

CEPAS

CENTRO DE ESTUDIOS DE POLÍTICA,
ADMINISTRACIÓN Y SOCIEDAD



[Asociación de
Administradores
Gubernamentales](#)

Cuaderno de Gestión CEPAS No 3

ESTUDIO DE CASO DE REFORMA DEL ESTADO EN PROVINCIAS

LAS PLANTAS OPTIMAS DE HOSPITALES EN CATAMARCA (1)

A.G. Lic. Horacio Cao

Introducción

Según visiones casi unánimes las administraciones provinciales están atravesando una profunda crisis de funcionamiento que afecta a todos sus componentes. Esta crisis se hace particularmente notoria en la provisión de bienes públicos básicos tales como educación, seguridad y salud.

Al respecto, no ha sedimentado un corpus teórico que, desde una perspectiva organizacional, de base a las acciones de reforma que se emprenden. Esta situación hace relevante los análisis de casos, ya que una mirada crítica a los abordajes realizados, permite ir generando guías para la acción.

En línea con este objetivo, el artículo que a continuación se presenta describe una actividad de reforma en el sector salud, específicamente la aplicación de una metodología de cálculo de plantas óptimas hospitalarias en la red de efectores del subsistema público de salud de la Provincia de Catamarca.

La intención básica del trabajo fue la de generar un circuito de altas de personal basado en parámetros de racionalidad técnica que pondere la eficiencia, eficacia y productividad de los servicios. Asimismo era el punto de partida de la implementación de un nuevo estilo de gestión, ya no únicamente basado en la percepción y la experiencia de la conducción desde la Unidad Ministro,

sino que tuviera el apoyo de un sistema de información que optimizara la toma de decisiones.

Lograr esta base de racionalidad, permitiría a la administración provincial convertirse en una herramienta idónea para reformular el subsistema público de salud. Así se podría incrementar la calidad y cantidad de servicios manera tal de tender a igualar la producción con las necesidades de la población.

Antes de pasar al trabajo en sí es necesario hacer una aclaración. En el análisis de este "caso de reforma en provincias" deben tomarse en cuenta dos dimensiones específicas. Por un lado el carácter especial del sector salud, en virtud de su complejidad organizacional, su lugar en el imaginario social y el peso de los actores sociales que convoca.

Por otro lado, tampoco pueden obviarse las características contextuales. En efecto, cuando se habla de "provincias" se agrupa unidades con grandes diferencias en su geografía, cultura, desarrollo relativo, etc.(2). El programa que va a describirse tratará sobre la provincia de Catamarca, que ocupa una de las áreas de menor desarrollo relativo, en donde el sector público ocupa un lugar preponderante. Su aplicación a otras geografías precisa necesariamente de una adecuación a las características propias de cada realidad regional.

1.1. La esfera de análisis

La crisis de los estados provinciales puede analizarse desde tres dimensiones, obviamente interrelacionadas:

- 1 Una dimensión política, ligada a los procesos de refuncionalización del federalismo, descentralización, transición democrática, etc.
- 1 Una dimensión social, ligada a la desocupación y, más globalmente, a la ruptura de las redes socioeconómicas ligadas al "Estado del Bienestar".
- 1 Una dimensión administrativa, ligada a la sobredemanda (en cantidad y calidad) de las estructuras burocráticas provinciales, y a la pobre respuesta, en términos de capacidad gestión dada por estas a la sociedad.

Si bien es claro que la superación de la crisis amerita respuestas en las tres dimensiones señaladas, este trabajo se centrará únicamente en la esfera administrativa. En este sentido, se resalta el impacto de un deficiente desarrollo organizacional como uno de los causantes de la baja calidad de los servicios que brinda el estado. Esto es, aún resolviendo los problemas de la esfera macropolítica, es relevante tratar las dificultades que se encuentran en el ámbito organizacional.

En cuanto a la gestión de la salud, el estado la reconoce como una de sus prioridades principales, en el sentido de garantizar para toda la población el "... más alto nivel posible de salud física y

mental". Así ha sido establecido por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de la ONU, que en nuestro país tiene rango constitucional. En el mismo se hace especial referencia, entre otros temas, a la necesidad de crear condiciones que aseguren a todos los habitantes la asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad, así como las acciones de prevención y atención primaria de la salud.

En la Argentina existen tres subsistemas que ofrecen servicios de salud: el Público, el Privado y el de Obras Sociales. La forma en que los mismos se articulan ha merecido recurrentes análisis desde diferentes perspectivas organizacionales y de política sanitaria. Si bien excede los límites de este trabajo fijar posición sobre el tema son ampliamente reconocidos los bajos registros de eficacia y eficiencia y la superposición de incumbencias entre los diferentes subsistemas.

En este sentido uno de los estamentos de la "modalidad argentina" de oferta de salud - el subsistema público – contempla la oferta gratuita de una cantidad importante de servicios de salud en un amplio despliegue geográfico (3).

Sin embargo, la existencia de esta oferta no implica que toda la población demande dichos bienes al estado. Al existir otros productores de prestaciones médicas tales como mutuales, obras sociales, compañías aseguradoras y prepagas, efectores privados, etc., éstas entidades son, en los hechos, administradoras de los gastos en salud realizados por los particulares afiliados, por lo que la utilización gratuita de los servicios hospitalarios públicos por parte de éstos, implica de hecho un subsidio estatal encubierto.

1.2. La estructura del subsistema público de salud en las provincias

El subsistema público de salud está integrado por una densa red de Hospitales Provinciales y/o Municipales(4), los que presentan un gran despliegue geográfico. Esta red está organizada a partir de zonas sanitarias y/o áreas programáticas integradas dentro de cada geografía provincial.

Cada zona sanitaria tiene una organización conformada por establecimientos de distintos niveles, articulados en forma piramidal, de acuerdo a la localización geográfica y al nivel de complejidad. En ellas un Hospital funciona como cabecera, constituyéndose en el último paso en la cadena de derivaciones de pacientes y en el lugar en donde se encuentra instalada la conducción zonal.

En resumen, cada zona sanitaria cuenta con un efector en la cúspide del sistema, eventualmente otros hospitales de menor complejidad y centros periféricos de baja complejidad, que realizan acciones de Atención Primaria de la Salud y protección del medio ambiente. En muchos casos la apertura y localización de los mismos tiene más que ver con acuerdos y compromisos políticos que con una cobertura racional del área geográfica.

Tomando el país en su conjunto, la población objeto del subsistema público de salud ha sido calculada en aproximadamente un 30% de la población total, la que corresponde a la población que no tiene cobertura médico asistencial. La distribución por áreas y/o provincias es sumamente

irregular, incrementándose notablemente en las áreas rurales por la ausencia casi total de prestadores pertenecientes a los otros subsistemas. Esta masa de población está compuesta mayoritariamente por grupos de pobres, tanto estructurales como pauperizados. Sólo un 22,5% de sus demandantes proviene de grupos considerados como no-pobres. Los recursos del subsistema oficial de salud provienen, casi exclusivamente(5) de las partidas asignadas presupuestariamente por cada jurisdicción (Indec, 1998).

En lo que se refiere al personal del subsistema oficial de salud de la Provincia de Catamarca involucrado en el desarrollo del programa POS, fue de aproximadamente 1.800 agentes (como se explicará luego, este personal no comprenden el Área Programática N° 1 ni personal de Acción Social, perteneciendo a las restantes once Áreas Programáticas).

En cuanto a los establecimientos, tenían la siguiente distribución por categoría:

Establecimientos con Internación

Subsistema Oficial de Salud- Provincia de Catamarca, sin Area Sanitaria I

Categoría Establecimiento	Cantidad	Promedio Camas(1)
III	6	50
II	7	20
I	14	8
Total	27	553

Nota: (1) Se transcribe el promedio para dar una imagen de la dimensión de los efectores

La categoría de un establecimiento sanitario es una medida de su complejidad pero, al menos en el caso de la Provincia de Catamarca, a la vez es un indicador de su tamaño. Establecimientos de categoría I, como se observa en el cuadro, tienen un promedio de 8 camas por efector a la vez que cubren las cuatro especialidades médicas básicas. A medida que se incrementa la categoría, el efector cuenta con una infraestructura mayor y con una oferta más sofisticada de servicios, lo que implica más personal y, en términos generales, una organización más compleja (más redes de coordinación interna – v.g. médicos / paramédicos - , más aparatología con sus redes de servicios, mayor área geográfica de cobertura, etc.)

Establecimientos sin Internación

Tipo Estab. Perif.	Cantidad
Estab. Perif. Tipo A	21
Estab. Perif. Tipo B	244
Total	265

Los establecimientos periféricos de Tipo B por lo general no tenían personal permanente, y eran atendidos, algunos días a la semana, desde otros efectores.

2. El diagnóstico

La experiencia recogida en Hospitales Públicos, en particular de las provincias de menor desarrollo relativo, confirma la existencia de un profundo deterioro en las estructuras organizacionales. Esto se traduce en desequilibrios en la asignación de los recursos técnicos, humanos, de infraestructura y presupuestarios con fuerte impacto negativo en la calidad de la atención médica.

La existencia de un manejo centralizado y altamente politizado del uso de los recursos disponibles ha sido una de las características salientes del modelo de "subsidio a la oferta" de servicios hospitalarios. Este modelo supone la oferta a la comunidad de una batería de medios las que, al calor de los cambios institucionales, la falta de información, la inexistencia de cuadros gerenciales, las indefiniciones en las políticas de salud (6) y las restricciones presupuestarias, fueron promoviendo un derrotero oscilante de la red hospitalaria.

Esta situación generó reclamos constantes por aumentos presupuestarios y formas específicas de ejecución del gasto que no estaban basados en parámetros de racionalidad técnica, eficiencia, eficacia y productividad de los servicios. En particular, la contratación y asignación de recursos humanos no estuvo basada en consideraciones de orden estructural (Tipo o Nivel del establecimiento y su lugar en la red de referencias y derivaciones - población objetivo) o funcional (cantidad y calificación de los recursos profesionales y de apoyo) soslayando las necesidades de la población objetivo.

Un listado de los principales problemas existentes con relación al tamaño, dedicación y funciones de las plantas de personal de los Hospitales Públicos de las provincias rezagadas muestra los siguientes núcleos problemáticos:

- 1 Desconocimiento por parte de la conducción del Subsistema de la dotación disponible por efector: Al no existir un sistema de control de personal por establecimiento y circuitos de administración de personal sistematizados coexisten varios niveles de contratación de

personal, adjudicación de dedicaciones, resolución de adscripciones y comisiones de servicio, autorización de licencias tanto ordinarias como especiales, liquidación de horas extraordinarias, etc. Existen, entonces, por lo menos tres fuentes para conocer la planta de un efector, las que no resultan coincidentes por los problemas citados, a saber: la que proporciona el sistema de liquidación de sueldos, la que surge de los registros del nivel central y la que surge de información dada por cada efector.

- 1 Desconocimiento de indicadores de evaluación de la cantidad y calidad de los servicios asistenciales en función de criterios que ponderen la productividad, eficiencia y eficacia de los mismos. A partir de las cíclicas crisis financieras de los estados provinciales, las unidades técnicas y administrativas se fueron debilitando, siendo en muchos casos directamente disueltas.
- 1 Relajamiento de la disciplina laboral. Debido a la inexistencia de mecanismos de análisis de la producción, lo que hace que la Dirección del Hospital deba apoyarse en la buena predisposición del plantel que efectivamente presta servicios. Por otro lado se asume que las remuneraciones son bajas (7), llegándose a un acuerdo tácito por el cual se compensan los magros salarios con el no cumplimiento del horario correspondiente.
- 1 Presión desde los estratos políticos y desde la sociedad para la incorporación masiva de agentes. A partir de 1983 en muchos estados provinciales se produce una incorporación masiva de agentes. Pari passu con la crisis social descrita se fueron desarrollando mecanismos clientelares y de presión social y política para incorporar personal al sector público (8). Los diferentes hospitales provinciales no se mantuvieron ajenos a esta tendencia.
- 1 Distorsiones salariales: la pirámide salarial no responde a jerarquías y/o a políticas de premios y castigos, sino que está ligado a la relación con las diferentes clientelas políticas o la desactivación de conflictos gremiales.

3. Características generales del Proyecto de Plantas Óptimas

Objetivo general

Calcular las plantas óptimas correspondientes a la red de efectores de salud provinciales.

Mecánica Básica

Establecimiento de parámetros generales a partir de los cuales se aprobarán las altas de personal y se reestructura las plantas actuales del subsistema público de salud. Los parámetros citados se basan en indicadores técnicos que determinan la planta de personal de acuerdo a la producción de los servicios de salud y/o a las características de la tarea que realiza el personal (Ver Anexo II).

Secuencia de acciones a desarrollar:

- 1 Adaptación y ajuste de los parámetros a la realidad provincial.
- 1 Cálculo de plantas óptimas de acuerdo a la producción y características de cada efector.
- 1 Desarrollo de acciones de capacitación y reubicación de personal de acuerdo a los resultados obtenidos.
- 1 Fortalecimiento de sistemas de estadísticas sanitarias. Desarrollo de sistemas de auditoría de datos de este sistema.
- 1 Detección de necesidades de la población e inducción de la producción de servicios de salud.

Resultados esperados

- 1 Adecuación de las plantas de personal a los requerimientos del sistema.
- 1 Aumento de la eficiencia en el uso del recurso humano.
- 1 Incremento de la producción de acciones médico-asistenciales.
- 1 Generación de información básica que permitirá reformular los sistemas de administración de personal.
- 1 Puesta en vigencia de una normativa que adecue el sistema de Altas, Bajas y Cambios de personal a la estructura óptima de planta.
- 1 Influir en la cultura organizacional a partir de la incorporación de información como elemento crítico en la toma de decisiones.

4. La implementación de un programa de Plantas Óptimas en la Provincia de Catamarca

4.1. El escenario general

A partir de 1990 el proceso de reformas estructurales en el ámbito nacional entra en una fase de aceleración. En lo que hace al ámbito provincial no se observa una actividad tan aguda, estando el impulso reformista principalmente activado por el Gobierno Nacional, mientras que las provincias tienen una posición a veces pasiva, a veces de franca oposición (9).

De todas formas, y bajo la presión de las dificultades que varias jurisdicciones tuvieron para mantener un adecuado resultado fiscal, varias provincias desarrollaron proceso de ajuste estructural, los que involucraban acciones de privatización, contención del gasto, fortalecimiento de organismos encargados de la recaudación impositiva, etc.

En el caso que nos ocupa, la implementación de Plantas Óptimas en el Subsistema Oficial de Salud de la Provincia de Catamarca (POS) se inscribe dentro de la ejecución de un vasto programa de reforma que, para superar la crisis fiscal, habían acordado las máximas autoridades provinciales con el Ministerio del Interior.

En este marco, hacia Marzo de 1995 llega a la Provincia un equipo de la Secretaría de Asistencia para la Reforma Económica Provincial (SAREP) del Ministerio del Interior, que desarrolla un típico plan de reducción del déficit fiscal (10). Contra el cumplimiento de este plan de Reformas la Provincia accedía a tres tramos de un crédito a tasa preferencial, los que eran indispensables para la superación de la crisis. Esta situación hizo que se obtuviera un apoyo político general al desarrollo de las medidas el que, en el caso que nos ocupa, no estuvo únicamente en el área de Hacienda, sino también en el propio Ministerio de Salud.

Uno de los componentes del plan de reforma era la transferencia de la Caja de Jubilaciones Provincial al estado nacional, lo que produce el pase a situación pasiva de aproximadamente 4.500 empleados, de los cuales 250 agentes corresponden al segmento del sector salud sujeto al programa POS (11). Mientras que en el resto de los sectores, con la excepción del Sector Educación, no se planteaba cubrir las vacantes así producidas, quedaba claro que era necesario incorporar de alguna manera personal para mantener la oferta de servicios considerados indispensables.

Esta doble urgencia fue uno de los principales condicionantes del caso. En efecto, la situación hacía necesaria una rápida respuesta que permitiera mantener la calidad y características de la oferta a la vez que se trataba de evitar procesos de incorporación irracional de personal bajo la lógica prácticas clientelares.

El plan de POS tenía, entonces, un primer objetivo de repoblar los planteles del subsistema público de salud sobre la base de parámetros objetivos, lo que generó trabajar sobre plazos perentorios.

Previo a su implementación se produjeron los siguientes compromisos básicos:

- 1 No se producirían bajas ni traslados compulsivos
- 1 Sólo se aprobarían altas bajo el sistema a diseñar (no habría excepciones), pero
- 1 Si se comprobaba la necesidad de personal, el alta sería automática (no habría dilaciones)

Adicionalmente se acordó:

1. La separación del sector salud del área de acción social, ya que los cálculos de POS tienen, para esta última, registros técnicos diferentes. Además, ambas áreas poseen una cultura organizacional distinta. En una eventual segunda etapa se harían los cálculos de POS para el sector de Acción Social.

2. Dejar fuera del programa el sistema de agentes sanitarios. La percepción de todos los involucrados era que este sistema funcionaba relativamente bien, no había tenido casi bajas, y no ameritaba un trato perentorio como era el caso del personal de establecimientos sanitarios.
3. Posponer el cálculo de POS del área programática N° 1, posicionada sobre la Capital Provincial - San Fernando del Valle de Catamarca para una etapa posterior, ya que se estaba en pleno proceso de puesta en funcionamiento de un Hospital que readecuaba en forma esencial la oferta de salud del área. Provisoriamente se acordó congelar las vacantes hasta tanto se concluyera el diseño del nuevo efector.

Estos puntos tuvieron que ver con la posibilidad de desplegar las siguientes acciones:

- 1 Concentrar el trabajo sobre una problemática relativamente homogénea: la de efectores de mediana y baja complejidad de áreas rurales o de ciudades de media y baja población.
- 1 Desarrollar una estrategia de consenso de todos los interlocutores: personal de la conducción del Subsistema de Salud, personal de ejecución, técnicos, etc. Esto fue posible dada la forma en que fue encarado el proyecto por la conducción del área de Salud y de Hacienda, el compromiso de no generar altas ni traslados compulsivos, y por el "colchón" financiero que significaba las bajas de personal por la transferencia de la caja.

Como la discrecionalidad para la asignación de recursos humanos había sido un mecanismo de pobres resultados organizacionales, que además había producido tensiones en la relación entre el decisor y los diferentes estamentos del subsistema, para lograr una mayor racionalidad en la aplicación de recursos humanos se normatizó el flujo de decisiones. Esto significaba quitar un foco de tensión, al mismo tiempo que incorporar un mecanismo de racionalidad en un circuito crítico.

Otro punto a considerar era el hecho de que la construcción de las POS se hacía sobre una demanda de salud que no era perfectamente consistente con las necesidades de la población. En este sentido se planteó que el seguimiento de las estadísticas vitales y de morbimortalidad debía implicar el desarrollo de políticas que indujeran el incremento de las acciones del subsistema oficial en línea con satisfacer estas necesidades. En el momento en que se elevara la producción, las plantas óptimas automáticamente se incrementarían (12).

4.2. La estrategia de implementación

En cuanto a la implementación de las POS, los factores de complejidad considerados estaban en función de:

- 1 La complejidad de la tarea sustantiva. Hay una directa y evidente relación entre el tipo de tareas a realizar y la dificultad de gerenciamiento.

- 1 La gran cantidad de unidades del sistema. Los múltiples efectores funcionan, en el marco del subsistema, con ciertos niveles de autonomía.
- 1 Ligado al punto anterior, la gran dispersión geográfica. Existían efectores a gran distancia del centro de coordinación (la Secretaría de Salud)
- 1 El valor fundamental que pasaban a tener los sistemas de los sistemas de información (estadística sanitaria) (13).

Para la implementación del sistema se tomó como base un documento de proyecto elaborado por la SAREP, a partir de fuentes bibliográficas desarrolladas por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, y modelos elaborados por distintos organismos técnicos y académicos no-gubernamentales tanto nacionales como internacionales. Sobre esas bases, se realizaron los ajustes y adecuaciones necesarias para adaptarlas a las particularidades del subsistema público de salud de las provincias argentinas.

En la puesta en funcionamiento del Programa POS en la provincia se contó con la contratación de un consultor tiempo completo y la presencia de dos Administradores Gubernamentales que cumplían funciones en la SAREP. En la tarea, además del personal citado se contó con la asistencia de personal provincial.

Una primera tarea de campo se desarrolló en tres semanas; en este plazo, y a los fines de poder observar "in situ" las diferentes realidades, se estableció un cronograma de viajes por las once áreas programáticas, estableciéndose una agenda de trabajo que contemplaba reuniones con personal técnico y directivo para cada una de ellas. En especial se fijó como prioridad lograr el consenso de la mayor cantidad posible de directores hospitalarios.

En este sentido debe remarcarse que la distancia entre el documento de trabajo de la SAREP y la metodología finalmente aplicada, tiene que ver principalmente con observaciones de directores de efectores de salud. También se consideró de importancia tener canales de comunicación con todo el personal y con sus representantes sindicales.

El panorama general se caracterizaba por una importante sobrepoblación de personal de apoyo y servicios generales (14) y faltante de paramédicos, en especial enfermeros con estudios formales aprobados. En cuanto al personal médico se observaba una situación especial; en aquellas localidades en donde existían oferta del subsistema de obras sociales que favoreciera trabajar en contraturno, se verificaba, tendencialmente, un exceso de personal. Por el contrario, en aquellos lugares en donde la única oferta de salud estaba dada por el subsistema público, tendencialmente se observaba faltante de personal médico.

En la misma ocasión en que se visitaba cada uno de los efectores de la provincia, se utilizaba parte del tiempo para chequear, uno por uno, el personal, su número de documento y legajo, el efector en donde el agente trabajaba y la función que cumplía. Como puede deducirse un importante subproducto de la tarea fue la generación de una base de datos del personal de la red hospitalaria.

De igual forma se constataban las estadísticas hospitalarias y se contactaba a los diferentes estamentos que conforman la comunidad hospitalaria a los fines de confirmar la veracidad de los datos recopilados. Esta manera de accionar permitió detectar importantes desvíos en la información, la que se originaba en dificultades en la captación y organización de la misma, y también en situaciones que ameritaban un mayor control.

Un ejemplo bastante común de esta situación se originaba en que los médicos eran reacios a llenar los formularios respectivos y, dada la baja jerarquía del personal que compilaba la información, era muy difícil que estos pudieran disciplinarlos. En algunos casos obedecía a que generalmente a esta información no se asignaba ninguna utilidad, pero en otras situaciones era una forma de ocultar la baja productividad de parte del personal.

De manera menos habitual se detectó que, algunos casos, las estadísticas se "corregían" de acuerdo a lo que la conducción del establecimiento en cuestión consideraba resultados adecuados para el establecimiento.

Por otro lado también se encontraron errores organizacionales más típicos: circuitos redundantes, falta de control en el cargado de información, baja capacitación del personal, desconocimiento de soft básico, etc.

En resumen, otro subproducto de este programa fue la detección de debilidades en el sistema de información estadística y su fortalecimiento selectivo (15).

Por último se trataba de recopilar la visión subjetiva de la mayor cantidad de gente posible, por aquello de que "nada reemplaza la observación directa", y efectivamente de tal situación se obtuvieron importantes conclusiones que fueron utilizadas para el calibramiento de la metodología.

Los resultados fueron enviados a cada área programática para su análisis, y en plazo perentorio, la solicitud de información adicional o del cambio de algún resultado. Luego de analizar tales situaciones, se hicieron las correcciones pertinentes y se aprobaron las POS:

En la medida en que se fue desarrollando el sistema se observó que existía una tensión entre su complejidad, que permitiera captar en forma más completa y acabada las particularidades de cada efector, y la necesidad de dejar en marcha un sistema que pudiera ser reproducido por la burocracia provincial.

En este sentido debieron tomarse decisiones que, si bien suboptimizaban el resultado en términos de hacer homogénea la oferta hacia poblaciones que no lo eran tanto, se estimó que el costo era mayor en el caso de que el sistema colapsara y se siguieran aplicando los recursos humanos de la forma en que se venía realizando.

Por ejemplo, para los efectores de menor complejidad se realizó una estructura tipo que se replicó en todos los casos. La estructura tipo contemplaba cierto nivel de sobreoferta de recursos, pero era una manera de simplificar todo el sistema de POS.

Otro ejemplo fue la elasticidad en el manejo de los estándares. Dada las características y el contexto en el que se desarrolla el subsistema público de la Provincia de Catamarca, era una exigencia en algún sentido excesiva aplicarle estándares internacionales, por lo que se suavizaron algunas de sus exigencias.

Otro punto a remarcar es la dependencia de las POS de la información estadística hospitalaria. Para esto se estableció una estrategia de control y cruce de datos de forma tal de asegurar que los resultados obtenidos tuvieran correlato con la realidad. La auditoría constante de estos sistemas fue considerada en todo momento una de las claves de funcionamiento del programa.

Asimismo dada la sobrepoblación de agentes como punto previo a las jubilaciones masivas, y en busca de no generar impactos nocivos sobre el sistema, se establecen estándares de partida relativamente permisivos, con la intención de que anualmente los mismos sean perfeccionados en forma paulatina. También debe remarcarse que se tomó como pauta el mantenimiento de la complejidad actual puesta en servicio; esto es si en la actualidad existía un determinado servicio el mismo se mantenía. De todas formas se establecía que en el caso de que se observase una productividad muy baja (cuando el estándar daba menos de 0,20 personal necesario - ver Anexo II) se informaba a la conducción del subsistema para que evaluara la conveniencia de mantener/reformular el servicio.

El modelo contempla que las tareas tendientes al cálculo de las POS deben efectuarse con una periodicidad anual a los efectos de que la oferta de salud, en términos cuantitativos, acompañe las necesidades de la población objetivo.

Por su parte, los cambios cualitativos en la oferta de servicios, puesta en funcionamiento de nuevos efectores y servicios, sean estos de la complejidad o tipología que sean, en las áreas de medicina, odontología, enfermería, diagnóstico y tratamiento y/o apoyo a la actividad del servicio deben ser aprobados por la Ley de Presupuesto del correspondiente ejercicio.

5. Conclusiones

Como resultado de la tarea descrita, y en base a nuestra experiencia en diferentes provincias, se observan una serie de situaciones que se considera importante resaltar a modo de conclusiones:

- 1 Una primer punto a resaltar es la importancia de la participación de todos los actores involucrados, junto con un alto grado de compromiso por parte de las autoridades políticas y de los organismos técnicos y de la burocracia del Estado Provincial. La tradicional puja entre los funcionarios de Hacienda y los funcionarios provinciales de salud demandantes de mayor cantidad de recursos tiende a desarticularse en la medida en que se establecen parámetros objetivos y mecanismos participativos y de consulta permanente.
- 1 Bajo este paraguas político general, se promueven programas cuya implementación sea gradual en la aplicación de las medidas propuestas, lo cual es indispensable para la obtención de los objetivos propuestos. En casos como el presente se aconseja evitar, dentro de lo posible, las estrategias de shock, por su agresividad sobre las estructuras burocráticas

y por que enajenan el apoyo de todos los involucrados.

- 1 Otro tema a destacar es que, en función de la experiencia recopilada, se observa que los mayores sobredimensionamientos se encuentran en los efectores de mayor complejidad. A medida que se desciende en el nivel de complejidad disminuyen los excedentes, llegándose a evidenciar falta de personal en algunos establecimientos. Asimismo, el sobredimensionamiento también se correlacionaría con el desarrollo económico de las regiones en donde se hallan insertos los establecimientos (16). A mayor desarrollo económico del lugar, mayor sobredimensionamiento. Esto revelaría una situación de inequidad en la asignación de recursos por parte de la provincia; la implementación del programa de Plantas Óptimas es una buena forma para comenzar a revertir esta situación.
- 1 Siguiendo con lo dicho en el punto anterior se resalta que la tarea desarrollada aborda un aspecto parcial como es el de la asignación de los recursos humanos. La misma debe ser acompañada por otras estrategias tales como: redefinición de la red hospitalaria y emplazamiento de los efectores; reformulación de la escala salarial e incremento de los estímulos para desempeñarse laboralmente en las áreas más desfavorecidas y alentar a los profesionales médicos a dedicarse full-time al hospital público, etc. El sistema para la elaboración de plantas óptimas debe ser complejo para captar las particularidades del subsistema público de salud, pero sencillo de operar por la burocracia del sector.
- 1 Se insiste en que la auditoría del sistema estadístico es condición "sine qua non" ya que es un insumo vital para la fijación de las plantas óptimas de los establecimientos sanitarios.
- 1 De igual forma se hace otra vez la recomendación de complementar el Programa POS con políticas de promoción y prevención de la salud.

POSCRIPTUM

El Programa POS, si bien cumplió el objetivo de evitar un repoblamiento desordenado de los efectores de salud, en la medida que la asistencia nacional fue retirada, cayó en desuso. Según la evaluación hecha oportunamente, la principal razón de la caída del programa, más allá de los eventuales análisis políticos que puedan hacerse, fue que el esfuerzo organizacional que implicaba no pudo ser sostenido en el tiempo por el aparato burocrático de la Secretaria de Salud.

Como se vio, tareas de simplificación metodológica y gerencial habían sido previstas por el equipo que trabajo, y una profundización de las mismas implicaban elevar sustancialmente los niveles de conflicto y la inadecuación del instrumento.

Tal vez se hubiera podido sostener el programa si la permanencia de la asistencia nacional hubiera sido más prolongada, de forma tal de "naturalizar" las acciones. Sea como fuese, esta situación debe tomarse en cuenta para superar la problemática en eventuales replicas de este programa.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial. "Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud" - Editorial Hirsh SRL, Buenos Aires, 1993
- Barquín, Manuel "Recursos Humanos en la Atención Médica" (mimeo) México s/f
- Cao, Horacio – Castro, Heriberto "Reforma del estado en provincias" – Consejo Federal de Inversiones (mimeo) – Buenos Aires, 2000
- Cao, Horacio y Rubins, Roxana "La situación de las provincias periféricas Argentinas", en: Revista Realidad Económica N° 124, IADE - Buenos Aires 1994
- Cao, Horacio y Rubins, Roxana "Técnicos y políticos: un clásico en la puja por el manejo de los estados provinciales", Serie Investigaciones en Administración Pública, UBA, Buenos Aires, 1997
- Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL) "El Federalismo fiscal en la Argentina" - Editorial FIEL, Buenos Aires, 1993
- García Fanlo, Luis y Cao, Horacio "Diagnóstico y Acciones de reforma de la red hospitalaria de la Provincia de Formosa" Secretaría para la Reforma Económica Provincial – Ministerio del Interior (mimeo) – Buenos Aires, 1995
- INDEC "Anuario Estadístico de la República Argentina 1993" INDEC / MeyOySP – Buenos Aires, 1994
- INDEC "Situación y evolución social. Síntesis N° 4" INDEC / MeyOySP – Buenos Aires, 1998
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Programa Nacional de Estadísticas Hospitalarias. 1990-1994 Bs.As.
- Organización Mundial de la Salud "Desarrollo coordinado de recursos sanitarios y humanos" OMS / ONU - Dist. Oficina Internacional de Libro – Buenos Aires, 1994
- Organización Mundial de la Salud "Calidad y eficiencia de la Atención Hospitalaria" OMS / ONU - Dist. Oficina Internacional de Libro – Buenos Aires, 1994
- Organización Mundial de la Salud "Sistemas de Salud en proceso de reforma" OMS / ONU - Dist. Oficina Internacional de Libro – Buenos Aires, 1994
- Secretaría de Asistencia para la Reforma Económica Provincial (SAREP) "Diagnóstico del Sector Público de Salud de la Provincia de Catamarca" – SAREP - Ministerio del Interior (mimeo) – Buenos Aires, 1995

ANEXO I

PARTE SUSTANTIVA DEL DECRETO DE PLANTAS OPTIMAS

TITULO 1º - CONSIDERACIONES GENERALES

ARTICULO 1º.- Apruébanse las NORMAS para la organización de las PLANTAS ORGÁNICAS - FUNCIONALES del Subsistema Público de Salud (en adelante POS) dependientes de la Secretaría de Salud , cuyos contenidos se encuentran descriptos en ANEXOS I, II, III, y IV que, a todos sus efectos, forman parte del presente decreto.

ARTICULO 2º.- En el caso de que en algún establecimiento sanitario las POS en alguna función determinen una planta menor que las que actualmente cumplen tales tareas el personal excedente será capacitado y reubicado de acuerdo a las eventuales necesidades de la Secretaría de Salud de la Provincia.

ARTICULO 3º.- En el caso de que en algún establecimiento sanitario las POS en alguna función determine una cantidad de personal mayor que la planta actualmente en función, las vacantes deberán ser cubiertas de acuerdo a la modalidad determinada por el Artículo 2º del presente decreto. De no contar con personal para realizar tal tarea las vacantes podrán ser ocupadas con incorporación de personal proveniente de otros establecimientos de las áreas programáticas cuyo POS sea inferior a su planta actual.

ARTICULO 4º.- En los procesos de capacitación y reubicación de personal se dará prioridad a la reinserción del agente dentro de la propia área programática.

ARTICULO 5º.- En el caso de que a lo largo del ejercicio presupuestario por baja de personal en algún establecimiento sanitario las POS en alguna función determine una cantidad de personal mayor que la planta en función, las vacantes deberán ser cubiertas de acuerdo a la modalidad determinada por el Artículo 3º del presente decreto. De no contar con personal para realizar tal tarea las vacantes podrán ser ocupadas con incorporación de personal.

ARTICULO 6º.- La Secretaría de Salud podrá incorporar personal solamente en el caso establecido en el Artículos 5º del presente decreto.

ARTICULO 7º.- Un Establecimiento Asistencial, cualquiera sea su nivel de complejidad, podrá recibir adscripciones, comisiones de servicios y traslados únicamente en el caso de faltante de personal que, de acuerdo a lo que determina por la POS, se observa en la función específica que va a ser cubierta.

ARTICULO 8º.- Las incorporaciones de personal que deban realizarse en virtud de alcanzar la POS se realizarán a través de concursos de cargos, llamados por resolución ministerial, previa participación del Centro de Control del Gasto que constatará el faltante de recursos humanos.

ARTICULO 9°.- El diseño de la POS para cada año se aprobará por resolución ministerial y sus resultados serán elevados como parte del proyecto de Ley de Presupuesto que el Poder Ejecutivo eleva a la Legislatura Provincial .

ARTICULO 10°.- El diseño POS podrá sufrir variaciones anualmente de acuerdo a las necesidades de la población objetivo y a las variaciones que se establezcan en la calidad de la oferta de los servicios de salud.

ARTICULO 11° Las variaciones en la calidad de la oferta de los servicios de salud o cualquier otra política de la Secretaría de Salud que incremente, en términos monetarios, las erogaciones aplicadas a Plantas de Personal deberán ser aprobadas por la Ley de Presupuesto. La Secretaría de Salud está facultada para reasignar y reagrupar cargos de forma tal que, respetando las POS y no incrementando las erogaciones aplicadas a las Plantas de Personal, varíen la composición de las mismas.

ARTICULO 12°.- Para el caso de que las estructuras organizacionales de los Establecimientos Asistenciales tengan distorsiones con respecto a lo establecido por las POS, las primeras deberán variarse hasta que ambas coincidan.

ARTICULO 13°.- Para los casos en que las variaciones en la POS citadas en los Artículos 10° y 12° promuevan variaciones en las estructuras orgánicas o en las categorías de los Establecimientos Asistenciales, las mismas también deberán ser aprobadas por la Ley de Presupuesto.

ARTICULO 14°.- El presente decreto será refrendado por los Señores Secretario de Salud y Ministro de Hacienda y Finanzas.

TITULO 2° - CLÁUSULAS TRANSITORIAS

ARTICULO 15°.- En todos los casos en que se observe que las POS en las diferentes funciones de los diferentes establecimientos sanitarios indican una planta menor que las que actualmente cumplen tales tareas, y a los fines de ser incorporados al proyecto de Ley de Presupuesto, se deberá proceder de la siguiente forma en la resolución respectiva:

- a) Se establece la POS en la función
- b) Se deja constancia que la planta en funciones es superior a la POS.
- c) Se coloca en el Proyecto de Ley de Presupuesto la planta en funciones.
- d) Se deja expresa constancia de que hasta tanto no sea inferior Planta en Funciones a la POS no se repondrán las eventuales bajas que se produzcan.

ARTICULO 16°.- En virtud de encontrarse en un proceso de transformación se establece el 01/04/95 como fecha tope para presentar las POS de los Hospitales San Juan Bautista, Nuevo San Juan

Bautista, Hospital de Niños y el resto de Establecimientos Asistenciales que conforman el Área Programática N° 1, las que quedan congeladas hasta tal momento.

ARTICULO 17°.- Hasta tanto cada Establecimiento Asistencial no haya conseguido su POS figurará en el presupuesto con su planta actual, pero sólo podrán reponerse las bajas por los mecanismos y en las condiciones que se establecen en el presente decreto.

ARTICULO 18°.- Comuníquese, publíquese, dése al Registro Oficial y Archívese.

ANEXO II

METODOLOGÍA DE CÁLCULO DE PLANTAS OPTIMAS

Se transcribe un listado de las funciones consideradas y un resumen de las pautas a partir de las cuales se realizaron los estándares:

1. Cargos Directivos:

Según categoría del Establecimiento

2. Planta de médicos:

Según consultas año, intervenciones quirúrgicas, partos y pacientes días por establecimiento

3. Planta de enfermeras y auxiliares de enfermería:

Según consultas años y pacientes días por establecimiento.

Se incorpora personal de acuerdo a complejidad y funciones (Vacunatorios y asistencia de "Otros profesionales de atención y diagnóstico", etc.)

4. Planta de personal profesional de auxiliares de la salud: Sectores auxiliares de diagnóstico y tratamiento

Comprende plantas de radiólogos, ecógrafos, kinesiólogos, sicomotricistas, etc. De acuerdo a niveles de producción por cada actividad.

5. Planta de personal: Administración General y Servicios Generales

5.1. Servicio de Limpieza: de acuerdo a metros cuadrados cubiertos por efector

5.2. Cocina: De acuerdo a raciones realizadas

5.3. Mantenimiento: De acuerdo a camas, metros cuadrados cubiertos y un factor correctivo que establecía el estado general de la infraestructura (No comprendía mantenimiento de aparatología médica)

5.4. Lavandería: De acuerdo a camas ocupadas

5.5. Choferes de ambulancia: De acuerdo a cantidad de ambulancias y número de emergencias y viajes

6. Planta de Personal Administrativo

De acuerdo a categoría de establecimiento, funciones que realiza el efector (por ejemplo si realiza o no compras), cantidad de personal, servicios que brinda el hospital.

7. Planta de personal profesional de auxiliares de la salud: Sector Laboratorio de Análisis Clínicos y extracción y banco de sangre

De acuerdo a cantidad de determinaciones realizadas

8. Planta de odontología

De acuerdo a unidades odontológicas

Se establecían asimismo las siguientes disposiciones generales:

1. Cálculos de decimales:

1.1. Cuando por aplicación de la metodología de cálculo consignada en los diferentes ítems se obtenga un número mayor que 1 con expresión decimal mayor a 0,25 el número de agentes resultantes será equivalente al número entero posterior.

1.2. Cuando por aplicación de la metodología de cálculo consignada en los diferentes ítems se obtenga un número decimal menor a uno (1), cualquiera fuera este, la cantidad de agentes a consignar será igual a uno (1). En aquellos casos en que el resultado fuere inferior a 0,20 se procederá a informar a las autoridades del Subsistema Público de Salud de tal situación para que las mismas analicen la eventual reformulación del servicios.

2. Se tomará como información base para la realización de las POS la del año inmediato anterior al ejercicio en curso.

(1) En este programa trabajaron durante el año 1995 los AGs Mariano Priluka y Horacio Cao y el Lic. Juan Pintus. Se agradecen muy especialmente los comentarios de la AG Isabel Duré, que

enriquecieron y reformularon una primera versión de este trabajo. Desde ya, sus contenidos finales, corren por exclusiva cuenta del autor.

(2) Para analizar las diferencias interprovinciales ver Rubins y Cao, 1994

(3) Diferentes diagnósticos han hecho notar el creciente deterioro de esta oferta, como así también sus limitaciones cuali y cuantitativas.

(4) Del proceso de transferencia de efectores de salud queda aún un pequeño remanente de Hospitales en la Jurisdicción Nacional. En cuanto a la distribución de efectores entre el nivel provincial y el nivel municipal depende de cada situación provincial, pero existe una abrumadora mayoría que depende de la esfera provincial.

5) En algunas jurisdicciones se han implementado convenios de recupero de gastos con Mutuales y Obras Sociales aunque en casi todos los casos los mismos son focalizados en Hospitales "testigo" y con una performance variada según cada caso. De todas formas el grueso de los ingresos sigue concentrándose en el nivel central.

(6) En este punto, y como un elemento que condiciona todo el análisis, deben remarcarse las dificultades que ha encontrado el Ministerio de Salud de la Nación para concretar su misión de coordinación general del subsistema.

(7) Se hace notar que la Administración Pública tiende a pagar salarios superiores a los de mercado.

(8) Para un análisis de este particular ver por ejemplo Rubins-Cao 1997.

(9) Una descripción de este proceso puede verse en Cao y otros, 2000

(10) Escapa a los objetivos de este trabajo tomar posición sobre las ventajas y desventajas de este tipo de planes. Lo que sí es relevante remarcar, pues es un dato que condiciona el despliegue de acciones en el ámbito organizacional, es la situación de tensión que produce en toda la administración pública.

(11) Sólo se considera personal que cumplía funciones asistenciales.

(12) Demás está decir que este programa no inhabilitaba acciones de emergencia para el caso de epidemias, catástrofes naturales, etc.

(13) Hasta el momento de la realización de este programa la estadística sanitaria se llevaba a cabo con el único objetivo de cumplir pactos realizados con el estado nacional. Como se verá, esto generaba una baja calidad de la información recopilada.

(14) Por la permeabilidad de la administración a las presiones para el ingreso en un medio en donde

existe una sobreoferta de mano de obra de baja calificación.

(15) Según las necesidades se informatizaron oficinas de estadística hospitalaria, se dieron cursos de capacitación y sensibilización del personal involucrado. De igual forma se diseñó un sistema de auditoría de la información.

(16) Como se ya se dijo, en este punto es clave diferenciar los establecimientos localizados en lugares en donde existen clínicas privadas en donde puede trabajar el personal del hospital público en contraturno.