

Consultas		Internaciones		Uso laboratorio		
1969'	1980	1969'	1980	1969'	1980	
Hospital Publico	18,7	11,9	39,9	18,4	17,8	12,8
Estab.Obra social	15,3	19,9	8,1	} 81,6	} 82,2	} 87,2
Otros	<u>66,0</u>	<u>60,2</u>	<u>52,0</u>			
	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	
' Area metropolitana						

Fuente: elaboración propia en base a datos de la "Encuesta..."

Además, cabe señalar que, al extenderse la modalidad de cobertura por obra social,

././

.//. 16 - Planificación de los recursos...

se han registrado, en el ámbito público, convenios entre los establecimientos hospitalarios municipales y algunas obras sociales, por lo que en la actualidad debe distinguirse entre el sector público en cuanto financiador y en cuanto lugar de atención.

En resumen, la extensión del sistema de cobertura médica en la población de la ciudad de Buenos Aires, a partir de la década del 70 habría tenido, como consecuencia, un menor uso por parte de la población local de los servicios de Salud Pública.

Por otra parte, es necesario señalar que la demanda de los servicios de salud municipales de ninguna manera surge exclusivamente de los habitantes de la ciudad. En efecto, una importante proporción de usuarios proviene del conurbano bonaerense y, en menor medida, del resto de la provincia de Buenos Aires y del interior del país.

INTERNACION SEGUN PROCEDENCIA

Procedencia	1983	1984	1985	1986
CAP.FED.	45,1	43,5	43,9	43,6
Pcia Bs As				
conurbano	50,1	51,4	51,5	51,9
otros partidos	1,3	1,9	1,4	1,1
Otras Pcias	2,3	2,4	2,2	2,3
Sin especificar	0,6	0,8	1,0	1,0

Fuente: Dep. Estadística, Dirección de Planificación - SSPyMA.

PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIOS EXTERNOS SEGUN PROCEDENCIA (%)

Periodos	Capital Federal	Conurbano	Resto BsAs	Otras Pcias
1985 27/31 may	59,3	38,9	0,7	1,1
7/11 oct	60,1	37,5	1,3	1,1
1986 12/16 may	59,6	38,1	1,1	1,2
27/31 oct	59,1	38,9	0,8	1,5
1987 11/15 may	60,1	37,4	0,9	1,6
19/23 oct	65,2	32,9	1,0	0,9

Fuente: Dep. Estadística, Dirección Planif. SSPyMA.

Se observa que, en los últimos años, la demanda en cuanto a internación ha mantenido una composición estable: un poco más de la mitad corresponde a usuarios procedentes del conurbano (principalmente del partido de La Matanza).

Con respecto a las consultas (atención ambulatoria), se observa una mayor utilización relativa por parte de los habitantes de la ciudad de Buenos Aires: alrededor del 60% de los pacientes atendidos en consultorios externos proceden de la misma ciudad, mientras que el grueso del 40% restante proviene de partidos del conurbano (también principalmente de La Matanza).

Demanda de los conurbanos 2,1

PROPORCIÓN DE INTERNACION Y CONSULTAS EXTERNAS PRODUCIDAS POR PACIENTES QUE RESIDEN EN 19 PARTIDOS DEL GRAN BUENOS AIRES DURANTE LOS AÑOS 1985 Y 1987 EN HOSPITALES DE LA MCBA. (x)

HOSPITALES	% de INTERNA CIÓN respec to al total de c/Hospit.	% de consultas externas res pecto al total de c/Hospital.	Procedencia: INTERNACION Y Consultas según Parti dos dominantes.
ELIZALDE	77,7	65,2	Quilmes-Quilmes
TORNU	69,8	31,8	La Matanza-Gral.S.Martín
PENNA	69,4	46,6	Lanús-L.de Zamora
MUÑIZ	67,5	43,9	La Matanza-La Matanza
SANTOJANNI	67,4	50,9	La Matanza-La Matanza
SARDA	65,0	67,4	L.de Zamor-L. de Zamora
ZUBIZARRETA	56,8	51,6	3 de Febr.-Gral.Sarmiento
GUTIERREZ	56,8	45,6	La Matanza-La Matanza
QUEMADOS	55,2	47,0	La Matanza-La Matanza
V.SARFIELD	54,7	42,4	3 de Febr.-La Matanza
ONCOLOGIA	51,2	39,8	La Matanza-La Matanza
ALVAREZ	43,9	29,2	La Matanza-La Matanza
FERNANDEZ	42,0	16,7	Gral.Sarm.-Gral.Sarmiento
ROCCA	41,2	39,1	La Matanza-Gral.Sarmiento
ARGERICH	40,5	40,2	Avellaneda-Avellaneda
PIÑERO	40,3	16,9	G.S.Martín-La Matanza
PIROVANO	39,0	27,7	G.S.Martín-G.S.Martín
RAMOS MEJIA	33,9	24,3	La Matanza-La Matanza
ALVEAR	32,5	32,1	La Matanza-3 de Febrero
DURAND	29,8	18,4	La Matanza-La Matanza
T O T A L :	51,5	37,4	

Fuente: Dirección de Planificación, Dirección de Estadística.

Elaborado por la DGTA-SSPMA/MCBA en Mayo de 1988.

(x) Las internaciones corresponden al año 1985 y las consultas externas pertenecen a una muestra obtenida en la semana del 11 al 15 de mayo de 1987.

.//. 19 - Planificación de los recursos...

Por el lado de la oferta de servicios de salud, se puede comenzar señalando que el sistema de salud municipal cuenta con 21 hospitales (14 generales y 7 especializados) y 14 Centros de Salud, distribuidos por la ciudad. El personal que se desempeña en dichos centros asistenciales asciende a 18.318 (en 1987), de los cuales 32,4% corresponde a profesionales de la carrera médica hospitalaria (médicos, odontólogos, bioquímicos, farmacéuticos, etc.), mientras que un 26,8% corresponde a personal de enfermería. El resto del personal realiza tareas de apoyo: técnico, administrativo, mantenimiento, etc.

El total de camas disponibles en el sistema de salud municipal oscila, a partir de 1980, en alrededor de 6.000 camas, con un porcentaje de ocupación que varía entre el 79% (1980 y 1983) y 73% (en 1986). Esta disponibilidad de camas implica un nivel de internación (medido en egresos¹) que actualmente (1987) es similar al registrado en 1980, luego de haber descendido en un 5,3% entre 1980 y 1983. El promedio de permanencia muestra una tendencia declinante, habiendo sido de 12,4 días en 1980, ubicándose en 11,4 días en la actualidad.

¹ "egreso: es la salida del establecimiento de un paciente internado. Un egreso implica siempre la conclusión del período de internación y desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta o defunción." Programación de Actividades en Establecimientos Hospitalarios, Min. de Salud Pública, 1972.

.//.

INTERNACION

Año	camas disponibles (numero)	camas ocupadas %	promedio permanencia	EGRESOS
1980	6 205	79,5	12,4	145 430
1981	6 091	75,0	12,2	136 141
1982	6 007	76,9	12,3	137 439
1983	6 031	78,9	12,6	137 711
1984	6 134	76,0	s.d.	141 042
1985	6 312	74,3	11,8	145 087
1986	6 109	73,2	11,4	143 336
1987	6 894	76,1	s.d.	144 481

Fuente: Dep. de Estadística- Dir. de Planif. SSPyMA

Es necesario aclarar que estas cifras son globales y no tienen en cuenta las características propias de cada especialidad, ya que por ejemplo, no es lo mismo la estadía promedio en un hospital de rehabilitación que en un hospital de agudos.

Con respecto a la atención ambulatoria, se observa un aumento continuo en las consultas hasta 1984, a partir del cual se produce un estancamiento. En la relación consultas/egresos, se observa un sesgo en favor de la atención ambulatoria.

ATENCIÓN AMBULATORIA

Año	Consultas	Consultas/Egresos
1980	3 963 761	27,3
1981	3 968 174	29,1
1982	4 165 498	30,3
1983	4 633 974	33,6
1984	5 335 207	37,8
1985	5 280 918	36,4
1986	5 109 105	35,6
1987	5 257 107	36,3

Fuente: Direcc. Planif. - SSPyMA.

LA ASIGNACION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS.

En general, en el mundo el sector de la salud se caracteriza por la gran brecha que se ha desarrollado entre objetivos y realidad en la asignación del gasto público. Entre las prioridades fijadas en los planes y las prioridades en el desembolso de los fondos puede llegar a haber una contradicción casi absoluta. Si la estimación de los gastos futuros no es acertada, las demandas que se articulen serán atendidas en forma improvisada y, muchas veces, las necesidades de los sectores marginales seguirán desatendidas porque los recursos se asignan con preferencia a los sectores mejor atendidos, con un nivel de tecnología que es imposible financiar para todos (Mach-Abel-Smith, 1983).

Ante todo, un plan sobre costos proyectados debería poder financiarse mediante fuentes de financiación elegidas, fuentes perfectamente identificadas que sean aceptables desde el punto de vista político. La prueba definitiva de su viabilidad es el éxito en la ejecución de lo planificado.

Existe un consenso generalizado de que los presupuestos públicos están demasiado sesgados hacia los servicios hospitalarios (con la resultante ponderación de los servicios curativos en detrimento de los preventivos). Además, muchas veces las políticas públicas aplicadas al sector son cambiantes, particularmente con respecto a la magnitud de las asignaciones en salud en relación a los demás sectores.

También existe una tendencia universal de aumentar los presupuestos de salud pública a medida que el progreso económico lleva a un aumento en el ingreso per capita.

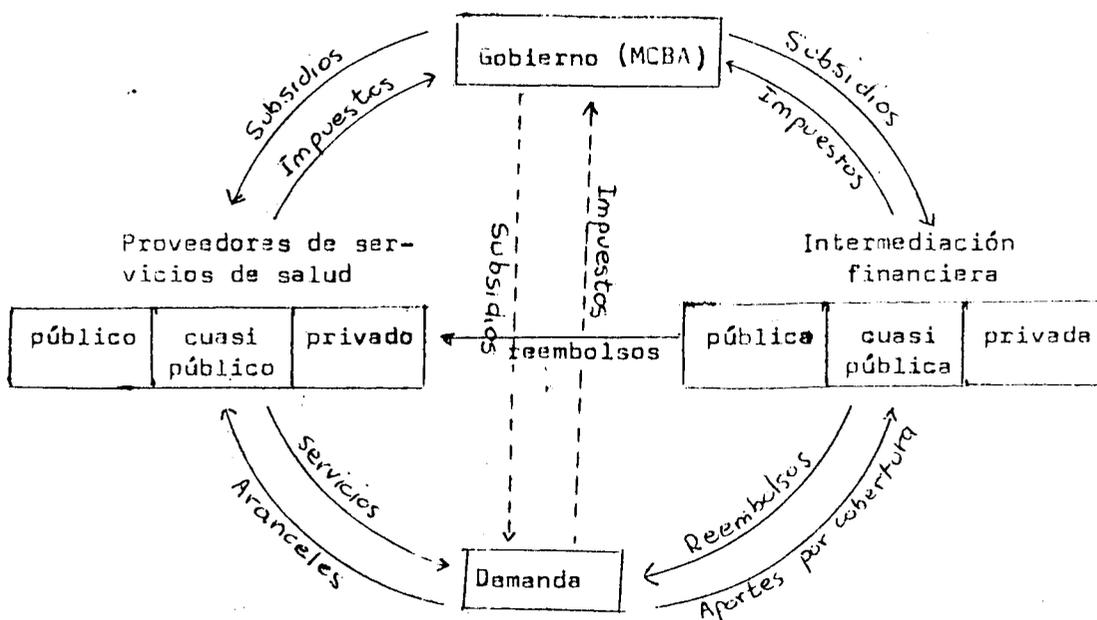
Acción...

pero al mismo tiempo, aumentan las presiones para incrementar la tasa de inver-

././ 22 - planificación de los recursos...

sión en otros sectores, para acelerar el crecimiento futuro. Entonces, en las de-
cisiones sobre políticas alternativas se debe ponderar a la salud no sólo como
un bien de consumo, sino también como un factor que contribuye a la capacidad
productiva de la población (de Ferranti, 1985).

En el caso de la ciudad de Buenos Aires, la complejización gradual del sistema de
salud pública, implica una ampliación en el rango de las opciones de políticas a
adoptar. El siguiente modelo intenta describir las articulaciones y los flujos de
fondos entre proveedores, demandantes y la intermediación financiera.



Fuente: adaptado de "Paying...", de David de Ferranti, 1985.

En este esquema se hace la distinción entre la Salud Pública municipal como
proveedora de servicios y como fuente de recursos financieros, a través de subsi-
dios a proveedores, tanto públicos como privados. La forma que adoptan los subsi-
dios es la siguiente:

- . asignaciones directas a través del presupuesto
- . contratación de servicios

././ 23 - Planificación de los recursos...

- . reducción en costos de insumos, tales como en precios de medicamentos, sueldos del personal, etc.
- . a través de los criterios de distribución (que pueden ser: según la cantidad de servicios que ofrece el hospital, o según los niveles per cápita que el establecimiento debe atender).

Tanto el tipo de subsidio, como los criterios de asignación tendrán impactos relevantes en cuanto a la equidad y la eficiencia del sistema. El modelo desarrollado pretende poner en evidencia las articulaciones sobre los cuales potencialmente es posible actuar. Las alternativas de financiación aparecen en los múltiples puntos de acceso al sistema, y no se reducen simplemente a la asignación de una partida presupuestaria. En este esquema, la Municipalidad puede actuar sobre:

- . la facturación de los servicios en sus tres alternativas:
 - por cuenta del presupuesto público
 - por cuenta del usuario
 - por cuenta de Obra Social
- . la estructura de los subsidios públicos, discriminando en favor de determinados sectores (tanto públicos como privados)
- . el nivel del gasto público:
 - en términos relativos (respecto de otros sectores)
 - en términos absolutos (incrementando o disminuyendo los gastos globales).
- . la eficiencia en el uso de los recursos disponibles, por ejemplo, mejorando la asignación de recursos y desarrollando y fortaleciendo los aspectos administrativos.
- . la composición organizacional del Sector, por ejemplo, alterando la combinación público/privado a través de la privatización de algunos servicios periféricos.
- . el nivel de actividades complementarias de otros sectores, por ejemplo, expandiendo la inversión en educación o en obras sanitarias en lugar de, o al mismo

.//. 24 - Planificación de los recursos...

tiempo que se amplíen los servicios de salud.

. la reorientación de objetivos según las restricciones en los recursos, por ejemplo: reduciendo metas en cuanto a construcción de nuevos establecimientos (de Ferranti; Mach y Abel Smith, 1983).

Este listado no pretende ser exhaustivo, aunque sí pretende señalar las alternativas más relevantes. Además, se debe tener presente que los costos en salud difícilmente puedan ser ajustados en el corto plazo, particularmente, en lo que se refiere a gasto en personal (que es la principal erogación del sector). Y una disminución relativamente pequeña en las asignaciones presupuestarias de los insumos variables (tales como drogas y medicamentos) puede tener un enorme impacto en la calidad del servicio.

En tal sentido, aunque los datos globales ofrezcan un panorama positivo en cuanto a cantidad de servicios ofrecidos, en épocas de recesión o de restricción presupuestaria, los impactos en términos de calidad pueden ser más fuertes para el sector de salud, que los ajustes presupuestarios aplicados en otros sectores.

En la siguiente sección, se describirá la situación económico-financiera de los servicios de salud pública de la ciudad de Buenos Aires, tal como se desarrolló a partir de 1980. El análisis de las tendencias históricas más el aporte de opiniones de los actores involucrados en el proceso de asignación de los recursos, permitiría armar un cuadro de la situación actual, para luego poder avanzar sobre cuestiones relacionadas con la contención de gastos, mejoras en el rendimiento y en la calidad de los servicios.

.//.

PLANIFICACION DE LAS FINANZAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES -UN CUADRO DE SITUACION-

INTRODUCCION A LA PROBLEMATICA

El presupuesto de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente (SSP y MA) de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires asciende, para el Ejercicio 1988 a * 653,8 millones. Representa el 17,9% del Presupuesto total de la Municipalidad (* 3.653,2 millones). Está conformado por 14 programas que cubren amplios aspectos relacionados con la salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires, incluyendo áreas vinculadas con el medio ambiente, como ser el programa de Control de Zoonosis (cuya unidad ejecutora es el Instituto Pasteur).

- PRESUPUESTO 1988 -

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA Y MEDIO AMBIENTE

<u>PROGRAMA</u>	<u>UNIDAD EJECUTORA</u>	<u>TOTAL *</u>
1 Actividades centrales de la SSP y MA	Secretaría y Subsecretaría de Salud Pública	90.933.663.-
2 Control Zoonosis	Instituto Pasteur	2.348.388.-
3 Atención ambulatoria des concentrada	Centros de Salud	10.542.453.-
4 Materno-Infanto-Juvenil	Hospitales Municipales	28.131.296.-
5 Clínico-Quirúrgico	Hospitales Municipales	89.290.881.-
6 Urgencia y Cuidados intensivos	Hospitales Municipales	74.181.913.-
7 Rehabilitación integral	Hospitales Municipales	7.450.630.-
8 Salud Mental	Hospital Alvear	7.417.689.-
9 Salud Bucal	Hospital de Odontología	1.522.000.-
10 Investigación y Docencia	Dirección de Capacitación Profesional y Técnica	28.004.827.-
11 Actividades Comunes a Programas 1 al 10	Hospital y Dirección Técnico-Administrat.	252.909.151.-
12 Proyectos Comunes a Programas 1 al 10	Secretaría de Salud Pública	32.800.000.-
13 Desarrollo de Areas Programáticas	Dirección Gral. de Organ. y Coord. de SA ^{IV} .	2.190.000.-

.//. 26 - Planificación de los recursos...

<u>PROGRAMA</u> (Cont.)	<u>UNIDAD EJECUTORA</u> (Cont.)	<u>TOTAL</u> ★ (Cont.)
14 Descentralización Administrativa	Dirección Técnica Administrativa	1.070.000.-
15 Cuenta Especial	Secretaría y Subsecretaría	25.000.000.-

El grueso del Presupuesto está dirigido a programas que ofrecen bienes y servicios sanitarios a la comunidad directa o indirectamente (un total de ★ 557 millones, que representa el 85% de los recursos presupuestarios); mientras que los programas de apoyo (Actividades Centrales de SSP y MA, Desarrollo de áreas programáticas y Descentralización Administrativa) absorben una parte menor del presupuesto (15%).

Con respecto a la distribución de responsabilidades, cabe señalar que el proceso de descentralización que se está llevando a cabo en el ámbito municipal, ha resultado hasta el momento, en una reasignación de responsabilidades hacia los Hospitales y Centros de Salud.

Así se observa que en ocho de los catorce programas que se manejan en esta jurisdicción, la unidad ejecutora (que es la responsable del programa, su formulación e implementación) es un centro asistencial (Hospital o Centro de Salud), o un conjunto de hospitales que comparten un programa; incluso el de mayor envergadura (Actividades Comunes a Programas de Asistencia Directa), es de competencia de los hospitales y la Dirección Técnico-Administrativa en forma conjunta.

Es importante señalar la intervención de las comisiones médicas que funcionan en la Dirección Técnico-Administrativa, que actúan como consejeros sobre las diferentes especialidades y subespecialidades médicas, y constituyen, de esa manera, el nexo coordinador entre los requerimientos técnicos del área sanitaria y las disponibilidades administrativas y financieras.

.//. 27 - Planificación de los recursos...

Los programas de asistencia directa (y cuya responsabilidad es de los mismos centros asistenciales) son:

PROGRAMA	MUNTO ASIGNADO en millones de *	% DEL PRESUPUESTO
Atención ambulatoria desconcentrada.	10,5	1,6
Materno-Infanto-Juvenil.	28,1	4,3
Clinico-quirúrgico	89,3	13,7
Urgencias y Unidades intensivas.	74,2	11,3
Rehabilitación integral	7,5	1,1
Salud Mental	7,4	1,1
Salud Bucal	1,5	0,2

Fuente: Dirección de Finanzas.

Desde el punto de vista del tipo de atención ofrecida, es evidente la importancia relativa que tienen los servicios curativos en relación a los preventivos (atención primaria de la salud). Las actividades relacionadas con la atención primaria de la salud, absorben un 18,1% de los recursos asignados.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD		
RELACION CON USUARIO	PROGRAMA	MONTO ASIGNADO miles de \$
DIRECTA	. Atención ambulatoria des- concentrada.	10.542,5
	. Materno-Infanto-Juvenil.	28.131,3
	. Rehabilitación Integral.	7.450,6
	. Salud Mental.	1.522,0
INDIRECTA	. Salud Bucal.	
	. Control Zoonosis.	2.340,4
	. Investigación y docencia.	28.004,8
	. Proyectos comunes (1) a programas 1 al 10.	<u>32.800,0</u>
a) TOTAL		118.217,3
b) PRESUPUESTO		653.792,9
	a/b	18,1

(1) Mantenimiento y refacción de la planta física.

Fuente: Dirección de Finanzas.

Es decir que un 80% de los recursos de Salud Pública municipal, están asignados a los servicios asistenciales de tipo curativos y a las actividades administrativas, por lo que el comportamiento de los gastos en esos sectores determinará, en gran medida, el comportamiento del gasto global en salud. Desde este punto de vista, la correcta determinación de los costos y de la eficacia de los servicios curativos y la racionalización administrativa son prioritarios.

Además de los recursos presupuestarios convencionales (de origen tributario) en los últimos años, los servicios de salud pública de la Ciudad de Buenos Aires han incorporado una nueva fuente: los aportes que las obras sociales hacen a los hospitales en pago de prestaciones que dichos establecimientos ofrecen a los afiliados. En 1987, la MCBA concertó un total de 116 convenios con obras sociales.

.//. 29 - Planificación de los recursos...

Estos fondos se manejan a través de una Cuenta Especial, que para 1988 cuenta con un crédito presupuestario de ★ 25 millones.

La Cuenta Especial funciona en forma descentralizada como un sistema de coparticipación y se le va asignando crédito según ingresan los recursos.

A pesar del avance en la descentralización en la administración financiera de los recursos que significa en teoría, el manejo de la Cuenta Especial por parte de cada hospital, sin embargo, se observa un bajo nivel de ejecución de la partida.

CUENTA ESPECIAL		
al 31-12-1987		
(en A corrientes)		
ASIGNADO	EJECUTADO (al 31-12-87)	%
16.470.939	8.065.098	48,6

Fuente: Memoria de la SSP y MA - 1987.

Este bajo nivel de ejecución no responde a una racionalidad económica, ya que el objetivo básico de un presupuesto debería ser la concreción de lo planificado y, por lo tanto, de las metas de gasto pre-fijadas.

En una encuesta sobre suministro de víveres, (Lajcha, 1978) se destaca que el sistema se ha agilizado con la implantación de la Cuenta Especial descentralizada, aunque se señala la lentitud del "trámite extrahospitalario".

Esta situación es aún más crítica en el caso del rubro provisiones para hospitales.

PROVISIONES/HOSPITALES	
Ejercicio 1987 (al 31-12-87)	
	EJECUTADO/RECIBIDO (%)
Consumo	28,4
Servicio	35,3
Equipamiento	33,4
Inversiones administrativas	34,9

Fuente: Memoria 1987 - SSP y MA.

Se pone en evidencia que una proporción importante de las asignaciones presupuestarias no llegan a transformarse (directa o indirectamente) en bienes y servicios, tal como fuera planificado.

Estas deficiencias en la administración financiera se deben, principalmente, a la centralización en el manejo de los recursos (según la Memoria 1987 de la SSP y MA, el 90% del presupuesto se manejó a nivel central de la Municipalidad). Así, se registra una notable lentitud en la autorización, aprobación y tramitación de

././. 31 - Planificación de los recursos...

las licitaciones.

En la encuesta citada (Lajcha, 1987), realizada en 15 hospitales municipales, el 63% de los jefes contables y el 86% de los jefes de alimentación coincidieron en que el pago efectuado en forma centralizada (a través de Tesorería Gral.) es lento, y éllo provoca la falta de oferentes en las licitaciones públicas y un aumento en licitaciones desiertas.

El 85% de los encuestados respondieron que una solución a estos inconvenientes sería la privatización del servicio de comidas (lo cual constituye un ejemplo de lo que en el sector se denomina "privatización periférica", es decir, de ciertos servicios específicos).

Cabe señalar, que los retrasos también afectan negativamente la asignación de re cursos en otro sentido: ante la demora en los pagos, los proveedores se benefician por la aplicación de una indexación a los montos adeudados en concepto de "mayores costos", además de aplicar los intereses punitivos correspondientes por mora.

(Según estimaciones de funcionarios de la SSP y MA, los mayores costos absorben un 35% del total de los recursos).

A partir de esta situación, se puede inferir que el proceso presupuestario, des de la misma planificación, pasando por la coordinación de la ejecución, el con trol y la evaluación, se enfrenta con serios inconvenientes, provocados principalmente por dos causas fundamentales: la inflación generalizada que afecta a to do el país, con las distorsiones que va ocasionando en todos los intentos de pla nificación y la excesiva centralización que se desarrolló en la M.C.B.A., que se expresa en prácticas administrativas burocráticas que traban el funcionamiento e

././.

.//. 32 - Planificación de los recursos...

ficiente de las reparticiones, incluyendo la SSP y MA.

El siguiente estudio hace un análisis histórico de la evolución de los recursos y gastos presupuestarios, y focalizando luego la atención sobre el comportamiento de los recursos humanos, atento a que las erogaciones de personal absorben gran parte de los recursos asignados a los servicios de salud municipales.

PARTICIPACION DEL GASTO DE LA SSP Y MA EN EL TOTAL DEL GASTO DE LA M.C.B.A.

En el transcurso de esta década, la participación del gasto en servicios de salud, en el total del gasto municipal, ha oscilado entre un 15% y un 21%.

	GASTO TOTAL MCBA	GASTO EN SALUD SSP Y MA <u>miles de *</u>	% PARTICIPACION
1980	381,4	61,1	16,0
1981	696,5	106,9	15,4
1982	1.528	249,1	16,3
1983	6.147	1.322	21,5
1984	66.416	9.020	13,6 (16,a)
1985	377.266	82.361	21,8
1986	762.330	162.860	21,4

Fuente: Gasto Total: Secr. Hacienda en base a datos de MCBA.

Gasto en Salud: M.C.B.A.

Entre 1980 y 1982, el gasto en salud tuvo una participación relativamente estable, absorbiendo aproximadamente la sexta parte del presupuesto total de la ciudad. En 1983, se observa un incremento de 32% en la participación, que pasa a absorber la cuarta parte del presupuesto.

.//.

././ 33 - Planificación de los recursos...

Para el año 1984 se observa una brusca caída a 13,6%. Sin embargo, es necesario señalar que dicha participación muy probablemente no refleje la realidad, en virtud de que durante el año 1984, hasta el mes de octubre no hubo ejecución presupuestaria normal, ya que al no ser sancionado el presupuesto 84 hasta dicho mes, hubo una prórroga del presupuesto 1983. Prórroga del presupuesto significa que los gastos corrientes se financian con las partidas correspondientes del año anterior, actualizadas según el nivel de precios y no se puede realizar ningún gasto que no esté contemplado en el presupuesto prorrogado, es decir, aquéllos que se realizan por única vez (por ejemplo, equipamiento, mantenimiento, nuevos programas, etc.).

Evidentemente, la ausencia de un presupuesto sancionado en término produjo un descalabro en todo el proceso presupuestario, particularmente, en la etapa de la ejecución y de control de gestión.

Según información de la Subsecretaría de Planeamiento de la HCBA, el presupuesto ejecutado de la SSP y MA para 1984, fue de \$ 11.205.372.-, la cual representa un 16,8% del total.

Las discrepancias con información de otras fuentes surge en el gasto en Personal, que en forma agregada (para toda la Municipalidad), presentó un exceso de más de \$ 9.000.000.- que fueron convalidados en forma extrapresupuestaria.

En 1985 nuevamente se registra una recuperación de los gastos de salud, llegando se a niveles superiores a los de 1983, es decir, al momento más favorable para el sector dentro del período analizado.

En 1986 se observa que la posición relativa del área de salud se mantiene en los

././

././ 34 - Planificación de los recursos...

niveles alcanzados en años anteriores.

Para 1987 y 1988, a partir de información de la SSPyMA, que refleja la situación relativa de la jurisdicción al comienzo del ejercicio (y que, por lo tanto, es p_osible de ser modificado), la participación en el total del Presupuesto habría disminuido, pasando a 20,3% en 1987 y a 17,9% en 1988.

Participación del Presupuesto de la SSPyMA en el Presupuesto HCBA				
Presupuesto	1987		1988	
Total HCBA	1.352,2	100,0	3.653,2	100,0
Total SSPyMA	274,1	20,3	653,8	17,9

Fuente : SSPyMA

LOS RECURSOS Y GASTOS EN SALUD

Para realizar el análisis de la evolución real de los recursos y gastos en servicios de salud, se expresaron las series de presupuestos sancionados y ejecutados en australes de 1987. El índice de actualización empleado se calculó a partir del índice de precios mayoristas no agropecuario total, promedio anual. Se tomó el NA total en virtud de que los medicamentos y aparatos, que tienen un impacto relativo en los gastos de salud, tienen insumos importados.

Proyecto 1980-82

Año	RECURSOS DE LA SSP y MA	
	Presupuesto Sancionado ¹	
	(en miles de A de 1987)	
		% Var.
1980	398.778	
1981	332.626	- 16,6
1982	167.277	- 49,7
1983	172.245	2,9
1984 (corregido)	358,603	108,2
1985	352.071	- 1,8
1986	335.508	- 4,7
1987	274.124 [*]	- 18,3
1988	196.797 ^e	- 28,2

1 Ajustado al cierre del ejercicio

* Provisorio

e Estimado, con hipótesis de inflación de 250%

Fuente: elaborac. propia en base a datos de la Secretaría de Economía (Contaduría) de la MCRA.

Entre 1980 y 1982, los recursos financieros asignados a la SSP y MA se redujeron en términos reales en un 58%, registrándose en 1982 el nivel más bajo de la serie analizada.

La recuperación observada en 1983 (2,9%) es coherente con el aumento registrado en la participación del sector en el total del presupuesto (que como se recordará, pasó de 16,0% en 1980 a 21,5% en 1983).

Alta inflación

En 1984, se observa una importante recuperación de 103,2%. Esta recuperación (que es aún más notable si se tiene en cuenta que durante dicho año se registra una inflación de precios de 336,8%), coincide con la redefinición de las prioridades en las políticas públicas, sociales que se observan con el advenimiento del gobierno democrático.

A partir de 1985, sin embargo, la situación se deteriora, acentuándose para 1987. Para 1988, con una hipótesis de inflación de 250% anual, los recursos de la SSP y MA se encontrarían en uno de los niveles más bajos de la década, con un deterioro de casi el 30% respecto del año anterior.

Cuando se compara el gasto efectivamente realizado, con los recursos disponibles, se pone en evidencia la dinámica particular de la administración financiera municipal y sus falencias, que se evidencian en los desvíos que se observan entre los recursos asignados y los ejecutados.

AÑO	RECURSOS PRESUPUESTO SANCIONADO (a)	GASTOS PRESUPUESTO EJECUTADO (b)	DESVIO $\frac{b}{a} - 1$
	miles A 1987		
1980	398.778	399.516	0.2
1981	332.626	325.278	- 2.2
1982	167.277	219.673	31.3
1983	172.245	255.481	48.3
1984(1)	358.610	315.143	- 12.1
1985	352.071	291.642	- 17.7
1986	335.515	364.734	8.7
1987(*)	274.124	337.171(est.)	23.0

(1) corregido, según datos de Secretaría de Planeamiento.

(*) provisorio.

FUENTE: elab. propia en base a información de la M.C.B.A.

.//. 37 - Planificación de los recursos...

Parecería existir una cierta correlación inversa entre el nivel de los recursos disponibles y los desvíos observados. Cuando los niveles reales caen muy por debajo de los niveles históricos, hay una tendencia al déficit, mientras que cuando los recursos se recuperan en términos reales, se observa una baja ejecución presupuestaria.

Esto indicaría que existe una cierta inflexibilidad en el gasto del sector. Tomando una medida de dispersión del gasto en relación a la media de la serie (coeficiente de variabilidad relativa, $\frac{\sigma}{\bar{x}}$)¹, se observa que el coeficiente es menor en el caso de los gastos que en el de los recursos.

Periodo 1980-1987

	RECURSOS	GASTOS
\bar{x}	298 906	313 580
$\frac{\sigma}{\bar{x}}$	27,19%	17,23%

¹ \bar{x} es la media aritmética, es decir, un indicador de la tendencia central

σ (desvío estándar) es un indicador de dispersión de las medias individuales respecto de la media aritmética de la serie. Su expresión matemática es:

en donde n = nº de casos

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{n}}$$

x = valor que asumen las variables en cada año de la serie analizada

.//.

... 30 - Planificación de los recursos...

... 35 - Planificación de los recursos...

Estos resultados refuerzan el concepto de que, en el período analizado, el comportamiento del gasto ha sido más rígido que el de los recursos. También se observa, en el período en cuestión, los gastos, en promedio, han superado a los recursos.

En virtud de esto, teniendo en cuenta el índice de inflación (124%) y de que los recursos han disminuido por dos años consecutivos en forma importante, para 1987 es dable esperar que los gastos realizados superen en un 20% a 25% los recursos asignados, ubicándose en alrededor de los \$ 340 millones.

Al analizar la evolución del gasto en recursos humanos, se encuentra, en gran medida, la explicación de estos desvíos entre los recursos y los gastos totales, habida cuenta de que este rubro insume gran parte del presupuesto.

RECURSOS HUMANOS

	SANCIONADO(1) a miles de \$ de 1987	EJECUTADO b de 1987	$\frac{b}{a} - 1$	EJECUTADO TOTAL SANCIONADO TOTAL
1980	302.780	312.415	+3,2	+0,2
1981	240.155	246.511	+2,6	+2,2
1982	103.627	160.574	54,9	31,3
1983	64.109	188.633	194,2	148,3
1984(*)	222.220	233.723	+5,2	-12,4
1985	220.260	214.901	-2,5	-47,7
1986	167.673	266.211	58,8	+8,7
1987	152.361	246.134(est)	61,5	+23,0

(1) ajustado al cierre del ejercicio.

(*) corregido.

Fuente: Secretaría de Economía (Contaduría) M.C.B.A.

elaboración propia.

././39 Planificación de los recursos...

Se observa que en todos los años analizados el nivel de ejecución del rubro Personal supera el nivel de lo ejecutado en relación al presupuesto total. En los años en el que se verificó un gran excedente de gastos sobre recursos totales, es evidente que la magnitud del gasto en personal es el determinante de dicha situación.

Al analizar la composición del gasto en salud y su evolución histórica, a partir de los presupuestos sancionados, parecería que los recursos asignados a gastos en personal vienen disminuyendo en términos relativos, pasando de un 75,9% del total de recursos en 1980 a 55,6 % para el ejercicio 1987, registrándose el nivel más bajo en 1983. Según este desarrollo, habrían aumentado correlativamente los recursos asignados a bienes y servicios corrientes, de capital, transferencias y otros.

PRESUPUESTOS DE MSPyMA EN VALORES CORRIENTES

miles de A

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
TOTAL SANCIONADO	61,906	109,166	189,604	891,047	12,750,8	99.427	149.814	274.124
PERSONAL	46,320	78,962	117,495	331,866	7.901,3	62.203	74.869	152.362
%	75,9	72,2	62,3	37,2	62,0	62,6	50,0	55,6
TOTAL EJECUTADO	61,119	106,950	249,072	1322,52	11.205,3	82.361	162.900	337.171(Est)
PERSONAL	47,774	81,052	152,064	976,48	8.310,3	60.689	118.868	246.135(Est)
%	78,2	75,3	73,1	73,8	74,2	73,7	73,00	73,00

Fuente: Secretaría de Economía (Contaduría) M.C.B.A.

Sin embargo, al analizar la evolución de lo efectivamente gastado en personal, se advierte que, a pesar de la intención de los planificadores de reducir el peso del gasto en recursos humanos, en lo que va de la década no se ha logrado disminuir su incidencia por debajo del 73 %.

Esta rigidez en el comportamiento de ^{este} componente del gasto total explica los desvíos

.//. 40 - Planificación de los recursos...

que se observan entre lo ejecutado y lo presupuestado; en 1983, el gasto en personal superó en 194 % lo presupuestado, y su impacto se registra en el total del gasto, que insumió un 48,3 % por encima de lo asignado por presupuesto. En 1986 el gasto en personal excedió en un 58,6 % lo presupuestado, y correlativamente el gasto total se excede en 3,7 %.

Por lo tanto, y también contrariamente a lo planificado, a partir de 1980, las variables de ajuste en los gastos en salud han sido las otras erogaciones: bienes y servicios corrientes, de capital, etc. Si bien en este trabajo no se analiza el comportamiento de estos últimos componentes del gasto, se puede asumir, sin mucho margen de error, que los recursos que más se redujeron fueron los asignados a inversiones de capital (mantenimiento y nuevas obras).

En este sentido cabe señalar que en la actualidad, la planta física de la SSPyMA se compone de 21 establecimientos hospitalarios y 14 centros de salud.

HOSPITALES MUNICIPALES	
Antigüedad (años)	Cantidad
Hasta 30 años	1
Entre 30 y 50	3
Entre 50 y 100	14
+ de 100	3
<hr/>	<hr/>
TOTAL	21

Fuente: SSP y MA - Direcc. Técn. Admin.

Tres de estos hospitales han sido remodelados íntegramente en los últimos 10 años y cinco lo han sido en forma parcial. Sin embargo, los tres hospitales más viejos, de más de 100 años, no han sido objeto, hasta la fecha, de refacciones de envergadura. Esta situación pone en evidencia la situación crítica en que se encuentra la infraestructura hospitalaria: más del 80 % de los hospitales tienen una antigüedad de más de 50 años, y de éstos, menos del 30 % (6 establecimientos) han sido modernizados.

Vale la pena invertir?

HOSPITALES	Antigued. en Años
ARGERICH	90 (X)
DURAND	75 (XX)
FERNANDEZ	98 (X)
PIROVANO	92 (XX)
RAMOS MEJIA	105
SANTOJANNI	47 (X)
ALVAREZ	86
PENNA	59
PIÑERO	70
V. SANSFIELD	38
ZUBIZARRETA	52 (XX)
ELIZALDE	90
GUTIERREZ	112
SARDA	53
MUÑIZ	101
TORNU	83
ROCCA	61
QUEMADOS	35 (XX)
ONCOLOGIA	56
ALVEAR	80 (XX)
ODONTOLOGICO	22
T O T A L :	

FUENTE : Direccion de Planificación -Dpto.de Estadística.
Elaboración DGTA - Mayo de 1988.-

(X) Remodelados integralmente; menos de 10 años.
(XX) Remodelados parcialmente.-

RECURSOS HUMANOS.

El personal empleado en la SSPyMA asciende, en abril de 1988 a 19 542 personas, según surge de la dotación de cargos por sueldos pagados.

En el último quinquenio (1983-1987) los recursos humanos aumentaron en un 10,9%

PERSONAL SSPyMA

	1980	1983	1984	1985	1986	1987	1988 (abril)
CANTI- DAD	15.640	17.889	18.869	19.850	19.682	19834	19542
% VAR.	-	-	5,4	5,2	-0,8	0,7	-1,5

1) no incluye personal de la Administración Central; solo hospitales. Fuente: Dirección General de Personal.

Estos aumentos se dan en 1984 y 1985, ya que en los últimos tres años se observa una tendencia al estancamiento.

El personal empleado se reparte entre los establecimientos asistenciales y la Administración Central (Secretaría). En los últimos años (1986-1987) el sector "administrativo" (no hospitalario) absorbe casi el 8 % del total de lo asignado a recursos humanos, habiendo aumentado a partir de 1983, cuando sólo alcanzaba un 5,1 % del total.

DISTRIBUCION DEL PERSONAL			
	1983	1986	1987
Secretaría de S. Pública	915	442	449
Dirección General de Medio Ambiente.		613	455
Direc. Gral. de Atención Médica.		482	612
Hospitales	16.974	18.145	18.318
TOTAL	17.889	19.682	19.834
% <u>Administr.</u> Total	5,1	7,8	7,6

Fuente: Dirección General de Personal.

La planta permanente del personal, que incluye a enfermeras, técnicas y auxiliares además de administrativos, ha aumentado paulatinamente desde 1980, en cambio el personal integrante de la carrera médica hospitalaria (profesionales médicos y otros relacionados con el arte de curar) ha disminuido a partir de 1983, cuando llegó a más de 6 000 profesionales. Esta caída en el número de profesionales de la salud parecería estar compensada por el aumento observado en la cantidad de residentes y suplentes, quienes no están incluidos en la carrera médica ni en la planta permanente. Cabe señalar que los guarismos referidos a los suplentes son a diciembre de cada año, y pueden registrar oscilaciones importantes a través del año, según las necesidades, no así en el caso de los residentes, donde los cargos son más estables.

AÑO	PLANTA PERMANENTE	CARRERA MEDICA HOSPITALARIA	RESIDENTES	SUPLENTES
1983	11.941	5.948	1.047	1.154
1984	12.852	6.017	1.206	445
1985	13.809	6.041	1.312	570
1986	13.761	5.921	1.438	770
1987	13.905	5.929	1.712	1.164
1988(abril)	13.635	5.907	1.689	948

Fuente: Dirección General de Personal. M.C.B.A.

A partir de 1987, los directores de hospitales están facultados para nombrar personal, cuando así lo determinen las vacantes propias de cada hospital. A pesar de esta circunstancia, y teniendo en cuenta la generalizada opinión de que existe una escasez crítica en personal de enfermería, sin embargo, la situación no ha sido revertida, principalmente debido al bajo nivel salarial.

ENFERMERAS (1)

AÑO	TOTAL	POR TURNO
1980	3.192	1.066
1983	3.540(2)	1.180
1984	4.552	1.517
1985	4.738	1.579
1986	4.870	1.623
1987	4.904	1.635
1988 (abril)	4.814	1.605

(1) Lic. en enfermería, enfermeras, auxiliares, ayudantes.

(2) No incluye personal de conducción.

Fuente: 1980 - Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud, Min. de Salud Pública.

1983-87 - Dir. Gral. de Personal - M.C.B.A.

EL COSTO DE LOS RECURSOS HUMANOS.

El gasto en personal de servicios de salud municipales, expresado en A de 1987 por agente empleado, ha descendido en 1987 a un poco más de la mitad de lo gastado en 1980.

AÑO	A Gasto en miles A de 1987.	B (1) Personal	A/B Gasto p/capita miles de A 1987
1980	313.369	15,640	20,0
1983	188.633	18.936	10,0
1984 (2)	233.723	20.075	11,6
1985	214.921	21.162	10,2
1986	266.211	21.120	12,6
1987	246.135(est)	21.546	11,37(est)

(1) Dotación de cargos según sueldos pagados. Incluye residentes. Para el año 1980 no se incluye personal administrativo de la administración central, pero es de escasa ponderación, por lo que se ha incluido en la serie para tener una idea de la tendencia histórica.

(2) Datos corregidos en base a información de la Secretaría de Planeamiento.

Fuente: Elaboración propia.

Esto se debe a que el aumento de personal de los servicios de salud no ha sido acompañado por un aumento correlativo en los recursos financieros reales. A su vez, esta situación es la resultante de del deterioro de los salarios reales, desde el comienzo de la década del 80. Como indicador se puede tomar la evolución de las remuneraciones de la Administración Pública Central, categoría 16.

AÑO	SALARIO REAL CAT. 16 A.P.C. INDICE BASE 1983=100	% VAR.
1980	126,17	-
1981	122,19	- 3,2
1982	91,12	-25,2
1983	100,00	9,7
1984	101,74	1,7
1985	78,77	-22,6
1986	74,33	- 5,6
1987	73,38	- 1,3

Fuente: Boletín de Estadísticas Laborales, 1988
Ministerio de Trabajo y Seg. Social.

./45 - Planificación de los recursos...

Se observa que entre 1980 y 1986, el salario real cayó un 41,1 %, habiéndose registrado una leve recuperación en el período 1983-1984. La caída de 22,6 % en 1985 se registra en los meses anteriores a la implantación del Plan Austral.

Entre los sistemas empleados en la SSPyMA para morigerar esta situación, en particular para aquellos sectores más rezagados, se pueden mencionar los "mecanismos complementarios al régimen de retribución por salarios", (Memoria SSPyMA, 1987), que incluyen:

- módulos de jornada laboral en concepto de compensación por francos (para enfermeras).
- trabajo extendido (actividad crítica para anestesistas)
- horario prolongado: horas extraordinarias para personal de lavandería, mucosas y operarios de servicios.

Para 1988, según información producida directamente por los hospitales, la planta permanente de personal profesional, técnico y auxiliar suma 11 834 personas. Sumada la carrera médica hospitalaria (5907), el total de personal (sin residentes) que se desempeña en los hospitales alcanza a 17 741 personas.

- 1988 - (abril)		
Personal de la S.S.P. y M.A. (1)		
- Hospitales -		
		% participación
Médicos no comprendidos en la carrera médica	90	0,5
Enfermería(2)	5067	28,6
Serv. de Diagnóstico y tratamiento	1378	7,7
Apoyo Administr.	1986	11,2
Auxiliares de Limpieza	1511	8,5
Auxiliares de Servicios Generales	1802	10,2
Sub-total	11834	
Carrera Médica	5907	33,3
TOTAL	17741	100,0

(1) no incluye residentes, ya que estos no forman parte ni de la planta permanente, ni de la carrera médica.

(2) incluye instrumentadoras y asistentes dentales.

Fuente: DGTA - SSP y MA.

... 46 - Planificación de los recursos...

Comparando las cifras con el año anterior, ha aumentado en un 18,8 % el personal administrativo de la Secretaría y ha disminuido un 3,1 % el personal en hospitales

	1987	1988	%Variación
Nivel Central	1516	1801	18,8
Hospitales	18318	17741	-3,1
TOTAL	19834	19542	-1,5

Fuente: cálculos propios.

Más del 90 % del personal se desempeña en los hospitales. Dentro de esta categoría a su vez, aproximadamente el 60 % se ocupa de la atención directa de la salud (médicos y enfermeras). Llama la atención la preponderancia de médicos por encima del personal de enfermería, más aún si se incluyen los médicos residentes.

El análisis histórico de la relación médico-enfermera pone de manifiesto que esta situación era aún más marcada en 1980.

RELACION MEDICO/ENFERMERA (1)

1980	2,09
1983	1,97
1984	1,59
1985	1,55
1986	1,51
1987	1,56
1988 (abril)	1,62

(1) Carrera médica + residentes/enfermeras.

Fuente: Elaboración propia.

Parecería que la relación 2 enfermeras por cada 3 médicos es la distribución promedio en los establecimientos hospitalarios generalmente aceptada.

Relacionando estas dos categorías de personal (médicos y enfermeras), con el servicio brindado, también surge el sobredimensionamiento del plantel médico. Tomando el promedio de camas/días ocupadas, se puede tener un indicador de la cantidad de médicos, por un lado, y de enfermeras por otro, efectivamente afectados a un paciente internado (cama ocupada) para un día determinado.

././ 47 - Planificación de los recursos..

Año	MEDICOS (1) cama ocupada	ENFERMERAS (2) cama ocupada
1980	1,35	0,22
1983	1,47	0,25
1984	1,55	0,33
1985	1,57	0,34
1986	1,65	0,36
1987	1.70	0,37

(1) Incluye residentes

(2) Enfermeras por turno

Se observa que , en el caso de los médicos la relación es de más de un médico por por cama, con tendencia a aumentar a casi dos médicos por cama,

Con respecto a enfermeras, en 1980 cada enfermera tenía , en promedio, aproximadamente cuatro pacientes a su cargo; para 1987 esta relación ha disminuido a aproximadamente tres pacientes por enfermera (2,70).

Es necesario señalar que estos datos son globales y no tienen en cuenta las especificidades propias de cada tipo de servicio, y de cada hospital, según el tipo de atención que brinda. De todas maneras, pueden ser útiles para analizar las tendencias que se perfilan, y como indicadores de la situación real de la distribución de los recursos humanos en el área de salud de la Municipalidad, como paso previo para poder evaluar cuál sería la composición técnica óptima y su impacto real en el presupuesto.

Es evidente que estas relaciones médico/cama y enfermera/cama indicarían una buena cobertura de recursos humanos frente a la demanda de internación. También es cierto que no guardan relación con la percepción de la opinión pública en general, y de los usuarios en particular, de que existe una falta de personal en los hospitales, en especial en enfermería.

././ 41 - Planificación de los recursos..

¿Quién no ha escuchado quejas sobre la falta de enfermeras en los hospitales públicos, y la dificultad de conseguir personal idóneo?

Por otra parte, es interesante señalar, además, que la relación entre enfermeras y médicos residentes, que en 1980 era de 4:1 aproximadamente, ha descendido en la actualidad a menos de 3:1.

RELACION ENFERMERA/MEDICO RESIDENTE

1980	4,2
1983	3,4
1984	3,8
1985	3,6
1986	3,4
1987	2,9

Fuente: cálculos propios.

Es decir que se han incorporado proporcionalmente más médicos residentes que enfermeras.

Todos estos factores parecen indicar que las falencias percibidas se deben a una particular orientación de las prioridades. Cabe preguntarse entonces: ante una situación de recursos escasos, ¿qué es lo que los hospitales municipales necesitan más: enfermeras o médicos?

UN ANALISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD

La finalidad del análisis de costo-efectividad es generalmente la comparación de programas alternativos, que tienen un mismo objetivo, para identificar el más adecuado.

En este caso los "programas alternativos" serían los paquetes de gastos y servicios brindados a partir de 1980, para tratar de estimar cuál fue el que dio mejores resultados. El objetivo común sería brindar el mayor servicio al menor costo.

Como indicador de efectividad se tomaron las principales actividades de los servicios de salud, y se los sumaron como tal (como actividades) aunque en un sentido estricto no son acumulables, ya que se trata de internaciones y consultas (por internaciones se tomaron los egresos, que son los pacientes dados de alta).

ANÁLISIS DE COSTO/EFFECTIVIDAD								
PERSONAL DE SERVICIOS DE SALUD DE BUENOS AIRES								
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Costo (a)	312.415	246.511	160.574	188.633	233.723	214.901	266.211	246.13
Actividades (b)	4.109.191	4.104.315	4.302.937	4.771.685	5.476.249	5.426.005	5.242.441	5.401.588
c/Efect. (a/b)	76,0	60,1	37,3	39,5	42,7	39,6	50,3	45,6
A de 1987								
X actividad								

Fuente: cálculos propios

Los años de mejor desempeño, según este criterio, fueron los dos últimos del gobierno autoritario y, dentro del período democrático, el año 1985. En los dos primeros casos, se observa una disminución notable en el gasto (debido a la importante compresión de los salarios reales) frente a un aumento en las actividades realizadas.

Para el año 1985 también se observa una disminución en el gasto (respecto del año anterior), debido a la caída del salario real; y, por otra parte, el nivel de actividades es uno de los más elevados del período 1980-87.

En realidad, el coeficiente de costo-efectividad calculado refleja más las oscilaciones salariales que algún tipo de relación técnico-financiero. Una relación puramente técnica sería la expresada por el personal empleado en relación a las actividades realizadas, que daría una medida de productividad. En base a datos obtenidos, se calculó dicha relación para los años 1983, 1986 y 1987.

	Personal en hospitales a	Actividades (internaciones más consultas) b	Coficiente a/b x 100
1983	16.974	4.771.685	0,355
1986	18.145	5.242.441	0,346
1987	18.318	5.401.588	0,339

Fuente: cálculos propios

./../. 50 - Planificación de los recursos...

Se observa una disminución progresiva del coeficiente, lo cual indicaría un aumento de la productividad del personal hospitalario.

Sin embargo, este resultado no puede ser considerado concluyente, ya que es muy posible (y probable) que el nivel de actividad evidenciado a partir de 1984, frente a las restricciones presupuestarias y al deterioro del salario real, se ha logrado a costa de la calidad del servicio.

En un estudio realizado en 1987 (Mazzei), se plantea el hecho de que los indicadores de rendimiento de la atención médica más usualmente usados (horas médicas) no reflejan enteramente la realidad, habiendo sido desactualizados por los progresos tecnológicos y por cambios en las modalidades de atención. En dicho estudio, se hace un análisis de un indicador en particular: el de horas médicas necesarias, tanto con respecto a las consultas como con las internaciones.

Así, se observa una deficiencia en la información que se procesa respecto de la producción, ya sea por falta de registros en ciertas prácticas o por la no actualización de los indicadores y por la diferencia de horas actuales (plantel real de profesionales) que se da como resultado de la diversidad de criterios en la evaluación total de cada servicio. Por ejemplo, las horas diarias de los residentes no están incorporadas a las horas actuales de los servicios, como así tampoco las que cumplen los becarios y concurrentes.

Para determinar correctamente cuál es la mejor combinación de recursos reales y financieros sería necesario avanzar aún más en el uso de diversas técnicas de evaluación que permitan conocer bien los costos de los servicios y su efectividad y, de tal manera a su vez, poder mejorar la eficacia en la planificación de los recursos afectados a los servicios de salud.

CONCLUSIONES

- En los últimos años, la asignación de recursos presupuestarios para la salud responde más a una racionalidad política que a una técnica. Prueba de ello lo constituyen las variaciones importantes que se observan en la participación del sector en el total de recursos municipales.
- Frente a esta situación, agravada por la turbulencia provocada por la inflación, el proceso presupuestario se deteriora, a partir del propio primer paso: la pla

./../.

.//. 51 - Planificación de los recursos...

nificación y, efectivamente, se observan continuos desvíos entre lo planificado y lo ejecutado.

- Los intentos de descentralización administrativa, como parte de una reforma integral para mejorar el rendimiento de toda la gestión municipal, han avanzado en la SSP y MA en forma despareja, lográndose hasta el momento, la desconcentración de responsabilidades de ejecución, más que la efectiva descentralización de las decisiones. Existen dos áreas más rezagadas en este aspecto: personal y compras. En el caso de ésta última, se está logrando una paulatina efectivización de la descentralización aunque todavía no se perciben los resultados: los procesos siguen siendo lentos, con demoras importantes entre la licitación y la recepción y se manifiesta un bajo nivel de ejecución presupuestaria.
- Con respecto a personal, cabe señalar que su administración aún no es de competencia de la SSP y MA, sino que depende de la Dirección General de Personal de la Municipalidad. En la evolución histórica del gasto en personal, se observa que a pesar de los intentos de los planificadores de reducir su incidencia, es evidente que existen factores estructurales que condicionan dichos intentos: desde 1930, el gasto en personal ha absorbido constantemente alrededor del 73% del presupuesto de salud. Algunos de estos factores estructurales escapan al control (y la posibilidad de modificarlos en el corto plazo) del ámbito municipal, ya que son el resultado del modelo médico urbano vigente: preferencia por lo curativo antes que lo preventivo (incluso por parte del usuario), de servicios médico-intensivos, de alta especialización y complejidad tecnológica. Otros factores son de origen interno (y, por lo tanto, modificables) y se refieren a la modalidad de organización y de condiciones de trabajo de los recursos humanos.
- Ante las restricciones presupuestarias observadas en los últimos años, se puede asumir que ante un costo fijo y predominante en personal, las variables de ajuste han sido las restantes erogaciones, particularmente, en bienes de capital. Un indicador de esta situación es el estado de la planta física de los servicios de salud de la ciudad. Por lo menos en el corto plazo, por lo tanto, la planificación de los recursos reales y financieros deberían tener en cuenta estas limitaciones estructurales, particularmente, para el caso de recursos humanos.

- Los indicadores tradicionales de producción y rendimiento (consultas, egresos, camas disponibles, etc.) muestran, en general, tendencias positivas entre 1980 y 1984, a partir del cual se observa un cierto estancamiento. Otros indicadores de rendimiento (horas necesarias) no reflejarían la realidad. En virtud de los cambios que se perfilan en las necesidades de la comunidad y frente a costos crecientes de la atención médica, cabría preguntarse si no es necesario más que una actualización, una reformulación de los indicadores, de manera que se conviertan en instrumentos que permitan evaluar las alternativas que puedan surgir, pero teniendo en cuenta las contradicciones intrínsecas que existen en los objetivos de equidad, eficiencia y calidad.

Planificación y Desempeño

Recapitulando sobre lo expuesto en las secciones anteriores, se observa que los planificadores de Salud Pública de la Ciudad de Buenos Aires se desenvuelven en la actualidad en un contexto de recursos escasos, que deben competir con otros sectores por esos recursos escasos, y además se enfrentan a una escalada en los costos debido al proceso inflacionario generalizado, por un lado, y también a la dinámica propia del sector de servicios de salud.

En esta sección se proponen algunas ideas para abordar toda esta problemática que afecta a la Salud Pública urbana. Partiendo de un modelo para el análisis de las estructuras y estrategias existentes, para definir un diagnóstico de cada situación, se analizarán diversos mecanismos que contribuyan a mejorar la prestación de los servicios.

Cuando se habla de "mejorar", se deben tener en cuenta dos criterios: eficacia y eficiencia. Eficacia en términos de la concreción de los objetivos propuestos, y eficiencia en términos de la optimización en la asignación de todos los recursos involucrados (humanos, materiales y financieros), es decir la contención del gasto.

La aplicación de criterios de eficacia y eficiencia puede significar (y muchas veces ocurre) la aparición de efectos contradictorios: en el proceso de lograr los objetivos pueden aparecer factores que operan en detrimento de la óptima asignación de recursos; en forma inversa, también puede ocurrir que las medidas tendientes a la contención del gasto tengan un impacto negativo en la calidad de los servicios prestados.

Teniendo en cuenta esta circunstancia, las alternativas que se proponen apuntan a mejorar el desempeño no solo desde el punto de vista de la cantidad sino también de la calidad de los servicios.

ALTERNATIVAS PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO

Un Modelo para el Diagnóstico.

El siguiente modelo relaciona las necesidades, los recursos y la utilización. En cuanto a las necesidades, la categorización se realiza en función de la complejidad del tipo de atención médica. Así, la Necesidad Simple se corresponde con la llamada Atención Primaria de la Salud (APS), que tiene una orientación preventiva más que curativa, mientras que la Necesidad Compleja se refiere a la atención especializada, de mayor complejidad. La categoría Utilización se refiere al uso que hace de los servicios la comunidad.

Utilización	Necesidad Compleja		Necesidad Simple	
	Recursos Abundantes	Recursos Escasos	Recursos Abundantes	Recursos Escasos
ALTA	A EQUILIBRADO Asignación eficiente de recursos	B Compensatorio Alta productividad de los recursos	E Desequilibrado Utilización excesiva de recursos	F Desequilibrado Alta productividad de los recursos
BAJA	C Desequilibrado Utilización insuficiente de recursos	D Desequilibrado Inversión insuficiente en recursos	G Desequilibrado Inversión excesiva en recursos	H EQUILIBRADO Asignación eficiente de recursos

Fuente: K.L. White, Anderson y otros, 1977.

La transición a A y a H sería un ejemplo de planificación adecuada, aunque es necesario señalar que los cambios generalmente ocurren por evolución (en forma incremental), y rara vez en forma radical.

En el caso de E y F, cabe señalar que éstos son desequilibrios típicos de los sistemas de salud que tienen fuertes incentivos (en los mecanismos de financiación) que inducen a una alta ocupación de camas de hospital o del tiempo que dispone el personal profesional (caso F), o al sobreequipamiento de los centros de salud de ciertas áreas en relación a las necesidades reales, y en detrimento de los centros de salud de zonas más marginales. (caso G)

Las flechas indican las direcciones convenientes a seguir, aunque en situaciones prácticas se pueden recurrir a otras formas de transición. Para pasar de B a A se requieren aumentos de recursos, para pasar de F a H se debe recurrir a la reorientación de la demanda, educando a la comunidad para que haga mejor uso del sistema

./../. 55 - Planificación de los recursos...

de asistencia sanitaria existente. (Por ejemplo, no usar los establecimientos de referencia para casos de atención primaria).

A partir de este modelo, se podría realizar un diagnóstico de cuál es la situación real de los diferentes servicios de salud del sistema municipal.

ALTERNATIVAS DE EVALUACION

Producción vs. Productividad

En general, la evaluación del rendimiento de los servicios de salud se realiza a través del análisis de datos de producción o de productividad (eficacia o eficiencia). Ambos criterios presentan ventajas y desventajas cuando se los asocia con los costos, unos en términos absolutos (producción) y los otros en términos relativos (productividad).

Un sistema de evaluación que se apoya en la producción puede conducir a una sobreutilización de los establecimientos hospitalarios, del período de internación y, en general, de la hospitalización. Por otra parte, un sistema de evaluación que se apoya en la productividad puede producir tendencias a la excesiva selección de los casos aceptados y a un estancamiento en los estándares de medición empleados (por la resistencia a los cambios en las relaciones técnicas por parte del personal). También puede presionar sobre la calidad del servicio (al buscarse mayor producción con menores recursos). Entre las ventajas que ofrece la evaluación por productividad se puede señalar que aporta información que permite comparar costos entre hospitales que ofrecen los mismos servicios. Así, se pueden calcular los costos en relación a la estadía promedio, a la tasa de ocupación, a enfermeras por paciente, a cantidad de procedimientos quirúrgicos, al número de ingresos por día, etc. (Pannenberg, 1984).

Un método analítico que se emplea con frecuencia en investigaciones operativas, para ayudar a los encargados de la adopción de decisiones a evaluar y comparar las distintas alternativas de un plan de acción, es el análisis de costo-efectividad (Reynolds, 1986). Aunque comúnmente se lo emplea para evaluar programas ya terminados, el objetivo fundamental de este método de investigación debe ser el ayudar a los que adoptan las decisiones a decidir lo que se hará en el futuro. El análisis de costo-efectividad comprende seis etapas sucesivas:

./../.

.//. 56 - Planificación de los recursos...

- . Definición del problema y de los objetivos.
- . Identificación de las soluciones alternativas del problema.
- . Análisis de los costos de cada alternativa.
- . Análisis de la efectividad de cada alternativa.
- . Análisis de la relación entre los costos y la efectividad de cada alternativa.
- . Análisis de sensibilidad (en donde se modifican deliberadamente los factores inciertos para determinar sus efectos en las normas sobre decisiones).

Una de las principales ventajas de este tipo de análisis consiste en que, a diferencia de la técnica del costo-beneficio, los resultados no necesariamente se expresan en términos monetarios (por lo general, es difícil expresar en términos monetarios los beneficios para la salud, lo que dificulta este tipo de análisis).

En el análisis de costo-efectividad, el coeficiente se calcula dividiendo el costo de una alternativa (que, generalmente, se expresa en términos monetarios) por la efectividad de esa alternativa (que, por lo general, se expresa en términos no monetarios).

La principal limitación que presenta esta técnica es que no sirve para evaluar la validez del objetivo a lograr (el cual esté predeterminado) ni sirve para comparar programas de distinta naturaleza. Dentro de los servicios de salud, su aplicación tendría utilidad sobre todo en los programas de carácter masivo, es decir, de atención primaria de la salud, como ser, por ejemplo, en los programas de inmunización.

EJEMPLO DE APLICACION DEL ANALISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD (A C E)

Aplicaciones del A C E

Alternativas comparables

- Para evaluar programas alternativos destinados a lograr el mismo objetivo.

-Cuál es el programa mas efectivo en función de los costos para disminuir la mortalidad en la población de 0-5 años?

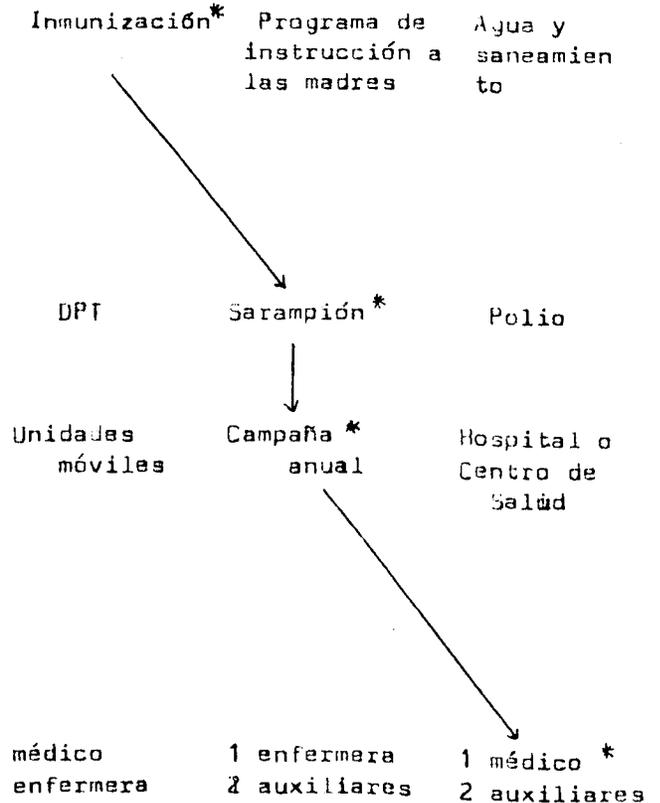
- Para evaluar medios alternativos de lograr el mismo objetivo

- Programa de inmunización más efectivo en función de los costos

- Estrategia más efectiva en función de los costos

- Para evaluar alternativas relacionadas con la magnitud, alcance y composición del programa

- Composición más efectiva de un equipo de inmunización en función de los costos



* representa la alternativa mas adecuada en función de un hipotético análisis de costo-efectividad.

Fuente: adaptado de Reynolds, Gaspari, 1986.

MEDICIÓN DE CALIDAD

Al adoptar medidas para limitar los gastos hay que tener presentes sus efectos sobre la calidad de los servicios. Por lo tanto, las medidas deben combinarse con disposiciones para influir en la modalidad de prestación de la asistencia sanitaria.

Entre las técnicas para evaluar la calidad se pueden mencionar algunas relativamente simples, como la determinación de los períodos de espera (colas en servicios ambulatorios, períodos de espera para internación), demanda insatisfecha en cuanto a medicamentos, etc. y otras más complejas como:

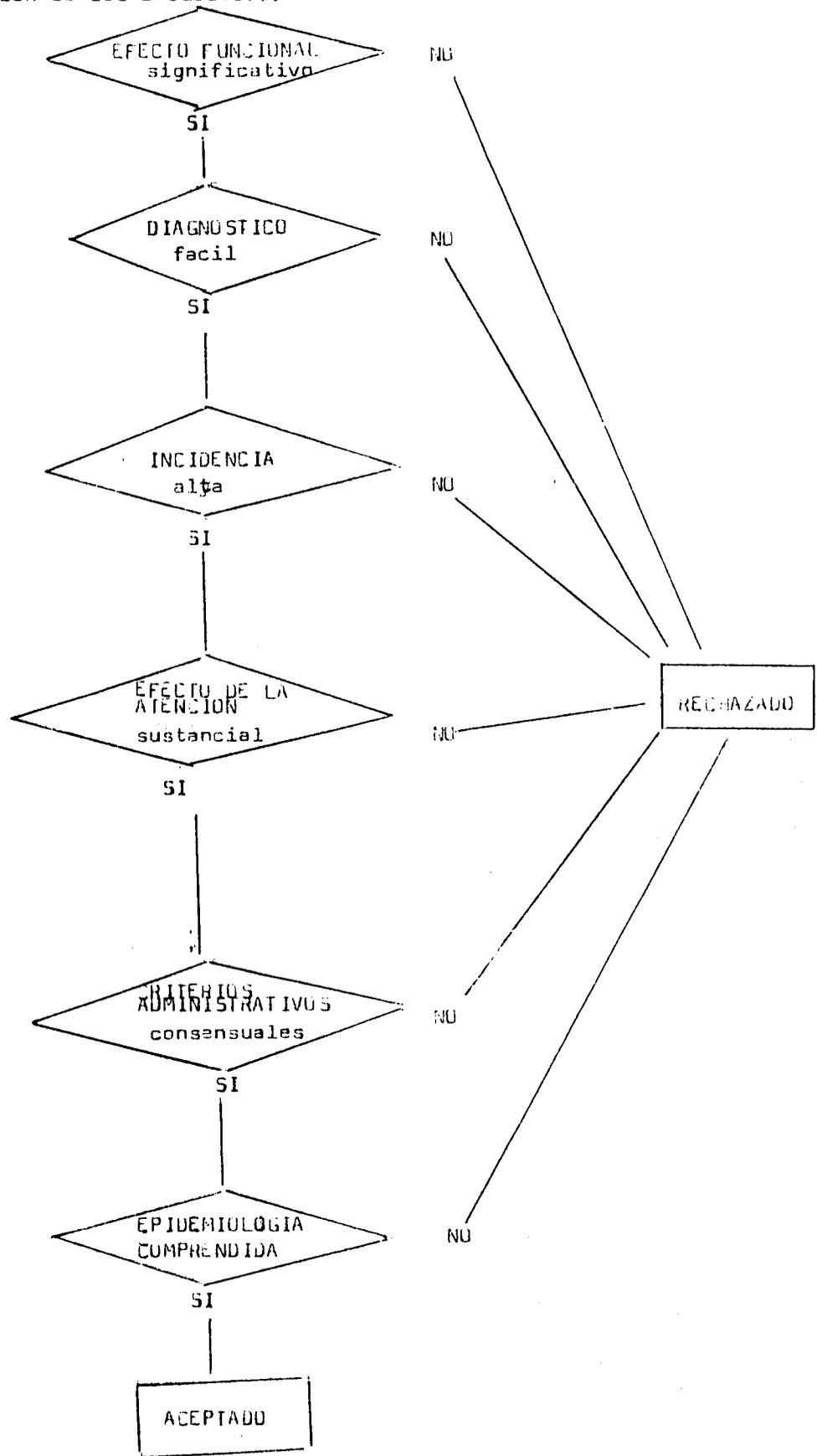
- . el método de los trazadores.
- . procedimiento de evaluación del rendimiento (Performance Evaluation Procedure-PEP)
- . el método de la auditoría del servicio (Health Accounting)

(Sinopsis de los Planteamientos para Evaluar la calidad de la atención del paciente, 1986).

El primer método tiene un enfoque comunitario: se deben identificar los puntos débiles y fuertes de un programa de atención médica que se basa en la población y no en el hospital, lo cual obliga a buscar cambios en la organización y prestación de servicios para obtener óptimos resultados.

El método de los trazadores permite a los evaluadores de atención médica precisar los puntos fuertes y débiles de la práctica médica, ya sea de un área específica o de todo un sistema mediante el examen de la interacción entre los proveedores del servicio, los usuarios y el contexto. El primer paso es la selección del trazador en base a un diagrama decisional:

././ 59 - Planificación de los recursos...



.//. 60 - Planificación de los recursos...

Se eligen, por ejemplo:

1. Inspección oído medio y pérdida de la función auditiva.
2. Desórdenes visuales.
3. Anemia por deficiencia de hierro.
4. Hipertensión.
5. Inspección del aparato urinario.
6. Cáncer cervical.

A partir de mediciones en intervalos periódicos, se obtiene un indicador de la efectividad de la atención médica dispensada para disminuir la incidencia en la comunidad de las enfermedades consideradas trazadoras. Esta metodología evalúa diversos atributos del proceso:

- Detección oportuna de los casos.
- Procedimientos adecuados para cada paciente.
- Calidad de los expedientes clínicos.
- Resultado a largo plazo de la prestación del servicio en términos de manejo técnico y humano.
- Costo relativo y efecto en la salud del paciente.

Los dos restantes métodos se centran en el diagnóstico y procedimientos clínicos específicos:

- Procedimiento de Evaluación del Desempeño (PEP - performance evaluation procedure) parte de la selección de un diagnóstico o problema específico a partir del cual se determinan criterios para mejorar la calidad de los servicios prestados. Por ejemplo, se establece como se hace el diagnóstico, cuál es el estado que debe tener el paciente cuando se lo da de alta, duración de la estadía, etc.

Se establece un comité auxiliar que se encarga de verificar que los servicios prestados se ajusten a los criterios predeterminados (aquellos expedientes clínicos que no satisfacen dichos criterios son sometidos a estudios posteriores) para determinar las causas de los desvíos y las posibles acciones correctivas. A su vez, se realiza un seguimiento para poder evaluar la eficacia de las acciones correctivas. El último paso es el informe de los resultados de las auditorías, los problemas identificados y las acciones adoptadas.

.//. 64 - Planificación de los recursos...

- El método de la auditoría del servicio, en cambio, se aplica a toda una unidad de atención médica. Primero, un grupo de médicos definen los estándares aceptables, las normas básicas y los resultados esperados, los cuales serán aplicados por un grupo distinto. Los resultados alcanzados se evalúan a través de una muestra de pacientes atendidos y se comparan con los óptimos previstos. Por ejemplo, los criterios para evaluar los diagnósticos pueden ser:

- % de casos correctamente identificados
- % de casos incorrectamente identificados
- % de casos con ausencia de diagnóstico

En el caso de los tratamientos, los criterios pueden ser:

- % tratados y curados
- % no tratados y no curados
- % tratados y no curados
- % no tratados y curados

El éxito de la aplicación de todos estos métodos reside en la medida en que se logra el consenso y la participación de todos los involucrados en el proceso de brindar el servicio.

La aplicación de cualquier técnica que apunte a evaluar la calidad de los servicios sólo tiene sentido (y justificación) en la medida que se logren los cambios organizacionales y actitudinales necesarios en la prestación de los servicios.

A los planificadores les incumbe la difícil tarea de lograr un equilibrio justo entre los criterios de eficiencia (que se refieren, fundamentalmente, a la contención de los gastos) y los de efectividad que incluyen en los objetivos el mejoramiento en la calidad de la atención brindada.

BIBLIOGRAFIA

- . VVAA, Administración de las finanzas municipales, Ed. por International City Managers Association, Cía. Editorial Continental SA, México, 1962.
- . DIRECCION DE FINANZAS, Normas Metodológicas para la Elaboración del Presupuesto, MCBA, mimeo, 1987.
- . DIRECCION DE FINANZAS, Formularios e instructivos para la formulación de los anteproyectos de presupuesto, MCBA, mimeo, 1987.
- . MAKON, MARCUS: Propuesta de un sistema de programación de la ejecución presupuestaria para la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, mimeo, 1987. Primera y segunda versión.
- . MAKON, MARCUS: Indicadores para la medición de la gestión presupuestaria del gobierno municipal, mimeo, 1987.
- . SECRETARIA DE SALUD PUBLICA Y MEDIO AMBIENTE, Modelo de presupuesto, MCBA, mimeo, 1988.
- . DIRECCION DE ABASTECIMIENTO SANITARIO, Proyecto de descentralización presupuestaria - Registros, SSPyMA, MCBA, mimeo, 1987.
- . DIRECCION DE ABASTECIMIENTO SANITARIO, Metodología para la administración de suministros, alimentos y farmacia, SSPyMA, MCBA, mimeo, 1987.
- . PEACHNER DE MOLINERO, MA. ISABEL Y MENDEZ CASARIEGO, MARCELO, Encuesta de utilización de servicios y gasto en atención médica, Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1982.
- . DIRECCION DE PLANIFICACION, Movimiento hospitalario - Hospitales Municipales, SSPyMA, MCBA, 1985.
- . MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y MEDIO AMBIENTE, Tablas Básicas - Región 7 (Metropolitana) - Capital Federal, Tomo 23, Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud, 1980.
- . ZSCHUCK, DIETER K., The Health Sector Analysis of Peru Summary Report, Stony Brook, NY, 1986.
- . HACH, L.P. Y ABEL-SMITH, B., Planificación de las finanzas en el sector de la salud, Manual para países en desarrollo, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1983.
- . DE FERRANTI, DAVID, Paying for Health Services in Developing Countries, World Bank Staff Working Papers, Nº 721, The World Bank, Washington, DC, 1985.

.//. 63 - Planificación de los recursos...

- . VELASCO MANDUJANO, AGUSTIN, Nacionalización del Costo de la Atención Médica, Salud Pública de México, 1986;28 ; 250-257.
- . WHITE, K.L. Y UTRUS, Fundamentación y práctica de la planificación y la gestión nacionales de los servicios de salud, Cuadernos de Salud Pública N° 67, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1977.
- . VARIOS AUTORES, Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud, Serie Informes Técnicos N° 694, O.M.S., Ginebra, 1983.
- . EVANS, R., Supplier Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications, The Economics of Health and Medical Care; Perlman, M., comp., Londres, 1974.
- . PANNENDORF, CHARLES (editor), Reorienting Health Services - Applications of a Systems Approach, Plenum Press, Nueva York, 1984.
- . SALUD PUBLICA DE MEXICO, Síntesis de los planteamientos para evaluar la calidad de la atención del paciente, Vol. 28, N° 3, 1986.
- . REYNOLDS, JACK Y GASPARI CELESTE, K., Análisis de costo-efectividad, Serie de Monografías: Métodos Volumen 2, PRICOR, Chevy Chase, Md., 1986.
- . INFORME DEL SECRETARIADO GENERAL DE INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION, Financing and control of the cost of Medical Care Services, mimeo, Brasilia, 1981.
- . BELMARTINO, SUSANA Y BLOCH, CARLOS, Las políticas de salud y bienestar en la Argentina: un intento de interpretación global, Estudios Sociológicos, El Colegio de México, Vol. 2, 5-6, 1984.
- . MENENDEZ, EDUARDO, El modelo médico y la salud de los trabajadores, prólogo al libro La Salud de los Trabajadores, Ed. Nueva Imagen, Buenos Aires, 1984.
- . BOZZULLO, EDUARDO Y UTRUS, Análisis de la estructura de la población infanto-juvenil y las características de su demanda de servicios municipales de salud en Capital Federal, Asoc. Médicos Municipales, Buenos Aires, mimeo, 1987.
- . MAZZEI, DOMINIO, Estudio, evaluación y análisis de los indicadores de rendimiento de atención médica, Asoc. Médicos Municipales, Buenos Aires, mimeo, 1987.
- . ARIZAGA, NORBERTO, Descentralización hospitalaria - Un nuevo concepto, Asoc. Médicos Municipales, Buenos Aires, mimeo, 1987.
- . D' STEFANO, CATERINA Y UTRUS, Ausentismo en los hospitales municipales de la Ciudad de Buenos Aires, Asoc. Médicos Municipales, Buenos Aires, mimeo, 1987.

.//.

././ 64 - Planificación de los recursos...

- MALZITTI DE LACORRA, NELIDA, Adquisición de víveres en los hospitales municipales a propósito de la descentralización administrativa, Asoc. Médicos Municipales, Buenos Aires, mimeo, 1987.
- GONIS, ABRAHAM (comp.), Medicina sanitaria y administración de la salud, ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1976.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y MEDIO AMBIENTE, Programación de actividades en establecimientos hospitalarios, Buenos Aires, 1972.
- MEMORIAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y MEDIO AMBIENTE, años 1984/1987.
- NESSA LALE, CARMELO, ed., The crisis of Social Security & Health Care - Latin American Experiences & Lessons, Latin American Monograph & Document Series 9, Center for L. American Studies, University of Pittsburgh, 1985.

•//. 63 - Planificación de los recursos...

ENTRE/ISTAS

- . Cristina Correa, Dirección de Finanzas, Secr. Economía, MCBA.
- . Alicia Rufato, Dirección de Finanzas, Secr. Economía, MCBA.
- . Lic. Alicia Catani, Dirección de Programación, SSPyMA.
- . Lic. S. Nakamatzu, Control de Gestión, SSPyMA.
- . Dr. J. Carmon, Control de Gestión, SSPyMA.
- . Lic. Teresa Rossi, Dirección de Abastecimiento Sanitario, SSPyMA.
- . Cont. J. Pim, Control de Gestión, Subsecretaría de Planzamiento, MCBA.
- . Lic. A. Raggio, Control de Gestión, Subsecr. de Planeamiento, MCBA.
- . Dra. E. Riveiro, Secretaría de Economía (Contaduría Gral.), MCBA.

NOTA

Agradezco la colaboración del Dr. Jorge Nardacchione, Director de Finanzas de la MCBA, quién cumplió una doble función, ya que no sólo se desempeñó como supervisor de la pasantía sino que también fue una importante fuente de información sobre temas relacionados con la problemática presupuestaria.