

I N D I C E

	<u>Página</u>
I. <u>INTRODUCCION</u>	
A. Antecedentes	1
B. Solicitud y Prioridad	2
C. Misiones	2
D. Conclusión	2
II. <u>MARCO DE REFERENCIA</u>	
A. Organización y Recursos del Sector Público Argentino	4
1. División Política Territorial	4
2. Gobierno Nacional	4
3. Nivel Provincial	5
B. El Nivel de Salud	6
C. El Sector Salud	9
1. El Subsector Público	9
2. El Subsector Obras Sociales	11
3. El Subsector Privado	12
D. Recursos Físicos	13
E. Recursos Humanos	15
F. Producción y Servicios	16
G. Política de Salud	17
H. Actividades del Banco en el Sector Salud	19
I. Resumen y Conclusiones	19
III. <u>EL PROGRAMA, SU COSTO Y FINANCIAMIENTO</u>	
A. Marco Conceptual	21
B. Objetivos del Programa	22
C. Descripción del Programa	22
1. Metas del Programa	23
2. Criterios de Selección	24
3. Criterios de Dimensionamiento	29
4. Subprograma de Construcción y Equipamiento	30
5. Subprograma Fortalecimiento Institucional	32
D. Costo y Financiamiento	33
1. Ingeniería y Administración	34
2. Costos Directos	35
3. Costos Concurrentes	36
4. Costos Financieros	36
5. Plan de Financiamiento	36
E. Costos Recurrentes	38

	<u>Página</u>
<u>IV. EJECUCION DEL PROGRAMA</u>	
A. Modalidad de Ejecución	40
B. Creación del Programa	40
C. Organización para la Ejecución	41
1. Unidad Ejecutora Central (UEC)	41
2. Las Unidades Ejecutoras Provinciales (UEP)	43
D. Plan de Ejecución del Programa	44
1. Ejecución del Subprograma de Construcción y Equipamento	44
2. Ejecución del Subprograma de Fortalecimiento Institucional	45
E. Estado de Preparación de los Proyectos Arquitectónicos	46
F. Criterios de Elegibilidad	47
G. Adquisición de Terrenos	48
H. Programa de Licitaciones y Adquisiciones	49
I. Procedimiento para la Contratación de Bienes y Servicios	50
J. Calendario de Inversiones	51
K. Anticipo de Fondos	52
L. Reconocimiento de Gastos	52
M. Operación de los Hospitales	52
N. Mantenimiento de las Obras	53
O. Utilización de Tecnologías Apropriadas	53
P. Evaluación a Posteriori	53
Q. Inspección y Vigilancia	55
 <u>V. EL PRESTATARIO Y EL EJECUTOR</u>	
A. Aspectos Institucionales	56
1 El Prestatario	56
2 El Ejecutor	56
3 Secretaría de Salud (Nacional)	56
4 Secretarías de Salud Provinciales	60
B. Análisis Financiero	61
1 República Argentina	61
2 Ministerio de Salud	63
3 Secretaría de Salud	66
4 Programa Nacional de Apoyo en Salud (Fondos PAS)	69
5 Análisis de Ejecución Presupuestaria Provincias	70
 <u>VI. JUSTIFICACION DEL PROGRAMA</u>	
A. Viabilidad Técnica	73
B. Factibilidad Institucional	75
C. Factibilidad Financiera	76
1. Contrapartida Local para Ejecución	76
2. Ingresos y Gastos de Operación y Mantenimiento	77
D. Análisis Socioeconómico	80
1. Introducción	80
2. Población objetivo, necesidades	82
3. Análisis socioeconómico	83

A N E X O S

- II-1 Situación Económica Reciente
- II-2 Distribución de camas a nivel de país de las Provincias del Programa, del aglomerado y del sector público
- II-3 Datos Básicos de Población de las Provincias Participantes
- II-IV Indicadores de Salud en las Provincias Participantes
- III-1 Guía del Contenido de los Programas Médicos de los Hospitales
- III-2 Localización y Servicios de los Terrenos
- III-3 Listado de Equipos y Costos por Hospital y Rubros Principales
- III-4 Dimensionamiento de los Hospitales en Base a Programa Médico
- III-5 Detalles de Costos del Subprograma de Fortalecimiento Institucional y Términos de Referencia.
- III-6 Niveles de complejidad: clasificación de establecimientos de salud
- III-7 Presupuestos Detallados UEC y UEP
- III-8 Situación de los hospitales a reemplazarse
- IV-1 Modelos de Convenios a firmar con Provincias Participantes
- IV-2 Organización de la Unidad Ejecutora Central (UEC)
- IV-3 Organización Ejecutiva del Programa
- IV-4 Organización de las Unidades Ejecutoras Provinciales (UEP)
- IV-5 Plan de Ejecución del Programa
- IV-6 Calendario de Actividades (PEP Preliminar)
- IV-7 Procedimiento de Licitaciones
- IV-8 Reglamento de Contratación de Consultores
- V-1 Organigrama de la Secretaría de Salud
- VI-1 Costos de Operación y Mantenimiento de los Hospitales de reemplazo
- VI-2 Factores de Recuperación de las Obras Sociales de las Provincias
- VI-3 Derivación del Déficit de Servicios Hospitalarios en las Areas de Influencia del Programa
- VI-4 Eficiencia de la utilización de los Hospitales

I. INTRODUCCION

A. Antecedentes

- 1.01 El Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de Salud que se propone contribuiría a la puesta en marcha de un proceso de modernización sectorial, basado en el desarrollo de un sistema de servicios de salud a nivel provincial. Tiene previstos dos componentes que son: (a) la construcción y equipamiento de once hospitales, que en su conjunto tendrían aproximadamente 3000 camas. Diez hospitales serían generales con los cuatro servicios básicos de: medicina, cirugía, obstetricia-ginecología y pediatría; y con algunas especialidades médico-quirúrgicas de acuerdo a las necesidades de las provincias. Además, se construiría un hospital general para la atención de niños. Los hospitales básicamente estarían ubicados en ciudades cabeceras de provincia y reemplazarían hospitales obsoletos física y funcionalmente. El otro componente, (b) de Fortalecimiento Institucional, tiene el fin de optimizar la capacidad operativa de los hospitales, y de la red de servicios de su área de influencia.
- 1.02 Argentina es uno de los países más urbanizados de América Latina, en 1980 el 83% de su población residía en áreas urbanas. Este proceso ha sido gradual y ha ocurrido desde principios del siglo, cuando cerca del 57% de la población del país residía en áreas urbanas. La población urbana tradicionalmente se concentraba en Buenos Aires y su área de influencia; sin embargo, a partir de 1960 y especialmente de 1970, el grado de concentración de la Región Capital ha disminuido desde 47% a 43% de la población urbana del país. Las ciudades intermedias, especialmente las capitales de Provincia, han crecido más rápidamente que la Región Metropolitana de Buenos Aires. En 1947 existían sólo nueve ciudades intermedias con poblaciones superiores a 100.000 habitantes que, conjuntamente tenían al 20% de la población urbana del país y ninguna de ellas superaba los 500 mil habitantes. En 1980, 17 ciudades del interior superaban los 100.000 habitantes y cinco de ellas tenían poblaciones de más de medio millón. En conjunto dichas 17 poblaciones intermedias tenían en 1980 el 27% de la población urbana del país. Las ciudades más dinámicas están situadas en el Norte y el Sur del país y actualmente presentan la demanda más elevada para inversiones en infraestructura y servicios urbanos.
- 1.03 La situación recesiva que ha caracterizado la economía argentina en años recientes ha reducido la capacidad de los gobiernos provinciales para atender las inversiones de la magnitud requerida para reemplazar los hospitales principales. En el sector salud los esfuerzos se han concentrado en la ampliación de la red de servicios de primer nivel y en la construcción de centros de salud y hospitales menores. El Gobierno Argentino, consciente de esta situación, ha propuesto el programa que se analiza en este documento, el cual permitiría

reemplazar hospitales que tienen un promedio de 82 años de edad y cuya edad fluctúa individualmente entre 61 y 105 años.

- 1.04 La formulación del Programa estuvo a cargo de un grupo interdisciplinario de trabajo designado a mediados de 1985 e integrado por médicos, arquitectos, economistas, sociólogos y administradores, los cuales actuaron bajo la supervisión directa de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social. El Banco mediante el programa conjunto con la Oficina Panamericana de Salud (OPS) otorgó cooperación técnica consistente en la contratación de 7 consultores, por un período de 27 meses-consultor, con la finalidad de cooperar en la formulación del Programa.

B. Solicitud y Prioridad

- 1.05 El 8 de julio de 1986, el Ministerio de Economía presentó la solicitud de crédito y ratificó la prioridad que el Gobierno ha otorgado al fortalecimiento del sector salud, a nivel provincial, como uno de los medios de lograr la equidad social y mejorar el nivel de vida de la población. El Plan de Desarrollo 1985-1990 identifica como de alta prioridad el mejorar los servicios públicos de salud y destaca el Programa objeto de este informe.

C. Misiones

- 1.06 El Banco, al conocer las prioridades y el interés del Gobierno en el financiamiento del Programa, envió, en julio y en diciembre de 1985 y en febrero de 1986, tres misiones de orientación para colaborar con las autoridades en la conceptualización y estructuración del Programa. Además, dentro del convenio BID-OPS se han enviado varias misiones para orientar en aspectos específicos de programación médica, mantenimiento y administración de hospitales. El Banco envió una misión de análisis el 25 de agosto de 1986, la cual regresó a la Argentina el 29 de septiembre para completar el análisis de la operación.

D. Conclusión

- 1.07 La operación que se presenta tiene un costo total equivalente de US\$300,0 millones y contribuirá al mejoramiento de las condiciones de salud en once provincias del interior, al reemplazar diez hospitales que han llegado a su obsolescencia física y funcional y construir uno nuevo. En la selección de las provincias se tomaron en cuenta la conjugación de diferentes criterios, especialmente el grado de obsolescencia física de los hospitales y el de población con necesidades básicas insatisfechas, en base a la cual se determinó la demanda de servicios médicos. El personal que prestaría servicios en los nuevos hospitales sería básicamente el existente en los actuales, con algunas particularidades dependiendo de cada provincia. El Programa prevé acciones para la capacitación de personal, en los aspectos técnicos y administrativos requeridos para la operación y el mantenimiento eficiente de los nuevos hospitales. Como resultado del

análisis efectuado se considera que el Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de Salud propuesto es factible, tanto desde el punto de vista técnico, como del socio-económico, financiero e institucional, de conformidad con lo que se indica en los capítulos siguientes. En consecuencia, se recomienda aprobar su financiamiento por un monto equivalente de US\$125.000.000 con recursos del Capital Ordinario, de los cuales US\$120.000.000 millones sería en divisas y el monto equivalente de US\$5.000.000 millones sería en moneda local.

II. MARCO DE REFERENCIA 1/

A. Organización y Recursos del Sector Público Argentino

- 2.01 En virtud de que el Programa objeto del presente documento se basa en gran medida en la capacidad autónoma de actuar de las provincias, así como en la distribución de ingresos entre la nación y estas, es importante detallar el régimen federal del país. Se presentan a continuación los aspectos más resaltantes del sector público y en ellos se destacará la descentralización de la organización política-administrativa argentina y la división de trabajo general entre los diversos niveles de gobierno.

1. División Política Territorial

- 2.02 El Estado Argentino está organizado en tres niveles político-administrativos y territoriales: el nacional, el provincial y el municipal. Estos tres niveles corresponden a una organización federal en la cual las atribuciones gubernamentales son originarias de los estados provinciales, que las han delegado al Gobierno Nacional. Consecuentemente, las Provincias son entidades autónomas que dictan sus propias constituciones. Los municipios, a su vez, son organizados como parte del régimen provincial. En la actualidad, el sistema federal argentino abarca veintidos provincias, la Capital Federal y el Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

2. Gobierno Nacional

(a) Organización

- 2.03 Con base en la delegación de poderes por las provincias, el Gobierno Nacional tiene las atribuciones de responder a las grandes necesidades generales de la sociedad argentina y de atender los intereses comunes de las distintas subdivisiones territoriales. Los poderes delegados al Gobierno Nacional son todos aquellos indicados en la Constitución Nacional. Adicionalmente, existen "poderes concurrentes" encargados por la Constitución tanto al Gobierno Central, como a las provincias y aún a los municipios por delegación provincial.
- 2.04 El Poder Ejecutivo Nacional es desempeñado por el Presidente que tiene a su cargo la administración general del país. El actual régimen

1/ Ver Anexo No. II-1 "Argentina: Situación Económica Reciente y Perspectivas".

ejecutivo surge de la Ley 23.023 de diciembre 1983 que organiza la administración central en ocho Ministerios: Interior, Relaciones Exteriores y Culto, Defensa, Economía, Obras y Servicios Públicos, Educación y Justicia, Trabajo y Seguridad Social y Salud y Acción Social, ^{1/}, constituyendo el Gabinete Nacional. Los Ministerios están encargados en la elaboración de los objetivos y políticas nacionales, así como en la ejecución de planes, programas y proyectos conforme las directivas impartidas por el Poder Ejecutivo Central. Para el cumplimiento de sus funciones, los Ministerios se componen de Secretarías, Subsecretarías y Direcciones.

(b) Recursos y su Coparticipación

- 2.05 Los recursos del Gobierno Nacional dependen de disposiciones constitucionales que atribuyen poderes exclusivamente al Gobierno Federal o en concurrencia con los gobiernos provinciales. Según estas disposiciones, corresponden a la Nación lo siguiente: (i) recursos asignados en forma exclusiva y permanente (impuestos externos sobre el comercio exterior y rentas del correo); (ii) recursos asignados en forma concurrente y permanente con las provincias (impuestos internos); y (iii) recursos asignados transitoria o temporalmente en forma concurrente con las provincias (impuestos directos en casos de urgencia nacional).
- 2.06 A partir de 1935, se instituyó un sistema de unificación y co-participación de impuestos entre la Nación y las provincias. Por medio de este sistema, el Gobierno Federal recauda impuestos en todo el territorio nacional. Del total recaudado se destina el 3% a un Fondo de Desarrollo Regional y el resto se distribuye en partes iguales entre la Nación y el conjunto de las provincias. Entre las provincias, a su vez, se distribuye el 65% de los fondos en forma directamente proporcional a la población de las provincias, el 25% en proporción a la brecha de desarrollo entre cada provincia y el área más desarrollada y el 10% restantes entre las provincias cuya densidad poblacional es inferior al promedio nacional.

3. El Nivel Provincial

(a) Organización

- 2.07 Las provincias definen sus propias constituciones y leyes, crean sus instituciones locales y eligen sus autoridades sin intervención del Gobierno Federal. El Gobierno Central garantiza la autonomía de las provincias desde que las mismas cumplen con las condiciones establecidas en la Constitución Nacional. Las legislaturas

^{1/} Sería el responsable del Programa a través de la Secretaría de Salud.

provinciales, por lo tanto, no dictan todas las leyes que rigen en sus territorios, ya que la legislación de derecho privado y alguna de derecho público (Códigos Civil, Comercial, Penal, etc.) es materia del Congreso Nacional. Los gobiernos provinciales tienen a su cargo la organización administrativa y financiera dentro de sus territorios, incluyendo el poder genérico de reglamentación interna de la seguridad y del bienestar de la población. Dentro de las atribuciones provinciales no delegadas se incluye el prestar a su población los servicios de salud.

- 2.08 La organización institucional de las provincias respeta la división de atribuciones establecida en la Constitución Nacional generando un poder ejecutivo, un poder legislativo y un poder judicial. El primero es ejercido por un Gobernador quien es asistido por un conjunto de ministros. El Poder Legislativo es ejercido por la legislatura provincial y se establecen tres instancias judiciales.

(b) Recursos

- 2.09 Los recursos de las provincias provienen de varias fuentes. Por una parte, los recursos son obtenidos por recaudación fiscal dentro del territorio provincial (recursos propios). En segundo lugar, los ingresos provinciales se integran por recursos recaudados por el Gobierno Nacional en todo el territorio nacional dentro del régimen de coparticipación federal. Por último, los recursos provinciales son integrados por otras transferencias nacionales, fuera del sistema de coparticipación; dentro de estas se encuentra el Programa de Apoyo en Salud (Fondos PAS).
- 2.10 Los principales recursos propios de las provincias se originan en los impuestos inmobiliarios, de sellos, sobre las actividades lucrativas o los ingresos brutos y sobre los automotores. En varias provincias los pagos recibidos de organismos nacionales por concepto de regalías por la extracción de minerales, combustibles o la producción de energía hidroeléctrica representan una fuente importante de recursos. En términos generales, los recursos provinciales se componen aproximadamente 50% de ingresos propios, 40% de recursos co-participados y 10% de otros ingresos (incluyendo PAS).

B. El Nivel de Salud

- 2.11 Según el censo nacional de 1980 el país tenía en esa fecha 27.947.466 habitantes con las siguientes características demográficas:
- (a) población urbana (que habita en localidades de 2.000 y más habitantes) era de 83%, de los cuales el 90% habita en localidades de más de 10.000 habitantes; destacándose que en el Gran Buenos Aires (Capital Federal y cono urbano de Buenos Aires) vivían, en 1980, 9.969.826 habitantes, lo que significaba el 35,6% de la población del país;

(b) otras características son: la población femenina era de 50,8%; la población económicamente activa de 50%; la población con necesidades básicas insatisfechas era de 27,7%; la población menor de 15 años, 30,3% y la mayor de 65 era de 8,2%; y

(c) la densidad demográfica era de 10,1 habitantes por kilómetro cuadrado.

2.12 La tasa de crecimiento demográfico ha presentado disminuciones desde 1914 que era de 36 por mil; para llegar a 16 por mil en el decenio 1960-70. Sin embargo, en el decenio 1970-80 por primera vez ha experimentado un ascenso para llegar a 17,9 por cada mil habitantes. Para 1982 la tasa de natalidad era de 23,4 por mil habitantes; y la tasa de mortalidad era de 8,4 por mil, lo que correspondía a una tasa de crecimiento natural de 15 por mil. La esperanza de vida al nacer en 1980-85 era de 69,7 años.

2.13 En resumen, Argentina tiene una población urbana distribuida en muchos centros de concentración urbanos, con una mediana de edad de 27,3 años, lo que expresa cierto envejecimiento de la población si lo comparamos con el 24,8% existente en 1947, y un importante porcentaje de ésta tiene necesidades básicas insatisfechas. Esto identifica una población expuesta al riesgo de sufrir enfermedades transmisibles (gastroenteritis - respiratorias agudas), así como no transmisibles (degenerativas, cáncer, etc.). Las proyecciones demográficas hasta el año 2000 basadas en los datos de censo de 1980 son:

Año:	1985	1990	1995	2000
Millones de habitantes:	30,5	32,9	35,1	37,2

2.14 La mortalidad general ha descendido de 1970 (9,5 por mil) a 1980 (8,6 por mil) como promedio nacional. Lógicamente existen diferencias entre las distintas provincias con los siguientes datos para 1980: Neuquén 5,3 por mil (mínima); y capital federal: 12,9 por mil (máxima). El porcentaje de defunción con certificado médico es de 98,9% y para 1981 la estructura de la mortalidad general presentaba las siguientes cinco primeras causas de muerte: (a) enfermedades del corazón: 29,0%; (b) tumores malignos 17,3%; (c) enfermedades cerebro-vasculares 9,5%; d) accidentes 5,1%; y (e) arteriosclerosis 4,8%.

2.15 La comparación de los datos de mortalidad con los indicadores de otros países del grupo "A" es la siguiente:

<u>Indicador</u>	<u>AR</u>	<u>BR</u>	<u>ME</u>	<u>VE</u>	<u>Observaciones</u>
Esperanza de vida	69,7	63,5	65,7	69,2	en años
Mortalidad general	8,4	8,8	7,1	4,9	por mil habitantes
Mortalidad infantil	33,6	87,3	53,0	29,8	por mil nacidos vivos
Mortalidad 1-4 años	1,5	3,8	2,6	1,7	por mil niños
Mortalidad materna	0,7	1,3	3,5	0,5	por mil nacidos vivos

Fuente: Argentina-Docmento Solicitud de Préstamo. Otros países:
PAHO - Doc. Oficial 201, Informe del Director, 1984.

- 2.16 Las principales causas de hospitalización en 1981 fueron: a) embarazo, parto y puerperio, 29,5% del total de egresos; b) afecciones respiratorias, 10,5%; c) traumatismos, 8,4%; d) enfermedades infecciosas y parasitarias, 8,2%; e) enfermedades del aparato circulatorio 5,9%. La atención institucional del parto es del 90%. Los indicadores de cobertura (inmunización, saneamiento ambiental, atención médica y nutricionales para 1983) demuestran igualmente un buen nivel de salud en sus promedios nacionales, como se indica en el cuadro siguiente:

<u>Indicador</u>	<u>AR</u>	<u>BR</u>	<u>ME</u>	<u>VE</u>	<u>Observaciones</u>
Immunización: DPT	62,0%	65,0%	—	71,8%	menores de un año
Polio	91,0%	95,0%	—	91,6%	menores de un año
Sarampión	60,0%	87,5%	—	45,0%	menores de un año
Tuberculosis	61,0%	59,4%	53,3%	73,5%	menores de un año
Población con agua potable	69,0%	93,7%	71,0%	90,0%	población urbana
Población c/disposic. excretas	79,2%	60,4%	50,7%	78,2%	población urbana
Consultas/habitante/año	* 6,2%	* 1,5%	1,4%	1,8%	
Egresos por cien habitantes a/	11,4%	—	3,7%	5,5%	
Camas por mil habitantes	5,4%	4,3%	0,8%	2,7%	
Disponibilidad calorías	3.380	2.578	2.890	2.646	per cápita al día
Disponibilidad proteínas	112,7%	59,4%	74,9%	71,2%	gr.p/cápita al día

* Sólo área metropolitana.

Argentina Documento Solicitud de Préstamo. Otros países.

Fuente: PAHO - Documento Oficial 201. Informe del Director, 1984.

a/ La tasa de 11.4 egresos por cien habitantes es la segunda más elevada de América Latina, y la quinta del continente americano, e indica la demanda de internación que históricamente ha tenido proyección ascendente en Argentina.

- 2.17 Los promedios nacionales de los indicadores de salud son satisfactorios, aun cuando es conveniente precisar la existencia de ciertas diferencias a nivel provincial, y asimismo identificar una estructura de morbi-mortalidad mixta en la que participan en el riesgo de enfermar y morir las enfermedades no transmisibles (cardiopatías, neoplasias, etc.), como las enfermedades transmisibles;
- 2.18 Dentro de estas últimas, la Gastroenteritis aguda constituye una de las 5 causas de morbi-mortalidad en menores de 5 años, e igual situación se puede decir de las "respiratorias agudas" (neumonía e influenza). La malaria tiene un área endémica en algunas provincias fronterizas, y la enfermedad de chagas tiene una prevalencia todavía importante en ciertas provincias del noreste del país (Catamarca, Chaco, Formosa, etc.). Si bien el nivel de salud en su promedio es bueno, es necesario la existencia de programas, servicios y tecnología que tengan capacidad resolutoria tanto para el control de las enfermedades transmisibles como de las enfermedades no transmisibles.

- 2.19 Con respecto a la nutrición, si bien la dieta alimentaria argentina es una de las más altas, existe una distribución bastante desigual en el consumo alimentario que produce diferencias regionales. De esta forma, en estudios específicos realizados en Salta, Resistencia y Santiago de Estero se han detectado porcentajes de desnutrición en menores de 5 años que oscilan entre 30 y 43%.

C. El Sector Salud

- 2.20 Dentro de la estructura del sector salud se identifican tres subsectores: público, obras sociales y privado. Debido a que su organización política es Federal, las provincias y el poder municipal tienen gran autonomía para organizar y ejecutar acciones de salud. La combinación de estos aspectos da lugar a la configuración de un sistema de salud diferencial para distintos grupos de población del país, que varía según lugar de residencia, inserción ocupacional y niveles de ingreso. Por otra parte cada subsector presenta importantes diferencias en su organización y funcionamiento interno.

1. El Subsector Público

- 2.21 El subsector público proporciona sus servicios a través de tres jurisdicciones: nacional, provincial y municipal. Hasta 1970 el subsector público fue el de mayor capacidad de resolución tecnológica de problemas, pero a partir de esta fecha esta situación se fue revirtiendo, disminuyendo su participación. Actualmente cuenta con el 42% del total de establecimientos con internación y el 63% del total de camas del país. El subsector público tiene la responsabilidad de atender a la población de menores ingresos y a pacientes con patología "aguda", así como las emergencias y un buen porcentaje de afecciones crónicas poco o nada asistidas por los otros subsectores.
- 2.22 Los usuarios del subsector público son de tres tipos: a) los grupos de menores ingresos, no cubiertos por ningún otro sector; b) los grupos que están teóricamente cubiertos por las obras sociales, pero que, en la práctica, el no disponer de su aporte económico puede ser un factor limitante para su acceso, y c) los grupos residentes en áreas geográficas donde no existen establecimientos de su propia organización o, si existen, no poseen los servicios técnicos requeridos. Estas situaciones hacen difícil precisar la población actualmente responsable de este subsector.
- 2.23 Operativamente la red de servicios de salud del subsector público está estructurada en tres "niveles de atención", según la relación existente entre recursos y necesidades de salud a satisfacer.
- (a) El primer nivel se identifica con aquellos establecimientos que no poseen facilidades de internación de pacientes (centros de salud), y cuyas funciones se basan especialmente en el desarrollo de actividades a nivel de consulta externa para las acciones preventivo-promocionales y curativas de salud.

- (b) El segundo nivel está constituido por hospitales generales o polivalentes, que cuentan con los servicios básicos (medicina, cirugía, pediatría, obstetricia, ginecología), y con algunas especialidades. Estos servicios se desarrollan tanto a nivel de consulta externa como de internación; y muchos de estos establecimientos aún cuentan con un determinado número de camas para la hospitalización crónica de ciertas enfermedades, como la tuberculosis pulmonar, que con la tecnología actual ya no requiere internación de larga permanencia.
 - (c) El tercer nivel de atención corresponde a los hospitales e institutos especializados generalmente ubicados en las 3 ó 4 principales ciudades del país.
- 2.24 Los servicios de salud en Argentina se han clasificado por "Niveles de Complejidad", basados en el hecho que la complejidad de un servicio no depende necesariamente de poseer un mayor número de camas o más médicos, o pacientes atendidos; sino que de la organización, el equipamiento y el grado de capacitación y especialización del recurso humano, así como del grado de desarrollo de las actividades que se realizan, o de las prestaciones que se otorgan. De esta manera, se han identificado 9 diferentes niveles de complejidad.
- 2.25 El Subsector Público en la actualidad presenta una serie de problemas institucionales y operativos que están afectando su eficiencia. El Ministerio de Salud tiene relativa reducida capacidad técnica para dirigir, coordinar y normalizar las acciones de salud tanto a nivel intra como inter-sectorial, así como lograr la adecuada conciliación de nación y provincia dentro del contexto federal y descentralizador. En este sentido se identifican algunos aspectos críticos: capacidad de conducción gerencial, administración del sistema financiero-contable, sistema de información y estadísticas de salud, políticas de personal. Operativamente los problemas asistenciales son más relevantes en el Nivel Secundario de Atención (Hospitales).
- 2.26 La infraestructura del sector público es de gran magnitud, pero hay que reconocer la pérdida del papel protagónico del hospital público en su triple vertiente: asistencia, docencia e investigación. Esta situación de deterioro se expresa a través de una serie de aspectos críticos, que constituyen factores condicionantes negativos para una adecuada atención médico-hospitalaria, entre los cuales se mencionan: (a) limitaciones en los horarios de funcionamiento de los servicios; (b) insatisfactoria calidad en la entrega de las prestaciones: no suministro de medicamentos al paciente de consulta externa; escasez de materiales médico-quirúrgicos; (c) bajos índices "personal por cama" en hospitales provinciales y falta de capacitación; (d) malas condiciones de mantenimiento del recurso físico, muy especialmente de sus instalaciones que suelen ser obsoletas y con gran deterioro; (e) nivel de organización hospitalaria, estructurada exclusivamente en base al internamiento del paciente, sin tomar en consideración otras modalidades promocionales preventivas y recuperadoras, que pueden aumentar los rendimientos hospitalarios y tener un efecto más positivo en la salud de la población.

- 2.27 Uno de los problemas de la atención médica argentina consiste en la falta de vinculación del hospital público con la demanda y financiamiento actualmente existente, en especial con las obras sociales, situación que el plan general de salud pretende resolver. Para ello es indispensable la rehabilitación de los hospitales provinciales.

2. El Subsector de Obras Sociales

- 2.28 El subsector de obras sociales fue creado en 1944 por el impulso de la solidaridad social. En 1970 se creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) como autoridad de aplicación de las obras sociales. Este subsector está constituido por 337 entidades, de las cuales 292 (86,6%) están bajo la coordinación del INOS y las restantes 45 (13,3%) corresponden a las obras sociales provinciales, municipales, del poder judicial; del Congreso, y a las de las Fuerzas Armadas y de Seguridad. Las obras sociales cuentan actualmente con escasa infraestructura propia: poseen el 5,4% del total de camas y, en esencia, se comportan como organismos fundamentalmente financiadores, ya que contratan básicamente con el subsector privado casi todos los servicios que ofrecen.
- 2.29 El subsector de obras sociales tenían como afiliados a 22.337.656 habitantes en 1980 (80% del total del país), correspondiendo un 62% al INOS; 14% a las obras sociales de provincias y municipios, y un 4% a las obras sociales de las Fuerzas Armadas. De las 292 entidades que están bajo responsabilidad del INOS, la gran mayoría (200) pertenecen a sindicatos (68,5%) y el resto (92) son estatales, provinciales o municipales.
- 2.30 El subsector de obras sociales se caracteriza por la multiplicidad de instituciones, por su falta de ordenamiento y por su inequidad interna. Esta situación en buena parte es debida a que las obras sociales se han estructurado por gremio profesional y éstos, por rama de producción de la economía del país, presentando las características siguientes:
- (a) la programación de los servicios que brindan a sus afiliados son establecidos por cada obra social;
 - (b) la prestación de servicios es diferente según cada obra social, debido a los diferentes recursos de cada una condicionado por la jerarquía de la obra social, en cuanto a la importancia de su gremio y al número de sus afiliados. Este aspecto es de suma importancia ya que puede diferenciar por lo menos tres grandes tipos de obras sociales: (i) un tipo con muchos recursos, pero también con muchos afiliados (trabajadores bancarios, ferroviarios, etc.) que por su volumen cuentan con una significativa red propia de servicios con diferentes niveles de complejidad y utilizan además al subsector privado; (ii) otro tipo, de mayores recursos económicos y con un número relativamente reducido de afiliados (ejecutivos) que contrata los

servicios con la infraestructura del subsector privado especialmente a nivel de las grandes ciudades (Buenos Aires, Córdoba, Rosario, Mendoza); (iii) el tercer tipo de obras sociales con un número de afiliados relativamente pequeño y con niveles bajos de ingresos y distribuidos en distintas provincias del país. Estas obras sociales cuentan con escasa capacidad de oferta y, en la práctica, la mayor parte de sus afiliados utiliza los servicios públicos. (Jubilados, rurales, empleados públicos, etc.).

- (c) Otro aspecto diferenciador de las obras sociales está condicionado por la dispersión geográfica de los afiliados; ya que aun siendo trabajadores del mismo gremio, y con el mismo aporte económico, pueden recibir diferente calidad de atención según la localidad en que residen.

3. El Subsector Privado

- 2.31 El subsector privado está configurado por dos grandes grupos: los profesionales que ejercen su práctica en forma independiente a pacientes particulares afiliados a obras sociales o sistemas de prepago, y los establecimientos asistenciales contratados por las obras sociales. Dentro de este subsector hay instituciones de solidaridad grupal que generalmente no tienen fines de lucro, como los hospitales de comunidades étnicas. El subsector privado tiene el 31,4% de las camas del país, generando el 44,7% del total de egresos; especialmente los de corta permanencia; y posee del 50 al 60% del equipo más sofisticado (bombas extracorpóreas; tomografías axiales; cuidado intensivo, etc.) ubicados en un estimado de 2.000 establecimientos de diversa complejidad, especialmente en las grandes ciudades (Buenos Aires, Córdoba, Rosario, Mendoza).
- 2.32 En síntesis, se observa que el sector salud tiene casi total cobertura de atención, pero presenta serios problemas de inequidad hacia los usuarios y deficiencias en la calidad de la atención médica proporcionada. El subsector de "Obras Sociales" está constituido en esencia por entidades financiadoras. El subsector público, está atendiendo a población carente de recursos y a la afiliada a obras sociales, sin facturar a éstas los servicios proporcionados. Esta situación hace que el subsector público esté atendiendo población de los otros subsectores, porque estos presentan distintas formas de inaccesibilidad: económica, geográfica o de patología. Los hospitales provinciales del segundo nivel los más deficientes en la entrega de las prestaciones, lo cual repercute en el mal funcionamiento de toda la red de servicios públicos al no proporcionar el apoyo correspondiente al nivel primario de atención. Las prestaciones que el hospital público ofrece son esencialmente de medicina curativa^{gratuitas} a la población, dado que en su mayor parte los usuarios son habitantes con escasos recursos. El subsector privado cuenta con los servicios más especializados para la atención de pacientes con patología "aguda" básicamente ubicados en las ciudades de mayor disponibilidad de recursos: Buenos Aires, Córdoba, Rosario y en parte Mendoza.
- ✓ ✓

D. Recursos Físicos

- 2.33 Según el catastro de 1980 el país contaba con 9.642 establecimientos de los cuales 6.456 eran servicios del nivel primario (67%) y 3.186 eran servicios de salud con internación (33%) y un promedio de 47 camas por establecimiento. De este índice general (47 camas) corresponden como promedio 70 camas al subsector público, 70 a las obras sociales y 27 al subsector privado. La distribución institucional del recurso físico es la siguiente:

	<u>Subsector Público %</u>		<u>Subsector Obras Sociales %</u>		<u>Subsector Privado %</u>		<u>Total</u>
Establecimientos	5.123	53,1	374	3,9	4.145	43,0	9.642
Establecim. con camas	1.334	41,8	114	3,6	1.738	54,6	3.186
Establecim. sin camas	3.789	58,7	260	4,0	2.407	37,3	6.456
Camas	94.588	63,2	8.079	5,4	47.048	31,4	149.715

- 2.34 La distribución de las camas según la permanencia del paciente (agudos hasta 30 días; crónicos y convalescientes más de 30 días) es la siguiente:

<u>Camas</u>	<u>Subsector Público %</u>		<u>Subsector Obras Sociales %</u>		<u>Subsector Privado %</u>		<u>Total</u>
Agudos	70.572	59,1	7.668	6,4	41.002	34,3	119.242
Crónicos	24.016	78,8	411	1,3	6.046	19,8	30.473
Total	94.588		8.079		47.048		149.715

- 2.35 La concentración geográfica de las 149.715 camas se presenta a continuación; comparándose con el porcentaje de población. (Ver Anexo II-2)

<u>Capital Federal y Prov. Buenos Aires</u>		<u>Resto de Provincias</u>	
<u>No. Camas</u>	<u>% País</u>	<u>No. Camas</u>	<u>%</u>
72.285	48,3	77.430	51,7
Población	49,3		50,7

- 2.36 Las tasas de camas por mil habitantes se presentan a continuación, comparándose con otros países del Grupo "A".

Recurso	AR	BR	ME	VE	Observaciones
Cama	5,4	4,3	0,8	2,7	Por mil habitantes

Fuente: PAHO. Doc. Oficial 201. Informe del Director 1984.

- 2.37 Si bien el número y tasa de camas es aceptable, hay que señalar que las condiciones de éstas, especialmente en los hospitales provinciales, es insatisfactoria debido al grado de deterioro por antigüedad de los hospitales. La distribución de camas por provincia se presenta en el Anexo II-2.
- 2.38 La red primaria de atención está constituida por 6.456 establecimientos de salud que no poseen facilidades de internación y que desarrollan actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención médica recuperadora a nivel de consulta externa.
- 2.39 Estos establecimientos reciben diferentes nombres con respecto a las particularidades de cada provincia (centro de salud; clínica periférica, etc.) y en el subsector privado en su gran mayoría son servicios de diagnóstico (laboratorios clínicos; gabinetes de radio-diagnóstico; diagnóstico por imágenes, etc.). La distribución geográfica indica la mayor concentración porcentual en las provincias, donde se desarrollan actividades en base a programas prioritarios de materno-infancia, utilizando promotoras de salud los otros recursos humanos básicos; la distribución es la siguiente:

	<u>Capital Federal</u> <u>Prov. Buenos Aires</u>	<u>Resto de</u> <u>Provincias</u>	<u>Total</u>
No.	1.938	4.518	6.456
%	30.0	70	100

- 2.40 A través de la red de atención primaria del Subsector Público se desarrollan una serie de programas a nivel nacional, mencionándose: (a) Programa Alimentario Nacional (PAN), tiene como propósito combatir la emergencia alimentaria que padece la población infantil, y consiste en la entrega de alimentos a familias de escasos recursos, especialmente aquéllas donde existan mujeres embarazadas y niños menores de 6 años; (b) Programa de Granjas de Autoabastecimiento. Promueve el autoabastecimiento alimentario a través del desarrollo de huertas y granjas de tipo familiar; (c) Fondo de Asistencia en Medicamentos, proporciona medicamentos esenciales, a grupos social y económicamente desprotegidos, orientados para atender patologías específicas: parasitosis, gastroenteritis, enfermedades respiratorias agudas, etc.; y (d) Programas de Educación en Salud, orientados a mejorar hábitos y condiciones de saneamiento ambiental básico.

- 2.41 La Red de Atención Primaria Pública tiene un funcionamiento bastante bueno, presentando como limitante la falta de resolución de la referencia en el nivel secundario de atención.

E. Recursos Humanos

- 2.42 En 1980 el país contaba con 46.353 médicos (603 hab. por médico); 13.808 enfermeros; 39.480 auxiliares de enfermería (524 hab. por personal de enfermería) y 6.416 odontólogos (4.356 habit. por odontólogo). Estos recursos estaban distribuidos geográficamente de la siguiente manera:

Recurso	Cap. Federal y Prov. de Buenos Aires %	Resto de Provincias %
Médicos	54,2	45,8
Enfermeras	44,5	55,5
Auxiliares Enf.	51,8	48,2
Odontólogos	53,9	46,1
Población %	49,3	50,7

- 2.43 Las tasas de médicos y enfermeras por diez mil habitantes se presentan a continuación, comparándose con otros países del grupo "A".

Recurso	AR	BR	ME	VE	Observaciones
Médicos	16,6	8,6	8,2	12,1	Por 10 mil habitantes
Enfermeras	5,8	1,0	4,9	8,1	Por 10 mil habitantes
Aux. Enferm.	8,9	25,2	6,1	23,4	Por 10 mil habitantes

Fuente: PAHO. Doc. Oficial No. 201.
Informe del Director 1984.

- 2.44 La formación del recurso humano se realiza en distintos niveles: (a) Universitario: las universidades nacionales, provinciales y privadas ofrecen carreras para la formación de profesionales, técnicos y auxiliares. Existen a este nivel 20 universidades de las cuales 4 están en Capital Federal y Provincia de Buenos Aires, y las 16 restantes corresponden a las provincias de Catamarca, Córdoba, Corrientes, La Rioja, Mendoza, Misiones/Salta, San Juan, San Luis, Santa Fe, Santiago de Estero y Tucumán. De estas 20 universidades 9 de ellas tienen formación médica; 7 forman odontólogos; 10 forman bioquímicos; 7 forman farmacéuticos; 6 forman licenciados en enfermería; 12 forman enfermeros. b) Enfermería y personal técnico. La formación de enfermeros se ofrece en escuelas dependientes de las universidades nacionales, o de las jurisdicciones provinciales o municipales. También existen escuelas privadas asociadas por lo general a hospitales privados. Existen un total de 57 instituciones encargadas de formar enfermeros y 114 para la formación de auxiliares de enfermería. En relación con enfermeros en 1984 egresaron 369 profesionales y 1.387 auxiliares de enfermería a nivel nacional evidenciando la excesiva formación de médicos en relación con la de personal de enfermería.

F. Producción de Servicios

- 2.45 En 1980 se produjeron a nivel nacional 3.181.584 egresos, lo que significa una tasa de 11,4 egresos por cada 100 habitantes. La distribución por los subsectores se presenta a continuación:

	Subsector			
	<u>Subsector Público</u>	<u>Obras Sociales</u>	<u>Subsector Privado</u>	<u>Total</u>
Egresos	1.583.459 (49.8%)	176.020 (5.5)	1.422.105 (44.7)	3.181.584
Egresos por cama	16,7	21,8	30,2	21,2

En lo que concierne a la distribución observamos que la Capital Federal y Provincia de Buenos Aires proporcionaron el 48,4 del total de los egresos.

- 2.46 La estructura de los egresos según jurisdicción para 1980 se presenta a continuación:

<u>Jurisdicciones</u>	<u>Total</u>	<u>Público</u>	<u>Obras Sociales</u>	<u>Privados</u>
Capital Federal	100	20,9	10,0	69,1
Buenos Aires	100	59,8	2,7	37,5
Catamarca	100	59,7	1,1	39,2
Córdoba	100	30,7	2,7	66,6
Corrientes	100	93,7	1,4	4,9
Chaco	100	64,0	0,8	35,2
Chubut	100	64,5	12,0	23,5
Entre Ríos	100	66,7	2,9	30,4
Formosa	100	78,6	0,9	20,5
Jujuy	100	75,1	0,9	24,0
La Pampa	100	90,7	0	9,3
La Rioja	100	76,4	10,1	13,5
Mendoza	100	59,9	8,9	31,2
Misiones	100	81,1	0	18,9
Neuquén	100	78,4	12,6	9,0
Río Negro	100	65,0	9,5	25,5
Salta	100	64,1	6,3	29,6
San Juan	100	57,8	10,8	31,4
San Luis	100	70,7	3,7	25,6
Santa Cruz	100	73,0	23,0	4,0
Santa Fe	100	50,6	7,5	41,9
Santiago del Estero	100	81,1	2,2	16,4
Tucumán	100	55,2	8,2	36,6
Tierra del Fuego	100	90,7	0	9,3
 T o t a l	 100	 49,8	 5,5	 44,7

- 2.47 En lo que respecta a consultas médicas para 1980 se encontró una razón de 6,2 consultas por habitante al año para la región metropolitana de Buenos Aires. A nivel nacional y para 1984 se obtuvieron dentro del subsector público los siguientes rendimientos: giro de camas: 22,8; porcentaje de ocupación de 70; y promedio de permanencia de 11,2 días.

G. Política de Salud

- 2.48 En 1984 el Ministerio de Salud y Acción Social formuló el Plan General de Salud, que enmarca los lineamientos de la Política de Salud dentro del proceso de democratización del país que en el contexto del Sector se refiere principalmente: (a) hacer realmente equitativas las posibilidades de acceso a la mejor calidad de servicios de salud; (b) garantizar una amplia participación popular y de los diversos sectores de interés en la programación y desarrollo de las actividades necesarias; (c) superar las actuales desigualdades y discriminaciones, lo cual requiere de una efectiva unidad de conducción política para orientar la acción del Estado, las obras sociales y el área privada hacia el común objetivo social que deben cumplir; (d) configurar un Sistema Nacional de Salud, para lograr la coordinación de los distintos servicios y asegurar la mejor utilización de los recursos.
- 2.49 Estos lineamientos se basan en la aceptación del concepto de atención primaria que requiere de un replanteo de todo el perfil del Sistema de Servicios de Salud, con la idea de solucionar con lo menos en términos de complejidad y cantidad lo más que se pueda en cuanto a satisfacción de necesidad de salud.
- 2.50 Esta estrategia requiere en su operatividad de las siguientes líneas de acción:
- (a) participación activa de los grupos y organizaciones comunitarias, a nivel sectorial y extrasectorial.
 - (b) Descentralización efectiva y real, consolidando los sistemas de salud provinciales.
 - (c) Plena utilización de los recursos por medio del ordenamiento de la red de servicios, ya sean públicos o de obras sociales, asegurando adecuados mecanismos de referencia.
 - (d) Incorporación en el primer nivel de atención de un contenido programático que le dé más énfasis a las actividades preventivo promocionales de la salud.
- 2.51 El Plan General de Salud pretende encontrar una respuesta que permita el pleno ejercicio del derecho a la salud, mediante el acceso y la utilización de los servicios en función de las necesidades de salud. En este sentido se ha identificado el siguiente marco conceptual:
- (a) Doctrinariamente, se expresa la necesidad de desplazar el eje del sistema de atención de la enfermedad hacia la salud, enfatizando acciones de prevención primaria y diagnóstico precoz.

- (b) Estratégicamente, se asume como función indelegable del Estado la conducción del sistema, integrando bajo el mismo Ministerio de Salud y Acción Social al Instituto Nacional de Obras Sociales, así como a otras áreas sociales afines.
- (c) Tácticamente, se expresa la intención de iniciar un proceso de recuperación y modernización de los establecimientos públicos para que puedan incorporarse, en igualdad de condiciones, a una red de servicios de salud.
- (d) Operativamente, se trata de producir cambios fundamentales, como son: disponibilidad de servicios sin límite horario; simplificación de trámites administrativos; condiciones de atención adecuadas, a través del mejoramiento de los edificios, del equipamiento e insumos necesarios; e igualdad de atención para todos los usuarios.

- 2.52 El Plan General de Salud comprende los siguientes programas: (i) conducción; (ii) regulación y control; (iii) actividades sobre personas y medio; (iv) ordenamiento de los recursos; (v) apoyo en salud (PAS) y (vi) programas de emergencia y cobertura nacional. El Programa de Apoyo en Salud (PAS) comprende las actividades de asistencia nacional a los programas de salud provinciales, pretendiendo lograr el desarrollo homogéneo del área sanitaria en la estructura federal del país y representa el contexto programático en el cual funcionarán los hospitales del programa. El Plan General de Salud comprende otros programas de cobertura nacional orientados a mejorar las condiciones de salud de la población, mencionándose entre estos: (i) programa alimentario nacional; (ii) programa de huertos y granjas para auto-abastecimiento; (iii) fondo de asistencia de medicamentos; y (iv) programa mujer, salud y desarrollo.
- 2.53 El financiamiento de los Servicios de Salud se hace a través del presupuesto correspondiente al Ministerio de Salud y Acción Social, por medio de la Secretaría de Salud, con recursos provenientes básicamente del Fondo General de la Nación. Esta Secretaría en lo que respecta a los gastos de funcionamiento tiene partidas presupuestarias específicas para programas nacionales (alimentos, medicamentos, etc.), control de endemias (chagas, malaria, etc.), programas de medio ambiente, programas de atención médica, prestaciones de servicios de salud y programa de apoyo de salud entre otros. En los años 1983, 1984, 1985 y 1986 el presupuesto de la Secretaría de Salud han tenido incrementos importantes pasando de US\$227 millones en 1983 a 382 en 1986; dada la importancia que se ha asignado a los sectores sociales.
- 2.54 El Gobierno de la Nación está empeñado en orientar paulativamente los servicios de salud hacia la configuración de un sistema, que posea un financiamiento consolidado, a través de la estructuración del Seguro Nacional de Salud, a efectos de garantizar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El Seguro Nacional de Salud adecuaría sus acciones a las políticas que se dicten a través del Ministerio de Salud y Acción Social.

- 2.55 El Seguro Nacional de Salud postula articular las acciones de salud de los servicios públicos, de las obras sociales y de los servicios privados, en una red única de servicios de salud; respetando su individualidad en base a los siguientes principios: (i) cobertura universal; (ii) solidaridad; (iii) pluralismo; (iv) participación; y (v) federalismo.
- 2.56 La autoridad de aplicación del Seguro Nacional de Salud sería la Secretaría de Salud. En su ámbito y en reemplazo del actual Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), funcionaría la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), como entidad de derecho público, con personalidad jurídica y autoridad e individualidad financiera y administrativa.
- 2.57 El Proyecto de "Ley del Seguro Nacional de Salud", se encuentra en trámite parlamentario en la Cámara de Diputados de la Nación y pretende asegurar el financiamiento del sistema de atención a las personas, el ordenamiento de la demanda de servicios, y la creación de una red de servicios coordinados, dentro de la cual la recuperación del hospital público juega un rol preponderante en base a una acreditación y calificación de sus estándares.

H. Actividades del Banco en el Sector Salud

- 2.58 Hasta la fecha el Banco no ha financiado programas de salud, y únicamente ha participado con recursos del Programas Especial FFPS otorgando una cooperación técnica para el control y eventual erradicación de enfermedades endémicas (chagas, lepra y fiebre hemorrágica argentina).

I. Resumen y Conclusiones

- 2.59 Las conclusiones principales de la situación de salud son:
- (a) Una situación de salud considerada como satisfactoria en sus promedios nacionales, pero con marcadas diferencias en las distintas provincias. Ver Anexo II-4, Indicadores de Salud de las Provincias del Programa.
 - (b) Un sector salud incoordinado, con una estructura pública, privada, y un sistema de obras sociales. El subsector público con amplia red de infraestructura de servicios, pero con un nivel secundario (hospitales provinciales) con marcado deterioro por su grado de obsolescencia e inadecuada calidad de las prestaciones de salud y con responsabilidad básica de atender a poblaciones de escasos recursos. El subsector privado, con gran tecnología y frecuentemente ubicado en las principales ciudades del país. El subsector de obras sociales caracterizado por la multiplicidad de instituciones con desigualdades internas en las prestaciones ofrecidas a sus afiliados.

- (c) Una adecuada magnitud de recursos físicos, aunque presenta, especialmente el subsector público, un marcado deterioro de sus hospitales provinciales.
- (d) Una adecuada cantidad de recursos humanos en salud, y con aceptable distribución provincial, observándose un probable exceso en cuanto a la formación de médicos.
- (e) Una política de salud que, a través de su plan general, pretende: fortalecer la descentralización consolidando redes de salud provinciales a través de la recuperación integral (física y funcional) del hospital público. Un cambio con mayor énfasis en las atribuciones promocionales y preventivas que irradian desde el hospital como eje del sistema; y una coordinación entre los diferentes subsectores con el objeto de utilizar mejor los recursos, y favorecer el acceso a los servicios, satisfacer la demanda, y obtener una mayor calidad de la atención médica.

III. EL PROGRAMA. SU COSTO Y FINANCIAMIENTO

A. Marco Conceptual

- 3.01 Como se analizó en el Capítulo II la infraestructura de servicios del país en términos cuantitativos es adecuada; existiendo problemas de mal funcionamiento, especialmente en el nivel secundario de la red de servicios que están condicionados por el grado de obsolescencia de los hospitales provinciales y por la inadecuada organización de los servicios. El Programa que se propone contribuiría a mejorar el funcionamiento de la atención hospitalaria del segundo nivel fortaleciendo su capacidad operativa y mejorando la calidad de la atención. Se ejecutaría básicamente a nivel provincial, aunque los recursos de contrapartida que se usarían provienen del Presupuesto Nacional, de partidas ya destinadas a las provincias para la ejecución de obras en el sector.
- 3.02 El Programa se basa en la aplicación de una serie de lineamientos normativos que permitan estructurar un modelo asistencial para rehabilitar física y funcionalmente al hospital público y convertirlo en eficaz y eficiente. Este modelo parte de la disponibilidad de personal a tiempo completo y estaría organizado en base a la atención progresiva del paciente, desarrollando nuevas modalidades de atención que limitarían la tendencia ascendiente a la internación tradicional sin causar riesgo al paciente.
- 3.03 El Programa enfatiza el fortalecimiento de la capacidad operativa, y la organización de nuevas modalidades de atención para satisfacer la demanda y mejorar la calidad de las prestaciones a través de la entrega de medicamentos, vacunas y otros insumos, con el propósito de ofrecer una asistencia integral (preventivo-curativa), muy especialmente a la población de bajos recursos que no demanda ser atendida por el sector privado.
- 3.04 Estas nuevas modalidades de atención permitirían aumentar la cobertura, sin que ello signifique necesariamente un aumento del número de camas o de pacientes internados. En algunos casos disminuirían las necesidades de internamiento, y en otros se reduciría el promedio de permanencia, al disminuir los tiempos de espera tanto para diagnóstico como para uso de salas de operaciones. Los programas de "cirugía ambulatoria" reducirían sustancialmente el promedio de permanencia del paciente a 48-72 horas, para un buen porcentaje de intervenciones quirúrgicas (herniorrafia; amigdalectomía, catarata, etc.). Igualmente el sistema "Hospital Día" significaría menos ingresos tradicionales de pacientes que podrán recibir su tratamiento en 12 horas e incluso sin utilizar una tradicional "cama de hospital" (diálisis; aplicación de terapia anticancerosa; problemas de salud mental, etc.)
- 3.05 El programa se enfoca a nivel de hospitales generales, por considerarse que la red de atención primaria está atendida de una manera satisfactoria por las provincias y que el problema fundamental

se encuentra en los hospitales de referencia, los cuales tienen marcada obsolescencia física y funcional (82 años de vida en promedio). Aunque el resto de la red primaria también requiere mejoramiento se consideró indispensable mejorar los hospitales situados en las ciudades cabecera de provincia, para que sean centros rectores y de referencia de ésta y complementen los servicios de salud que presta el sector privado. El Programa propuesto es el inicio de las actividades de un proceso más completo que en el futuro abarcaría otras provincias y sería la base para establecer normas y directrices del Plan de Salud.

B. Objetivos del Programa

- 3.06 El Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de Salud tiene como objetivo contribuir a la puesta en marcha de un proceso de modernización de hospitales, basado en el desarrollo progresivo de un sistema de servicios de salud provincial que mejore la calidad de la atención y asegure cobertura universal. Dentro de este objetivo general se trata de lograr otros objetivos como son: (a) recuperar el recurso físico en salud y adecuar su organización y funcionamiento para satisfacer la demanda y mejorar la calidad de atención disminuyendo los factores de riesgo de la población; (b) fortalecer la red de servicios de salud provincial, especialmente los establecimientos de nivel secundario y de complejidad intermedia; (c) desarrollar un proceso de capacitación del recurso humano en salud para optimizar el funcionamiento de los servicios, contribuyendo al mejoramiento de la capacidad operativa de los establecimientos de salud; y (d) cooperar con el proceso de descentralización de los servicios y programas de salud.

C. Descripción del Programa

- 3.07 El Programa tiene dos componentes principales: a) la construcción y equipamiento de once hospitales provinciales, para la atención de pacientes de corta permanencia. De los once hospitales uno es nuevo (Neuquén), y diez son reemplazos de hospitales actuales caracterizados por su marcada obsolescencia y con un promedio de edad de 82 años; y b) el fortalecimiento institucional para mejorar el funcionamiento de los hospitales y la capacidad operativa de la Secretaría de Salud. Los hospitales del Programa presentan las siguientes características:
- (a) Estructuralmente todos poseen un sistema modular común en sus estándares, con las mismas normas de diseño: flexibilidad (camas indiferenciadas), funcionabilidad (atención progresiva al paciente, concentración tecnológica), y posibilidad de expansión futura de un 30% como máximo;
 - (b) Organizacionalmente existen tres modelos médicos asistenciales en relación con las características de cada provincia (demanda y oferta existente);
 - (c) Funcionalmente tienen el mismo sistema de programación: médicos a tiempo completo; rendimientos de cuatro consultas por hora médico;

giro de cama de 29,2 egresos; porcentaje de ocupación de 80, y promedio de permanencia de diez días; y

- (d) Operativamente todos poseen un importante componente de fortalecimiento institucional para asegurar la capacitación del personal y lograr la eficiencia integral del establecimiento, y su red de influencia, a través de la programación de nuevas modalidades de atención (hospital día; visita domiciliar; cirugía ambulatoria).

- 3.08 Para la ejecución del Programa se han propuesto dos subprogramas, uno de construcción y equipamiento y el otro de fortalecimiento institucional los cuales se describen después de los criterios de selección y de dimensionamiento en los puntos 4 y 5 de esta sección. El subprograma de construcción de hospitales se ha tratado conforme a la política del Banco, como un programa global de obras múltiples por cuanto los objetivos a lograr no dependen del número de hospitales que se construyan, son obras independientes entre sí, con características técnicas, operativas, económicas y financieras similares y cuya participación definitiva en el programa depende del cumplimiento de criterios de elegibilidad previamente determinados.

1. Metas del Programa

- 3.09 El Programa comprende la construcción y equipamiento de once hospitales provinciales, con un total aproximado de 3.000 camas.
- 3.10 Con respecto al tamaño de los establecimientos se programó que no serían menores de 120 camas, ni mayores de 350, en relación con las características de cada provincia y con el propósito de adecuar el recurso físico a un proceso de conducción eficiente.
- 3.11 En relación con la utilización de los servicios se programan rendimientos diferentes de los actuales en sus promedios nacionales de la siguiente manera:

INDICE	Hospitales Actuales Promedio Nacional	Hospitales del Programa	Observación
Ocupación	70	80	Por ciento
P. Permanencia	11.2	10	Días
Giro Cama	21,5	29,2	Egresos año
Consultas por hora médico	2,5	4,0	Consultas
Personal por cama	2,4	2,7	Empleados
Horario médico	4 h	8 h	Por día

2. Criterios de Selección

- 3.12 Para la selección de las ciudades sedes de los hospitales del programa se identificaron básicamente tres criterios, y además se tomaron en consideración tres factores condicionantes.
- 3.13 Dentro de los criterios se mencionan:
- (a) Obsolescencia física y funcional de hospitales que presentaron un deterioro marcado de su planta física y sus instalaciones, medido en base a su antigüedad y situación funcional actual.
 - (b) Población con escasos recursos en la provincia. Para esta determinación se tomó como fuente los datos de INDEC de 1980 que presenta tasas de hogares con población con necesidades básicas insatisfechas (NBI). El criterio NBI cruza variables de: vivienda, condiciones sanitarias, asistencia escolar y capacidad de subsistencia; y se encontró que a nivel nacional el 22,3% de los hogares tenían NBI, lo que significaba el 27,7% de la población del país.
 - (c) El tercer criterio fue la ubicación en cabeceras provinciales o en ciudades de mayor desarrollo a nivel de la provincia. Este criterio se adoptó en base a que el nuevo hospital debe estar en condiciones no sólo de atender la demanda sino de influir sobre el conjunto de la red de servicios de la provincia, en aspectos normativos, en el desarrollo de programas y en la capacitación en servicios de los recursos humanos. Por otra parte, la adopción de este criterio permite y favorece el desarrollo del sistema de salud provincial como producto de la descentralización en salud.
- 3.14 Dentro de los factores condicionantes se tomaron en cuenta: a) la cantidad de población de la provincia y su capital; b) la tasa de crecimiento demográfico de la ciudad y provincial; y c) la tasa de mortalidad infantil.
- 3.15 Se ordenaron todas las provincias (excepto Buenos Aires y Capital Federal) según los criterios mencionados y se encontraron las siguientes prioridades: (1) Chaco, (2) Salta, (3) Misiones, (4) Tucumán, (5) Formosa, (6) Río Negro, (7) Mendoza, (8) San Juan, (9) Santa Fe, (10) Córdoba, (11) Neuquén, (12) Chubut, (13) Jujuy, (14) Corrientes, (15) Catamarca, (16) Santiago del Estero, (17) La Rioja, (18) Entre Ríos, (19) La Pampa, (20) San Luis, (21) Santa Cruz, (22) Tierra del Fuego.
- 3.16 En una primera etapa se definieron las primeras 16 provincias como objeto del programa y luego de analizar la magnitud financiera del posible programa se redujo a 12, eliminándose Jujuy, Corrientes, Catamarca y Santiago del Estero, cuyos hospitales no presentaban condiciones físicas de gran deterioro como las doce primeras. Posteriormente se eliminó Chubut que era un hospital programado para 90 camas y que la provincia en 1985 había iniciado el proceso de

licitación de la obra civil. Las provincias en principio seleccionadas corresponden a las siguientes regiones: (a) Nordeste, 3 provincias: Chaco, Formosa, Misiones; (b) Noroeste, 2 provincias: Salta y Tucumán; (c) Cuyo, 2 provincias: San Juan y Mendoza; (d) Pampa: 2 provincias: Neuquén y Río Negro, tal como se indica en el mapa de la página siguiente.

3.17 A continuación se presentan los datos de las once provincias seleccionadas:

Provincia	Orden de Prioridad	% con Población a/	% Población N.B.I. b/	Edad actual del Hospital a Reemplazarse c/	Camas Hospital Actual d/	Camas "Agudas"	Camas "Crónicas"
Chaco	1	701.392	51,3	76 años	529	459	70
Córdoba	10	703.571	32,3	92 "	208	208	
Formosa	5	295.887	53,8	61 "	283	255	28
Mendoza	7	1.196.228	24,0	90 "	200	200	-
Misiones	3	588.977	44,7	70 "	310	296	14
Neuquén	11	243.850	38,3	nuevo	-	-	-
Río Negro	6	383.354	38,0	85 "	77	77	-
Salta	2	662.870	26,4	102 "	576	526	50
San Juan	8	465.976	22,6	66 "	536	526	10
Santa Fe	9	2.465.546	22,0	82 "	418	418	-
Tucumán	4	972.655	31,0	105 "	453	446	7
TOTAL		8.680.306		82.9	3.590	3.411	179

- a/ Se beneficia directa e indirectamente el 31% de la población. Población de Córdoba es la menor de 15 años.
- b/ Sólo 3 de las 11 provincias tienen valores inferiores al promedio nacional (Córdoba, Tucumán y Santa Fe).
- c/ La edad promedio de los diez hospitales a reemplazarse es de 82.9 años, con valores mínimos en Formosa (61) y máximo en Tucumán (105 años).
- d/ El hospital de Mendoza fue destruido por el terremoto de 1985. No tiene actualmente ninguna cama.
- e/ Del total de camas "crónicas" 112 son para tuberculosis, 40 para psiquiatría, 20 para convalecencia y 7 para dermatología (lepra).

Los hospitales de las provincias seleccionadas son establecimientos de complejidad VI, excepto Río Negro que es de complejidad IV.

3.18 La situación de los recursos físicos de salud de las once provincias en 1980 se presentan en la página 27.



<u>Provincia</u>	<u>Tasa</u>	<u>No. Camas Subsectores</u>			<u>Total</u>
	<u>Camas por mil Habit.</u>	<u>Público</u>	<u>Privado</u>	<u>Obras Sociales</u>	
Chaco	4,1	1.871	991	12	2.854
Córdoba	6,8	9.774	5.870	674	16.318
Formosa	3,4	718	280	-	998
Mendoza	4,5	3.431	1.464	507	5.402
Misiones	3,9	1.249	1.049	6	2.304
Neuquén	6,3	996	404	147	1.547
Río Negro	5,1	1.302	586	74	1.962
Salta	5,8	2.758	922	177	3.857
San Juan	3,9	1.481	218	140	1.839
Santa Fe	5,5	7.018	6.031	641	13.690
Tucumán	4,6	2.910	1.208	355	4.473
Total		33.488	19.023	2.733	55.244
Porcentaje		60,7%	34,4%	4,9%	100%

- 3.19 En general los hospitales del subsector público tienen mal funcionamiento por su obsolescencia; y suelen ser los de mayor dotación de camas de las ciudades, atendiendo a pacientes "agudos" y "crónicos". Los establecimientos del subsector privado suelen ser pequeños (promedio de 40-50 camas), especialmente destinados para la atención de pacientes con enfermedades "agudas" o de corta permanencia, y ubicados en las principales ciudades.
- 3.20 Los hospitales a ser reemplazados fueron construidos por sistemas de pabellones de 30 pacientes en salas comunes; pabellones separados entre sí, y con circulaciones descubiertas en su mayor parte y expuestos a las condiciones climatológicas. El sismo de 1985 dañó por completo el hospital de Mendoza que fué demolido; y dañó parcialmente el hospital de San Juan. El hospital de Cipolletti (Río Negro) en 1985 sufrió daños en su planta física y los pacientes se han tenido que ubicar en 3 casas separadas y con áreas adaptadas completamente infuncionales. Todos los hospitales tienen obsolescencia comprobada y una breve descripción de estos se presenta en el Anexo III-8.
- 3.21 Con respecto a la producción de los hospitales a ser reemplazados, el presente cuadro indica la situación comparativa con los hospitales del Programa.

INDICE	Hospitales Actuales Promedios 1984	Hospitales del Programa
Consultas	1.607.670	2.696.960
Consulta por hora	3,0	4,0
Camas	3.471	2.977
Egresos	91.434	86.929
Giro de cama	23,8	29,2
% Ocupación	75	80
P. Permanencia	11,5	10
Personal por cama	2,2	2,7
Horas médico día	4	8

3.22 Un aspecto importante de señalar en el funcionamiento de los hospitales a ser reemplazados es el tipo de prestaciones. Estos, al no proporcionar medicamentos ni disponer de adecuados métodos de diagnóstico y tratamiento, pueden poner en riesgo la atención al paciente. En este sentido, es indicativa la alta tasa de mortalidad hospitalaria observada ya que, según datos de 1984, ocho de los hospitales presentaban índices que sobrepasan el valor considerado normal (4%), y algunos de ellos presentaban tasas francamente elevadas de 7,6%, 8,2% y hasta 13,6%.

3.23 Esto nos conduce a dos reflexiones: por una parte, al ser hospitales de mayor complejidad en las provincias reciben los casos más complejos y graves de toda la provincia y que, lógicamente, están más expuestos al riesgo de morir; pero la otra reflexión, es que las tasas son tan elevadas que posiblemente se deben al mal funcionamiento de los servicios, por las condiciones expuestas de obsolescencia físico-funcional existentes.

3.24 Con respecto a la utilización futura de los 9 edificios existentes se prevé demoler 4 y los otros 5 serían utilizados parcialmente: 3 (Chaco, Santa Fe y Río Negro), para atención de pacientes crónicos. 2 (Formosa y Misiones) para oficinas técnico-administrativos de otras dependencias del Ministerio de Salud Provincial. Se ha acordado, en los convenios de participación con las provincias, que no continuarán en uso para atención médica hospitalaria, excepto los casos señalados. A continuación se presenta la explicación de los 3 que tendrían atención médica para crónicos (psiquiatría, geriatría, convalecencia):

<u>HOSPITAL</u>	<u>CAMAS</u>	<u>GASTO ANUAL</u>	<u>RESPONSABILIDAD</u>
Chaco	40	176.550	M. Salud - Soc. Beneficencia
Santa Fe	30	128.325	" " " "
Río Negro	30	128.325	" " " "
Total	100	433.200	
	===	=====	

De las 100 camas, 50 serían para geriatría; 35 para psiquiatría; y 15 para convalecientes.

- 3.25 En lo referente a la utilización del actual equipamiento se estima que un 20-25% podrá ser utilizado en los nuevos hospitales, ya que se trata de equipo adquirido en los dos últimos años. El resto sería redistribuido (dentro de lo posible) en los otros servicios de salud del interior de las provincias.

3. Criterios de Dimensionamiento

- 3.26 Una vez definida la ubicación de los once hospitales del programa se procedió al dimensionamiento de los establecimientos de acuerdo a:

(a) Análisis de demanda, realizado en función de: proyecciones del déficit de servicios para la ciudad y área de influencia para 1995 y 2000; la utilización de las proyecciones demográficas del INDEC en base al censo de 1980; y la estimación de otros hospitales del área de influencia.

(b) La formulación de un programa "médico funcional" para cada establecimiento que constituyera la respuesta a las necesidades de salud de la población.

- 3.27 Con los criterios anteriores se dimensionó cada uno de los once hospitales. De éstos se hizo el análisis de costo eficiencia para 6, que estarían ubicados en 3 de las 5 regiones que participarían en el programa. Para 4 de estos seis, incluyendo el infantil de Córdoba, se analizaron los costos y diseños arquitectónicos y de ingeniería a nivel de proyecto definitivo. Para los restantes 7 hospitales que conformarían el programa se analizaron los anteproyectos arquitectónicos que permitieron determinar sus costos. Las cifras anteriores permiten indicar que se analizó una muestra representativa en término de demanda (100%); de costo y diseño arquitectónico (40% a nivel de proyecto definitivo y 60% a nivel de anteproyecto); equipamiento (100%) y análisis de costo eficiencia (55%).

- 3.28 El programa médico formulado para cada hospital es el instrumento que en primer lugar determinó: (a) el número de camas, consultorios externos, servicios auxiliares de diagnóstico, servicios y tecnologías de tratamiento, servicios generales y servicios de apoyo; (b) los requerimientos de un dimensionamiento específico para internamiento, ambulatorio, laboratorio, radiodiagnóstico, centro quirúrgico, centro obstétrico, cuidado intensivo, neonatología, y otros servicios (lavandería, nutrición y dietética, etc.); (c) los elementos básicos con sus superficies y estándares para la elaboración del diseño arquitectónico, de tal forma, que asegure la máxima funcionabilidad posible. En Anexo III-1 se presenta la guía de contenido del programa médico funcional de cada provincia.

- 3.29 De esta forma, se llegó a estructurar 3 modelos que relacionan por una parte, el número de camas del establecimiento; y por otra, la complejidad de los servicios. Básicamente, los modelos son: "A" de

300 a 350; "B" de 200 a 300; y modelo "C" de 100 a 200 camas (ver Anexo III-4).

- 3.30 Con respecto al número de camas y complejidad de cada hospital del Programa, el cuadro a continuación nos presenta los siguientes datos:

<u>Hospital</u>	<u>Camas</u>	<u>Tipo</u>	<u>Complejidad</u>
Chaco	338	general	VIII
Córdoba	293	pediatría	VIII
Formosa	304	general	VIII
Mendoza	220	general	VIII
Misiones	322	general	VIII
Neuquén	120	general	VI
Río Negro	120	general	VI
Salta	322	general	VIII
San Juan	338	general	VIII
Santa Fe	288	general	VIII
Tucumán	312	general	VIII
TOTAL	2.977		
	=====		

4. Subprograma de Construcción y Equipamiento

- 3.31 Este Subprograma consiste en construir y equipar once hospitales de los cuales diez son establecimientos de reemplazo, y uno es nuevo (Neuquén). Con respecto a la asistencia que proporcionan, diez son hospitales generales con las cuatro especialidades básicas (medicina, cirugía, pediatría, obstetricia y ginecología), y con especialidades médico-quirúrgicas. Uno de los once es un hospital general para la atención de niños (Córdoba).
- 3.32 El diseño arquitectónico de cada hospital se basó en los requerimientos del programa médico, y estructura las diferentes unidades o servicios hospitalarios con una distribución espacial que le permita: funcionabilidad; flexibilidad; posibilidad de crecimiento futuro de un 30% planificados; y concentración tecnológica en áreas de atención progresiva al paciente.
- 3.33 Este diseño fue programado para un máximo de 350 camas, previéndose expansiones de dos o tres módulos de internamiento, evitándose la creación de establecimientos de más de 400 camas, complejos y difíciles de administrar. El módulo de internación utilizado es de 34 camas, en base a 16 habitaciones de dos camas cada una con baño compartido por dos habitaciones; y dos habitaciones individuales para situaciones específicas de aislamiento.
- 3.34 El diseño se hizo en dos niveles (plantas) 1/, comprendiendo en términos generales las siguientes áreas funcionales: (a) Primera Planta: Parte Anterior: servicios administrativos; registros médicos; servicio social; consultorios externos. Parte Intermedia:

servicios de diagnóstico; servicios de tratamiento y unidades especiales (centro quirúrgico; centro obstétrico; cuidado intensivo; emergencia; neonatología). Parte Posterior: acceso diferenciado; servicios generales; lavandería, cocina, bodega; (b) Segunda Planta: dentro de lo posible todos los servicios de internamiento.

- 3.35 Los diseños sin llegar a ser prototipos, tienen comunes las "áreas nobles del hospital" (áreas de diagnóstico y tratamiento); variando las unidades de hospitalización en dependencia de las necesidades de camas de los programas médicos de cada provincia. Las características de los diseños se han desarrollado tomando en cuenta condiciones climatológicas, sísmicas, y la disponibilidad de materiales y tecnología de cada provincia.
- 3.36 Con respecto a la ubicación de los terrenos donde se va a construir los hospitales, existen las siguientes variables: (a) terrenos con nueva localización independiente del actual hospital en 6 localidades: Córdoba, Formosa; Neuquén, Río Negro, Santa Fe y Tucumán; (b) localización en terrenos adyacentes al actual hospital en dos localidades: Chaco y Misiones; y c) localización en el mismo terreno del actual hospital en 3 localidades: Mendoza, Salta y San Juan. En Anexo III-3 se presenta una descripción más específica de las condiciones de cada terreno.
- 3.37 El programa arquitectónico de cada hospital tiene el siguiente dimensionamiento y costos directos:

Hospital	Camas	Superficie en M2	Costo de * Construcción (000)	Costo M2	M2 por cama	Costo por cama (miles \$)
Chaco	338	24.573	15.057	613	72	44,5
Córdoba	293	21.718	13.082	602	74	44,6
Formosa	304	20.357	12.339	606	66	40,6
Mendoza	220	18.562	11.024	594	84	50,1
Misiones	322	20.730	12.479	601	64	38,7
Neuquén	120	8.913	5.421	608	74	45,2
Río Negro	120	8.913	5.421	608	74	45,2
Salta	322	21.044	12.690	603	65	39,4
San Juan	338	26.394	16.279	617	78	48,2
Santa Fe	288	19.733	11.810	598	68	41,0
Tucumán	312	25.300	15.544	614	81	49,8
Total	2.977	216.237	131.146	606	72	44,1

* No incluye costos de: calderas ; grupos electrógenos; centrales telefónicas; ascensores; aire acondicionado.

1/ (Córdoba es el único diseño que por las características de elevación del terreno tendrá un diseño de dos niveles y un entresuelo).

- 3.38 Con respecto al equipamiento, el programa va a adquirir un estimado del 75-80% del equipo de los hospitales, debido a que en los hospitales actuales existen instrumentos médicos y de enfermería, así como algunos elementos de diagnóstico que han sido adquiridos en los últimos dos años y que están dentro de su vida útil de funcionamiento.
- 3.39 Con recursos del programa se adquirirá el equipo básico que necesariamente deberá ser reemplazado y que se ha clasificado en 30 categorías organizadas en los siguientes grupos:
- (a) Equipo fijo, instalado durante la obra civil que básicamente comprende: ascensores, calderas y bombas, grupos electrógenos, centrales telefónicas, aire acondicionado, transformadores, etc. (integrado a la construcción).
 - (b) Equipo fijo médico que comprende: unidades de radiodiagnóstico, mesas quirúrgicas, lámparas cieliticas, aparatos de anestesia, central de gases, autoclaves; etc (ver Anexo III-3).
 - (c) Equipo móvil médico que comprende: camas, camillas, sillas de ruedas, equipo de laboratorio, equipo de cuidado intensivo, mesas de acero inoxidable, incubadoras, etc.
 - (d) Equipo para servicios administrativos y generales comprendiendo: muebles diversos, máquinas de escribir y calcular, minicomputadoras, máquinas de limpieza, vehículos, etc.

5. Subprograma Fortalecimiento Institucional

- 3.40 El subprograma de fortalecimiento institucional pretende optimizar la capacidad operativa del hospital y la red de servicios de su influencia; y mejorar la calidad de la atención, adecuando el recurso físico con la funcionabilidad del establecimiento. A través de este componente, debidamente articulado con el de recurso físico, se pretende lograr la modernización de los servicios de la red pública provincial. Esta modernización se lograría a través de la transferencia tecnológica y la capacitación proporcionada a través de asesorías, cursos y seminarios, becas a nivel nacional, becas de corta duración (máximo 4 meses) en otros países con situaciones similares.
- 3.41 El Subprograma de Fortalecimiento Institucional se desarrollaría en dos niveles: a nivel de las 11 provincias (con un aproximado del 90% de los recursos); y a nivel central, con un estimado del 10% de los recursos para la capacitación a nivel de la secretaría de salud (ver Anexo III-5).
- 3.42 A nivel provincial se identificaron las siguientes áreas de capacitación:
- (a) Mantenimiento, para asegurar el funcionamiento de la capacidad instalada.

- (b) Organización de Servicios de Salud, comprendiendo las actividades para organizar: la apertura del hospital y todos sus servicios, consulta externa, internación, centro quirúrgico, laboratorio, radiodiagnóstico, administración, etc.
 - (c) Administración hospitalaria, para capacitar personal en aspectos de conducción gerencial.
 - (d) Sistemas de información y estadísticas de salud, para el diseño de un proceso de producción, recolección, tabulación, presentación y distribución de datos convertidos en indicadores hospitalarios, confiables y operativos para la toma de decisiones y desarrollo de un registro de identificación de usuarios.
 - (e) Tecnologías operativas de servicios de salud, para analizar el funcionamiento del hospital dentro de la red de servicios en su conjunto. La utilización de los servicios y el mejoramiento de la calidad de la atención médica hospitalaria.
 - (f) Sistema contable-financiero, para actualizar y modernizar todo el proceso contable (catálogos de cuentas, costos, etc.) y desarrollar una formulación financiera por programas y actividades de salud.
 - (g) Capacitación médica y paramédica, para actualizar conocimientos a médicos residentes, enfermeras y personal técnico.
- 3.43 El componente del fortalecimiento institucional contempla un 10% de la asignación de los recursos para el mejoramiento de la capacidad operativa de la Secretaría de Salud a nivel central en las siguientes áreas: sistema contable-financiero, sistema gerencial, y sistema de servicios de salud.

D. Costo y Financiamiento

- 3.44 El costo total del Programa se estima en el equivalente de US\$300.000.000. Se presenta un resumen del presupuesto discriminando las diferentes categorías de inversión y sus fuentes de financiamiento en el cuadro siguiente:

COSTO Y FINANCIAMIENTO
(En Millones de US\$) a/

	<u>PRESTAMO BID</u>		<u>CREDITO</u>	<u>APORTE</u>	<u>TOTAL</u>	<u>%</u>
	<u>DIVISAS</u>	<u>M. LOCAL</u>	<u>PROVEED.</u>	<u>LOCAL</u>		
1 <u>Ingeniería y Administración</u>	-	0,80	-	10,44	11,24	3,75
1.1 Unidad Ejecutora Central	-	0,80	-	6,08	6,88	
1.2 Unidades Ejecutoras Provinciales	-	-	-	4,36	4,36	
2 <u>Costos Directos</u>	96,58	-	28,42	111,40	236,40	78,80
2.1 Construcciones	82,58	-	-	73,69	156,27	
2.2 Equipos para Edificios	14,00	-	-	-	14,00	
2.3 Equipos Médicos y Hospitalarios	-	-	28,42	37,71	66,13	
3 <u>Costos Concurrentes</u>	0,80	3,64	-	18,01	22,45	7,48
3.1 Fortalecimiento Institucional	0,80	3,64	-	4,29	8,73	
3.2 Dotación de Medicinas y Materiales	-	-	-	7,88	7,88	
3.3 Aumento Costos de Operación	-	-	-	5,84	5,84	
4 <u>Gastos Financieros</u>	22,62	0,56	-	6,73	29,91	9,97
4.1 Intereses BID	21,42	0,51	-	-	21,93	
4.2 Comisión Compromiso BID	-	-	-	4,02	4,02	
4.3 FIV	1,20	0,05	-	-	1,25	
4.4 Int. Cred. Prov.	-	-	-	2,71	2,71	
Total	120,00	5,00	28,42	146,58	300,00	100,0
Porcentaje	40,0	1,67	9,47	48,86	100,00	

a/ Los precios son de junio, 1986 y la tasa de cambio usada fue US\$1 = 0.928 Australes.

3.45 A continuación se describen las bases con las que fueron calculados los costos de cada componente del presupuesto.

1. Ingeniería y Administración (US\$11.240.000)

3.46 Para determinar sus costos se ha tomado en cuenta: a) los gastos realizados por la UEC en la preparación de los anteproyectos y de los

diseños finales de los 4 proyectos de la muestra, después del 8 de julio de 1986 fecha en la cual se realizó la solicitud de préstamo, y los gastos que tendrá que realizar para completar los diseños finales de los anteproyectos arquitectónicos de los 7 hospitales faltantes. b) Los gastos que realizarían las UEP durante el período de construcción de los hospitales en la inspección y supervisión de la construcción de las obras, determinados en base al costo del personal directivo, administrativo y de ingeniería que sería contratado específicamente para el proyecto; y c) los gastos administrativos de la UEC, en el cual están incluidos los de supervisión y asesoramiento a las provincias participantes, en los aspectos señalados en el punto b) anterior. Los costos fueron determinados en base a los salarios que recibiría dicho personal, a los viáticos y gastos de movilización y a los gastos administrativos generales de las Unidades Ejecutoras, en el Anexo III-7 se presentan los presupuestos detallados de las mismas.

2. Costos Directos (US\$236.400.000)

- 3.47 El Programa en lo que se refiere a los costos directos de construcción y equipamiento tiene la siguiente dimensión:

<u>HOSPITAL</u>	<u>COSTO DE CONSTRUCCION</u>	<u>COSTO DE EQUIPO EN EDIFICIOS</u>	<u>COSTO DE EQUIPO MEDICO HOSPITALARIO</u>	<u>TOTAL</u>
Chaco <u>a/</u>	17.847	1.600	7.804	27.251
Córdoba <u>a/</u>	15.498	1.290	6.587	23.375
Formosa <u>a/</u>	14.722	1.290	6.084	22.096
Mendoza	13.199	1.200	4.861	19.260
Misiones <u>a/</u>	15.610	1.420	6.414	23.444
Neuquén	6.804	670	3.600	11.074
Río Negro	6.804	670	2.777	10.251
Salta	15.654	1.420	6.018	23.092
San Juan	18.933	1.600	8.098	28.631
Santa Fe	14.109	1.420	5.580	21.109
Tucumán	17.090	1.420	8.307	26.817
Total	156.270	14.000	66.130	236.400

a/ Los proyectos de la muestra arquitectónica y el hospital de Córdoba tienen un costo directo total equivalente de US\$96,2 millones que representan el 40,7% del costo total.

- 3.48 Los costos de construcción fueron estimados con base a los costos detallados de los tres hospitales de la muestra arquitectónica Chaco, Formosa y Misiones que tienen diseños definitivos. Además, se estimó el costo de construcción del hospital de Córdoba, en base a costos detallados. De ese análisis se obtuvo un costo promedio por metro cuadrado, que es razonable para este tipo de construcción en Argentina. Este costo unitario se ajustó, por escalamiento e imprevistos, en un 12% para estimar en el equivalente de US\$170.27 millones los costos de los 217.180 metros cuadrados de construcción, requeridos para los 11 hospitales, incluyendo los equipos propios del edificio.

- 3.49 Los costos del equipamiento hospitalario se determinaron en base a los listados detallados elaborados para cada hospital del Programa según los detalles presentados en el Anexo III-3, utilizando catálogos internacionales especializados recientes, la experiencia de la OPS, y compras recientes efectuadas en el país. Además, dichos costos fueron ajustados en 15% por imprevistos, 8% por escalamiento, y 5% por transporte interno, almacenaje e instalación. El costo total del equipo de los hospitales se estima en el equivalente de US\$66,13 millones.

3. Costos Concurrentes (US\$22.450.000)

- 3.50 Los costos concurrentes tienen tres componentes básicos: a) el fortalecimiento institucional que incluye: i) la capacitación del personal de las provincias que se haría cargo de los hospitales y de mejorar los sistemas de salud provincial, estimándose a esos efectos un costo de US\$5,5 millones; y la capacitación en los asuntos financieros, contables y gerenciales a nivel de la Secretaría de Salud con un costo de US\$0,5 millones; y ii) es el costo de personal y otros servicios requeridos para desarrollar los sistemas administrativo-contables y ponerlos en marcha durante el proceso de entrega de los 11 hospitales por la UEC a las provincias, estimándose el costo de este componente en el equivalente de US\$2,73 millones. Los costos fueron estimados utilizando los honorarios que actualmente se pagan a las consultoras nacionales e internacionales en el país. En el Anexo III-5 se presentan los costos detallados del componente de capacitación y los costos detallados del componente de puesta en marcha, en ambos casos se agregó un 10% de costos imprevistos; b) el inventario de medicinas y materiales médico quirúrgicos del hospital que proporciona 6 meses de provisiones en medicinas y de otros materiales para cada hospital con un monto total equivalente de US\$7,88 millones; y c) los costos incrementales de operación que requieren los hospitales de Córdoba, Misiones, Neuquén, Río Negro, Santa Fe y Tucumán durante el período de ejecución del proyecto, estimados en US\$5,84 millones con base en el cronograma de ejecución y el aumento de costos previsto.

4. Costos Financieros (US\$29.910.000)

- 3.51 Los costos financieros se estimaron en base al cronograma de desembolsos de los préstamos del Banco estimándose los intereses al 8.0% para el componente en divisas y los demás gastos financieros de acuerdo a lo indicado en el párrafo 3.54 de este capítulo.

5. Plan de Financiamiento

(a) Préstamo del Banco

- 3.52 Se otorgaría un financiamiento por un monto total de US\$125.000.000 de los recursos de Capital Ordinario, de los cuales US\$120.000.000 serían en divisas y el equivalente de US\$5.000.000 sería en moneda local. Los recursos del préstamo, en divisas, corresponden al 40% del costo del Programa, este porcentaje es el máximo que se autoriza para

proyectos del sector Desarrollo Urbano e Infraestructura Social en países del Grupo A y se utilizaría para: financiar parcialmente los contratos de construcción de los hospitales, el pago de los consultores internacionales y de las becas al exterior contemplados en el subprograma de fortalecimiento institucional, el pago de los intereses y el Fondo de Inspección y Vigilancia (FIV) correspondientes.

- 3.53 Los recursos del préstamo (del Capital Ordinario), en moneda local, se utilizaría para contratar consultores nacionales, realizar gastos correspondientes a capacitación de personal en el país y al pago de los intereses y FIV correspondientes.
- 3.54 Las condiciones que se proponen para el financiamiento con Capital Ordinario son:

<u>Moneda</u>	<u>Divisas</u>	<u>Local</u>
Monto Total (millones)	US\$120,0	Eq. US\$5,0
Plazo Amortización	25 años	25 años
Plazo de Desembolsos	5 años	5 años
Período de Gracia	5 años	5 años
Intereses	variable a/	4% anual
Comisiones	1 1/4 anual b/	-
FIV (Sobre monto total)	1%	1%

a/ Los intereses se ajustarían de acuerdo a las políticas del Banco.

b/ La Comisión de compromiso se cobraría sobre la porción del préstamo no desembolsado.

(b) Financiamiento de Proveedores

- 3.55 Se ha previsto el financiamiento de proveedores para las adquisiciones de los equipos importados requeridos, estimándose que es posible obtener el financiamiento del 85% del monto total de dichas adquisiciones con un aval del Ministerio de Economía. El Ejecutor ha recibido varias propuestas de firmas interesadas; sin embargo, se propone que los eventuales contratos de préstamo contengan previsiones para que antes del primer desembolso el prestatario a través del ejecutor, presente al Banco un informe actualizado y documentado con ofertas recibidas, sobre la posibilidad de financiamiento por parte de proveedores y/o agencias de exportación o alternativamente presente otra fuente de financiamiento (ver Proyecto de Resolución).

(c) Aporte Local

- 3.56 El aporte local corresponde a fondos del presupuesto del Ejecutor y a la partida de fondos del Programa de Apoyo en Salud (PAS) destinados a inversiones en los provincias participantes durante el plazo de ejecución del Programa. Con estos recursos se financiarían: a) todos los costos de ingeniería y de la UEC; b) parte de los costos de

construcción de los hospitales; c) parte de los equipos importados y todos los equipos de fabricación nacional requeridos para los hospitales; d) los costos de puesta en marcha de los hospitales incluidos en el componente de fortalecimiento institucional, e) los intereses de los créditos de proveedores y f) la comisión de compromiso del Banco.

E. Costos Recurrentes

- 3.57 Se realizó un estudio detallado de los gastos de funcionamiento con el objeto de medir el efecto de los costos recurrentes del Programa en los presupuestos de las provincias participantes, basado en el modelo normatizado descrito en el ítem de marco conceptual y metas del Programa. Los establecimientos del programa requerirían un presupuesto de funcionamiento para los 11 hospitales de US\$42.675.374 anuales, distribuidos de la siguiente manera:

<u>Hospital</u>	<u>Servicios Personales</u>	<u>Servicios no Personales</u>	<u>Medicinas y Materiales</u>	<u>Alimentos</u>	<u>Mantenimiento</u>	<u>TOTAL</u>
Chaco	3.033.732	503.000	1.317.127	243.390	212.000	5.309.249
Córdoba	2.567.344	313.000	1.063.739	208.350	160.000	4.312.433
Formosa	2.836.535	496.000	979.088	223.530	267.000	4.802.153
Mendoza	1.745.705	259.000	678.394	158.410	124.000	2.965.509
Misiones	2.067.845	496.000	1.143.638	231.110	172.000	4.110.593
Neuquén	1.444.105	155.000	467.380	83.950	88.000	2.238.435
Río Negro	1.444.105	155.000	467.380	83.950	88.000	2.238.435
Salta	2.488.850	391.000	1.157.746	231.110	224.000	4.492.708
San Juan	2.170.740	303.000	1.317.127	243.390	172.000	4.206.257
Santa Fe	2.401.620	309.000	863.714	208.350	176.000	3.958.684
Tucumán	1.987.826	317.000	1.338.824	225.270	172.000	4.040.920

- 3.58 A continuación se presenta la producción esperada en base a las especificaciones normatizadas del programa médico.

<u>Hospital</u>	<u>Camas</u>	<u>Consultorios</u>	<u>Egresos</u>	<u>Consultas</u>
Chaco	338	40	9870	313.600
Córdoba	293	36	8556	282.240
Formosa	304	29	8877	227.360
Mendoza	220	20	6424	156.800
Misiones	322	36	9402	282.240
Neuquén	120	18	3504	141.120
Río Negro	120	18	3504	141.120
Salta	322	40	9402	313.600
San Juan	338	40	9870	313.600
Santa Fe	228	24	8410	188.160
Tucumán	312	32	9110	337.120
TOTALES	2.977 =====	344 ===	86.929 =====	2.696.960 =====

- 3.59 En base a los datos de los cuadros anteriores se obtienen las asignaciones para consulta externa y para internación, y sus costos unitarios por consulta y egreso.

<u>Hospital</u>	<u>Presupuesto Total</u>	<u>Asignado a Consulta</u>	<u>Asignado a Internación</u>	<u>Costo Consulta</u>	<u>Costo Egreso</u>
Chaco	5.309.249	1.858.237	3.451.012	5.92	349.65
Córdoba	4.312.433	1.509.352	2.803.081	5.34	327.61
Formosa	4.802.153	1.680.754	3.121.399	7.39	351.62
Mendoza	2.965.509	1.037.928	1.927.581	6.62	300.05
Misiones	4.110.593	1.438.708	2.671.885	5.10	284.18
Neuquén	2.238.435	783.452	1.454.983	5.55	415.23
Río Negro	2.238.435	783.452	1.454.983	5.55	415.23
Salta	4.492.706	1.572.447	2.920.259	5.02	310.59
San Juan	4.206.257	1.472.190	2.734.067	4.70	277.00
Santa Fe	3.958.684	1.384.540	2.573.144	7.36	305.96
Tucumán	4.040.920	1.414.322	2.626.598	4.20	288.32

IV. EJECUCION DEL PROGRAMA

A. Modalidad de Ejecución

- 4.01 El Ministerio de Salud y Acción Social a través de la Secretaría de Salud sería el organismo responsable de la ejecución del Programa. Esta secretaría no tiene experiencia reciente ni personal capacitado en la planificación, construcción y puesta en marcha de un número grande de hospitales de la complejidad de los propuestos; sin embargo, ha contratado el grupo de trabajo que colaboró en la formulación del Programa, el cual sería reforzado con personal con experiencia en: administración, supervisión de obras y capacitación de personal, para integrar la Unidad Ejecutora Central (UEC). La Secretaría ha contratado personal con experiencia en el diseño y construcción de hospitales para los diseños finales de las obras, parte de los arquitectos e ingenieros que participaron en el diseño permanecería en la Unidad para supervisar la ejecución.
- 4.02 La construcción de las obras sería contratada mediante licitaciones públicas internacionales y la inspección de los contratos se haría mediante las Unidades Ejecutoras Provinciales, que se crearían contratando personal especializado y utilizando personal, con experiencia en construcción, de las Secretarías de Salud y/o de Obras Públicas de cada provincia participante bajo la supervisión de la UEC. Los equipos del hospital serían adquiridos por la UEC mediante licitaciones públicas y/o financiamiento de proveedores a precios razonables. El fortalecimiento institucional se haría básicamente mediante consultores nacionales e internacionales, contratados por la UEC, los cuales prepararían los diseños básicos de sistemas administrativos y contables de los nuevos hospitales, harían capacitación en servicio, dictarían seminarios específicos de corta duración; y colaborarían en la puesta en marcha de los hospitales. Además, se ha previsto el envío de personal, directivo y especializado en mantenimiento, a pasantías de corta duración en hospitales nacionales y del exterior, dicho personal se incorporaría a los nuevos hospitales a construir.

B. Creación del Programa

- 4.03 El Programa sería formalmente instituido por medio de un Decreto del Poder Ejecutivo Nacional que aprobaría los contratos de préstamo del Banco y establecería la Unidad Ejecutora Central del Programa en el ámbito de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, además se crearía una Cuenta Especial en el presupuesto nacional para administrar los recursos del Programa. Esta cuenta especial sería administrada por la Unidad Ejecutora Central, tendría una contabilidad independiente y detallada, en ella se depositarían los fondos de los préstamos del Banco y la contrapartida local. La cuenta especial estará separada de los fondos de la cuenta general para fines de control financiero y contable y sus recursos serían

afectados por la Tesorería de la Secretaría de Salud sólo para gastos específicos del Programa.

- 4.04 En el Capítulo II se explicó la autonomía que tienen las Provincias del Gobierno Federal; en consecuencia, es necesario un convenio entre cada provincia participante y el Ministerio de Salud y Acción Social para la ejecución del Proyecto. Durante la formulación del Programa se han mantenido conversaciones entre las partes y se ha llegado a un acuerdo en el modelo de convenio que sería firmado, el cual se presenta en el Anexo VI-1 y cuyas características principales son: (a) la provincia se compromete a: ceder en comodato el terreno para la construcción del hospital, realizar la inspección y supervisar los contratos de las obras, asignar el personal para la capacitación, operar y mantener el hospital del proyecto según las normas generales aceptadas y aceptar que los aportes para gastos de capital del Programa de Apoyo en Salud (PAS), que realizaría el Gobierno Federal por cinco o más años, se destinen como aporte local a la construcción y equipamiento del hospital; y (b) el Ministerio de Salud se compromete a: construir y dotar de equipos médicos el hospital, asesorar técnicamente y supervisar la ejecución de las obras, realizar el fortalecimiento institucional y entregar el hospital en funcionamiento a cada provincia participante.
- 4.05 La firma de los convenios con las Provincias se realizaría después de aprobarse el financiamiento y se recomienda sea establecida en el Contrato de Préstamo, como condición previa del primer desembolso, que el Prestatario presente el convenio definitivo firmado con una de las Provincias, el cual sería esencialmente similar al Modelo del Anexo IV-1. Se recomienda; además, que el ejecutor dentro del plazo de 18 meses contados a partir de la fecha del contrato de préstamo, presente evidencia al Banco de que todas las provincias participantes han firmado el convenio de participación. (Ver Proyecto de Resolución y Recomendaciones).

C. Organización para la Ejecución

1. Unidad Ejecutora Central (UEC)

- 4.06 La UEC dependería directamente del Secretario de Salud, sería dirigida por un director ejecutivo designado por el Secretario de Salud y se integrará con personal permanente dedicado exclusivamente al Programa. El Director de la UEC será responsable de la programación general de las actividades, de la administración de los recursos, y coordinación de la ejecución del Programa con las provincias participantes. El Anexo VI-2 muestra la organización de la UEC, la cual se resume en los párrafos siguientes y se describe en el Anexo VI-3.
- 4.07 La UEC tendría tres asesorías permanentes; dos departamentos operativos, que se encargarían de la ejecución del Subprograma de Construcciones y Equipamiento y del Subprograma de Fortalecimiento Institucional respectivamente; y un Departamento de Administración y

Programación. Las funciones detalladas se presentan en el Anexo IV-3 y se resumen de la forma siguiente:

- 4.08 Las tres asesorías permanentes al Director Ejecutivo de la UEC serían: (a) de asuntos jurídicos, que se encargaría de asesorar en los contratos y en los convenios con las Provincias participantes en el Programa; (b) de Políticas de Salud, que asesoraría en los aspectos médicos del Programa; y (c) de Evaluación, la cual asesoraría en el avance del Programa, realizaría la evaluación económica ex-ante de los hospitales que se incorporarían en el Programa, prepararía la metodología y coordinaría la información necesaria para la evaluación a posteriori de los hospitales construidos.
- 4.09 Se establecería un Comité Asesor de la UEC, presidido por el Secretario de Salud e integrado por el jefe de la UEC y los jefes de la UEP. Este se reuniría periódicamente con la finalidad de revisar en forma conjunta la evolución del Programa, intercambiar experiencias en la ejecución y coordinar los aspectos de capacitación que se realizan en forma conjunta en varias provincias.
- 4.10 El Departamento de Construcciones y Equipamiento, contaría con tres unidades que serían: (a) Arquitectura e Ingeniería; (b) Licitaciones y Administración de Contratos; y (c) Equipamento Hospitalario. El departamento se encargaría de ejecutar el Subprograma de Construcción y Equipamiento. A esos efectos tendría las funciones principales siguientes: (a) preparar los documentos de licitación para las obras civiles de los hospitales y para el equipo médico; (b) efectuar los actos licitatorios: precalificación, licitación, negociación y la preparación de los contratos para la ejecución de obras y compra de equipos; (c) supervisar el avance y la calidad de las obras que se estén ejecutando y la programación y seguimiento de los contratos; (d) resolver los problemas de diseño y ejecución que surjan durante la construcción; e) visar los pagos de los contratistas, enviados por las Unidades Ejecutoras Provinciales (ver Párrafo 4.14); y (f) recibir e instalar los equipos médicos adquiridos para los hospitales.
- 4.11 El Departamento de Servicios de Salud se encargaría de ejecutar todo el subprograma de fortalecimiento institucional; su director sería un experto en administración hospitalaria y será el responsable del programa de formación básica en el área administrativo-gerencial. El Departamento tendría las funciones siguientes: (a) elaborar los términos de referencia detallados de todos los consultores individuales; (b) seleccionar y contratar los consultores; (c) aprobar los programas de enseñanza que se utilizarían en los seminarios de capacitación; (d) coordinar el programa de cursillos y seminarios que dictaría a nivel nacional, a estos efectos recibiría el apoyo de la Subsecretaría de Servicios de Salud; (f) apoyar a las provincias en los cursillos y seminarios que se dictarían en cada una de ellas; g) coordinar las visitas y viajes de capacitación que realizarían los funcionarios seleccionados en Argentina y en el exterior; h) diseñar el programa de puesta en marcha de cada hospital,

en coordinación con la UEP correspondiente; i) llevar el control técnico del Subprograma de Fortalecimiento Institucional.

- 4.12 El Departamento de Administración y Programación tendría tres sectores: administración, informática y programación financiera. Se encargará de: a) dar apoyo administrativo a la jefatura de la UEC; b) programar las diferentes actividades del proyecto, controlar el avance de las mismas e identificar las desviaciones que pudiera ocurrir; c) mantener los registros contables, preparar las solicitudes de desembolsos y llevar el control detallado del presupuesto; d) implantar los sistemas de información que se requieran para la administración; e) preparar los informes de progreso de las actividades y f) administrar el personal de la UEC.
- 4.13 Considerando la necesidad de contar con una UEC totalmente establecida, para el inicio de las obras del Programa, se propone que el eventual contrato de préstamo tenga previsiones para que antes del primer desembolso el Prestatario presente evidencia de que se ha creado la UEC y dotado del personal clave para el funcionamiento. 1/ El personal clave sería: a) Director Ejecutivo; b) los tres asesores; c) los jefes de departamentos; d) cinco profesionales en cada una de las unidades de: Ingeniería y Construcción, Licitaciones y Administración de Contratos y, Administración y Programación; y 10 funcionarios administrativos. Todos deberán acreditar su experiencia en las labores que desempeñarían.

2. Las Unidades Ejecutoras Provinciales (UEP)

- 4.14 En cada Provincia participante se establecerá una unidad ejecutora del proyecto, la cual debería comenzar a funcionar tres meses antes del inicio de la construcción de las obras, y dependería directamente del Ministro o del Secretario de Salud Provincial. Dicha UEP estaría dirigida por un funcionario designado a tiempo completo quien sería el contacto directo con la UEC. En el Anexo IV-4 se presenta la organización propuesta para las UEP y las funciones principales se describen a continuación: (a) la unidad de construcción, se encargaría de supervisar la ejecución del contrato de construcción del Hospital, haría las mediciones de obras realizadas y sería responsable de la calidad de estas; (b) la unidad de administración, se encargaría de verificar y actualizar los precios unitarios de las obras, y de preparar las órdenes de pago al contratista y someterlos al visado del Jefe de la UEP; (c) la Unidad de Capacitación sería la encargada de coordinar los cursos y seminarios a realizar en la provincia, propondrá los candidatos a estudios fuera de la provincia y coordinará con el apoyo logístico de viajes fuera de la provincia relacionados con el Subprograma de Fortalecimiento Institucional. Considerando la importancia de las UEP se recomienda establecer una condición contractual que presente evidencia de que esta unidad ha

1/ Ver Proyecto de Resolución.

sido creada y dotada del personal necesario acordado con el Banco antes del llamado a licitación de las obras de cada hospital del Programa. (Ver recomendaciones).

D. Plan de Ejecución del Programa

- 4.15 El Plan de ejecución del Programa y el Calendario de Actividades del PEP preliminar se presentan en los Anexos IV-5 y IV-6 respectivamente. A continuación se indican las previsiones que se han considerado para cada uno de los componentes principales:

1. Ejecución del Subprograma de Construcción y Equipamento

- 4.16 Los ante-proyectos de los hospitales y los diseños definitivos de los tres proyectos de la muestra fue realizada principalmente por la UEC con el apoyo de personal nacional contratado específicamente para esta labor de diseño; y en consulta con las autoridades médicas y arquitectos responsables de los proyectos provinciales. El Hospital de Córdoba fue diseñado en la provincia y el desarrollo de los proyectos arquitectónicos de los 7 hospitales faltantes se realizaría principalmente en la UEC; sin embargo; como excepción se pudieran realizar los diseños finales de alguno de los hospitales en la UEP correspondiente, siguiendo las especificaciones técnicas de los anteproyectos aprobados.
- 4.17 La construcción de los hospitales del Programa y la adquisición de los equipos hospitalarios sería contratada por la UEC siguiendo los procedimientos de licitación acordados con el Banco. Para las licitaciones de construcción se establecerá un Comité de Licitaciones, en el cual habrá un representante designado por la UEP, cuyo hospital esté licitando. Para las licitaciones y compras de equipos se establecerán también Comités, pudiendo prescindirse de la precalificación. El comité realizará el análisis de la documentación presentada por las firmas para su precalificación y preparará el informe correspondiente con las recomendaciones del caso. Una vez que el Director Ejecutivo de la UEC apruebe el informe de precalificación este será enviado al Banco para que exprese su conformidad u observaciones, antes de ser sometido a la aprobación del Secretario de Salud.
- 4.18 Aprobada la precalificación se convocará por carta y por la prensa a las firmas precalificadas, informando las fechas en las cuales se entregarían los documentos y se recibirían las propuestas.
- 4.19 Las firmas precalificadas tendrán un plazo no menor de 45 días calendario para la presentación de sus ofertas, contados desde la fecha en que se pongan a su disposición los documentos. La UEC, por medio del Comité de Licitaciones, realizará un análisis técnico económico con el objeto de evaluar las ofertas que reúnen las condiciones solicitadas y hacer una comparación de las mismas. Se emitirá un informe con las recomendaciones al Director Ejecutivo de la UEC y, con la indicación expresa del mejor postor recomendado. El

informe sería enviado al Banco para que presente las observaciones que sean pertinentes, ello se haría previamente a la aprobación por el Secretario de Salud y a la notificación de los resultados de las licitaciones.

- 4.20 Antes del llamado a cada licitación de construcción, la UEC deberá demostrar al Banco que: (a) tiene la posesión legal de los terrenos; y (b) cuenta con los pliegos de licitación, diseños, planos y presupuestos de obras necesarios para el llamado a licitación. (Ver recomendaciones).
- 4.21 La inspección de la ejecución de los contratos de construcción sería responsabilidad de la UEP correspondiente, esta verificará la calidad de las obras y realizará las mediciones necesarias para evaluar las solicitudes de pago de los contratistas y cuantificará los ajustes de precios, de acuerdo a las normas descritas en el contrato de construcción correspondiente.
- 4.22 Cada valuación de obras será visada por el Jefe de la UEP y por el arquitecto responsable de las obras en la UEC y aprobada por el Jefe del Departamento de Construcciones y Equipamiento de la UEC antes de ser sometida al Departamento de Administración y Programación para realizar la orden de pago.
- 4.23 La recepción de las obras del hospital de cada provincia será realizada conjuntamente por la UEP y la UEC, en esa oportunidad se hará una prueba en vacío del hospital y se levantaría un acta, con la participación de la firma contratista, sobre las reparaciones y modificaciones que deben hacerse a las obras y equipos del edificio, expresando en ella los términos y plazos para la recepción definitiva. La recepción de los equipos será realizada por la Unidad de Equipamiento Hospitalario y un representante de la UEP correspondiente, los equipos serán instalados y puestos en funcionamiento durante el proceso de entrega de los hospitales a las provincias.

2. Ejecución del Subprograma de Fortalecimiento Institucional

- 4.24 Las actividades del Subprograma serán administradas por el UEC, mediante el Departamento de Fortalecimiento Institucional que se crearía, en coordinación con las UEP. En los convenios de participación de las provincias se han establecido cláusulas para que estas designen el personal de hospital, con la debida anticipación, para que puedan capacitarse en las nuevas funciones y actividades que realizarían.
- 4.25 Para la ejecución del Subprograma se ha presentado un cronograma preliminar de cursos, seminarios y pasantías que se realizarán a nivel Nacional y Provincial y determinado el número de consultores que sería necesario contratar; sin embargo, por la propia naturaleza del programa las actividades de capacitación se planificarán anualmente según se explica en el párrafo siguiente.
- 4.26 La ejecución del programa de capacitación deberá iniciarse en cada provincia, después de haberse iniciado las obras del hospital y

continuará hasta la entrega definitiva de éste a las autoridades provinciales. La ejecución y el seguimiento de este subprograma se haría mediante planes anuales de trabajo que se presentarían en el segundo trimestre de cada año, a partir de 1988, cuando se ha previsto que se iniciaría dicho componente. A partir de segundo año de ejecución los planes anuales de fortalecimiento institucional presentarían un análisis del cumplimiento de las metas previstas en el año anterior. (Ver recomendaciones).

- 4.27 Los planes anuales de trabajo permitirían revisar las metas programadas en función de las experiencias que se vayan obteniendo durante la ejecución y deberían contener lo siguiente:
- (a) Metas de participación previstas a lograr en el próximo año, en cada provincia, en los diferentes cursos y seminarios que se realizarían.
 - (b) Fechas probables de contratación de consultores y términos de referencia detallados para cada uno de ellos.
 - (c) Número de cursillos y seminarios que se ofrecerían, lugar y fecha de realización, número de funcionarios a participar, objetivos a lograr con cada actividad, método de evaluación de la actividad y equipo responsable de la actividad.
 - (d) Plan de envío de personal directivo a capacitación en el exterior y en el país, número de personas que se enviarían, localidad de la capacitación, fechas de inicio y terminación del viaje, método de evaluación de la actividad.
 - (e) Plan de pasantías de personal especializado en mantenimiento, número de personas que se enviarían, objetivos precisos a lograr, lugar y fechas de realización, método de evaluación de la actividad.

E. Estado de Preparación de los Proyectos Arquitectónicos

- 4.28 La muestra arquitectónica de tres hospitales (Chaco, Formosa y Misiones) que representa el 30,6% del costo de construcción y el hospital de Córdoba que representa un 9,9% adicional, están a nivel de Proyecto Arquitectónico, habiendo disponible la información siguiente: (a) memoria descriptiva; (b) plano de ubicación escala 1:200; (c) planos de arquitectura que incluyen plantas, cortes y vistas; (d) planos de estructuras y fundaciones; (e) planos de infraestructura (agua fría y caliente, cloacas, electricidad, aire acondicionado y calefacción, pavimentos; y servicios especiales de equipamiento fijo hospitalario); y (f) cálculos y presupuestos.
- 4.29 Los documentos licitatorios con todos los planos y detalles de la citada muestra estarían terminados en el primer trimestre de 1987. Cabe destacar que la información disponible permitió procesar los costos de

construcción y determinar que los hospitales, tanto en su organigrama funcional como en materialización técnico constructiva, ubicación y disponibilidad de terrenos, son adecuados para el programa médico hospitalario propuesto.

- 4.30 Los siete hospitales que completarían el Programa tienen diseños arquitectónicos a nivel de anteproyecto y representan el 59,5% de los costos de construcción previstos. La información disponible para estos hospitales es: (a) memoria descriptiva; (b) plano de ubicación; y (c) planos arquitectónicos en escala 1:200 de planta baja, planta alta, 2 cortes transversales y vistas de dos frentes opuestos. Lo que permite definir las características y costos del hospital con bastante precisión debido a que se ha aplicado una metodología de trabajo que utiliza unidades modulares de diseño.

F. Criterios de Elegibilidad

- 4.31 El Programa ha sido concebido como de obras múltiples; sin embargo para la determinación del costo total se estimaron en un principio los costos de los 11 hospitales provinciales que serían financiados. En base al análisis de la muestra de tres hospitales que tenían diseños completos (Chaco, Formosa y Misiones) y de los hospitales de: Neuquen y Río Negro (Cipolletti) se establecieron criterios de elegibilidad para determinar la inclusión de los demás hospitales del Programa o su eventual substitución por hospitales de otras provincias, en el caso de que alguna de las provincias originalmente seleccionadas decidiera no entrar en el programa.
- 4.32 Los criterios de elegibilidad que se utilizaron para seleccionar los hospitales de la muestra serán también utilizados para determinar los demás hospitales del programa, ellos son:

- (1) Criterios de Localización: Los hospitales deberán estar localizados en áreas donde: (a) En base a estudio de demanda y oferta se identifiquen déficit de servicios de internación y consultas ambulatorias. Para estimar el déficit se deberá identificar en el área de influencia del hospital: (i) la capacidad instalada, tasa de ocupación de la infraestructura hospitalaria, promedio de días de estancia, producción de egresos por tipo de servicios y de consultas, y población atendida en cada uno de los hospitales existentes de los subsectores público, privado y obras sociales; y (ii) otros proyectos que se ejecutarían indicando para cada proyecto el cronograma, la localización, número de camas, egresos y consultas y población a ser cubierta; (b) Existan facilidades de acceso al hospital por medios de transporte público comunmente usado por población de bajos ingresos; (c) Existan todos los servicios públicos requeridos para el funcionamiento del hospital.

- (2) Criterios de Complejidad: Los hospitales deberán estar en capacidad de desarrollar actividades de diversa complejidad según lo determinen los programas médicos respectivos, habiéndose definido tres modelos indicativos. El Modelo C, Complejidad VI, tendrá los servicios siguientes: (a) ambulatorios incluyendo consulta externa general, hospital-día y emergencia; (b) internación con 70% a 80% de camas idiferenciadas; (c) servicios especiales incluyendo laboratorio clínico, anatomía patológica, radiodiagnóstico, centro quirúrgico, y centro obstétrico; (d) servicios generales con énfasis en mantenimiento; y (e) servicios administrativos. El Modelo B, Complejidad VIII tendría además de los servicios del Modelo C los siguientes servicios adicionales: (a) consulta externa especializada; (b) hemoterapia; (c) neonatología; (d) cuidado intensivo; (e) diálisis; y (f) centro quirúrgico diferenciado. El Modelo A, Complejidad VIII pudiera tener además de los servicios del Modelo B los siguientes servicios adicionales: (a) unidad de quemados; (b) diagnóstico por imagen; (c) medicina nuclear; y (d) cuidados intensivos diferenciados.
- (3) Criterios de Dimensionamiento y Diseño: (a) para cada hospital se deberá llevar a cabo un análisis de demanda, utilizando el procedimiento acordado con el Banco y el tamaño del hospital no deberá exceder la demanda proyectada para los próximos diez años; (b) los hospitales deberán diseñarse con base en el programa médico respectivo que resulte del estudio de demanda por servicios y contarían con la circulación adecuada para pacientes, personal y materiales; (c) los hospitales deberán tener planificada una expansión armónica futura de un máximo de 30% de su capacidad inicial; tener la flexibilidad necesaria para poder introducir cambios en el futuro, debido a avances tecnológicos, sin modificar la estructura básica; y el tamaño inicial del hospital no podrá ser menor de 120 camas ni mayor de 350.
- (4) Criterios de Evaluación: Para cada hospital se deberá llevar a cabo un análisis de costo-eficiencia. Para tal efecto se deberán comparar los costos por tipo de egreso, paciente día, consulta y emergencia de cada hospital con los costos correspondientes a una muestra representativa de hospitales que funcionen eficientemente y que ofrezcan servicios comparables con los del Proyecto. Los costos unitarios del hospital no deberán sobrepasar los costos (en US dólares) siguientes: (a) costo por egreso \$650; (b) costo paciente día \$65; (c) costo por consulta \$8. Dichos costos están expresados en dólares de 1986 con el tipo de cambio, precios y niveles salariales de julio de 1986. En el futuro estos costos serían ajustados a la misma base y utilizando los mismos parámetros técnicos y de funcionamiento que se aplicaron para los proyectos de la muestra.

G. Adquisición de los Terrenos

- 4.33 Los terrenos donde se construirían los hospitales están plenamente identificados, son propiedad de las provincias participantes y se ha contemplado en los convenios de ejecución que se firmarían ante estos y el Ministerio de Salud su traspaso en comodato para la construcción del hospital. No obstante lo anterior, se recomienda que antes de convocar a cada licitación de un hospital, el prestatario, a través de la UEC, demuestre a satisfacción del Banco evidencia de que tiene la posesión legal sobre los terrenos necesarios para construir la obra y que estos cuentan con los servicios públicos necesarios para el inicio de las obras. Además, se presentará el compromiso con las empresas de servicios públicos para que seis meses antes de la fecha de terminación de las obras estén terminados todos los servicios necesarios para el funcionamiento del nuevo hospital. (Ver Recomendaciones).

H. Programa de Licitaciones y Adquisiciones

- 4.34 La licitación de cada uno de los once hospitales se haría individualmente, por razones de su dispersión en el país. Para cada hospital se contrataría una firma constructora con experiencia en la ejecución de obras similares. Se ha estudiado la posibilidad de licitar en forma conjunta algunos equipos como ascensores, calderas y aire acondicionado que se repiten en todos los hospitales y entregarlos a los contratistas para su instalación, de esta forma se lograría: (a) uniformidad en las unidades y su reserva de repuestos en el país; (b) economías de escala y (c) un lógico escalamiento en la producción y entrega de dichos equipos; la decisión al respecto dependería de determinar las verdaderas economías que pudieran lograrse. Las licitaciones de construcción se realizarían durante los 20 primeros meses de ejecución en forma tal que permita la iniciación física de todos los hospitales a los dos años de firmados los contratos de préstamo. Por tratarse de un Programa global de obras múltiples se recomienda establecer en el contrato de préstamo dicho plazo de dos años para la iniciación material de obras. (Ver Proyecto de Resolución).
- 4.35 Se han previsto las siguientes licitaciones:

<u>AÑO</u>	<u>AMBITO</u>	<u>NUMERO</u>	<u>OBJETO</u>	<u>MONTO BASICO EN MILES DE US\$ POR LICITACION a/</u>
1	INT	3	Construcción hospitales	16.500
1	INT	3	" "	13.600
2	INT	2	" "	6.000
2	INT	2	" "	13.600
2	INT	1	" "	17.000
1	NAC	2	Adquis. Equipos Hospital b/	2.500
1	INT	1	" "	4.000
2	NAC	2	" "	2.000
2	INT	1	" "	3.000
1	NAC	1	Adquis. Equipos e Instrum. c/	5.000
1	INT	1	" "	9.000
2	NAC	1	" "	5.000
2	INT	1	" "	7.000
2	NAC	2	Adquisición Mobiliarios	2.000
3	NAC	2	" " " "	2.000
4	NAC	2	" " " "	1.000

a/ No se incluyen imprevistos ni escalamiento de costos, los montos señalados para los hospitales incluyen los equipos mencionados en el párrafo anterior.

b/ Se trata de equipos fijos.

c/ Se trata de equipos semifijos e instrumental.

I. Procedimiento para la Contratación de Bienes y Servicios

- 4.36 Las obras y los equipos a ser financiados con los recursos del programa serán contratadas y adquiridas por la UEC, de acuerdo con el reglamento de licitaciones acordado con las autoridades del Ministerio de Salud que se presenta en el Anexo IV-7. En la adquisición de los equipos y en la contratación de obras con cargo a los recursos del Programa por un monto equivalente de US\$200.000 o superior se utilizará licitación pública y las que se financien total o parcialmente con recursos en divisas del eventual préstamo, serán realizadas utilizando el sistema de licitación pública internacional. (Ver Proyecto de Resolución).
- 4.37 De acuerdo con las normas del Banco para la adquisición de instrumental especializado de laboratorio, libros y publicaciones, se podrá prescindir del requisito licitación, siempre que el prestatario lo solicite y justifique debidamente al Banco y señale el procedimiento que pretende seguir en concordancia con los objetivos del financiamiento. (Ver Proyecto de Resolución). En todo caso, el procedimiento de adquisiciones, así como de cada compra o contratación que individualmente excede la suma de US\$25.000 ó su equivalente, requeriría la aprobación previa del Banco.
- 4.38 Las adquisiciones de equipos médicos para los hospitales, no financiados con recursos del banco o del aporte local, deberán

regirse por procedimientos que las leyes del país permiten en estos casos. Estos procedimientos deberán conformarse a los requisitos técnicos del programa y asegurar que el costos de los bienes y las condiciones financieras de los préstamos sean razonables. (Ver Apéndice III- Anexo A).

- 4.39 Para contratar los consultores que participarían en el Subprograma de Fortalecimiento Institucional se utilizaría el procedimiento acordado con las autoridades del Ministerio de Salud que será substancialmente similar al que se presenta en el Anexo IV-8 del presente informe. La mayoría de los consultores a contratar, utilizando los recursos en moneda nacional del préstamo OC, asistirían a la UEC en la ejecución del Programa y en la preparación de seminarios específicos en las provincias participantes; en consecuencia, no se consideró necesario incorporar a este documento los términos de referencia de cada uno de los consultores en particular que se han previsto contratar. En el Anexo III-5 se presenta un ejemplar de términos de referencia que serviría como muestra para la preparación de los términos de referencia de los consultores a contratar.

J. Calendario de Inversiones

- 4.40 Con base en el plan de ejecución del Programa se ha determinado el calendario de inversiones, el cual se presenta en el cuadro siguiente:

(En Millones de US\$)

	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>TOTAL</u>
Ing. Y Adm.	0.40	1,82	2,14	2,57	2,52	1,79	11,24
Costos Directos	-	32,76	25,63	58,61	81,82	37,58	236,40
Costos concurrentes	-	1,09	2,57	1,39	7,59	9,81	22,45
Costos Fin.	<u>-</u>	<u>1,95</u>	<u>3,18</u>	<u>4,79</u>	<u>8,19</u>	<u>11,80</u>	<u>29,91</u>
	0,40	37,62	33,52	67,36	100,12	60,98	300,00
	<u>=====</u>	<u>=====</u>	<u>=====</u>	<u>=====</u>	<u>=====</u>	<u>=====</u>	<u>=====</u>

- 4.41 El pronóstico de desembolsos para inversiones de cada fuente de fondos y para cada año se presenta en el cuadro siguiente:

(Valores en Millones de US\$ ó Equivalente)

<u>AÑO</u>	<u>PRESTAMO DEL BID</u>		<u>PROVEEDORES</u>	<u>APORTE LOCAL</u>	<u>TOTAL</u>
	<u>DIVISAS</u>	<u>M. LOCAL</u>			
1986	-	-	-	0,40	0,40
1987	14,37	,66	-	22,59	37,62
1988	13,08	1,57	-	18,87	33,52
1989	29,54	,91	8,00	28,91	67,36
1990	40,90	,99	17,37	40,86	100,12
1991	<u>22,11</u>	<u>,87</u>	<u>3,05</u>	<u>34,95</u>	<u>60,98</u>
	120,00	5,00	28,42	146,58	300,00
	=====	=====	=====	=====	=====
%	40,0%	1,67	9,47	48,86	100,00

K. Anticipo de Fondos

- 4.42 Dada la naturaleza del Programa, se recomienda la constitución de anticipos de fondos con cargo a los recursos del préstamo, hasta un monto equivalente a las previsiones reales de pagos para un plazo no mayor de 120 días y hasta por un monto no mayor del 10% del total del préstamo.

L. Reconocimiento de Gastos

- 4.43 La UEC ha realizado y programa realizar gastos por un equivalente de US\$400.000 desde la fecha de la solicitud el 8 de julio de 1986 hasta mediados del mes de diciembre de 1986. Los gastos son básicamente en la realización de los diseños arquitectónicos y en la preparación de la información de soporte para el análisis y la ejecución del programa. Se recomienda el reconocimiento de esos gastos, como recursos de contrapartida local, siempre que se hayan cumplido requisitos substancialmente análogos a los previstos en los contratos de préstamos. (Ver recomendaciones).

M. Operación de los Hospitales

- 4.44 La operación de los hospitales será realizada por las Provincias participantes. Habrá un período de puesta en marcha, de unos seis meses, en los cuales se haría el asesoramiento directo de la UEC y la capacitación en servicio del personal del hospital para asegurar el uso adecuado de los servicios y equipos. Se ha establecido en el Convenio que firmaron la Secretaria de Salud con las provincias participantes que los hospitales serán administrados y operados de

acuerdo con normas técnicas generalmente aceptadas, y que seis meses antes de hacer el traspaso definitivo estos presentarán un plan de operación, con su respectivo presupuesto, a satisfacción de la Secretaría. El Prestatario a su vez se comprometerá con el Banco a que las obras sean operadas y mantenidas en forma eficiente y a tomar las medidas necesarias para que en los presupuesto anuales de éstos se incluyan las partidas necesarias para los propósitos. (Ver Recomendaciones).

N. Mantenimiento de las Obras

- 4.45 Durante las visitas realizadas a las provincias se pudo identificar diferentes grados de mantenimiento en los hospitales a reemplazar los que variaban desde aceptable hasta muy deficiente. El subprograma de fortalecimiento institucional que se propone contempla dos aspectos importantes para corregir las deficiencias detectadas: el primero, es la capacitación integral de los administradores de los hospitales y, el segundo, es la capacitación del personal para realizar el mantenimiento preventivo y reparaciones menores necesarias en las obras y equipos a financiar con el Programa. Se ha contemplado; además, la dotación de talleres de mantenimiento con las herramientas necesarias y los repuestos más comunes requeridos para el mantenimiento de los equipos. No obstante lo anterior, se recomienda incorporar en el contrato el compromiso del prestatario de presentar un programa anual de mantenimiento para los componentes del Programa. (Ver Recomendaciones).
- 4.46 Los planes de mantenimiento han sido contemplados en los convenios que firmaría el Ministerio de Salud y Asistencia Social con las provincias participantes, que se presenta en el Anexo IV-1. En el convenio se obligarían las provincias a presentar anualmente un programa de mantenimiento del hospital, dentro del primer trimestre del año calendario, y por un período de 10 años a partir de la fecha de entrega del hospital, y a partir del segundo año de operación, informar sobre los resultados de dicho programa durante el año anterior. (Ver Recomendaciones).

O. Utilización de Tecnologías Apropriadas

- 4.47 El diseño de cada hospital considera el empleo de materiales abundantes y de uso común en las provincias y durante su construcción se emplearán tecnologías que requieren uso intensivo de mano de obra. Con respecto a la complejidad de los hospitales se considera que serían de grado VIII y VI en dos provincias. Su equipamiento está diseñado para prestar los servicios de diagnóstico y atención médica más comunes en cada provincia, en estos se ha tratado de seleccionar equipos de tecnología moderna, apropiados a las necesidades, de mantenimiento fácil y costos razonables.

P. Evaluación a Posteriori

- 4.48 Con el objeto de evaluar el impacto del proyecto, el Ministerio de Salud y Acción Social recogerá estadísticas anuales y en base a las mismas, presentará al Banco el informe de evaluación "a posteriori" correspondiente. Para ello dentro de los 24 meses de la fecha de

vigencia del contrato de préstamo, el ejecutor presentará a la consideración del Banco una descripción del sistema a utilizarse en la recolección, procesamiento y análisis de los datos relacionados con la evaluación y los datos básicos iniciales con los cuales se compararán los datos del proyecto, a ser presentados anualmente.

- 4.49 Los datos básicos a que se refiere el párrafo anterior son: (a) Datos generales del área de influencia de cada establecimiento del Programa: población total, población de bajos ingresos, población cubierta por obras sociales y por seguros médicos privados; (b) Oferta hospitalaria en el área de influencia de cada establecimiento del Programa, incluyendo subsectores público, privado y obras sociales: hospitales existentes, especialidades, edad, número de camas GPM, proyectos de nuevos establecimientos o reemplazos; (c) Prestación de servicios en establecimientos del Programa: datos anuales sobre número de camas, tasa de ocupación, número de egresos, promedio de estancia por servicio y giro para cada uno de los hospitales del Programa y número de días al año con capacidad de 100% o más 90% o más y 80% o más por servicio; (d) Costo total por tipo de servicio y costos unitarios por egreso por tipo de servicio y por consulta ambulatoria para cada hospital del Programa y para una muestra representativa de otros hospitales públicos y privados; (e) Datos sobre presupuesto operativo y personal en cada uno de los establecimientos del Programa; (f) Prestación de servicios en otros establecimientos del área de influencia de cada uno de los del Programa: Número de egresos GPM, atenciones ambulatorias, porcentaje de ocupación, promedio de estancia por servicio, tasas de referencia y de mortalidad; y (g) Tarifas y honorarios vigentes, ingresos por recuperaciones por concepto; número de usuarios eximidos de pago, monto de aranceles dejados de percibir por este concepto, y datos socioeconómicos de los usuarios eximidos.
- 4.50 Los datos comparativos anuales incluirán las mismas categorías indicadas en los datos básicos [a excepción de los literales (a), (b) y (d), en que sólo se requerirá una actualización cuando ocurran cambios de importancia y en el último año del período de evaluación], y además las siguientes: (a) Cambios introducidos en la lista original de establecimientos del Programa y cambios en el tamaño, diseño o localización; (b) Costos y calendarios reales de inversión y fecha de entrada en servicio de cada establecimiento del Programa, y su compración con las previsiones respectivas.
- 4.51 Los datos comparativos anuales se presentarán de manera tal que permitan examinar tanto el cumplimiento de las metas del Programa como los cambios en relación con la situación anterior al mismo.
- 4.52 El informe de evaluación a ser presentado dentro de los tres años contados desde la fecha del último desembolso, utilizará como guía el análisis ex-ante del Programa, ampliado y profundizado con la

información adicional indicada precedentemente. En especial, la evaluación final deberá incluir lo siguiente:

- (a) Análisis de Demanda: Determinar el déficit de servicios hospitalarios en cada Aglomerado de acuerdo al método utilizado en la evaluación ex-ante de esta operación pero incluyendo en la evaluación ex-post, además del subsector público, a los subsectores privado y obras sociales, identificando la población servida por cada subsector.
- (b) Análisis Costo Eficiencia: Determinar la eficiencia de los servicios de internación por cada una de las cuatro grandes áreas de producción (cirugía, pediatría, medicina y tocoginecología) y de los servicios de emergencia y consultas ambulatorias de cada uno de los hospitales. Para tal efecto se deberán comparar los costos por tipo de egreso, paciente/día, consulta y emergencia de cada hospital del Programa con los costos correspondientes de una muestra representativa de hospitales que funcionen eficientemente y que ofrezcan servicios comparables con los del Programa. Dicha muestra deberá incluir hospitales públicos y privados según sea relevante.
- (c) Análisis de Impacto Distributivo: Determinar el impacto distributivo de acuerdo con la metodología recomendada por el Banco.
- (d) Análisis Operativo: Determinar la adecuación de las asignaciones presupuestarias y de personal y del mantenimiento de instalaciones y equipos.
- (e) Conclusiones y Recomendaciones

Q Inspección y Vigilancia

- 4.53 El Banco realizaría la supervisión de la ejecución del Programa principalmente mediante la Representación en Argentina. Los hospitales serían aprobados por el Banco.

V. EL PRESTATARIO Y EL EJECUTOR

A. Aspectos Institucionales

1. El Prestatario

- 5.01 El Prestatario sería la República de Argentina. El Ministerio de Economía, actuando como agente financiero de la República, recibiría los recursos del préstamo, haría las transferencias de éste y del aporte de contrapartida local para la ejecución del Programa y será responsable del servicio de la deuda.

2. El Ejecutor

- 5.02 El Ministerio de Salud y Acción Social, a través de la Secretaría de Salud sería responsable de la ejecución del programa. Para estos efectos la Secretaría establecerá una Unidad Ejecutora Central (UEC) que programara, coordinara y supervisara la ejecución del programa a nivel nacional. Las Secretarías de Salud en cada Provincia participante establecerán Unidades Ejecutoras Provinciales (UEP) que se encargarán de la supervisión y vigilancia del proyecto del hospital a construirse en su respectiva Provincia, siguiendo los lineamientos establecidos por la UEC, en concordancia con políticas nacionales, y las condiciones y especificaciones estipuladas en el contrato de préstamo y en los convenios de participación que efectuarían la Secretaría de Salud Nacional y las Secretarías de Salud de las provincias participantes.

3. Secretaría de Salud (Nacional)

(a) Estructura Orgánica (ver organigrama Anexo V-1)

- 5.03 La Secretaría de Salud, es una dependencia del Ministerio de Salud y Acción Social, está compuesta por la Secretaría del Consejo Federal de Salud, y cuatro Subsecretarías: Programas de Salud, Recursos de Salud, Regulación y Control y de Coordinación, y de Servicios. De ellas dependen distintas Direcciones que constituyen unidades de apoyo y el Instituto Nacional de Obras Sociales, cuya administración es descentralizada. Sus funciones principales son desempeñadas de la siguiente manera:
- 5.04 La Secretaría del Consejo Federal de Salud que tiene como misión el desarrollo de las acciones de apoyo técnico-administrativas del Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por representantes de todas las provincias y la efectiva coordinación de las jurisdicciones miembros a nivel nacional y regional.
- 5.05 La Subsecretaría de Recursos de Salud tiene como misión las acciones dirigidas a la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y a la prevención de las enfermedades a fin de lograr un óptimo estado de salud de la población.

- 5.06 La Subsecretaría de Programas de Salud, tiene como misión las acciones que le compete a la Secretaría en materia de formación y capacitación del personal en salud e intervenir en el proceso de desarrollo de los Recursos Humanos para la atención de la salud de acuerdo con la realidad sanitaria nacional.
- 5.07 La Subsecretaría de Regulación y Control tiene como misión las acciones relacionadas con las normas y ejecución de la fiscalización sanitaria de las acciones de salud en cumplimiento de las normas legales, reglamentarias y disposiciones vigentes, a fin de contribuir al logro de un adecuado estado de salud de la población.
- 5.08 La Subsecretaría de Coordinación y de Servicios, tiene como misión atender al Secretario de Salud en lo concerniente a la dirección de las actividades de los servicios de apoyo técnico, legal y administrativo y contable-financiero, así como también en los aspectos de coordinación general en la implementación de instrumentos de enlace entre las distintas unidades orgánicas de la Secretaría.

(b) Personal

- 5.09 La Planta Permanente de la Secretaría de Salud asciende a 15,851 empleados. Del total 3,548 se desempeñan como personal administrativo y profesional y 12,303 se desempeña como personal técnico, de mantenimiento y producción, y de servicios generales.

Secretaría de Salud
Planta Permanente - Resumen General

	<u>Admin.</u>	<u>Prof.</u>	<u>Tecn.</u>	Mant. y <u>Prod.</u>	Servic. <u>General</u>	<u>Total</u>
Unidad Secretario de Salud	349	39	261	49	165	863
Subsecretaría de Programas Salud	567	217	1,250	274	609	2,917
Subsecretaría de Recursos de Salud	840	86	5,314	1,005	1,203	8,448
Subsecretaría de Regulación y Control	500	317	483	62	129	1,491
Subsecretaría de Coordinación de Servicios	<u>568</u>	<u>65</u>	<u>1,337</u>	<u>70</u>	<u>92</u>	<u>2,132</u>
Total	2,824 =====	724 ===	8,645 =====	1,460 =====	2,198 =====	15,851 =====

- 5.10 El personal de la Secretaría de Salud Nacional se desempeña principalmente en la programación, planificación, ordenamiento y evaluación de los servicios de salud. Actuando como personal de la sede central, este personal no tiene mucha participación en las acciones operativas que se ejecutan por las unidades relacionadas con programas de salud, en las distintas provincias. En el nivel central, se determinan las normas, procedimientos y metodologías que se

aplicarían en los distintos programas en el país para que se mantengan y/o mejoren las metas y niveles de salud.

- 5.11 La Secretaría de Salud es el ente responsable de ejecutar el proyecto y actualmente tiene un número alto de personal de planta. No obstante, por política del Gobierno con el motivo de contención del gasto público la planta de personal ha sido congelado por el Decreto N° 983 del 31 de mayo de 1985 y su similar N° 2.256 del 25 de noviembre de 1985. Estos Decretos y otras medidas de austeridad que se están tomando limitan aumento de sueldos que hacen los sueldos no competitivos con el sector privado. Por lo tanto la Secretaría no cuenta con todo el personal disponible con las calificaciones necesarias para llevar a cabo las etapas de diseño, supervisión y control del proyecto.
- 5.12 El establecimiento de la Unidad Ejecutora Central (UEC) con personal adicional, remunerado con sueldos competitivos para asegurar el nombramiento de profesionales calificados es imprescindible para asegurar el éxito del programa. Para estos efectos se requerirá que otorgue la autorización para la creación de la mencionada UEC, y que disponga con la excepción a las normas vigentes sobre contención del gasto público, de tal manera que se autoricen los niveles de remuneración necesarios para atraer personal calificado.

(c) Administración Financiera

- 5.13 El sistema de registros contables en el Ministerio de Salud y Acción Social, ha sido implementado en conformidad con normas establecidas de la Contaduría General de la Nación. Por resolución del Ministerio - 1983, se han aprobado la asignación de tareas y responsabilidad para las distintas dependencias de la Dirección de Sistema de Computación de Datos de la Subsecretaría Técnica y de Coordinación Administrativa. Esta Dirección está conformada por tres departamentos: del Departamento de Investigación y Desarrollo, el Departamento de Sistemas y el Departamento de computación.
- 5.14 Las funciones principales de los departamentos son: (i) el Departamento de Investigación y Desarrollo, es responsable por el desarrollo de programas de "software" y "hardware" y Capacitación del personal en sus usos y aplicaciones; (iii) el Departamento de Sistemas, es responsable por la confección, mantenimiento y/o control de los programas de computación; (ii) el Departamento de Computación, es responsable del procesamiento de datos del sistema de información. Dentro de los numerosos programas de información desarrollados se cuenta con las siguientes aplicaciones: Sistema de Control de Obras y Ejecución Presupuestaria; Índice de Costo de Construcción; Funcionamiento de Proyectos; Sistema de Inversiones y Recuperos para la Vivienda (FONAVI); y, Sistema Integrado de Contabilidad Presupuestaria de la Administración Pública.
- 5.15 Básicamente, los sistemas de contabilidad se destinan a control presupuestario con asignaciones a finalidad y discriminación económico en rubros globales. Los registros de control presupuestarios están atrasados y no disponen de un catálogo de cuentas adecuado para la

registración de transacciones financieras del programa con sus distintas fuentes de financiamiento previstos y las complicaciones de llevar control de la ejecución en once provincias. Se considera que debido a la carga de trabajo, falta de personal y equipo, los sistemas existentes no permitirían mantener los registros contables en la manera requerida durante la ejecución del programa. Para asegurar el control financiero del proyecto se prevee la asignación de personal adicional en la Unidad Ejecutora Central que establecerá sistemas de contabilidad basado en un catálogo de cuentas diseñado para efectuar el control de inversiones de conformidad con los requerimientos del Banco.

(d) Control Interno

- 5.16 La Auditoría Interna básicamente se realiza en función de las obligaciones que establece el Art. 76 de la Ley de Contabilidad. La Unidad de Control Interno, como elemento de la Contaduría General de la Nación, que labora a tiempo completo controla no solamente los aspectos financieros, contables y legales, sino también, evalúa la gestión administrativa operacional, es decir, verifica si se cumplen las metas con eficiencia, economía y efectividad.
- 5.17 Dentro de su método de trabajo, basado en un programa anual se emplean las siguientes actividades: (i) Verifican los registros contables, informes y estados financieros; (ii) Evalúan el sistema de control interno; (iii) Evalúan la eficiencia de la utilización de los recursos humanos, materiales y financieros dentro de las políticas y normas legales de la institución; y, (iv) Recomendán y asesoran acerca de las medidas correctivas que deben implementarse para mejorar el rendimiento de los programas de la institución.
- 5.18 Se prevé la intervención de la Unidad de Control Interno en función de representante del gobierno durante la ejecución del proyecto, para asegurar el cumplimiento de las disposiciones legales, políticas de la Secretaría de Salud y las condiciones contractuales del préstamo.

(e) Auditoría Externa

- 5.19 El Artículo Ley 85 de la Ley de Contabilidad, prevee la intervención directa del Tribunal de Cuentas de la Nación; en la ejecución de las auditorías externas, sin perjuicio de la fiscalización que hagan las representaciones fiscales o delegaciones, de todos los actos administrativos de cada jurisdicción.
- 5.20 Las normas que rigen la materialización de las auditorías externas, básicamente están comprendidas en el "Reglamento General de Cuentas y de Procedimientos de Control Legal y Contable", aprobado por Resolución del Tribunal de Cuentas de la Nación N° 1658/77. Este Tribunal no efectúa labores de auditoría externa de acuerdo a los requerimientos del Banco sobre la materia. Por esta razón, los estados financieros del proyecto deberán ser auditados durante la ejecución del mismo por una firma de auditores o institución independiente de auditoría que será acordado con el Banco antes del primer desembolso. (Ver Proyecto de Resolución).

4. Secretarías de Salud Provinciales

- 5.21 Las Secretarías de Salud Provinciales son dependencias de los Ministerios de Salud Provincial, que siguen básicamente la estructura organica nacional. Cada Secretaría de Salud en las provincias participantes en el proyecto tendría la responsabilidad del seguimiento, control y vigilancia del proyecto en su respectiva jurisdicción bajo la supervisión de la UEC.
- 5.22 Básicamente, las Secretarías de Salud Provinciales son responsables de asegurar la asistencia a la provincia y las municipalidades en la ejecución de las políticas nacionales de salud. Su acción requiere actuar como agente de coordinación de los servicios públicos para efectuar la organización y dirección de los establecimientos sanitarios provinciales. En general, las Secretarías de Salud Provinciales son responsables por la promoción y protección de la salud a través de educación y atención médica para asegurar la cobertura permanente de la demanda de atención médica de la población en su área de influencia.
- 5.23 En cada provincia se ha seguido la misma política de austeridad y congelamiento de la planta de personal, pero hay más flexibilidad en la aplicación de la política en que se obedecen los lineamientos de necesidad de personal si es justificado en la instancia particular.
- 5.24 La administración financiera de las provincias está centralizada y su contabilidad de ingresos y egresos globales está separada por Secretaría. El Ministerio de Economía Provincial (Hacienda) en determinados casos procesa los pagos de sueldos y no discrimina por actividad, lo que no permite asignar los egresos a dicha actividad. Además, con frecuencia, las Secretarías de Salud Provinciales hacen compras de medicamentos e insumos al por mayor en volumen para obtener precios menores. Estos insumos y medicamentos se distribuyen después a los centros de salud, clínicas y hospitales sin asignar costos a cada unidad de uso final. El Ministerio de Obras Públicas de las Provincias hace ampliaciones y reparaciones a los hospitales y centros de salud cuyos costos están contabilizados en sus propios registros.
- 5.25 Para llegar al costo real del sector Salud, hay que hacer conciliaciones de estos gastos efectuados por otras entidades de la Provincia. Para resolver este problema de determinación de costos por actividad se ha previsto un programa de fortalecimiento institucional para promover el desarrollo de sistemas de contabilidad de costos para el hospital, a ser construido en cada provincia, para efectuar mejor control, y desarrollar información sobre costos de operación y mantenimiento. Personal del hospital participaría en el desarrollo del sistema y recibiría capacitación en el uso del sistema que estaría basado en uso de computadoras incluidos en el equipo del hospital.
- 5.26 El desarrollo y diseño de sistemas de contabilidad permitiría a cada hospital el control de sus propios ingresos y egresos, dependería del grado de la descentralización del mismo. Esto se ha discutido con las autoridades de salud provinciales, las que están totalmente de acuerdo y serían objeto de ser incluido en el convenio entre la Secretaría de

Salud Nacional y las Secretarías de Salud Provinciales. (Ver Anexo IV-1). Este proceso se prevee como una acción piloto para la descentralización de otras entidades de salud para mejorar los niveles de control, y operación.

B. Análisis Financiero

- 5.27 Se presentan a continuación resúmenes de los presupuestos y de la ejecución presupuestaria de la República Argentina, del Ministerio de Salud y Acción Social, de la Secretaría de Salud y de las Provincias participantes para los ejercicios 1983, 1984, 1985 y presupuesto de 1986. A efectos de comparar cifras homogéneas, se han ajustado los valores en moneda argentina, pesos y australes, al nivel de precios de 1986 y convertido luego a dólares de los Estados Unidos al tipo de cambio oficial de US\$1.00 = As 92,8, vigente al 30 de junio de 1986.

1. República Argentina

- 5.28 El análisis del Cuadro N° 1 que se presenta en la página siguiente, muestra que los gastos totales efectuados disminuyeron en US\$ 1.054,4 millones (7,2%) entre 1983 y 1984. En 1985 los gastos de funcionamiento efectuados aumentaron en US\$2.827,8 (27,3%) sobre 1983 dado principalmente a ajustes de remuneración a empleados públicos. Por otra parte, los gastos de capital disminuyeron dramáticamente de US\$4.210,0 millones a US\$1.308,2 millones, (69%) en 1984 y US\$1.762,5 millones (58%) en 1985 comparados a gastos en 1983. Estas reducciones reflejan las medidas de austeridad impuestas por el gobierno, debido a la situación económica del país.

República Quadro No. 1 Argentina Presupuesto
 Histórico
 (en millones de US\$)

	<u>1 9 8 3</u>			<u>1 9 8 4</u>			<u>1 9 8 5</u>		
<u>1986</u>	<u>Presup.</u>	<u>Ejecut.</u>	<u>%</u>	<u>Presup.</u>	<u>Ejecut.</u>	<u>%</u>	<u>Presup.</u>	<u>Ejecut.</u>	
<u>%</u>	<u>Presup.</u>								
<u>GASTOS</u>									
Funcionamiento	10.976,4	10.364,6	94,4	12.344,9	12.212,0	98,9			
13.778,5	13.192,4	95,7	13.300,2						
Capital	4.483,7	4.210,0	93,9	2.014,0	1.308,2	64,9			
2.024,7	1.762,5	87,0	2.109,8						
Total	15.460,1	14.574,6	94,3	14.354,9	13.520,2	94,2			
15.803,2	14.954,9	94,6	15.410,0						

Relación de Cambio sobre año base

Funcionamiento	+17,8%	+27,3%
+28,3%		
Capital	<u>-68,9%</u>	<u>-58,1%</u>
	<u>- 7,2%</u>	<u>+ 5,7%</u>

Cuadro No. 2
República Argentina - Presupuesto y Ejecución - Discriminación por Finalidad
(en millones de US)

	<u>1 9 8 3</u>			<u>1 9 8 4</u>			<u>1 9 8 5</u>			<u>1 9 8 6</u>	
	<u>Presup.</u>	<u>Ejecut.</u>	<u>Partic.</u>	<u>Presup.</u>	<u>Ejecut.</u>	<u>Partic.</u>	<u>Presup.</u>	<u>Ejecut.</u>	<u>Partic.</u>	<u>Presup.</u>	<u>Partic.</u>
Total	15.460,1	14.574,6	100,0	14.354,9	13.520,2	100,0	15.803,2	14.954,9	100,0	15.410,0	100,0
Administ. Central	2.883,9	2.816,3	19,3	2.523,4	2.425,4	17,9	3.690,6	3.633,1	24,3	3.600,1	23,4
Defensa	1.452,7	1.435,9	9,9	1.227,6	1.193,7	8,8	1.081,3	1.059,6	7,1	1.164,5	7,6
Seguridad	499,6	472,9	3,2	443,8	427,7	3,2	399,0	374,1	2,5	418,3	2,7
Salud	281,5	247,9	1,7	358,4	306,3	2,3	361,5	300,5	2,0	580,4	3,8
Cultura y Educación	1.126,7	1.072,8	7,4	1.236,2	1.181,3	8,7	1.108,9	1.044,6	7,0	1.264,3	8,2
Desarrollo Economía	7.290,9	6.758,9	46,4	5.124,7	4.648,7	34,4	4.899,2	4.388,2	29,3	4.546,2	29,5
Bienestar Social	1.623,6	1.484,3	10,2	2.257,2	1.702,8	12,6	2.632,3	2.559,1	17,1	2.758,7	17,9
Ciencia y Tecnolog.	283,1	236,1	1,6	255,2	205,3	1,5	276,7	242,0	1,6	331,1	2,1
Deuda Pública	18,1	49,5	0,3	928,4	1.429,0	10,6	1.353,7	1.353,7	9,1	1.178,1	7,6
Economicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(431,7)	(2,8)

5.29 Profundizando el análisis en base del Cuadro No.2 se revela el cambio y énfasis del nuevo gobierno que empezó su gestión en 1984. Examinando los gastos efectuados por finalidad se ve que gastos para Defensa, Seguridad y Desarrollo Económico, disminuyeron en términos absolutos y relativos. Por otro lado gastos efectuados en este período aumentaron en los sectores sociales de Salud, Cultura y Educación y Bienestar Social. A la finalidad Salud, por ejemplo, se le dio un importante incremento de recursos asignados US\$332,5 millones (134,1%) entre gastos efectuados en 1983, US\$247,9 millones y lo presupuestado en 1986, US\$580,4 millones. En el año 1984 se observa un notable crecimiento de los gastos relacionados con la Deuda Pública debido a que en el año 1982 el Estado se hizo cargo de las deudas de las empresas públicas.

2. Ministerio de Salud

5.30 Al asumir el poder el nuevo el Gobierno se enfrentó con la postergación histórica de asignación de recursos a los Sectores Sociales. En efecto, las erogaciones gubernamentales dirigidas hacia esos sectores fueron paulatinamente decreciendo durante la administración anterior. El objetivo del gobierno actual en esta materia, es de promover importantes cambios en la composición de sus erogaciones totales, y como fue citado, los Sectores Sociales experimentaron una clara recuperación desde el principio de la nueva administración. Esta reestructuración del gasto público se vió reflejada en el comportamiento presupuestario del Ministerio de Salud y Acción Social. Como se observa en el Cuadro N° 3.

Cuadro No. 3

Ministerio de Salud - Erogaciones Históricas
(en millones de US\$)

	<u>1983</u>	<u>1984</u>	<u>1985</u>	<u>1986</u>
Gastos de Funcionamiento	467,3	665,5	776,4	901,1
Gastos de Capital	589,5	116,2	588,4	576,8
	<u>1056,8</u>	<u>781,7</u>	<u>1364,8</u>	<u>1477,9</u>
Relación de Cambio				
Sobre año Base				
Gastos de Funcionamiento		+42,4%	+66,1%	+92,8%
Gastos de Capital		-80,3%	- 0,2%	- 2,2%
Total		<u>-26,0%</u>	<u>+29,1%</u>	<u>+39,8%</u>
<u>Erogaciones Totales</u>				
Gobierno Central	14.574,6	13.520,2	14.954,9	15,410,0
Ministerio de Salud y A.S.	1.056,8	781,7	1.364,8	1.477,9
Relación entre Erogaciones del				
Ministerio y Gobierno Central	7,3%	5,8%	9,1%	9,6%
Relación de Cambio s/año Base		-1,5%	+1,8%	2,3%

- 5.31 El análisis de los cambios de ejecución presupuestaria y presupuesto de 1986 demuestran aumento en las erogaciones, salvo en el año 1984 cuando cambió la administración, las erogaciones totales aumentaron en 29.1% para 1985. El crecimiento se muestra en los gastos de funcionamiento como resultado de aumento de sueldos y transferencias a programas especiales y a las provincias para ejecución de programas de servicios de salud. Los gastos de capital disminuyeron en 1984 y se recuperaron a un nivel igual a lo de 1983 en 1985. Es importante notar, que transferencias o aportes a las provincias en algunas oportunidades se utilizan para gastos de capital. En términos de participación el el gasto nacional, el Ministerio se vió creciendo en su nivel de acción desde 7,3% del presupuesto nacional al 9,1% en 1985 y 9,6% en 1986, lo cual indica que el comportamiento presupuestario del Ministerio comenzó a recuperar su importancia relativa al Presupuesto Nacional.
- 5.32 Análisis del Cuadro No.4 refleja que los presupuestos y gastos efectuados de las jurisdicciones y organismos descentralizados que conforman el Ministerio, salvo en algunas instancias, demuestran tendencias crecientes de erogaciones de funcionamiento. Los gastos de capital no demuestran una tendencia clara salvo la disminución de los gastos de la Secretaría de Vivienda.

Cuadro No. 4
Ministerio de Salud y Acción Social - Presupuesto y Ejecución Histórico
(en millones de US\$)

	1 9 8 3			1 9 8 4			1 9 8 5			1986
	<u>Presup.</u>	<u>Ejec.</u>	<u>%</u>	<u>Presup.</u>	<u>Ejec.</u>	<u>%</u>	<u>Presup.</u>	<u>Ejec.</u>	<u>%</u>	<u>Presup.</u>
<u>GASTOS</u>										
<u>Funcionamiento</u>										
Minist. Adm. Central	115,8	109,3	94,3	191,1	167,8	87,8	263,3	240,5	91,3	309,6
Secretaría de Salud	150,6	137,2	91,1	232,6	190,1	81,7	232,3	183,2	78,9	261,7
Secretaría de Deporte	9,0	8,5	9,4	17,9	15,1	84,3	15,3	14,9	97,4	19,3
Secret. Promoción Social	-	-	-	79,7	78,8	98,9	59,4	56,4	94,9	82,9
Secret. Desarrollo Humano	24,7	20,7	83,8	30,7	25,2	82,0	30,6	25,7	84,0	36,3
Secretaría de Vivienda	27,0	24,6	91,1	26,1	8,3	31,8	34,6	25,6	74,0	42,4
Organismos Descentraliz.	70,0	37,5	53,5	85,9	85,9	100,0	82,3	81,5	99,0	119,3
Erogaciones Figurativas	<u>145,7</u>	<u>129,5</u>	<u>88,9</u>	<u>96,5</u>	<u>94,3</u>	<u>97,9</u>	<u>173,8</u>	<u>148,6</u>	<u>85,5</u>	<u>29,6</u>
Total Funcionamiento	<u>542,8</u>	<u>467,3</u>	<u>86,1</u>	<u>760,5</u>	<u>665,5</u>	<u>87,5</u>	<u>891,6</u>	<u>776,4</u>	<u>87,0</u>	<u>901,1</u>
<u>Capital</u>										
Ministerio Admin. Central	8,5	6,1	71,8	4,8	1,5	31,3	6,6	3,9	59,1	7,1
Secretaría de Salud	36,8	18,5	50,3	31,5	15,9	50,5	21,7	15,0	69,1	26,0
Secretaría de Deporte	3,3	0,6	18,2	3,3	0,8	24,2	5,2	4,7	90,3	0,8
Secret. Promoción Social	-	-	-	0,1	0,1	100,0	0,1	0,1	100,0	0,2
Secret. Desarrollo Humano	0,4	0,2	50,0	0,9	0,0	5,6	0,3	0,1	32,7	0,8
Secretaría de Vivienda	542,7	542,7	100,0	505,4	70,5	14,0	539,1	538,8	99,9	519,2
Organismos Descentraliz.	<u>23,3</u>	<u>21,4</u>	<u>91,8</u>	<u>27,7</u>	<u>27,4</u>	<u>98,8</u>	<u>25,9</u>	<u>25,8</u>	<u>99,7</u>	<u>22,7</u>
Total Capital	<u>615,0</u>	<u>589,5</u>	<u>95,9</u>	<u>573,7</u>	<u>116,2</u>	<u>20,3</u>	<u>598,9</u>	<u>588,4</u>	<u>98,2</u>	<u>576,8</u>
Total Gastos	<u>1.157,8</u>	<u>1.056,8</u>	<u>91,3</u>	<u>1.334,2</u>	<u>781,7</u>	<u>58,6</u>	<u>1.490,5</u>	<u>1.364,8</u>	<u>91,5</u>	<u>1.477,9</u>

5.33 El Cuadro No.5 demuestra en términos relativos la participación dentro del presupuesto del Ministerio de las jurisdicciones y organismos descentralizados.

Cuadro No. 5

Ministerio de Salud y Acción Social - Gastos Clasificados por Finalidad
(porcentajes)

<u>GASTOS</u>	<u>1983</u>	<u>1984</u>	<u>1985</u>	<u>1986</u>
<u>Funcionamiento</u>				
Minist.Adm.Central	23,4	25,2	31,0	34,4
Secretaría de Salud	29,3	28,6	23,6	29,1
Secretaría de Deporte	1,9	2,3	1,9	2,1
Secret.Promoción Social	-	11,8	7,3	9,2
Secret.Desarrollo Humano	4,4	3,8	3,3	4,0
Secretaría de Vivienda	5,3	1,2	3,3	4,7
Organismos Descentraliz.	8,0	12,9	10,5	13,2
Erogaciones Figurativas	<u>27,7</u>	<u>14,2</u>	<u>19,1</u>	<u>3,3</u>
Total Funcionamiento	100,0 =====	100,0 =====	100,0 =====	100,0 =====
<u>Capital</u>				
Ministerio Admin.Central	1,0	1,3	0,7	1,2
Secretaría de Salud	3,1	13,7	2,5	4,5
Secretaría de Deporte	0,1	0,7	0,8	0,1
Secret. Promoción Social	-	-	-	-
Secret. Desarrollo Humano	-	-	-	0,1
Secretaría de Vivienda	92,1	60,7	91,6	90,2
Organismos Descentraliz.	<u>3,7</u>	<u>23,6</u>	<u>4,4</u>	<u>3,9</u>
Total Capital	100,0 =====	100,0 =====	100,0 =====	100,0 =====

5.34 Análisis del Cuadro anterior revela que, en Gastos de Funcionamiento, la Administración Central, la Secretaría de Salud, Organismos Descentralizados y Erogaciones Figurativas, (transferencias a otras instituciones y provincias), consumen en gran parte los recursos asignados al Ministerio. En Gastos de Capital la Secretaría de Vivienda utiliza un promedio de 91% de los recursos asignados al Ministerio.

3. Secretaría de Salud

5.35 El Cuadro No.6 demuestra el Presupuesto y Ejecución Histórica para los ejercicios 1983, 1984 y 1985 y el Presupuesto para el 1986 de la Secretaría de Salud. La Secretaría registra sus actividades por programa en gastos de funcionamiento y capital.

Secretaría de Salud
Presupuesto y Ejecución Histórico por Programa
(en miles de US\$)

	1983			1984			1985			1986
	Presup.	Ejec.	%	Presup.	Ejec.	%	Presup.	Ejec.	%	Presup.
<u>GASTOS FUNCIONAMIENTO</u>										
Administración Central	12.583	12.023	95,6	15.002	12.965	86,4	18.764	16.577	88,3	21.573
Prestación de Serv.Asist.	16.544	15.717	95,0	78.875	74.762	94,8	72.971	65.707	90,0	94.990
Servicio Atención Médica	50.588	45.980	90,9	-	-	-	-	-	-	-
Construcciones Sanitarias	10.384	9.477	91,3	1.691	1.555	92,0	874	782	89,4	223
Medicina Sanitaria	18.685	15.254	81,6	15.125	9.258	61,2	23.295	20.315	87,2	25.375
Regulación y Control	6.862	6.339	92,4	11.287	8.594	76,1	7.564	6.211	82,1	6.943
Lucha Contra Chagas	4.803	4.750	98,9	3.592	2.935	81,7	-	-	-	-
Proyecto Apoyo a la Salud	21.843	21.843	100,0	61.678	61.678	100,0	67.148	67.148	100,0	69.520
Medio Ambiente	2.305	1.026	44,5	-	-	-	4.082	3.739	91,6	5.435
Investigación Farmacéutico	20	13	65,2	38	13	34,2	-	-	-	-
Capacitación Sanitaria	5.917	4.810	81,3	25.021	15.007	60,0	-	-	-	-
Promoción Areas Fronteras	-	-	-	3.351	3.351	100,0	-	-	-	-
Asistencia en Medicamento	-	-	-	16.911	-	0,0	37.607	2.687	7,1	40.467
Urbanismo/CENARE	-	-	-	2.532	2.532	100,0	825	795	96,4	834
Total Gtos. Funcion.	<u>150.534</u>	<u>137.232</u>	91,2	<u>235.103</u>	<u>192.650</u>	81,9	<u>233.130</u>	<u>183.961</u>	78,9	<u>265.360</u>
<u>GASTOS CAPITAL</u>										
Administración Central	307	228	74,2	1.532	1.161	75,8	172	98	57,1	59
Servicio Atención Médica	5.167	3.396	65,7	-	-	-	-	-	-	-
Construcción Sanitarias	27.526	12.339	44,8	17.000	5.624	33,1	12.771	8.165	63,9	15.237
Medicina Sanitaria	220	66	30,1	667	309	46,3	1.412	882	62,5	1.617
Regulación y Control	951	566	59,5	3.986	2.058	51,6	1.507	768	50,9	1.464
Lucha contra Chagas	100	80	80,0	116	80	68,9	-	-	-	-
Medio Ambiente	89	29	32,6	-	-	-	-	-	-	-
Investigación Farmacéutico	47	11	23,4	71	22	31,0	-	-	-	-
Capacitación Sanitaria	1.322	1.007	76,2	1.620	1.329	82,0	-	-	-	-
Urbanismo/CENARE	-	-	-	3.743	3.743	100,0	7	3	42,9	8
Prestac.de Serv.de Asist.	1.058	813	76,9	-	-	-	-	-	-	-
Total Gastos Capital	<u>36.787</u>	<u>18.535</u>	50,4	<u>28.735</u>	<u>14.326</u>	49,9	<u>15.869</u>	<u>9.916</u>	62,5	<u>18.385</u>
Total Gastos	<u>187.321</u>	<u>155.767</u>	83,2	<u>263.838</u>	<u>206.976</u>	78,4	<u>248.999</u>	<u>193.877</u>	77,9	<u>283.745</u>

- 5.36 El análisis del Cuadro demuestra el énfasis que la actual administración le ha puesto a los programas del sector salud de la Secretaría, lo cual está confirmado por los incrementos en los varios programas. Los gastos de funcionamiento efectuados se aumentaron en 40,4% en 1984 y 34,1% en 1985 sobre el año 1983 y el presupuesto para el 1986 muestra un incremento de 93,4% sobre 1983. En términos de ejecución, la Secretaría ha logrado ejecutar su presupuesto aprobado, solamente en un promedio de 84,0% en términos relativos. En términos absolutos gastos de funcionamiento aplicados se han incrementado en US\$55,4 millones en 1984 y US\$46,7 millones en 1984 y lo presupuestado en US\$128,1 millones en 1986 sobre el ejercicio 1983.
- 5.37 Analizando los gastos de funcionamiento de la Secretaría se encuentra que los gastos de Administración Central, se han aumentado básicamente por ajustes salariales. Otros programas que muestran cambios sustanciales son:
- (a) Prestación de Servicios Asistenciales que comprenden la conducción directa de servicios de salud general y especializada. Este programa muestra aumentos desde US\$59,0 millones en 1984 y US\$50,0 millones en 1985 sobre gastos efectuados en 1983. El presupuesto llega a US\$94,9 millones lo que representa el monto mayor asignado a este programa dentro del período bajo estudio. Este programa ha consolidado las actividades de Servicio de Atención Médica y las de Lucha Contra Chagas. Los totales de estos programas muestran cambios de US\$66,4 millones en 1983 a US\$77,7 millones en 1984, a US\$65,7 millones en 1985. El presupuesto de 1986 es de US\$94,9 millones. En términos relativos de los gastos totales de la Secretaría, este programa consolidado demuestra reducciones desde 29,2% en 1983, a 28,3% en 1984; 24,9% en 1985; y 24,8% en 1986. Esto se compensa por las distribuciones a los Fondos para las Provincias para éstos y otros proyectos.
 - (b) El Proyecto de Apoyo a la Salud (Fondos PAS) son transferencias para gastos de funcionamiento y de capital que hace la Secretaría de Salud a las provincias del país. El crecimiento en los últimos años ha sido importante desde US\$21,8 millones efectuado en 1983 hasta US\$61,7 millones (183%) en 1984 y US\$67,1 millones (208%) en 1985 y US\$69,5 millones (219%) presupuestados en 1986 demuestra el énfasis que se le ha dado a programas de asistencia a las Provincias y el mejoramiento a servicios de salud en general. El párrafo 5,39 analiza la distribución de fondos PAS entre las provincias.
 - (c) El programa de Medicina Sanitaria comprende la producción y distribución de medicamentos a las provincias a nivel nacional. Estos medicamentos son complementarios a los utilizados en los centros de salud y hospitales para la corrección de problemas de salud generales y no se consideran como sustitución de los requerimientos totales de las provincias.

- 5.38 Los gastos de capital, han disminuido, principalmente por cambio de estrategia del gobierno actual de descentralizar las asignaciones de recursos de capital, los cuales aparecen como gastos de funcionamiento en el Proyecto Apoyo a la Salud (Fondos PAS).

4. Programa Nacional de Apoyo en Salud (Fondos PAS)

- 5.39 El Programa Nacional de Apoyo en Salud (Fondos PAS) son transferencias que hace la Secretaría de Salud a las Provincias del País. Dichas transferencias que se dividen en erogaciones corrientes y de capital son negociadas anualmente con las provincias según sus necesidades y demostración de programas en marcha. Las Provincias que integrarían el Programa, cederán a una Cuenta Especial Extra Presupuestaria, los fondos correspondientes a las Erogaciones de Capital durante el período de 1986 y ejecución como parte de la contrapartida local para el proyecto.
- 5.40 Los Fondos PAS se orientan a los siguientes programas a nivel nacional: (a) Apoyo a la Conducción Central de Salud; (b) Apoyo a la Atención de las Personas en Primer Nivel de Atención; (c) Apoyo a la Atención de las Personas en Nivel Especializado; y (d) Apoyo para la Atención al Medio. Las Provincias utilizan y aplican estos Fondos con cierta flexibilidad y autonomía según sus necesidades específicas.
- 5.41 El Cuadro N° 7 presenta las erogaciones efectuadas por el Programa para el ejercicio 1985 y el presupuesto para 1986. Análisis del Cuadro permite observar el cambio de gastos efectuados al programa desde US\$67.1 millones en 1985 a US\$107.7 millones presupuestados en 1986. El Presupuesto para 1986 ha previsto el aumento en las partidas para gastos de funcionamiento y capital para cada Provincia. Los presupuestos aprobados desde 1983 para este programa se han efectuado en su totalidad en cada año estudiado.

Cuadro N° 7

PROGRAMA NACIONAL DE APOYO EN SALUD (Fondos PAS)
Ejecución Presupuestaria 1985 y Presupuesto 1986
(en millones de US\$)

Provincia	Erogaciones 1985			Presupuesto 1986		
	Funcionamiento	Capital	Total	Funcionamiento	Capital	Total
Buenos Aires	290,1	123,4	413,5	450,2	191,8	642,0
Catamarca	1.198,9	782,1	1.981,0	1.919,3	1.212,3	3.131,6
Chaco	2.733,0	612,0	3.345,0	4.493,9	948,8	5.442,7
Chubut	1.142,2	1.662,5	2.804,7	1.842,6	2.574,6	4.417,2
Córdoba	5.035,8	465,2	5.501,0	8.257,5	722,0	8.979,5
Corrientes	2.229,4	391,9	2.621,3	3.671,8	606,9	4.278,7
Entre Ríos	1.999,9	538,6	2.538,5	3.330,0	835,4	4.165,4
Formosa	1.459,1	2.419,5	3.878,6	2.371,2	3.748,5	6.119,7
Jujuy	2.036,0	416,9	2.452,9	3.305,0	645,3	3.950,3
La Pampa	723,7	465,2	1.188,9	1.160,6	722,0	1.882,6
La Rioja	1.128,9	636,9	1.765,8	1.792,6	987,2	2.779,8
Mendoza	2.112,7	855,4	2.968,1	3.486,7	1.325,7	4.812,4
Misiones	3.094,9	855,4	3.950,3	4.980,8	1.325,7	6.306,5
Neuquen	1.245,6	1.735,9	2.981,5	1.997,7	2.688,0	4.685,7
Río Negro	1.582,5	2.176,1	3.758,6	2.569,6	3.370,0	5.939,6
Salta	2.708,0	612,0	3.320,0	4.417,2	948,8	5.366,0
San Juan	1.840,9	2.151,1	3.992,0	2.951,5	3.331,7	6.283,2
San Luis	892,1	1.027,2	1.919,3	1.435,7	1.592,5	3.028,2
Santa Cruz	510,3	440,2	950,5	812,1	682,0	1.494,1
Santa Fe	3.855,2	1.662,5	5.517,7	6.481,6	2.574,6	9.056,2
Sgo. Estero	2.186,1	1.027,2	3.213,3	3.603,5	1.592,5	5.196,0
Tucuman	2.292,8	2.096,0	4.388,8	3.826,9	3.246,6	7.073,5
Tierra de Fuego	303,5	1.394,0	1.697,5	480,2	2.159,4	2.639,6
Totales	42.601,6	24.547,2	67.148,8	69.638,2	38.032,3	107.670,5
Distribución	63,4%	36,6%	100,0%	64,7%	35,3%	100,0%

5. Análisis Ejecución Presupuestaria Provincias

- 5.42 Se han analizado las erogaciones del ejercicio 1985 de siete provincias de las previstas como participantes en el programa bajo estudio. Las provincias analizadas son representativas en términos de población, recursos financieros y distribución geográfica. El Cuadro N° 8 en seguida demuestra la actividad financiera de las provincias y la participación relativa de la Secretaría de Salud de cada una para el ejercicio 1985.

Cuadro N° 8
Erogaciones de la Secretaría Salud por Provincia
1 9 8 5
(en miles de US\$)

<u>Provincia</u>	<u>Total Erogaciones Provincia</u>	<u>Erogaciones Secretaría de Salud y su relación porcentual con Erogaciones Provinciales totales</u>					
		<u>Funcionam.</u>	<u>%</u>	<u>Capital</u>	<u>%</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Misiones	172.674	16.952	9,8	1.341	0,8	18.293	10,6
Río Negro	199.535	26.492	13,3	2.593	1,3	29.085	14,6
Neuquen	216.910	20.578	9,5	1.906	0,9	22.484	10,4
Chaco	246.656	33.067	13,4	1.343	0,5	34.410	12,9
Formosa	160.315	17.920	11,2	2.770	1,7	20.690	13,5
Córdoba	501.342	66.450	13,3	1.034	0,2	67.484	13,5
Santa Fe	606.907	71.507	11,8	4.379	7,2	75.886	12,5

5.43 Como se puede observar la participación relativa de gastos de funcionamiento de Sector Salud frente a los gastos totales de las provincias, varía entre la más baja, Neuquen con un 10,4% hasta la más alta, Río Negro 14,6% con un promedio de 12,6%. Los gastos de Capital varían entre las más bajas, Córdoba con 0,2% y Chaco con 0,5% con la más alta; Santa Fe con 7,2% de participación. En términos absolutos de gastos de capital, las aplicaciones varían entre US\$1.0 millones en Córdoba hasta US\$4.4 millones en Santa Fe. Para funcionamiento los gastos absolutos varían entre US\$71,5 millones en Santa Fe hasta US\$16,9 millones en Misiones.

5.44 Cuadro N° 9 demuestra el impacto de los Fondos PAS en los presupuestos de las siete (7) provincias estudiadas. En relación a los gastos totales de la Secretaría de Salud de 1985, las aplicaciones de los Fondos PAS tienen mayor impacto en las provincias de menores ingresos. Este concepto se observa cuando se analiza las aplicaciones de Fondos PAS en los gastos de las provincias de Misiones (21,6%); Río Negro (12,9%); Neuquén (13,3%); y Formosa (18,7%). En términos de gastos de capital los Fondos PAS cubren una importante parte de las inversiones de todas las provincias desde 38% para Santa Fe, hasta 91% en Neuquén. Los Fondos PAS, representan un ingreso importante, pero no tienen tanto impacto en los gastos de funcionamiento, variando desde 5,4% en Santa Fe hasta 18,3% en Misiones. Es importante notar, que con la asignación de Fondos Pas por las provincias participantes en el programa sería necesario la asignación de otros ingresos de las provincias a gastos de capital en las Secretarías de Salud para otros programas.

Cuadro N° 9

FONDOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE APOYO EN SALUD (PAS)
Participación en Ergoaciones Finalidad Salud
1 9 8 5

(en miles de US\$)

	<u>Total</u> <u>Fondos</u> <u>PAS</u>	<u>Total</u> <u>Finalidad</u> <u>Salud</u>	<u>%</u>	<u>Fondos</u> <u>PAS</u> <u>Capital</u>	<u>Finalidad</u> <u>Salud Erog.</u> <u>Capital</u>	<u>%</u>	<u>Fondos</u> <u>PAS</u> <u>Funcionam.</u>	<u>Erogaciones</u> <u>Funcionamiento</u> <u>Finalid.Salud</u>	<u>%</u>
Misiones	3.950,3	19.336,0	20,4	486,0	486,0	100,0	3.464,3	18.850,0	18,4
Río Negro	3.758,5	33.558,0	11,2	417,0	417,0	100,0	3.341,5	33.141,0	10,1
Neuquen	2.981,5	27.279,0	10,9	1.736,0	6.414,0	27,1	1.245,5	20.865,0	6,0
Chaco	3.345,0	32.486,0	10,3	612,0	731,0	83,7	2.733,0	31.755,0	8,6
Formosa	3.878,6	16.994,0	22,8	350,0	350,0	100,0	3.528,6	16.644,0	21,2
Córdoba	5.501,1	83.290,0	6,6	4.652,0	8.110,0	57,4	849,1	75.180,0	1,1
Santa Fe	5.517,8	71.021,0	7,8	1.662,0	2.717,0	61,2	3.855,8	68.304,0	5,6

VI. JUSTIFICACION DEL PROGRAMA

A. Viabilidad Técnica

- 6.01 El Programa que se propone permitiría iniciar en las Provincias participantes el cumplimiento del Plan General de Salud al contribuir a hacer efectiva: (a) la descentralización de los servicios de salud; (b) la posibilidad de acceso a la mejor calidad de atención posible; (c) el reordenamiento de la red de servicios de salud provincial fortaleciendo la capacidad operativa y mejorando la calidad de las prestaciones.
- 6.02 El Programa propuesto reemplazaría hospitales que presentan: (a) marcado grado de deterioro por antigüedad, nivel de conservación y excesivo uso de la planta física, sus instalaciones y equipos, y (b) claro deterioro en la atención hospitalaria por falta de recursos y por inadecuadas tecnologías organizacionales, de diagnóstico y de tratamiento. Esto tiene su expresión en los bajos rendimientos observados y muy especialmente por las elevadas tasas de mortalidad hospitalarias registradas en la mayoría de los establecimientos analizados. Además de lo anterior, los nuevos hospitales serían centros normatizadores y de referencia para cada provincia y en su conjunto tendrían un efecto positivo en otras provincias del país.
- 6.03 La concepción operativa propuesta convertiría a los hospitales del Programa en eficaces y eficientes por estar en capacidad de: (a) disponer de una mejor administración y organización hospitalaria basada en la utilización de personal a tiempo completo y la disponibilidad de tecnologías de eficacia comprobada; (b) reducir la mortalidad hospitalaria con los nuevos recursos tecnológicos y la adecuada organización de dichos recursos; (c) mejorar los rendimientos y la utilización de los servicios con las nuevas modalidades de atención que se proponen.
- 6.04 Los nuevos hospitales con los módulos de internación descritos tendrían una gran flexibilidad, diferenciándose de los hospitales tradicionalmente estructurados por especialidades médicas: (medicina y especialidades médicas, cirugía y especialidades quirúrgicas, pediatría; y obstetricia y ginecología). Esta estructuración anterior es un factor limitante para la adecuada utilización de las camas observándose bajos rendimientos (60 70% de ocupación). Ello ha condicionado situaciones de servicios de obstetricia con más del 100% de ocupación (camillas en los corredores), y otros servicios con 40 - 50% de ocupación según los casos. Para evitar esta situación, los nuevos hospitales se programan con un promedio de 80% de sus camas como "indiferenciadas", significando que en un determinado momento una habitación de 4 camas pueda servir para medicina hombres y en otro momento para cirugía de damas. De esta forma, se evitan las rigideces organizacionales de verdaderos compartimientos estancos en la

internación tradicional (camas de cirugía general, otorrinolaringología, oftalmología, etc.) y se proporciona una mejor atención.

- 6.05 El programa enfatiza su propósito de fortalecer la capacidad instalada a través del mejoramiento de su utilización y calidad de la atención, y no en el aumento de la dotación de camas. Los rendimientos serán mayores en base a la siguiente normalización promedio:

<u>INDICADOR</u>	<u>NUEVO HOSPITAL</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
Médicos	8 horas	por día
Personal	2,7	por cama
% Ocupación	80,0	de las camas
Permanencia	10,0	días por paciente
Giro de cama	29,2	pacientes año
Hora médico	4,0	consultas por hora

Estos rendimientos programados para el nuevo hospital son razonables dentro de las normas de administración hospitalaria y aceptables para las condiciones y complejidad de los hospitales del programa, cuando estén en pleno funcionamiento.

- 6.06 Con respecto a los recursos humanos no se anticipan problemas debido a la gran disponibilidad de personal básico existente. Sin embargo, si se detectaron necesidades de capacitación del personal de acuerdo a las nuevas tecnologías organizacionales, de diagnóstico y tratamiento, que los nuevos hospitales utilizarían. Por ello se programa un importante componente de Fortalecimiento Institucional que asegure la viabilidad técnica de manera integral, complementando la adecuada organización y funcionamiento del hospital en su contexto provincial.
- 6.07 El Programa al mejorar la capacidad instalada de los hospitales, les proporcionaría las condiciones necesarias para que estos puedan ser acreditados y calificados como instituciones prestadoras de servicios del sistema de Obras Sociales de cada provincia.
- 6.08 Se cuenta con diseños definitivos de cuatro de los hospitales previstos y con anteproyectos de los otros siete que integran el Programa. Se cuenta con un equipo de arquitectos e ingenieros que es capaz de preparar los planos en detalle faltantes y la documentación requerida para iniciar las licitaciones de los cuatro hospitales al ser firmado el contrato de préstamo, y no se prevén dificultades para que los anteproyectos se desarrollen oportunamente para iniciar las construcciones en el plazo que se propone.
- 6.09 Referente a los costos unitarios, los índices promedio de 72 metros cuadrados de construcción por cama, a un costo de \$606 el metro cuadrado, significan un costo directo de construcción de \$44.100 por cama. Estos promedios son aceptables y razonables tomando en cuenta la naturaleza de la infraestructura hospitalaria, y el hecho de que en

el índice global "por cama" están incluidos costos de superficie construida de consulta externa.

- 6.10 El costo directo del equipamiento (estimado en 66 millones) significa un 50,3% del costo directo de la construcción, lo cual es un índice satisfactorio. El equipo está distribuido en 4 grandes rubros así: (a) equipo fijo en construcción: 21,2%; (b) equipo fijo médico: 25,1%; (c) equipo móvil e instrumental: 39,4% y (d) mobiliario y lencería: 14,3%.
- 6.11 Con respecto a los gastos de funcionamiento, se tienen los siguientes costos unitarios promedios: a) Consulta Externa: Valor promedio de \$5.54 con un mínimo de \$4.20 y un máximo de \$7.39. Estos costos son aceptables para la complejidad de los prestaciones. Es importante anotar que actualmente el paciente de consulta externa (salvo excepciones) no se le proporcionan medicamentos, y en los hospitales del programa si están incluidos. b) Egresos: Referente a los egresos el valor promedio es de \$319 con valor mínimo de \$277, y máximo de \$415. Este valor máximo se da en los 2 hospitales con menor número de camas (Neuquen y Río Negro) lo cual es aceptable. El valor promedio de \$319 representa un gasto por paciente diario de \$31.90, lo cual es razonable dado la complejidad de las prestaciones.

B. Factibilidad Institucional

- 6.12 La Secretaría de Salud cuenta con los lineamientos jurídicos y administrativos necesarios para la planificación y construcción de las facilidades a ser incluidas en el Programa. Sin embargo, no cuenta con personal de experiencia para la ejecución del programa, debido a las limitaciones en la planta de personal, los bajos sueldos y a ser su primera experiencia en ejecución de un programa al nivel propuesto.
- 6.13 Se considera que el establecimiento de la Unidad Ejecutora Central, dotada con personal de experiencia y capacidad es imprescindible para asegurar la ejecución del Programa. La Unidad Ejecutora, tal como está diseñada, dotada de personal calificado y con experiencia, tendrá la capacidad operativa y técnica para ejecutar adecuadamente el Programa propuesto. No obstante, la capacidad operativa y técnica de la futura administración de los hospitales a nivel Provincial necesitan fortalecimiento para adoptar nuevas técnicas de servicios de salud, utilizar el equipamiento a lo máximo e implementar sistemas de administración e información para aumentar la productividad de los servicios de salud y para establecer el sistema hospitalario. Para este fin se incluirá dentro del Programa un componente de Fortalecimiento Institucional que incorporaría programas de diseño y capacitación en: Organización de Servicios de Salud; Programas de Mantenimiento; Administración Hospitalaria; Sistemas de Información; Investigación en Tecnologías de Operación de Servicios; Sistema Contable Financiero y Costos; y Capacitación Médica.

C. Factibilidad Financiera

- 6.14 El impacto del Programa en términos de recursos necesarios para atender oportunamente la contrapartida local y los gastos incrementales de operación, funcionamiento y mantenimiento de las facilidades de salud del Programa, se examinaron en base de una proyección de necesidades de recursos nacionales tal como se explica a continuación.

1. Contrapartida Local para Ejecución

- 6.15 El monto total requerido como contraparte local del presupuesto de la nación y exclusivo del crédito comercial para equipamiento durante el período de ejecución, llegaría a un total de US\$137.5 millones como se muestra en el Cuadro siguiente:

Impacto de la Contrapartida Local Sobre
el Presupuesto para Gastos de Capital
del Gobierno Central
(en millones de US\$)

	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
Presup.Nac. para Gtos.Capital 1986	2.109,8 =====	2.109,8 =====	2.109,8 =====	2.109,8 =====	2.109,8 =====	
<u>Fuentes Nacionales</u> <u>para Programa</u>						<u>Total</u>
Fondos PAS	17,7	18,4	19,3	20,5	21,9	97,8
Fondos Adicionales	<u>5,2</u>	<u>0,5</u>	<u>9,6</u>	<u>20,4</u>	<u>4,0</u>	<u>39,7</u>
Total	22,9 =====	18,9 =====	28,9 =====	40,9 =====	25,9 =====	137,5 =====
Relación con Presup. Capital Nacional 1986	1,1% ===	0,9% ===	1,4% ===	1,9% ===	1,2% ===	

- 6.16 Los montos requeridos para la ejecución del Programa, provenientes del presupuesto nacional se derivan de sus fuentes básicas: Proyecto Nacional de Apoyo en Salud (FONDOS PAS); y fondos adicionales del presupuesto total. Los Fondos PAS cubrirían un 66,7% y fondos adicionales el remanente de 33,3% del presupuesto general. Los Fondos PAS son transferencias del Gobierno Central a través de la Secretaría de Salud para programas de Salud en las Provincias. Estos fondos se depositarían en una Cuenta Especial Extra Presupuestaria para uso de contrapartida local para el Programa. En adición se requerirían fondos adicionales del Gobierno Central que completarían la contrapartida local no cubierto por los Fondos PAS. La asignación de recursos de la contraparte local llega a un promedio de 1,4% anual del presupuesto para gastos de capital en 1985. Los montos requeridos se consideran dentro de la capacidad financiera del país. Debido al comportamiento del presupuesto con aumentos importantes al sector

Salud, la alta prioridad dada a dicho Sector por el gobierno actual y el alto interés de las provincias demostrado en el programa, con el acuerdo de ceder los Fondos PAS, permite concluir que no habrá problemas para que el aporte local se aplicaría en forma oportuna.

- 6.17 No incluido dentro el análisis anterior por su naturaleza de recursos externos son los recursos de Crédito Comercial para la compra de equipamiento para los hospitales del Programa. Los recursos se consideran como aporte local pero no entran como un elemento de transferencias directas del presupuesto nacional. Estos montos se estimaron en el orden de US\$28.5 millones, lo que representa un 16,1% del aporte local requerido y 9,5% del costo total del programa.

2. Ingresos y Gastos de Operación y Mantenimiento

- 6.18 El Convenio de Participación ejecutado entre la Secretaría de Salud Nacional y la Secretarías de Salud Provinciales establece que la responsabilidad de operación y mantenimiento de los hospitales serían de las Provincias. Para calcular los ingresos y gastos de operación y mantenimiento se utilizarían los supuestos médicos que aparecen en el Capítulo III, párrafos 3.57 a 3.59. El cuadro de la página siguiente presenta una comparación entre gastos históricos de los hospitales (salvo el de Neuquén que es totalmente nuevo) y los gastos de operación y mantenimiento proyectado. Además, el Cuadro demuestra el impacto que tendría los gastos de operación y mantenimiento en el presupuesto de la Secretaría de Salud para cada provincia. (En el Anexo VI-1 se presenta mayor detalle).
- 6.19 Se observa que se reducirían los costos de operación y mantenimiento en seis provincias dado que se consolidan dos hospitales en algunos casos, se reducen número de camas en otros y por mayor eficiencia de operación. En Chaco, Formosa y Salta se consolidan dos hospitales en uno. En Chaco, Salta, San Juan, Santa Fe y Tucumán se reducen el número de camas. Debe notarse que la reducción de camas no necesariamente reduce los costos proporcionalmente, debido al mejoramiento y complejidad de servicios ofrecidos en los nuevos hospitales.
- 6.20 Los aumentos de gastos de operación y mantenimiento de los hospitales se debe principalmente a la alta complejidad y expansión de servicios ofrecidos en las instalaciones nuevas. Los gastos de personal se aumentan por: extensión de horarios médicos de tiempo parcial a tiempo completo; la corrección de política salarial para hacer los sueldos atractivos; y, compensar por la pérdida de ingresos ganado por dedicación a otras actividades. Los gastos No Personales reflejan esos relacionados con energía requerida para sistemas de aire acondicionado y calificación, operación de equipo diagnóstico y extensión de horas de operación. Los gastos de Medicamentos y Materiales se aumentan debido al cambio de política de dar medicamentos necesarios y los gastos relacionados con los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento como rayos X, laboratorios, diálisis, mamografía, etc. Los gastos de Alimentos se

ARGENTINA - SALUD

PROYECCIONES DE INGRESOS Y GASTOS DE OPERACION

(MILES DE US\$)

I N G R E S O S

COSTOS HOSPITAL NUEVO	COSTOS HOSPITAL ACTUAL	AUMENTO -DISMINUCION BRUTO	%	O B R A S S O C I A L E S			AUMENTO -DISMINUCION NETO	PRESUP.	AUMENTO	
				CONSULTAS	INTERNACION	TOTAL		1986 PROVINCIA	-DISMINUCION %	
CHACO	5309	5907	-598	-10.12	95	117	212.00	-810	34410	-2.35
CORDOBA	4312	2486	1826	73.45	56	70	126.00	1700	67484	2.52
FORMOSA	4802	6963	-2161	-31.04	133	165	298.00	-2459	20690	-11.88
MENDOZA	2966	5223	-2257	-43.21	73	89	162.00	-2419	32684	-7.40
MISIONES	4111	2216	1895	85.51	50	64	114.00	1781	18293	9.74
NEUQUEN	2238	0	2238	100.00	67	83	150.00	2088	22484	9.29
RIO NEGRO	2238	1946	292	15.01	47	58	105.00	187	29085	0.64
SALTA	4493	5784	-1291	-22.32	94	117	211.00	-1502	42297	-3.55
SAN JUAN	4206	5337	-1131	-21.19	88	109	197.00	-1328	13783	-9.64
SANTA FE	3959	3815	144	3.77	83	103	186.00	-42	75886	-0.06
TUCUMAN	4041	2916	1125	38.58	85	105	190.00	935	34853	2.68

proyectaron solamente para los pacientes internados y el personal de guardia y no refleja la política de algunas provincias de proveer alimentos a todo el personal como un beneficio adicional. Los gastos de Mantenimiento reflejan la adopción de políticas establecidas dentro del convenio de participación y la aplicación de sistemas desarrollados dentro del programa de fortalecimiento institucional.

- 6.21 Con la construcción y equipamiento de los nuevos hospitales del programa se espera que las Provincias podrían participar en el programa de salud de "Obras Sociales" nacional y provincial. Para participar en los programas de obras sociales cualquier entidad de salud, público o privado, debe demostrar la capacidad de ofrecer servicios de salud a niveles de calidad aceptable. Estos niveles de calidad establecen que a lo mínimo la entidad de salud debe tener una infraestructura que cumple con normas de sanidad, higiene y comodidad y que la calidad de servicios médicos cumplan con las normas nacionales. Se considera que el programa bajo estudio cumpliría o superaría todos los requisitos mínimos en virtud de sus nuevos edificios, equipo moderno, adiestramiento y capacitación del personal médico y técnico para dar los servicios requeridos por Obras Sociales.
- 6.22 Cada Obra Social varía en términos de sus condiciones y montos de remuneración por servicios obtenidos, sin embargo, todas requieren la co-participación del usuario. En la mayoría de los casos la Obra Social cubre 70% del costo de los servicios y el usuario aporta el 30%. El desembolso a la entidad proveedora de servicios de salud se basa en un convenio donde se establecen las condiciones y normas de participación de ambos. La remuneración se basa en el uso de un Nomenclador Nacional o Provincial, el primero es el utilizado en la mayoría de los casos por ser el más completo y normalizado.
- 6.23 La mayor dificultad para prestar servicios en las Obras Sociales es la inhabilidad del sector salud público para identificar a los usuarios como afiliados de una Obra Social; además, es política nacional de proveer servicio de salud a la población argentina, con o sin capacidad de pago. En consecuencia, algunos beneficiarios resisten identificarse como afiliados de una Obra Social cuando buscan servicio en el sector público para no pagar la co-participación correspondiente. El resultado por la evasión de identificación como afiliado es de que el usuario recibe los servicios de salud en el servicio público sin pagar por el servicio y sin recuperación por el proveedor de servicios de la Obra Social, causa que el servicio de salud público subvenciona a las Obras Sociales indirectamente.
- 6.24 Este problema se ha discutido intensamente por varios años y no se le ha encontrado solución viable, por falta de un sistema de identificación de afiliados de Obras Sociales. Se ha previsto diseñar y aplicar un sistema de identificación de pacientes en los futuros hospitales y la eventual incorporación de la Obra Social de los Empleados Públicos dentro de un convenio con la Provincia. Tomando esta acción, el hospital estaría en condiciones de facturar por lo menos el 70% del costo de los servicios dados a afiliados de la Obra Social correspondiente, lo cual reduciría el subsidio.

- 6.25 Las proyecciones de ingresos para el Programa se basan en el supuesto que los afiliados del sector público de la zona de influencia del hospital serían incorporados como usuarios potenciales y se recuperaría el 70% de los costos asociados con los servicios de consulta y de internación. En el Anexo VI-2 se establece la distribución de los factores de recuperación para cada provincia en base de estimaciones para los dos tipos de servicios.
- 6.26 En resumen, la factibilidad financiera para gastos de operación y mantenimiento de los hospitales incluidos en el Programa se basa en: el mejoramiento de servicios; la corrección de condiciones de obsolescencia de los hospitales actuales; la alta expectativa de la reducción de la tasa de mortalidad; la alta complejidad de servicios; y, la alta prioridad de proveer servicios de salud aceptables en el país. De las provincias participantes se reducen los costos de operación y mantenimiento en seis de los hospitales desde ,06% en Santa Fe hasta 11,9% en Formosa; en tres hospitales los aumentos no son significativos, es decir, desde ,64% en Río Negro hasta 2,68% en Tucumán. En tres se aumentan entre US\$935 mil (Tucumán) y US\$1,7 millones (Córdoba), que tendrían impactos nominales en el Presupuesto de Salud Provincial; en Neuquén se proyectó para el hospital nuevo costos de operación de US\$2,2 millones. En Misiones el incremento de costos sobre el Presupuesto de Salud llega a 9,7% pero es en cambio un impacto de significación sólo nominal en el Presupuesto Provincial que es de US\$173 millones. Por otro lado se encontró durante el análisis que los gastos históricos de Misiones estaban bastante bajo la norma, en que el personal por cama era 2,2 y se proyectó a un 2,8 por cama que se considera dentro de la norma aceptable.

D. Análisis Socioeconómico

1. Introducción

- 6.27 El Programa analizado consiste en la construcción, equipamiento y fortalecimiento institucional de once hospitales provinciales (total 2.977 camas) incluyendo un hospital nuevo, Neuquén y diez reemplazos de hospitales con edad promedio de 80 años. En la situación actual el estado de obsolescencia de los establecimientos, la escasez del equipamiento y la dedicación solamente parcial del tiempo médico, son factores que causan inadecuada atención al paciente, servicios de pobre calidad, innecesaria prolongación del tiempo de estadía del paciente e incremento en el costo del egreso. Los criterios principales de selección de las provincias del Programa (párrafo 4.31) fueron:

obsolescencia de los hospitales y nivel de demanda de la población críticamente pobre (NBI) 1/

- 6.28 Con el Programa el número absoluto de camas GPM 2/ del subsector público (Anexo II-2) en los aglomerados de influencia disminuiría en 15%. La flexibilidad del diseño de los hospitales, el fortalecimiento institucional, la provisión de equipo adecuado y el aumento de horas médicas, se espera causen aumentos de rendimiento (i.e. incremento de ocupación y reducción del promedio de días de estada) suficientemente altos para contrarrestar el impacto negativo, de la reducción de camas, sobre la oferta potencial global. Visto en conjunto, cuando el Programa esté a funcionamiento pleno, se espera mantener la capacidad de internación y aumentar la capacidad de consultas ambulatorias (71%) de los hospitales, incremento que, en ausencia de otros proyectos paralelos en el aglomerado, sería menor que el aumento de servicios requerido (por aumento de población) para mantener en 1995 la tasa de egresos y consultas por habitante del subsector público al nivel de 1985. Visto por separado, el cuadro siguiente señala que la capacidad de internación (i.e. oferta de egresos) baja con el proyecto en 5 de los 11 hospitales fundamentalmente por reducción en el número de camas. Además del aumento (de magnitud y calidad) de la oferta tradicional, el Programa propone aumentar el nivel de resolución de los establecimientos y ofrecer nuevos servicios de alta complejidad para atender tanto a la población que actualmente no está protegida (NBI + otra población de bajos ingresos) como a actuales beneficiarios de Obras Sociales (O.S.) (población cubierta).

1/ Estimado en función de indicadores de necesidades básicas insatisfechas del estudio del INDEC "La Pobreza en la Argentina" sobre base de datos del Censo de 1980. Los indicadores incluyen hacinamiento, estado y condición sanitaria de la vivienda; asistencia escolar de menores dependientes; nivel de educación del jefe familiar y número de dependientes. De las 11 provincias, 8 tienen porcentajes de población NBI superiores y tres (Córdoba, Mendoza y Santa Fe) inferiores al promedio nacional.

2/ Camas generales + pediátricas + maternas.

COMPARACION DE EGRESOS Y NUMERO DE CAMAS CON Y SIN PROYECTO

Hospital	EGRESOS			NUMERO DE CAMAS		
	Con Proyecto 1995	Sin Proyecto 1985	Diferencia Con-Sin	Con Proyecto 1995	Sin Proyecto 1985	Diferencia Con-Sin
Chaco	9.870	11.758	- 1.888	338	529	- 191
Córdoba	8.556	5.371	+ 3.185	293	208	+ 85
Formosa	8.877	8.090	+ 787	304	287	+ 17
Mendoza *	6.424	0	+ 6.424	220	0	+ 220
Misiones	9.402	10.448	- 1.046	322	324	- 2
Neuquen *	3.504	0	+ 3.504	120	0	+ 120
Río Negro	3.504	1.727	+ 1.777	120	54	+ 66
Salta	9.402	16.930	- 7.528	322	560	- 238
San Juan	9.870	17.323	- 7.453	338	606	- 268
Santa Fe	8.410	9.324	- 914	288	499	- 211
Tucumán	9.110	6.807	+ 2.303	312	453	- 141
TOTAL	86.928	87.778	- 850	2.977	3.520	- 543

* En Mendoza se reemplaza un hospital de 200 camas destruido por el terremoto de 1985. En Neuquen se construye un nuevo hospital.

2. Población objetivo, necesidades

- 6.29 La población provincial en el área de influencia de los 11 proyectos en 1985 se estima en 9,6 millones y 35% de éstos es población críticamente pobre (NBI) 1/. El total (40.632) de camas GPM (Anexo II-2, Pág. 3) se distribuye entre el subsector público (58%) y privado más Obras Sociales (42%) dando un promedio de 4,20 camas por mil habitantes, inferior al promedio nacional de 5 camas por mil habitantes. En los aglomerados del Programa (área de influencia más directa de los hospitales) la relación entre camas (14.349) y población afectada (3,2 millones) es 4,42; 51% de las camas son del subsector público, 9% de Obras Sociales y 40% del subsector privado (Anexo II-2, Pág. 4).
- 6.30 La capacidad instalada es de 4,42 camas por mil habitantes, no obstante, en el estado de obsolescencia físico funcional de los hospitales, la capacidad real asistencial de las mismas podría ser inferior a la cifra indicada. El Programa reemplazaría 48% de las camas del subsector público en el conjunto de los 11 aglomerados metas.

1/ Los indicadores de población NBI aparentemente subestiman la pobreza del país ya que no incluyeron población en ranchos. Dada la situación económica de los últimos años el porcentaje de población pobre pudiera haber aumentado con respecto a los indicadores de 1980. Los índices NBI se utilizan en este análisis para indicar población críticamente pobre.

- 6.31 El sistema de salud de Argentina está compuesto de tres subsectores: el Público, el Privado y Obras Sociales. A nivel agregado se estima que aproximadamente el 73% de la población de las 11 provincias está afiliada a Obras Sociales. De éstos, INOS tiene aproximadamente 5,5 millones y COSSPRA 1,9 millones de afiliados. Obras Sociales tiene muy poca infraestructura y, consecuentemente, producción propia. En la situación actual, en su mayor parte, Obras Sociales atiende a sus afiliados a través de efectores del subsector privado, canalizando la mayor parte de sus fondos a este subsector y sólo ocasionalmente hacia el subsector público. Con el subsector privado existe convenio mediante el cual Obras Sociales se compromete a pagar al efector 70% del valor (según nomenclador) del servicio prestado al afiliado. El 30% (coseguro) restante lo paga el paciente en forma directa. De esta manera el afiliado tiene libertad de escoger, entre la lista de efectores de la Obra Social, el médico y/o establecimiento para su atención. El financiamiento de Obras Sociales se basa fundamentalmente en un aporte del empleado equivalente al 3% de su remuneración y un aporte del empleador equivalente al 4,5% del salario del empleado.
- 6.32 La población de las provincias atendidas en el subsector público es población de bajos ingresos (párrafo 6.50), en su mayor parte población NBI. Un porcentaje de esta población, que varía según hospital, de 23% a 38%, es afiliada a Obras Sociales (Cuadro 6.8). Sin embargo, se atiende (a pesar del deterioro de los establecimientos y de la calidad del servicio) en hospitales públicos, que no son efectores de la Obra Social, y que no cobran y, por lo tanto, subsidian a la Obra Social y al paciente. Dicha población, por lo bajo de sus ingresos, tiene acceso muy limitado al subsector privado ya sea por que no es afiliada a Obra Social o por que siendo afiliada no tiene capacidad de pagar el cargo al paciente (coseguro) en el subsector privado. En la situación actual, salvo algunas excepciones, la población de bajos ingresos es el consumidor más importante del subsector público, constituyendo la principal población objeto del Programa. Esta población recibe servicios hospitalarios de calidad inadecuada. Al analizar la eficiencia en el uso de la infraestructura pública actual en base a una muestra de 4 de los 11 hospitales (Anexo IV) se encontró que debido en parte a inflexibilidades, los hospitales operan en algunos servicios, con niveles de rechazo inaceptables por insuficiencia de capacidad.

3. Análisis Socioeconómico

- 6.33 El análisis socioeconómico de este Programa consta de tres secciones. La primera analiza el tamaño de los hospitales en función de la demanda de once hospitales, los tres de la muestra y ocho hospitales adicionales que podrían ser elegibles para participar en el Programa. La segunda sección analiza la viabilidad económica de seis hospitales que representan los tres modelos básicos del programa médico, un hospital pediátrico y un hospital que no es de reemplazo. Los seis hospitales analizados están situados en tres de las cinco regiones que podrían ser elegibles para el Programa. La última sección consiste en el análisis de los niveles de ingresos de los beneficiarios del Programa, la capacidad de pago de éstos y el nivel posible de recuperación de la inversión.

a) Dimensionamiento

- 6.34 El concepto de 'demanda' que se aplica en este análisis parte de la relación agregada entre población meta y servicios prestados en el subsector público. Para cada uno de los 11 hospitales, la demanda actual se define en base a información estadística de población y servicios dentro del área de influencia de cada uno de los 11 hospitales. Esta área se delimita de acuerdo a análisis de procedencia de los pacientes de una muestra de 6 de los hospitales actuales y comprende, salvo algunas excepciones, la ciudad capital sede del hospital y centros urbanos que se desarrollan alrededor de la capital provincial dentro de un área geográfica denominada el aglomerado.
- 6.35 El dimensionamiento del Programa y cada uno de los 11 hospitales se realizó en función de (proyecciones) del déficit de los servicios hospitalarios en 1995. Tres factores principales afectan la magnitud del déficit: (i) la tasa actual (1985) de participación del subsector público en la demanda global del aglomerado 1/, medida por el número de egresos (o consultas) del subsector público por habitante/año; (ii) el crecimiento de la población en el área de influencia del proyecto 2/; (iii) la oferta potencial en el aglomerado (suponiendo ocupación potencial 'máxima'), de otros hospitales públicos en funcionamiento actual, y de otros proyectos paralelos, que se prevé operarían durante la vida del Programa. El análisis (Anexo VI-3), por falta de información sobre (la magnitud y características de) la demanda y oferta de otros efectores, se basa en información cuantitativa del subsector público únicamente y algunos supuestos sobre el comportamiento del subsector privado (Anexo VI-3, Pág. 2). El supuesto principal es que el subsector privado crecerá a futuro lo necesario para mantener su actual cobertura de servicio por habitante año. No obstante las conclusiones del análisis indican que si este supuesto se revirtiera, la demanda del subsector público sería aún mayor que la estimada. Las estimaciones del análisis se presentan en el Anexo VI-3, páginas 3-6 y las conclusiones en los cuadros 6-1 y 6-2 a continuación.
- 6.36 En 1985 la tasa de egreso (promedio del subsector público) en los 11 aglomerados fue de seis egresos por 100 habitantes; suponiendo que el promedio total de egreso (público + privado) por habitante año en las provincias metas fuera igual al promedio nacional (11 egresos por 100 habitantes) los otros subsectores tendrían una participación promedio de cinco egresos por 100 habitantes. Manteniendo las participaciones correspondientes del subsector público, a nivel de 1985 (Anexo VI-3, Pág. 3) para cada aglomerado y proyectando las poblaciones en cada uno de éstos, se obtiene la demanda potencial global del subsector público por aglomerado (Anexo VI-3, página 4).

1/ La tasa de participación se mantiene constante en la proyección de demanda. las cifras (1985) fueron suministradas por el Ministerio de Salud y Acción Social.

2/ Proyecciones de población del INDEC en base al Censo de 1980.

CUADRO 6-1

DEMANDA POTENCIAL (INTERNACION) DE LOS HOSPITALES
Y OFERTA DEL PROGRAMA

	Déficit de Egresos 1995	Egresos del Proyecto	Camas requeridas para cubrir déficit 1995	Camas del Proyecto
Chaco	15.707	9.870	538	338
Córdoba	7.676	8.556	263	293
Formosa	10.932	8.877	374	304
Mendoza	17.786	6.424	609	220
Misiones	14.052	9.402	481	322
Neuquen	8.272	3.504	283	120
Rfo Negro (Cipolletti)	2.607	3.504	89	120
Salta	21.558	9.402	738	322
San Juan	20.060	9.870	687	338
Santa Fé	15.512	8.410	531	288
Tucuman	19.829	9.110	679	312
TOTAL	153.996	86.928	5.273	2.977

CUADRO 6-2

DEMANDA POTENCIAL (CONSULTAS AMBULATORIAS) DE LOS HOSPITALES
Y OFERTA DEL PROGRAMA

	Déficit de Consultas 1995	Consultas del Proyecto	Consultorios requeridos para cubrir déficit 1995	Consult- orios del Proyecto
Chaco	363.894	313.600	89	40
Córdoba	251.901	282.240	59	36
Formosa	222.108	227.360	42	29
Mendoza	221.708	156.800	159	20
Misiones	250.196	282.240	40	36
Neuquen	186.208	141.120	59	18
Rfo Negro	154.680	141.120	24	18
Salta	671.226	313.600	160	40
San Juan	341.862	313.600	82	40
Santa Fé	219.478	188.160	85	24
Tucumán	296.675	337.120	106	43
T O T A L	3.179.937	2.696.960	905	344

- 6.37 Si no se ejecutaran otros proyectos durante el período en consideración, las conclusiones de este análisis indican que el dimensionamiento de los hospitales es bastante conservador, salvo Córdoba y Río Negro que debido a ciertas características particulares requieren análisis más específicos.
- 6.38 En el caso de Córdoba, el nuevo hospital de niños podría atraer, por ser hospital especializado, una demanda adicional fuera de su red de referencia actual. Dicha demanda, que en este análisis no se ha considerado, podría provenir de obras sociales y del sector privado. El hospital que se sustituye en Cipolletti, Río Negro (54 camas) no tiene capacidad para atender la demanda local. Parte de dicha demanda se desvía hacia el Hospital Central de Neuquen. De acuerdo a conclusiones del análisis de procedencia de los usuarios del Hospital Central 1/; 3% de los egresos y 14% de las consultas producidas en dicho hospital fueron para atender habitantes de Río Negro. Al establecer un hospital apropiado en Río Negro, la demanda probablemente cesaría de desviarse hacia Neuquen u otras Provincias haciendo el proyecto viable. De cualquier manera, de comprobarse en los estudios finales, en base a los criterios de selección (párrafo 4.32) que tanto el Hospital de Córdoba como el de Río Negro estarían sobredimensionados, se podría lograr una adecuación del diseño, lo que es posible dada la flexibilidad de éste.
- 6.39 Con respecto a la demanda potencial de consultas ambulatorias, en ninguno de los hospitales la oferta estimada excedería el déficit proyectado para 1995.

b) Viabilidad económica

- 6.40 Como se observa en el Anexo III-4 los tres modelos básicos del programa médico son: a) de 338 camas, b) de 293 camas y c) de 120 camas, siendo la complejidad de los dos primeros VIII y la complejidad del Modelo C de VI, según se definen en los párrafos 2.24 y siguientes. Considerando que los costos unitarios y los servicios que prestan los hospitales de cada nivel son semejantes, por servir a un mismo segmento de la población y prestar el mismo tipo de atención, se analizó una muestra que representa los tres modelos básicos: a) Chaco, b) Formosa, c) Río Negro. Además se ha analizado Córdoba, por ser el único hospital pediátrico y Neuquen por no ser de reemplazo. Los hospitales de la muestra representan 3 de las 5 regiones que participarían en el Programa. Para el análisis se consideró que técnicamente el estado de obsolescencia física y funcional no permite la alternativa de reparación y en base a la información disponible, el análisis se realiza comparando para los hospitales de reemplazo las alternativas con y sin Programa. Además, los costos de los servicios propuestos en el proyecto se comparan con los costos correspondientes de dos hospitales públicos que funcionan eficientemente y tienen niveles de complejidad semejantes.

1/ Realizado para 1985 en base a una muestra de 2.308 pacientes de internación, lo que equivale al 24% del universo de pacientes en el año.

- 6.41 La metodología empleada comprende: a) comparación de costos unitarios corrientes con y sin proyecto, b) comparación de costos unitarios totales con proyecto contra costos corrientes sin proyecto. El ejercicio siguiente permite tomar conclusiones sobre la eficiencia que se lograría con el reemplazo de los hospitales, aunque no compara productos homogéneos. Si, a pesar de la calidad superior de los servicios del proyecto los costos son menores que los de los actuales hospitales, la diferencia indicaría el ahorro para la economía y el costo eficiencia del proyecto.
- 6.42 El costo de inversión anualizado de la muestra de cinco hospitales, utilizando una tasa de descuento de 12% y una vida útil de 40 años para los edificios y 20 años para los equipos y descontando todos los rubros que no representan costos reales para la economía, se presenta en el Cuadro 6.3 a continuación:

Cuadro 6.3

Hospitales Prototipo
Costo de Inversión Anualizado
(en miles de US\$ a junio 1986)

Provincia	Número de Camas y Modelo de Hospitales	Costo de Inversión Anualizado
Chaco	338 A	2.298
Córdoba	293 B Pediátrico	2.040
Formosa	304 B	1.931
Misiones	322 A	1.950
Neuquen	120 C	850

- 6.43 Los costos de operación y mantenimiento de todos los hospitales del Programa, se presenta en el párrafo 3.57. Para analizar la eficiencia de operación de los hospitales, se compara el costo promedio por egreso y por consulta de los hospitales (con proyecto) con los costos equivalentes de los hospitales actuales (sin proyecto). Los resultados se presentan en el Cuadro 6.4, el cual demuestra que los costos directos de operación y mantenimiento por egreso son menores en todos los hospitales, menos el de Misiones (párrafo 6.20) considerando que los aumentos de eficiencia se deben (en los casos de Chaco, Formosa y Río Negro) fundamentalmente a economías de escala que surgen de consolidar dos o más hospitales en un solo y establecimientos pabellonares en un hospital compacto. Las economías surgen principalmente en costos de personal fijo y se reflejan en menores costos unitarios promedio. En Córdoba, el costo se reduce debido a aumentos en producción.

Quadro 6.4

Comparación de Costos Unitarios de Operación y
Mantenimiento para una Muestra de Hospitales
(US\$ junio 1986)

Hospital Provincia	Costo por Egreso			Costo por Consulta		
	Con Proyecto	Sin Proyecto	Diferencia Con-Sin	Con Proyecto	Sin Proyecto	Diferencia Con-Sin
Chaco	350	402	-52	6	6	0
Córdoba	328	370	-42	5	3	+2
Formosa	352	689	-337	7	10	-3
Misiones	284	170	+114	5	3	+2
Neuquen	415	644	-229	6	6	0
Río Negro	415	901	-486	6	4	+2

6.44 El cuadro 6.5 presenta los costos unitarios totales (inversión más operación y mantenimiento) y los comparan con los costos de operación y mantenimiento de los hospitales existentes. A pesar de que los hospitales actuales no tienen costo de inversión, la comparación sirve para poner en perspectiva las magnitudes del cambio.

Quadro 6.5

Comparación de Costos para una Muestra de Hospitales
(US\$ junio 1986)

	COSTO POR EGRESO					COSTO POR CONSULTA				
	Con Proyecto Costo de Inversión	Con Proyecto Costo Corriente	Con Proyecto Costo Total	Sin Proyecto Costo Corriente	Costo Total Con + Costo Corriente Sin	Con Proyecto Costo de Inversión	Con Proyecto Costo Corriente	Con Proyecto Costo Total	Sin Proyecto Costo Corriente	Costo Total Con + Costo Corriente Sin
Chaco	210	350	560	402	1.39	.73	6	6.73	6	1.12
Córdoba	215	328	543	370	1.47	.72	5	5.72	3	1.92
Formosa	196	352	548	689	0.80	.85	7	7.85	10	0.79
Misiones	187	284	471	170	2.77	.69	5	6.69	3	2.23
Neuquen	218	415	633	644	0.98	.60	6	6.60	6	1.10
Río Negro	218	415	633	901	0.70	.60	6	6.60	4	1.65

6.45 Los resultados demuestran que tres de los seis hospitales, Formosa, Neuquen y Río Negro, serían obviamente costo eficiente (i.e. el costo de operación y mantenimiento por egreso es actualmente superior al costo unitario de inversión más operación y mantenimiento del proyecto). Los aumentos en los costos de internación de los otros hospitales, salvo Misiones, parecen razonables si se considera el aumento en la calidad del servicio.

6.46 El egreso actual del hospital de Misiones contiene niveles de prescripción de medicamento y materiales médico-quirúrgico, que son inaceptables para una adecuada atención, además el hospital opera con

2.2 personal por cama, lo que asimismo se considera técnicamente insuficiente. Con el proyecto, el costo por egreso aumenta sustancialmente por incrementos en medicamentos, materiales médico-quirúrgicos e índice de personal adicional por cama equivalente a .5 personal por cama.

- 6.47 En octubre de 1986, a solicitud del Banco, el Ministerio de Salud y Acción Social realizó un análisis de costos de dos hospitales públicos (Central de Neuquen y Ramos Mejía de Buenos Aires) que funcionan eficientemente y ofrecen servicios de complejidad comparable a los del Programa. El costo por egreso del Hospital Central (US\$644) es superior al de dos hospitales del Programa de complejidad semejante al Central (Neuquen y Río Negro). El costo por egreso del Ramos Mejía (US\$625) hospital de complejidad similar a la de los otros cuatro proyectos es superior al costo correspondiente de éstos, a pesar de que el nivel de salarios médicos en Buenos Aires es inferior al nivel correspondiente en tres de estas provincias (Chaco, Córdoba y Formosa). En Misiones, el nivel salarial médico es inferior en un 13% al de Buenos Aires y el costo total por egreso del proyecto de Misiones (incluyendo inversión) es de 25% menos que el costo de operación y mantenimiento por egreso del Hospital Ramos Mejía. En comparación con los hospitales Central de Neuquen y Ramos Mejía de Buenos Aires, los costos por egreso de la muestra de proyectos parecen ser razonables.
- 6.48 Con respecto a las consultas ambulatorias el costo aumenta en todos los hospitales (salvo Formosa) debido a que el proyecto propone como nueva modalidad darle el medicamento gratuitamente al paciente ambulatorio. Con excepción del Hospital Central de Neuquen ninguno de los hospitales analizados provee actualmente medicamentos al paciente ambulatorio. Con el Proyecto, el costo promedio de medicinas es US\$1 por consulta. Excluyendo dicho costo para permitir una comparación menos heterogénea, el costo corriente por consulta del Proyecto sería menor al actual en Chaco, igual en Neuquen, aumentaría 25% en Río Negro y 33% en Córdoba y Misiones. El costo promedio por consulta en el Hospital Ramos Mejía (excluye medicamentos) es US\$3,67 y en el Hospital Central de Neuquen (incluye medicamentos) es US\$6. El aumento en el costo por consulta con el Proyecto se debe a razones técnicas (párrafo 6.20).

c) Análisis de los beneficiarios del programa

i) Características

- 6.49 El análisis de los beneficiarios del Programa se hizo en base a una encuesta 1/ realizada por el Ministerio de Salud y Acción Social en cuatro de los hospitales del Programa (Chaco, Formosa, Misiones y Córdoba) y dos hospitales públicos (Neuquen y Mendoza) fuera del

1/ La encuesta cubre 1.694 pacientes seleccionados aleatoriamente; 280 en Chaco; 292 en Formosa; 263 en Misiones; 324 en Córdoba; 245 en Neuquen y 290 en Mendoza. Los pacientes encuestados están distribuidos aproximadamente en 20% de emergencia, 40% de consultorios externos y 40% de internación.

Proyecto. En la situación actual, los pacientes de los hospitales de Chaco, Formosa y Misiones se caracterizan por sus bajos ingresos y escasa educación. Los resultados del análisis de bajos ingresos de los pacientes de estos tres hospitales se presentan en el Cuadro 6.6.

Cuadro 6.6
Distribución del Ingreso Familiar de los Pacientes de los Hospitales Públicos

Ingresos Mensuales Familiars (en Australes)	P R O V I N C I A S							
	CHACO		FORMOSA		MISIONES		TOTAL MUESTRA	
	%	% Acumul.	%	% Acumul.	%	% Acumul.	%	% Acumul.
Menos - 50	19.40	19.40	24.50	24.50	8.50	8.50	18.00	18.00
50 - 99	42.10	61.50	32.40	56.90	33.60	42.10	36.00	54.00
100 - 149 ^{a/}	22.10	83.60	26.20	83.10	44.80	86.90	31.00	85.00
150 - 199	9.50	93.10	7.10	90.20	7.60	94.50	8.00	93.00
200 - 249	4.20	97.30	1.90	92.10	4.70	99.20	3.00	96.00
250 - 299 ^{b/}	1.50	98.80	4.40	96.50	0.40	99.60	2.00	98.00
MAS - 300	1.20	100.00	3.50	100.00	0.40	100.00	2.00	100.00

:	PROMEDIO DEPENDIENTES	CHACO	FORMOSA	MISIONES	:
:	POR INGRESO FAMILIAR	4.4	5.0	4.7	:

^{a/} El rango de ingreso de: menos - 149 es inferior a 1/2 del nivel de bajos ingresos 1986.
^{b/} El rango de ingreso de: menos - 299 es inferior al nivel de bajos ingresos 1986.

Fuentes: Encuesta hechas en 1986 en los hospitales de la muestra.

- 6.50 Como indica el cuadro anterior, del total de usuarios de estos hospitales, 98% son miembros de familias que declaran tener ingresos mensuales inferiores al nivel de bajos ingresos fijado por el Banco ^{1/} y 85% declaran ingresos menores que la mitad del nivel de bajos ingresos. La encuesta revela también que el 86% de los jefes de familia trabajan ya sea por cuenta propia (33%), en empleos de los sectores privado (36%) y público (11%), como doméstico (7%), ó sin remuneración (11%). La fuente de ocupación comprende: servicios (56%), industria (18%), comercio (14%) y agropecuario (12%). El 14% de los jefes de familia que no trabajan son: desocupados (6%), jubilados (4%) y amas de casa (4%). La mayoría de los pacientes son obreros no calificados. Del total de la muestra, 57% son mujeres, 68% son mayores de 15 años, 40% no tienen ningún nivel de instrucción y 55% tienen solamente el nivel primario.

^{1/} El nivel de bajos ingresos per cápita anual a marzo de 1986 es de 813 australes (318 australes mensuales por familia suponiendo un promedio de 4.7 miembros por familia).

- 6.51 En septiembre de 1986, a solicitud del Banco, el Ministerio de Salud, realizó una encuesta durante un período de tres años para determinar el nivel de ingreso y otras características de los usuarios de otros hospitales públicos. El grupo de otros hospitales presentado a continuación incluye el Hospital Pediátrico de Córdoba y dos hospitales públicos que no entran en el Proyecto (Central de Neuquen, y Lago Maggiore de Mendoza). Comparándolos con los usuarios de la muestra primera, la composición de la población de estos otros hospitales no varía significativamente en lo que respecta a niveles de ocupación, fuentes de trabajo o edad del paciente (salvo en Córdoba 1/). Sin embargo, los niveles de educación son más altos (más del 10% de los pacientes tienen nivel secundario o mayor). La encuesta revela también que en algunos de los hospitales el grupo de pacientes con ingresos superiores al nivel bajo aumenta. En el Cuadro 6.7 se observa que tanto la proporción de la población en el rango de 1/2 del nivel de bajos ingresos, como el porcentaje de la población de bajos ingresos, es inferior que en el caso de los pacientes de la muestra, indicando tal vez participación relativa menor de la población NBI. En resumen los resultados de la muestra de los seis hospitales demuestran, que en promedio, más del 90% de los pacientes tienen ingresos inferiores al nivel de bajos ingresos.

Cuadro 6.7
Distribución del Ingreso Familiar de los Pacientes
de los Hospitales Públicos

Ingresos Mensuales Familiars (En Australes)	P R O V I N C I A S					
	NEUQUEN		CORDOBA		MENDOZA	
	%	% Acumul.	%	% Acumul.	%	% Acumul.
MENOS - 50	4.30	4.30	3.50	3.50	1.10	1.10
50 - 99	10.50	14.80	18.60	22.10	16.20	17.30
100 - 149	21.40	36.20	33.40	55.50	28.20	45.50
150 - 199	20.50	56.70	19.90	75.40	18.10	63.60
200 - 249	13.30	70.00	14.20	89.60	15.20	78.80
250 - 299	9.50	79.50	3.80	93.40	11.90	90.70
MAS - 300	20.50	100.00	6.60	100.00	9.30	100.00

:	NEUQUEN		CORDOBA		MENDOZA	
: PROMEDIO DEPENDIENTES	4.5		5.1		3.9	
: POR INGRESO FAMILIAR						

a/ Hospitales Castro Rendón (Neuquen), Pediátrico (Córdoba) y Lagomaggiore (Mendoza).
Fuentes: Encuesta hecha en 1986 en los hospitales correspondientes.

1/ El hospital de Córdoba es de niños. El 99,7% de los pacientes caen en el rango de edad de 0 - 14 años.

ii) Capacidad de pago de los beneficiarios y recuperación de la inversión

- 6.52 De acuerdo con el análisis de la encuesta en los seis hospitales, todos los pacientes actuales del hospital público se atienden sin hacer ningún pago directo al hospital por los servicios prestados. El tiempo promedio de transporte al hospital es de aproximadamente una hora salvo en Formosa ^{1/}. Como porcentaje del ingreso mensual medio per cápita el gasto de transporte varía desde 2% en Mendoza hasta 7% en Formosa. Ignorando el gasto de transporte, el costo de una sola consulta ambulatoria en uno de los hospitales del Programa insumiría más del 13% del ingreso mensual per cápita del 98% de los pacientes de Chaco, Formosa y Misiones y del 80% de la población de los otros hospitales públicos. Dados los bajos ingresos de esta población no es factible obtener una recuperación significativa vía cobro directo al paciente.
- 6.53 Información del INOS y el Ministerio de Salud y Acción Social suministrada al Banco, indica que, en la provincia, los empleados públicos, los jubilados y algunos empleados del sector privado tienen necesariamente que estar afiliados a O.S. En base a dicha información se seleccionaron de la encuesta (según código de ocupación) los usuarios cuyo tipo de actividad laboral se estima cubierto cuando éstos trabajan en el sector privado, además de todos los empleados públicos y los jubilados. Los resultados de esta selección señalan que una parte de la población atendida en los hospitales públicos, Cuadro 6.8, que varía de 22,8% en Chaco a 37,5% en Neuquen es afiliada a O.S. Dicha población se atiende gratuitamente en el subsector público y sin identificación de afiliación y por lo tanto sin cargo a O.S. lo que constituye un subsidio (del 70% de la tarifa del servicio) del subsector público a favor de O.S.

^{1/} El tiempo promedio de transporte al hospital es 4 horas.

Cuadro 6.8
Porcentaje de Pacientes de los Hospitales
que son Afiliados a las Obras Sociales

	Jubilados	Empleados del Sector Privado	Empleados del Sector Privado	Total de Población Afiliada a Obras Sociales
Chaco	3,9	8,2	10,7	22,8
Formosa	5,5	13,4	7,5	26,4
Misiones	2,7	5,7	15,6	24,0
Córdoba	1,7	7,2	17,6	26,5
Mendoza	6,6	10,0	12,4	29,0
Neuquen	7,3	13,1	17,1	37,5

Fuente: Estimado de encuesta en 1986 a una muestra de 1.694 pacientes.

- 6.54 Los resultados del análisis de los beneficiarios indican, si bien no es muy significativo el monto de recuperación que se puede obtener a través del cargo directo a población de bajos ingresos, la identificación de los afiliados de O.S. y el compromiso de pago de éstas sí permitirían recuperar parte de la inversión a través de cobro a la O.S. por la población cubierta.

d) Conclusiones

- 6.55 La demanda del Programa y los tamaños de los hospitales fueron analizados en base a estimaciones de déficits de servicios hospitalarios en once provincias argentinas. El tamaño de los hospitales de la muestra es adecuado y los restantes hospitales serán sometidos al análisis que se especifica en los criterios de elegibilidad (párrafos 4.31 y 4.32). Se consideró para el análisis que técnicamente el estado de obsolescencia física y funcional de los hospitales no permite la alternativa de reparación. Al no haberse realizado estudios de costos de alternativas de reemplazo, se analizó la viabilidad económica del Programa (para una muestra de (6) hospitales, representativas de tres modelos básicos de hospitales generales, un modelo pediátrico y un hospital que no es de reemplazo, en tres de las cinco regiones metas) comparando los costos unitarios corrientes de los hospitales en la situación actual y en la situación con proyecto. Los costos unitarios del Proyecto fueron también comparados con dos hospitales públicos del país similares en complejidad a los del Programa. En base al análisis realizado, los costos unitarios corrientes de los Proyectos de la muestra parecen ser razonables. El impacto distributivo del Programa es sustancial dado que aproximadamente el 90% de los usuarios de los hospitales es población de bajos ingresos.

A R G E N T I N A

SITUACION ECONOMICA RECIENTE Y PERSPECTIVAS

A. Situación Económica Reciente

- 1.01 La evolución de la economía argentina se caracterizó por un cambio significativo durante 1985. El Gobierno lanzó a mediados del año un plan drástico de estabilización denominado el "Plan Austral", con el objetivo primordial de lograr la estabilidad de precios en una economía con un largo período de inflación creciente, que en junio de 1985 se hallaba al borde de la hiper-inflación.
- 1.02 El Plan Austral contó con el apoyo generalizado de la población y cumplió con su objetivo de reducir significativamente la inflación y las expectativas inflacionarias. La tasa de inflación se redujo del 28% mensual en mayo-junio de 1985, a un ritmo de sólo 2,9% por mes entre julio de 1985 y febrero de 1986, en tanto que los precios mayoristas aumentaron a una tasa promedio de tan solo 0,5% en ese mismo período.
- 1.03 Esta brusca reducción de la inflación estuvo acompañada de una gradual recuperación de la producción en los últimos meses de 1985, después de haberse producido una notoria contracción al inicio del Plan, que se reflejó en una gran eliminación de existencias. Sin duda alguna el Plan ha contribuido significativamente a la estabilidad en la economía y la confianza en el exterior.
- 1.04 En materia fiscal, ha habido una mejora sustancial desde la adopción del Plan Austral. El déficit consolidado del sector público no financiero se redujo considerablemente en 1985 al equivalente de 4% del producto interno bruto (PIB), del 12,5% en 1984 y 15,7% en 1983. Desde el segundo semestre de 1985 el financiamiento del déficit se hizo sin recurrir al crédito del Banco Central. Esta mejora se logró a través del mejor comportamiento de los ingresos, que resultó de los ajustes efectuados en junio de 1985 en los impuestos locales y las tarifas de servicios públicos y también por el efecto de la estabilidad de precios en la recaudación. Por el lado del gasto, la congelación de los salarios y la reducción del nivel de inversiones públicas explican el comportamiento señalado.
- 1.05 En el sector externo el déficit de la cuenta corriente de la balanza de pagos se redujo en 1985 cerca de un 60% con relación al del año anterior. Esto fue posible mediante el logro de un mayor excedente comercial, principalmente a base de la reducción de las

importaciones y en parte por el mayor volumen exportado de cereales, a pesar de la caída de precios internacionales de dichos productos. Asimismo ha habido un menor egreso por servicios, por efectos combinados de la reducción de tasas de interés internacionales, renegociación de la deuda, y menores transacciones de bienes. A fines de 1985 se registró una ligera mejora de la posición de reservas internacionales brutas del país.

- 1.06 Dado su elevado nivel de deuda externa, la economía argentina se vio afectada durante 1985 por la situación económica internacional, en particular por la evolución desfavorable de los términos de intercambio y por las políticas fiscales y monetarias de los países desarrollados.
- 1.07 Estos factores que generan elevados niveles de las tasas internacionales de interés en términos reales para la economía argentina han producido los siguientes efectos sobre la actividad económica general : (a) una caída del PIB del 4,4% durante el año 1985, debido principalmente a la disminución del producto industrial y del comercio mayorista y minorista; (b) una nueva caída del nivel de inversión (la inversión bruta interna cayó un 16,8% en 1985 con respecto al año anterior); (c) una reducción del número de horas trabajadas debido al menor nivel de actividad productiva durante el año 1985. El nivel general de horas obrero trabajadas en la industria manufacturera cayó alrededor del 8% con respecto al año 1984. Este fenómeno se reflejó en un aumento de la desocupación y fundamentalmente del subempleo. La tasa de desempleo se elevó del 4,6% en 1984 al 6,1% mientras la subocupación aumentó del 5,6 al 6,9% y (d) una declinación en el ingreso real de la población. El nivel general del salario por trabajador industrial cayó en términos reales alrededor de 15% en 1985 con respecto al año anterior. Esta baja en el ingreso real de la población derivó en una disminución del consumo.
- 1.08 El comportamiento del sector agropecuario fue favorable en el primer semestre de 1985 por la buena campaña agrícola 1984-85 de cereales, cuya producción alcanzó a una cifra sin precedente de 44 millones de toneladas, de las cuales 13 millones correspondió a la cosecha de trigo. En la campaña agrícola 1985-86, sin embargo, hubo una gran merma debido tanto a la reducción del área sembrada, como a adversas condiciones del clima y de la severa inundación de noviembre de 1985 que afectó principalmente la zona triguera de la Provincia de Buenos Aires. Se estima que la producción de trigo para el año agrícola 1985-86 se reduzca a 8,5 millones de toneladas, con un excedente exportable de sólo 3,5 millones de toneladas. En el subsector pecuario, en cambio, no se registró mayor variación con relación al comportamiento del año anterior.
- 1.09 La industria manufacturera continuó deprimida en 1985, con una fuerte reducción en su nivel de actividad como resultado de la eliminación de existencias. Los mayores retrocesos se dieron en las ramas de textiles, maquinarias y equipos y minerales no

metálicos. En general, los artículos manufacturados fueron afectados por el deterioro de los ingresos de la población. Sin embargo, a partir de septiembre de 1985 ha habido indicios de una lenta recuperación en la demanda de productos manufacturados.

- 1.10 La construcción continuó manifestando un comportamiento negativo fundamentalmente por la inactividad de obras públicas, a raíz de la política de austeridad fiscal. La construcción privada por su parte se mantuvo deprimida ante la dificultad de mercado para viviendas por falta de crédito y el alto costo de financiamiento. En efecto, persistió el problema de la alta tasa de interés, que en cierto modo frenó el desenvolvimiento de los sectores productivos y de la construcción.
- 1.11 No obstante, a partir de la aplicación del Plan Austral desde mediados del año 1985 y en particular durante el último trimestre de ese año, comenzó a evidenciarse una recuperación de la actividad productiva. El PIB mostró un crecimiento del 4,7% durante el cuarto trimestre de 1985 con respecto al trimestre anterior debido principalmente al crecimiento del producto en la industria manufacturera que fue del 13,1%. En el primer trimestre de 1986, el PIB creció 0,4% en relación al mismo período del año anterior, destacándose en los resultados el incremento de 5,7% en la producción industrial y la declinación del 8,4% en la actividad agropecuaria.

B. Políticas económicas

- 1.12 Durante el primer semestre de 1985 se continuó con la política de ajuste gradual iniciado en 1983, caracterizada por la acentuación de los controles de precios. Sin embargo, el esquema recesivo de las medidas alentaba mayores expectativas inflacionarias y tropezaba con los objetivos de reducir el déficit fiscal. Posteriormente, se trató de flexibilizar el control de precios para aliviar la distorsión existente y se impuso una limitación cuantitativa de ajuste salarial al 90% de la inflación del mes anterior. Se aplicó también una reforma financiera con mayor intervención del Gobierno en el mercado monetario, hecho que ocasionó una nueva alza de la tasa de interés en términos reales.
- 1.13 En junio de 1985, la inflación anual con respecto al mismo mes del año anterior sobrepasaba los 1.100%, con una caída del nivel de actividad, aumento de desempleo, reducción de las inversiones, empeoramiento del desequilibrio fiscal y una situación de incertidumbre generalizada. En estas circunstancias y ante la posible ineficacia de adoptar una estrategia de cambio gradual, el Gobierno anunció el 14 de junio una política de choque conocido como el "Plan Austral".
- 1.14 Los principales elementos del Plan consistieron en: (a) congelación de precios y salarios por tiempo indefinido, excepto los precios de los bienes y servicios de oferta estacional como

frutas y hortalizas; (b) la reforma monetaria y la creación de un nuevo signo monetario, el "austral", equivalente a 1.000 pesos argentinos y la implantación de una paridad fija de 0,80 australes por un dólar estadounidense; (c) el financiamiento sano del gasto y del crédito público y la reducción del déficit del sector público consolidado a alrededor del 2,5% del PIB, en el segundo semestre de 1985, del 12,5% en el primer semestre. Paralelamente se dio a conocer un nuevo memorándum de entendimiento con el FMI, que permitió aliviar el problema de pagos externos, conjuntamente con un acuerdo de financiamiento y renegociación del pago de servicio de la deuda vencida y a vencer en 1985 con los bancos comerciales.

- 1.15 Cabe señalar también que, antes de congelar los precios, se dispuso un alza de la paridad cambiaria, un aumento de los impuestos para aumentar los ingresos fiscales y un fuerte ajuste tarifario (el nivel general de precios y tarifas de las empresas públicas creció 5,5% y 5,1% en términos constantes durante los meses de mayo y junio de 1985, respectivamente).
- 1.16 La aplicación de estas medidas bajo el esquema adoptado logró un significativo éxito, y creó un ambiente de confianza en la población. Los logros más sobresalientes del Plan Austral han sido la importante reducción de la tasa de inflación y el equilibrio fiscal, además de la relativa estabilidad en los tipos de cambio oficial y paralelo.
- 1.17 Desde el inicio del Plan el Gobierno sostuvo que el congelamiento de precios y salarios sería de carácter temporal, y hacia fines de 1985, anunció un ajuste general de salarios del 5% para los trabajadores tanto del sector público como del privado, con vigencia a partir de enero de 1986. Se otorgó también un ajuste del 50% de asignaciones familiares, y se les permitió a las empresas un aumento adicional del 5% en los salarios durante 1986, sólo por incrementos en la productividad.
- 1.18 En febrero de 1986 el Gobierno solicitó una prórroga para finalizar el acuerdo vigente con el FMI, concretado en julio. Asimismo, se espera negociar un nuevo acuerdo con la citada institución en el transcurso del segundo semestre de 1986, que sería complementado con financiamientos de otros organismos internacionales como el Banco Mundial y el BID.
- 1.19 En abril de 1986 el Gobierno anunció nuevas pautas sobre el sistema de precios y salarios. El congelamiento de precios se sustituyó con precios administrados que se fijarán de acuerdo con los costos de insumos. Los incrementos de salarios serán negociables durante el remanente del año entre el 18 y 21% para el sector público, con un aumento instantáneo del 5% para la administración pública. Se acordó también aumentos en las tarifas de gas y electricidad del 6%, con incrementos mensuales del 2% para el resto del año y la gasolina subió en 8%. Asimismo, a

partir de abril se autorizaron una serie de mini-devaluaciones del austral, el cual en la primera semana de octubre llegó a US\$1 = A 1,07.

- 1.20 Con estos cambios el Plan Austral entró durante 1986 en una fase de reorientación de política hacia la consecución de los objetivos de crecimiento económico con estabilidad relativa de precios. Con esta premisa, la política del Gobierno busca la promoción de las exportaciones, la reactivación de la construcción, la modernización y la transferencia de empresas públicas al sector privado y una mayor participación de éste en actividades de exploración petrolera.

C. Perspectivas

- 1.21 En 1986 la actividad económica se desarrolla dentro de las premisas dadas a conocer como la segunda fase del Plan Austral con la introducción de medidas estructurales encaminadas a consolidar el esfuerzo de estabilización y a la vez promover el crecimiento económico. Asimismo, las señales de una lenta recuperación en las actividades productivas que se vienen observando desde fines de 1985 indican que el país está saliendo gradualmente de la recesión, por lo que se puede prever que habría un moderado crecimiento en 1986. Los incrementos observados en los precios durante abril-junio de 1986 indican, sin embargo, que la inflación anual sería superior a la del 28% proyectada por el Gobierno, pudiendo llegar a alrededor del 60%.
- 1.22 Por su parte, el sector externo está íntimamente vinculado al comportamiento futuro de la economía. La caída de precios internacionales de las principales exportaciones argentinas y un leve aumento de las importaciones reducirá el excedente comercial en 1986. A su vez, la magnitud de la deuda externa seguirá imponiendo severas restricciones a la economía, dado que el pago de intereses de la deuda representa una proporción importante del ahorro interno. Las condiciones anteriores podrían, por lo tanto, producir presiones sobre las políticas fiscal y cambiaria, si no hay un aumento compensatorio en el financiamiento externo.
- 1.23 La tendencia que ha seguido la recaudación tributaria desde el lanzamiento del Plan Austral continuaría en el corto plazo. Sin embargo, para acompañar a los objetivos de la reactivación económica se requerirán cambios estructurales en la organización del sector público y en particular en la administración del gasto público. Con ese fin, el Gobierno propone una racionalización y modernización de las actividades del sector, al mismo tiempo que ha anunciado la iniciación de un proceso de traslado al sector privado y de saneamiento de las empresas públicas.
- 1.24 En este contexto, el año 1986 será un año de transición entre la primera fase del Plan Austral, que fue la de control de inflación, y la segunda etapa, que tiene por objetivo lograr el crecimiento

con estabilidad. El crecimiento de las exportaciones y la creación de un ambiente favorable para aumentar el nivel de la inversión privada serán los aspectos más importantes para el desarrollo y crecimiento futuro del país. La posibilidad de una estabilización sostenida dependerá también de la recuperación del crecimiento real de la economía.

DISTRIBUCION DEL RECURSO CAMA, PAIS - 1980

La Distribución Geográfica y Sectorial de las Camas del País es la siguiente:

PROVINCIA	PUBLICAS	SOCIALES	PRIVADAS	TOTAL
Capital Federal	13.525	2.560	8.722	24.807
Buenos Aires	30.837	1.902	14.739	47.478
Catamarca	894	30	291	1.215
Córdoba	9.724	674	5.870	16.268
Corrientes	2.238	44	750	3.032
Chaco	2.146	12	991	3.149
Chubut	1.147	246	329	1.722
Entre Ríos	5.088	242	1.303	6.633
Formosa	718	-	280	998
Jujuy	2.046	36	612	2.694
La Pampa	850	-	285	1.135
La Rioja	663	54	163	880
Mendoza	3.411	507	1.464	5.382
Misiones	1.249	6	1.049	2.304
Neuquén	996	147	404	1.547
Río Negro	1.302	74	586	1.962
Salta	2.738	177	922	3.837
San Juan	1.461	140	218	1.819
San Luis	767	45	177	989
Santa Cruz	562	101	99	762
Santa Fe	6.948	641	6.031	13.620
Santiago Estero	2.190	86	543	2.819
Tucuman	2.890	355	1.208	4.453
Tierra Fuego	198	-	12	210
TOTAL	94.588	8.079	47.048	149.715

CUADRO N° 14 - Egresos, total por dependencia, por cama y por habitantes -
Argentina 1978 - 1980

DIVISION POLITICA	EGRESOS				EGRESOS POR CAMA				EGRESOS POR 100 HAB.
	OFICIAL(1)	O. SOCIAL(2)	PRIVADO(2)	TOTAL	OFICIAL	O. SOCIAL	PRIVADO	TOTAL	
TOTAL REPUBLICA	1.583.459	176.020	1.422.105	3.181.584	16.7	21.8	30.2	21.2	11.4
Capital Federal	145.430	68.506	478.916	692.852	10.8	26.8	54.9	27.9	23.7
Buenos Aires	507.453	22.645	318.170	848.268	16.5	11.9	21.6	17.9	7.8
Catamarca	19.007	360	12.490	31.857	21.3	12	42.9	26.2	15.3
Córdoba	111.166	9.794	241.200	362.160	11.4	14.5	41.1	22.4	15.0
Corrientes	47.847	709	2.509	51.065	21.2	16.1	3.3	16.7	7.7
Chaco	40.357	480	22.199	63.035	18.8	40.0	22.4	20.0	9.0
Chubut	18.944	3.511	6.898	29.353	16.5	14.3	21.0	17.0	11.2
Entre Ríos	68.891	2.951	31.448	103.290	13.4	12.2	24.1	15.5	11.4
Formosa	22.602	258	5.894	28.754	31.5	7.8	21.1	29.8	9.6
Jujuy	44.135	513	14.140	58.788	21.4	14.3	23.1	21.7	14.3
La Pampa	29.785	-	3.049	32.834	35.0	-	10.7	28.9	15.8
La Rioja	13.211	1.751	2.339	17.301	19.9	32.4	14.3	19.7	10.5
Mendoza	74.349	11.074	38.707	124.130	21.7	21.8	26.4	23.0	10.4
Misiones	33.379	-	7.782	41.161	26.7	-	7.4	17.9	7.0
Neuquén	19.799	3.188	2.280	25.267	19.9	21.7	5.6	16.3	10.4
Río Negro	(2) 25.438	3.733	9.980	39.151	19.5	50.4	17.0	20.0	10.2
Salta	52.361	5.191	24.206	81.758	19.0	29.3	26.3	21.2	12.3
San Juan	28.965	5.407	15.721	50.093	19.6	38.6	72.1	27.2	10.1
San Luis	15.255	810	5.515	21.580	19.9	18.0	31.2	21.8	10.1
Santa Cruz	5.549	1.752	300	7.601	9.9	17.3	3.0	10.0	6.6
Santa Fe	158.836	23.535	131.588	313.959	22.6	36.7	21.8	22.9	12.7
Santiago del Estero	40.875	1.231	8.284	50.390	18.5	14.3	15.3	17.7	6.9
Tucumán	57.669	8.621	38.270	104.560	19.8	24.3	31.7	23.4	10.7
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sud	2.156	-	220	2.376	10.0	-	18.3	11.3	8.7

FUENTE: (1) Estadísticas vitales para Sector Oficial (excento Córdoba y Río Negro),
(2) Catastro de Recursos (1979)

DISTRIBUCION SECTORIAL DE CAMAS GPM (1) EN LAS PROVINCIAS DEL PROGRAMA - 1985

SECTOR	CAMAS						POBLACION (EN MILES)						CAMAS POR 1000 HABITANTES	
	PUBLICO		OTROS 2)		TOTAL		N.B.I.		OTROS		TOTAL		3)	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	PUBLICO	OTROS
CORDOBA	1854	57.33	1380	42.67	3234	100.00	399	51.30	378	48.70	777	100.00	2.39	1.78
CORDOBA 4)	645	74.05	226	25.95	871	100.00	249	32.30	523	67.70	772	100.00	0.84	0.29
CORDOBA	849	68.86	384	31.14	1233	100.00	178	53.80	153	46.20	331	100.00	2.56	1.16
CORDOBA	2416	57.79	1765	42.21	4181	100.00	317	24.00	1005	76.00	1322	100.00	1.83	1.34
CORDOBA	1323	57.03	997	42.97	2320	100.00	301	44.70	372	55.30	673	100.00	1.97	1.48
CORDOBA	808	59.76	544	40.24	1352	100.00	115	38.30	186	61.70	301	100.00	2.68	1.81
CORDOBA*	1174	62.45	706	37.55	1880	100.00	175	38.00	285	62.00	460	100.00	2.55	1.53
CORDOBA	2615	67.26	1273	32.74	3888	100.00	346	46.10	405	53.90	751	100.00	3.48	1.70
CORDOBA	1224	72.68	460	27.32	1684	100.00	157	30.60	355	69.40	512	100.00	2.39	0.90
CORDOBA	7584	50.40	7463	49.60	15047	100.00	654	24.70	1993	75.30	2647	100.00	2.87	2.82
CORDOBA	2527	58.73	1776	41.27	4303	100.00	456	41.80	634	58.20	1090	100.00	2.32	1.63
TOTALES	23019	57.56	16974	42.44	39993	100.00	3347	34.73	6289	65.27	9636	100.00	2.39	1.76

Incluye las camas de O.S. en CAMAS OTROS por falta de dato.

GPM = camas generales + pediátricas + maternas.

es la suma de subsectores privado y obras sociales.

del sector público y otro sector respectivamente x 1000 habitantes de la población total.

cordoba las cifras son de camas pediátricas y población de menores de 15 años.

Ministerio de Salud y Acción Social.

DISTRIBUCION SECTORIAL DE CAMAS GPM (1) EN LOS AGLOMERADOS DEL PROGRAMA - 1985

SECTOR	CAMAS						POBLACION (EN MILES)						CAMAS POR 1000 HABITANTES		
	PUBLICO		OTROS 2)		TOTAL		N.B.I.		OTROS		TOTAL		3)		
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	PUBLICO	OTROS	TOTAL
CIUDAD DE LA PAZ	529	39.48	811	60.52	1340	100.00	90	34.42	172	65.58	262	100.00	2.02	3.10	5.12
BA 4)	305	68.08	143	31.92	448	100.00	92	28.56	231	71.44	323	100.00	0.94	0.44	1.38
SA	287	60.17	190	39.83	477	100.00	44	39.66	67	60.34	111	100.00	2.59	1.71	4.30
ZA 5)	1263	49.74	1276	50.26	2539	100.00	108	15.95	570	84.05	678	100.00	1.86	1.88	3.74
NES	324	41.59	455	58.41	779	100.00	55	32.00	116	68.00	171	100.00	1.89	2.66	4.55
EN	272	50.37	268	49.63	540	100.00	36	30.00	85	70.00	121	100.00	2.25	2.21	4.46
EGRO	54	39.13	84	60.87	138	100.00	17	33.57	34	66.43	51	100.00	1.06	1.65	2.71
	1244	62.61	743	37.39	1987	100.00	82	26.46	227	73.54	309	100.00	4.03	2.40	6.43
UAN	976	68.93	440	31.07	1416	100.00	74	22.61	254	77.39	328	100.00	2.98	1.34	4.32
FE	1263	50.97	1215	49.03	2478	100.00	70	21.99	248	78.01	318	100.00	3.97	3.82	7.79
AN	1271	48.57	1346	51.43	2617	100.00	178	30.98	396	69.02	574	100.00	2.21	2.34	4.55
TOTALES	7788	52.77	6971	47.23	14759	100.00	846	26.08	2400	73.92	3246	100.00	2.40	2.15	4.55

GPM = camas generales + pediátricas + maternas.

es la suma de subsectores privado y obras sociales.

del sector público y otro sector respectivamente x 1000 habitantes de la población total.

ordoba las cifras son de camas pediátricas y población de menores de 15 años.

MAS OTROS el número de camas del subsector privado (1024) es dato de 1984.

Ministerio de Salud y Acción Social.

NUMERO DE CAMAS GPM (1) DEL SUBSECTOR PUBLICO SIN Y CON EL PROGRAMA
(En los aglomerados)

PROVINCIA	AGLOMERADO	SIN PROYECTO (AÑO 1985)						CON PROYECTO (AÑO 1995)			DIFEREN.
		HOSPITALES POR REEMPLAZAR		OTROS HOSPITALES		TOTAL AGLOMERADO		HOSPITALES POR REEMPLAZAR		TOTAL AGOLMER.	
		NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	NUMERO
CHACO	GRAN RESISTENCIA	529	100.00	0	0.00	529	100.00	338	100.00	338	-191
CORDOBA	GRAN CORDOBA	208	68.20	97	31.80	305	100.00	293	75.13	390	85
FORMOSA	FORMOSA	287	100.00	0	0.00	287	100.00	304	100.00	304	17
MENDOZA	GRAN MENDOSA *	0	0.00	1263	100.00	1263	100.00	220	14.83	1483	220
MISIONES	POSADAS	324	100.00	0	0.00	324	100.00	322	100.00	322	-2
NEUQUEN	NEUQUEN *	0	0.00	272	100.00	272	100.00	120	30.61	392	120
RIO NEGRO	CIPOLLETI	54	100.00	0	0.00	54	100.00	120	100.00	120	66
SALTA	SALTA	560	45.02	684	54.98	1244	100.00	322	32.01	1006	-238
SAN JUAN	GRAN SAN JUAN	606	62.09	370	37.91	976	100.00	338	47.74	708	-268
SANTA FE	SANTA FE	499	58.50	354	41.50	853	100.00	288	44.86	642	-211
TUCUMAN	GRAN TUCUMAN	453	35.64	818	64.36	1271	100.00	312	27.61	1130	-141
TOTALES		3520	47.71	3858	52.29	7378	100.00	2977	43.56	6835	-543

* Nuevos hospitales.

1) Camas GPM = camas generales + pediátricas + maternas.

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social.

INDICADORES DE SALUD EN PROVINCIAS PARTICIPANTES

	<u>Chaco</u>	<u>Formosa</u>	<u>Misiones</u>	<u>Tucumán</u>	<u>Salta</u>	<u>Cordoba</u>	<u>Sta.Fe</u>	<u>Mendoza</u>	<u>San Juan</u>	<u>Neuquén</u>
esperanza de vida al nacer (años)	65,0	65,9	65,0	67,0	64,1	70,8	70,0	70,0	67,0	67,0
mortalidad general (por mil)	8,3	6,5	7,8	8,1	7,9	8,0	9,3	7,3	7,2	5,3
mortalidad infantil (por miles de nacidos vivos)	54,2	38,1	51,9	42,0	52,1	24,2	34,3	31,8	30,1	31,7
mortalidad (1 a 4 años) (por mil)	4,1	3,2	4,0	2,2	3,8	0,9	1,0	1,5	1,3	1,6
mortalidad materna (por mil)	1,0	1,2	1,0	1,0	1,6	0,5	0,8	0,5	0,8	0,8
Principales causas de muerte										
enfermedades del corazón %	19,3	19,8	20,7	27,1	16,7	37,6	31,1	26,6	25,7	16,5
tumores malignos %	10,9	10,3	9,8	11,9	7,8	18,9	19,3	15,4	13,8	13,7
perinatales %	8,6	8,3	10,3	6,7	7,8	3,2	-	6,3	6,1	7,3
neumonía e influenza %	5,8	-	-	4,9	-	-	-	-	-	-
cerebro-vasculares %	7,4	8,3	6,9	9,3	4,9	9,6	12,1	9,8	10,7	6,1
infectivos %	-	5,9	6,6	-	9,3	4,6	5,7	6,3	5,8	11,5
accidentes (por mil habitantes)	7,6	7,9	6,8	5,9	10,0	2,6	5,9	5,9	6,9	11,8
consultas por habitante	1,9	1,0	1,2	1,3	1,8	1,6	1,3	1,4	1,8	2,2

DATOS BASICOS DE LAS PROVINCIAS DEL PROGRAMA

	<u>Chaco</u>	<u>Formosa</u>	<u>Misiones</u>	<u>Tucumán</u>	<u>Salta</u>	<u>Cordoba</u>	<u>Sta.Fe</u>	<u>Mendoza</u>	<u>San Juan</u>	<u>Neuquen</u>
ación (1980) miles hab.	701,0	296,0	589,0	973,0	663,0	2408,0	2466,0	1196,0	466,0	244,0
ación Urbana %	60,9	56,0	51,4	70,1	71,8	79,7	82,0	68,9	72,0	76,1
idad demográf.hab/km2	7,0	4,0	19,8	43,2	4,3	14,3	18,5	8,0	5,2	2,6
ación menor 15 años	39,4	41,0	40,5	35,5	39,6	29,2	28,2	32,0	35,1	39,2
fabetismo %	16,5	12,3	11,9	8,4	11,1	5,2	5,8	7,3	7,1	9,7
potable de red %	47,0	40,0	31,0	60,0	70,0	54,0	48,0	60,0	80,0	70,0
ntarillado %	10,0	10,0	3,0	18,0	52,0	11,0	26,0	30,0	12,0	20,0
con necesidades básicas tisfechas (NBI)%	44,8	45,8	39,2	19,0	42,4	19,4	8,1	20,4	26,0	33,9
afiliada a obras sociales	90,6	52,5	61,8	88,1	75,0	71,0	75,1	66,0	49,3	86,8

PROGRAMA MEDICO

Guía de Contenido

A. Marco de Referencia - Síntesis de la Provincia

1. Situación geográfica y política.
2. Estructura y dinámica demográfica.
3. Estructura económica.
4. Situación de educación.
5. Situación de vivienda y saneamiento básico.
6. Otros aspectos de interés.

B. Situación de Salud de la Provincia

1. El estado de salud: morbi-mortalidad; hábitos de salud; estructura epidemiológica; indicadores de salud.
2. El sector salud: estructura, composición.
3. Los recursos de salud en la provincia: físicos, humanos, financieros.
4. La organización de los recursos, la red de servicios y sus niveles: primario, secundario, terciario.
5. La producción de los recursos.
6. Grado de utilización de los servicios.
7. Otros aspectos de interés: existencia de planes provinciales de salud, etc.

C. Programa médico pñopiamente dicho

1. Justificación: descripción del hospital (actual) a ser reemplazado.
 - (a) Planta física: servicios, camas, grados de obsolescencia, etc.
 - (b) Equipamiento, grado de obsolescencia.
 - (c) Personal: listado por categorías.
 - (d) Organización.
 - (e) Nivel de complejidad.
 - (f) Nivel de demanda; la población beneficiaria.
 - (g) Producción: consultas, egresos, partos, operaciones, etc.
 - (h) Presupuesto operativo.

2. Objetivos, bases del nuevo hospital.
 3. Localización del nuevo hospital, necesidades de la comunidad.
 4. Descripción del nuevo hospital.
 - (a) Funciones y actividades: niveles de organización.
 - (b) Programas de salud a desarrollar: preventivos; asistenciales; docentes.
 - (c) Características y dimensionamiento.
 - (d) Articulación con la red de servicios.
 - (e) Nivel de complejidad teórica.
 - (f) Demanda potencial.
 - (g) Servicios o unidades hospitalarias.
 - (i) Dirección y administración
 - (ii) Consulta externa, ambulatorio, servicio social médico
 - (iii) Emergencia
 - (iv) Registros médicos y estadísticas
 - (v) Unidades de internamiento; cuidado intensivo
 - (vi) Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento: laboratorio; imágenes; diálisis, etc.
 - (vii) Centro quirúrgico, centro obstétrico, centro de recuperación; centro de esterilización de equipos, etc.
 - (viii) Servicios generales: lavandería, nutrición, talleres de mantenimiento, etc.
- En cada servicio o unidad se describirán sus componentes (tantos consultorios médicos, quirúrgicos, pediátricos, etc.) y sus características (áreas en m²).
- (h) Equipo: distribución por categorías (fijo, mobiliario, clínico, quirúrgico, etc.); porcentajes y listados básicos, con estimación preliminar de costos. Deberá analizarse el equipo existente y recuperable y el que se adquirirá.
 - (i) Personal: describir la plantilla total del hospital y distribuir el personal por categorías (médicos, enfermeras, odontólogos, etc.) y por área de trabajo en los diferentes servicios (internación, centro quirúrgico, registros médicos, etc.). Analizar la plantilla existente y si serán necesarios nuevos recursos.

- (j) La producción esperada con el nuevo hospital: consultas externas, atenciones de emergencia, egresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, etc.
- (k) Perfil arquitectónico:
 - o características del terreno
 - o sistema arquitectónico (pabellones, monobloques, etc.)
 - o área construida
 - o expansión prevista
- (l) Gastos de funcionamiento que va a generar el nuevo hospital: total por año y desglose por partidas (servicios personales; servicios no personales; materiales y suministros, etc.). Proyección para los tres primeros años de funcionamiento; fuentes de financiamiento.
- (m) Costo de la inversión:
 - o terreno
 - o construcción
 - o equipamiento

(datos estimados)
- (n) Estado actual del programa de cada provincia.

ANEXO

Información sobre Localización y Servicios de los Terrenos

1. CHACO

El terreno se encuentra en el Area Metropolitana de Gran Resistencia, anexo al actual Hospital "Perrado". Posee la siguiente infraestructura de servicios:

- a) accesibilidad de transporte, ya que está servido por la mayoría de líneas de colectivos urbanos.
- b) Existe una red externa de agua potable, además de la utilización de la red interna del hospital Perrando.
- c) Cuenta con servicio de electricidad con una capacidad total de 2.000 KVa.
- d) Hay red de desagues cloacales.
- e) Hay red de servicios telefónicos.

2. FORMOSA

Localizado en el área urbana de Formosa:

- a) La accesibilidad es buena, abastecida por 6 líneas de transporte urbano.
- b) Existe servicio de red externa de agua.
- c) Existe servicio de red eléctrica pública.
- d) Existe servicio de red externa de desagues cloacales.
- e) No cuenta con servicio telefónico.

3. MISIONES

Terreno localizado en el área urbana adyacente al predio del actual hospital.

- a) La accesibilidad de medios de transporte es buena.
- b) El abastecimiento de agua es por medio de un tanque que abastece al actual hospital.
- c) Cuenta con servicio eléctrico de la red pública.
- d) No hay red de desagüe cloacal, los desagües son lanzados al mismo destino del actual hospital (quebrada seca a 800 metros).

e) Cuenta con servicios telefónicos.

4. CORDOBA

Terreno ubicado en el área urbana de la ciudad.

- a) Cuenta con buena accesibilidad (a 600 metros está la terminal de buses de corta y media distancia).
- b) Cuenta con servicios público de abastecimiento de agua.
- c) Existe red eléctrica de servicio público.
- d) Existe con servicio de desague cloacal.
- e) Cuenta con disponibilidad de servicio telefónico.

5. MENDOZA

El terreno es el mismo donde existió el hospital destruido por el terremoto, cuenta con todos los servicios infraestructura pública.

6. NEUQUEN

El terreno está localizado dentro del área urbana de la ciudad.

- a) Los medios de accesibilidad son buenos.
- b) Cuenta con servicio público de abastecimiento de agua a 180 metros
- c) Hay condiciones de suministrar servicios de energía eléctrica.
- d) Hay condiciones de disponibilidad de red telefónica.

7. RIO NEGRO

El terreno está ubicado dentro del área urbana de Cippolletti.

- a) Cuenta con adecuados servicios de transporte.
- b) Cuenta con red domiciliaria de agua
- c) Cuenta con red pública de energía eléctrica
- d) Tiene red de desagues cloacales
- e) Se cuenta con servicios telefónicos disponibles.

8. SALTA

El terreno es el mismo que actualmente ocupa el actual hospital. Cuenta con los servicios de infraestructura pública.

9. SAN JUAN

El terreno es el mismo que ocupa el actual hospital. Cuenta con la infraestructura adecuada de servicios públicos.

10. SANTA FE

Terreno ubicado en el área urbana de la ciudad

- a) Cuenta con buena accesibilidad de medios de transporte
- b) Cuenta con servicio público de abastecimiento de agua.
- c) Se puede disponer de la energía eléctrica requerida.
- d) No cuenta con servicio de desague cloacal, pero se puede conectar a una colectora próxima (800 Mts.).
- e) No posee servicios telefónicos.

11. TUCUMAN

Terreno ubicado en el área urbana de la ciudad

- a) Cuenta con servicio de transporte
- b) Cuenta con servicio público de agua
- c) Existe servicio de red de energía eléctrica
- d) Existe servicio de desague cloacal
- e) No existe servicio telefónico; pero hay disponibilidad

PROYECTO DE DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD - SS-BID

ANDEPROYECTO DE EQUIPAMIENTO

ESTABLECIMIENTOS	MISIONES	FORMOSA	CHACO	TUCUMAN	SAN JUAN	SALTA	NEUQUEN	RIO NEGRO	MENDOZA	SANTA FE	CORDOBA	TOTAL
Direc. - Administ. - Estadíst. Serv. Social	467.655	467.655	467.655	467.655	467.655	467.655	303.975	303.975	467.655	467.655	467.655	
Internación	393.827	393.827	393.827	334.624	393.827	334.624	153.488	153.488	295.392	334.624	364.896	
Cuidados Intensivos adultos	218.354	218.354	218.354	218.354	218.354	97.037	60.649	60.649	194.075	97.037	-	
Cuidados Intensivos pediátricos	-	175.056	175.056	175.056	175.056	175.056	-	-	-	175.056	196.938	
Neonatología	88.513	88.513	88.513	88.513	88.513	136.160	27.232	27.232	88.513	88.513	-	
Centro Quirúrgico	467.521	467.521	467.521	467.521	467.521	467.521	233.760	233.760	311.680	467.521	430.521	
Centro Obstétrico	164.234	164.234	164.234	164.234	164.234	164.234	123.174	123.174	164.234	164.234	-	
Consulta Ambulatoria	184.888	110.928	184.888	184.888	184.888	184.888	101.684	101.684	147.904	110.928	226.478	
Emergencia	70.991	70.991	70.991	70.991	70.991	141.982	35.496	35.496	70.991	70.991	86.960	
Hospital de día	-	7.770	-	7.770	7.770	-	-	-	-	7.770	12.300	
Anatomía Patológica	88.021	88.021	88.021	88.021	88.021	88.021	45.000	45.000	88.021	88.021	88.021	
Hemoterapia	44.836	44.836	44.836	44.836	44.836	44.836	22.418	22.418	44.836	44.836	49.036	
Hemodinamia	-	-	496.200	496.200	496.200	-	-	-	-	-	496.200	
Rehabilitación	-	10.948	10.948	10.948	10.948	8.211	-	-	-	-	8.211	
Dialisis	80.742	80.742	80.742	80.742	80.742	-	-	-	-	-	80.742	
Medicina Nuclear	393.127	-	-	393.127	393.127	-	-	-	-	-	393.127	
Rayos X - Mamografía - Ecografía	416.362	416.362	416.362	416.362	416.362	416.362	208.181	208.181	416.362	416.362	402.680	
Tomografía	-	-	643.089	643.089	643.089	-	-	-	-	-	-	
Laboratorio	543.611	543.611	543.611	543.611	543.611	543.611	230.725	230.725	380.528	543.611	550.000	
Docencia e Investigación	-	-	8.432	8.432	8.432	-	-	-	-	-	8.432	
Quemados	-	80.619	-	134.619	-	80.619	-	-	-	-	94.234	
Abastecim. - Procesamiento	422.051	422.051	422.051	422.051	422.051	422.051	179.131	179.131	295.436	422.051	422.051	
Servicios Complementarios	19.589	19.589	19.589	19.589	19.589	19.589	8.314	8.314	13.952	19.589	19.589	
Hospedaje	21.333	21.333	21.333	21.333	21.333	21.333	12.807	12.807	17.070	21.333	-	
Medios de Transporte	73.009	73.009	73.009	73.009	73.009	73.009	37.000	37.000	73.009	73.009	73.000	
Talleres Mantenimiento	82.658	82.658	82.658	82.658	82.658	82.658	46.500	46.500	62.000	82.658	82.658	
Equipamiento General (Sub-Tot.)	4.241.322	4.045.391	5.181.920	5.553.233	5.582.817	3.969.457	1.829.529	1.829.529	3.131.658	3.695.799	4.553.729	43.719.884
Acces.Compl.-Repuest.; U. de Reempl.; otros (10%)	424.132	386.855	518.192	555.923	555.282	396.946	102.953	102.953	313.166	369.580	455.373	4.354.255
Instrumental	351.395	320.511	429.325	466.787	452.539	328.872	151.360	151.360	259.459	306.200	377.279	3.597.086
TOTAL EQUIPAMIENTO	5.016.849	4.752.657	6.129.437	6.692.843	6.593.638	4.695.275	2.163.842	2.163.842	3.704.283	4.371.579	5.386.300	51.671.225

DIMENSIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES

PROGRAMAS MEDICO- FUNCIONALES

MODELOS

AREAS Y SECTORES	CHACO	CORDOBA	FORMOSA	MENDOZA	MISIONES	NEUQUEN	RIO NEGRO	SALTA	SANTA FE	SAN JUAN	TUCUMAN	REFERENCIAS
Emergencias	B	5	B	B	B	C	C	A	B	B	B	A : 8 consultorios B : 4 consultorios C : 2 consultorios
Consultorios Externos	A	49	C	B	A	C	C	A	C	A	A	A : 40/48 ambientes B : 32 ambientes C : 22/24 ambientes
Hospital de Día	X	Si	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X : Modelo único
TOTAL DE CAMAS												
Cuidados generales indiferenciados	A	252	A	C	A	D	D	B	B	A	B	A : 272 camas B : 238 camas C : 204 camas D : 106 camas
Neonatología	B	-	B	C	B	D	D	A	B	B	B	A : 40 unidades B : 26 unidades C : 16 unidades D : 8 unidades
Cuidados intensivos adultos	A	-	A	A	A	B	B	B	B	A	A	A : 16/18 unidades B : 5/8 unidades
Cuidados intensivos pediátricos	A	18	B	B	B	-	-	A	A	A	A	A : 16 camas B : 10 camas
Unidad de Quemados	-	7	-	-	-	-	-	B	-	-	A	A : 10 camas B : 6 camas
Docencia e Investigación	X	Si	X	X	X	-	-	X	X	X	X	X : Modelo único

ÁREAS Y SECTORES	CHAO	COROBRA *	FORMOSA	MENDOZA	MISIONES	NEUQUEN	RIO NEGRO	SALTA	SANTA FE	SAN JUAN	TUCUMAN	REFERENCIAS
CENTRO QUIRURGICO Y OBSTETRICIO	A	A	A	B	A	B	B	A	A	A	A	A : 6 quirófanos B : 3/4 quirófanos
	A	-	A	A	A	B	B	A	A	A	A	A : 4 salas expulsivas B : 3 salas expulsivas
	A	8	A	B	A	C	C	A	A	A	A	A : 4 boxes B : 3 boxes c/parasit. C : 3 boxes sin parasit. bacteriol.
	A	5	A	A	A	B	B	A	A	A	A	A : 4 boxes B : 2 boxes
	A	6	A	A	A	B	B	A	A	A	A	A : 6 salas B : 3 salas
	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	X : Modelo único
	X	SI	-	-	-	-	-	-	X	X	X	X : Modelo único
	X	SI	-	-	X	-	-	-	-	X	X	X : Modelo único
	X	SI	X	-	X	-	-	-	-	X	X	X : Modelo único
	A	A	A	A	A	B	B	A	A	A	A	A : con salas Autopsia y Laboratorio B : con morgue
SERVICIOS TÉCNICOS	A	3	B	-	-	-	-	B	-	A	A	A : 8 ambientes B : 6 ambientes
	A	21	A	A	A	B	B	A	A	A	A	A : 31 ambientes B : 21 ambientes

AREAS Y SECTORES	CHAO	CORDOBA	FORMOSA	MENDOZA	MISIONES	NEQUEN	RIO NEGRO	SALTA	SANTA FE	SAN JUAN	TUCUMAN	REFERENCIAS
Dirección y Administración	A	B	A	A	A	B	B	A	A	A	A	A : 25 oficinas B : 20 oficinas
												A : 402 m ² 400-450 m ² B : 325 m ² 300-350 C : m ² 200-250
												A : m ² 1.000-1.200 m ² B : m ² 600-800 C : m ² 300-500
Mantenimiento	A	B	A	B	A	C	C	A	A	A	A	A : m ² 1.400-1.600 m ² B : m ² 1.000-1.200 C : m ² 600-800
Servicios Complementarios	A	A	A	B	A	C	C	A	A	A	A	A : m ² 1.400-1.600 m ² B : m ² 1.000-1.200 C : m ² 600-800
Central de Abastecimiento y Procesamiento	A	A	A	C	A	B	B	A	A	A	A	A : m ² 1.400-1.600 m ² B : m ² 1.000-1.200 C : m ² 600-800

PORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL
NIVEL 11 PROVINCIAS

RECURSOS AREAS	CONSULTORIAS NACIONALES	CONSULTORIAS INTERNACION.	SEMINARIOS PROVINCIALES	BECAS EXTER- NAS "CORTAS"	BECAS INTERNAS	TOTAL	%
1. MANTENIMIENTO	165.0	154.0	312.4	132.0	198.0	961,4	21.5
2. ORGANIZACION SER- VICIOS DE SALUD	247.5	77.0	412.5	176.0	495.0	1.408,0	31.5
2.1 Apertura Hosp.							
2.2 Cons. Externa							
2.3 Emergencias							
2.4 Internación							
2.5 Centro Quirúrg.							
2.6 Laboratorio							
2.7 Radiodiagnóst.							
2.8 Centro Obstetr.							
2.9 Enfermería							
2.10 Nutrición							
2.11 Archivo Médico							
2.12 Lavandería							
2.13 Serv. Generales							
2.14 Docencia							
2.15 S. Especiales							
3. ADMINISTRACION HOSPITALARIA	--	--	--	--	759.0	759.0	17.0
4. SISTEMAS INFORMACION Y ESTADISTICAS DE SALUD	99.0	--	82.5	--	99.0	280.5	6.3
5. INVESTIGACION EN TECNOLOGIAS DE OPERACION DE SERV.	165,0	77,0	192,5	--	--	434,5	9.7
5.1 Red de Servi- cios. Referen- cias							
5.2 Calidad de la Atenc.Médica							
5.3 1er Nivel de Atención							
5.4 Utilizacion Servicios							
5.5 Descentraliza- ción Servicios							
5.6 Participación de los usuarios							
6. SISTEMA CONTABLE FINANCIERO Y COSTOS	99,0	--	57.75	66.0	99.0	321.75	7.2
7. CAPACITACION MEDICA	--	--	158.4	--	148.5	306.9	6.8
7.1 Clínica Médica							
7.2 Cirugía							
7.3 Pediatría							
7.4 Tocoginecolog.							
7.5 S.Diagnóstico							
7.6 Enfermería							
T O T A L	775.5 17.3%	308.0 6.9%	1216.05 27.2%	374.0 8.4%	1798.5 40.2%	4472.050	100



Ministerio de Salud y Acción Social
SECRETARIA DE SALUD

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

NIVEL CENTRAL

AREAS	RECURSOS	CONSULTORIAS NACIONALES	CONSULT. INTERNAC.	SEMINARIOS TALLERES	BECAS EXTER- NAS "CORTAS"	BECAS INTERNAS	TOTAL	%
1.	SISTEMA CONTABLE, FINAN- CIERO Y COSTOS	54.0	12.0	33.3	18.0	14.4 23.5	131.7 136.8	24.8
2.	SISTEMA GERENCIAL	4.5	36.0	41.7	24.0	90.0	190.2	37.2
	2.1 Administración Hospi- talaria							
	2.2 Sistemas de Informa- ción							
3.	SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD	54.0	18.0	45.5	--	82.5	200.0	38.0
	3.1 Proceso de Apertura Hospitalaria							
	3.2 Investigación en Tec- nologías de Operación							
TOTAL		112.5 21.3%	66.0 12.5%	120.5 22.9%	42.0 8.0%	186.9 35.3%	527.9	100.0



Ministerio de Salud y Acción Social
SECRETARIA DE SALUD

RESUMEN

I. NIVEL PROVINCIAS

<u>Areas</u>	<u>U\$S Monto</u>	<u>%</u>
1. Mantenimiento	961.400,00	21.5
2. Organización de Servicios	1.408.000,00	31.5
3. Administración Hospitales	759.000,00	17.0
4. Sistema Información y Estadísticas de Salud	280.500,00	6.3
5. Investigación Operativa de Servicios	434.500,00	9.7
6. Sistema Contable Financiero-Costos	321.750,00	7.2
7. Area Médica-Paramédica	<u>306.900,00</u>	6.8
	4.472.050,00	
<u>Recursos</u>		
1. Consultorías Nacionales	775.500,00	17.3
2. Consultorías Internacionales	308.000,00	6.9
3. Seminarios Provinciales	1.216.050,00	27.2
4. Becas "Externas"	374.000,00	8.4
5. Becas "Internas"	<u>1.798.500,00</u>	40.2
	4.472.050,00	100.0%

II. NIVEL CENTRAL

<u>Areas</u>	<u>U\$S Monto</u>	<u>%</u>
1. Sistema contable, finan - ciero y Costos	130.800,00	24.8
2. Sistema Gerencial	196.200,00	37.2
3. Sistema de Servicios de Salud	<u>200.000,00</u>	38.0
	527.000,00	100.0
<u>Recursos</u>		
1. Consultorías Nacionales	112.500,00	21.3
2. Consultorías Internacionales	66.000,00	12.5
3. Seminarios-Talleres Nacionales	120.500,00	22.9
4. Becas "Externas"	42.000,00	8.0
5. Becas "Internas"	<u>186.000,00</u>	35.3
	527.000,00	100.0



COMPONENTE: FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

NIVEL: PROVINCIAS

1. AREA MANTENIMIENTO: U\$S 961.400

1.1 Consultorías Nacionales:

- a) 10 meses consultor por Provincia: Total = 110 meses
- b) Costo mes consultor: U\$S 1.500
- c) Costo Total : U\$S 165.000

1.2 Consultorías Internacionales:

- a) 2 meses consultor por Provincia: Total = 22 meses
- b) Costo mes consultor: U\$S 7.000
- c) Costo Total: U\$S154.000

1.3 Seminarios Provinciales:

- a) 8 seminarios por Provincia: Total = 88 meses
- b) 10 participantes por seminario: Total = 880
- c) Duración Seminario: 15 días
- d) Costo Seminario: U\$S 3.550
- e) Costo 88 seminarios: U\$S312.400

1.4 Becas Externas

- a) Duración: 2 meses
- b) Costo beca: U\$S 6.000
- c) Becarios: 2 por provincia = 22
- d) Costo Total: U\$S132.000

1.5 Becas Internas:

- a) Duración: 4 meses (4)
- b) Costo beca: U\$S3.000
- c) Becarios: 6 por provincia = 66
- d) Costo Total: U\$S198.000

2. ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD: U\$S 1.408.000

2.1 Consultorías Nacionales

- a) 15 meses consultor por provincia
- b) Total: 165 meses consultor
- c) Costo mes consultor: U\$S 1.500
- d) Costo Total: U\$S147.500

2.2 Consultorías Internacionales

- a) 1 mes consultor por provincia
- b) Total: 11 meses
- c) Costo mes consultor: U\$S 7.000
- d) Costo Total: U\$S77.000



2.3 Seminarios Provinciales

- a) 15 seminarios por provincia
- b) Total: 165 (duración: 10 días)
- c) Costo Seminario U\$S 2.500
- d) Costo Total: U\$S412.500

2.4 Becas Externas (Tipo Visitas Observación)

- a) Duración: 3 semanas
- b) Costo becas: U\$S 2.000
- c) Becarios: 88 (8 por provincia)
- d) Costo Total: U\$S176.000

2.5 Becas Internas

- a) Duración: 4 meses
- b) Costo: U\$S 3.000
- c) Becarios: 165 (15 por provincia)
- d) Costo Total: U\$S495.000

3. ADMINISTRACION HOSPITALARIA: U\$S 759.000

Capacitación propuesta utilizando la infraestructura existente y funcionando en Argentina. Escuelas de Salud Pública y similares.

3.1 Becas Internas

3.1.1 Corta Duración: 4 meses

- a) Becarios: 165 (15 por provincia)
- b) Costo beca: U\$S 3.000
- c) Costo Total: U\$S495.000

3.1.2 Regulares = 8 meses

- a) Becarios: 44 (4 por provincia)
- b) Costo beca: U\$S 6.000
- c) Costo Total: U\$S264.000

4. SISTEMA INFORMACION Y ESTADISTICAS DE SALUD: U\$S 280.500

4.1 Consultorías nacionales

- a) 6 meses consultor por provincia
- b) Total: 66 meses consultor
- c) Costo mes consultor: U\$S 1.500
- d) Costo Total: U\$S99.000

4.2 Seminarios Provinciales

- a) 2 por provincia. Total: 22
- b) 10 participantes por seminario. Total: 220
- c) Costo por seminario: U\$S 3.750
- d) Duración: 15 días
- e) Costo Total: U\$S82.500

4.3 Becas Internas

- a) Duración: 3 meses
- b) Becarios: 44 (4 por provincia)
- c) Costo beca: U\$S 2.250
- d) Costo Total: U\$S99.000



5. INVESTIGACION OPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD: U\$S 434.500

5.1 Consultorías Nacionales

- a) 10 meses consultor por Provincia
- b) Total: 110 meses consultor
- c) Costo mes consultor: U\$S 1.500
- d) Costo Total: U\$S165.000

5.2 Consultorías Internacionales

- a) 1 mes consultor por Provincia
- b) Total: 11 meses consultor
- c) Costo mes consultor: U\$S 7.000
- d) Costo Total: U\$S77.000

5.3 Seminarios Provinciales

- a) 55 seminarios (5 por Provincia)
- b) 10 participantes por seminario
- c) Duración: 10 días
- d) Costo Seminario: U\$S 3.500
- e) Costo Total: U\$S192.500

6. SISTEMA CONTABLE FINANCIEROS COSTOS: U\$S 321.750

6.1 Consultorías Nacionales

- a) 66 meses consultor (6 meses por Provincia)
- b) Costo mes consultor: U\$S 1.500
- c) Costo Total: U\$S99.000

6.2 Seminarios Provinciales

- a) 11 (uno por Provincia)
- b) Duración: 15 días
- c) Participantes: 110 (10 por provincia)
- d) Costo Seminario: U\$S 5.250
- e) Costo Total: U\$S57.750

6.3 Becas Externas (tipo visita observación)

- a) 22 (2 por Provincia)
- b) Duración: un mes
- c) Costo beca: U\$S 3.000
- d) Costo Total: U\$S66.000

6.4 Becas Internas

- a) 66 (6 por Provincia)
- b) Duración: 2 meses
- c) Costo beca: U\$S 1.500
- d) Costo Total: U\$S99.000



7. AREA MEDICA Y PARAMEDICA: U\$S 306.900

7.1 Seminarios Provinciales

- a) 198 (18 por Provincia)
- b) 3.960 participantes (20 por seminario)
- c) Duración: 5 días
- d) Costo Seminario: U\$S 800
- e) Costo Total: U\$S158.400

7.2 Becas Internas

- a) 198 becas (18 por Provincia)
- b) Duración: un mes
- c) Costo beca: U\$S 750
- d) Costo Total: U\$S148.500



COMPONENTE: FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

NIVEL: CENTRAL

1. AREA SISTEMA CONTABLE Y FINANCIERO Y COSTOS

1.1 Consultoría Nacionales

- a) 18 meses consultor: 6 consultores (2 por c/area)
- b) Costo mes consultor: US\$ 1.500
- c) Costo Total: U\$S54.000

1.2 Consultorías Internacionales

- a) 2 meses consultor: (area de costos)
- b) Costo mes consultor: US\$ 6.000
- c) Costo Total: U\$S12.000

1.3 Seminarios-Talleres

- a) 3 seminarios-Talleres nacionales (1 por c/area)
- b) Duración: 5 días c/uno
- c) Participantes: 31 (2 por c/Provincia y 9 del Nivel Central)
- d) Costo por seminario: U\$S 11.100
- e) Costo Total: U\$S 33.300

1.4 Becas Externas

- a) Duración: 2 meses
- b) Costo Beca por mes: U\$S 3.000
- c) Becarios: 3 (uno por c/área)
- d) Costo Total: U\$S 18.000

1.5 Becas Internas

- a) 9 becarios (3 por c/área)
- b) Duración: 1 mes
- c) Costo beca por mes: U\$S 1.500
- d) Costo Total: U\$S ~~13.500~~ 10.500

2. AREA SISTEMA GERENCIAL

2.1 Consultorias Nacionales

- a) 3 meses consultor: (2 consultores, 1 por c/área)
- b) Costo mes consultor: U\$S 1.500
- c) Costo Total: U\$S 4.500

2.2 Consultorias Internacionales

- a) 6 meses consultor: (2 consultores)
- b) Costo mes consultor: U\$S 6.000
- c) Costo Total: U\$S 36.000



Ministerio de Salud y Acción Social

SECRETARIA DE SALUD

2.3 Seminarios-Talleres

- a) 2 seminarios talleres nacionales
- b) Duración: 15 días
- c) Participantes: 30 (2 por c/Provincia y 8 del Nivel Central)
- d) Costo por Seminario: U\$S 20.850
- e) Costo Total: U\$S 41.700

2.4 Becas externas

- a) Duración: 2 meses
- b) Costo beca por mes: U\$S 3.000
- c) Becarios: 4
- d) Costo Total: U\$S 24.000

2.5 Becas Internas

- a) 10 becarios
- b) Duración: 6 meses
- c) Costo beca mensual: U\$S 1.500
- d) Costo Total: U\$S 90.000

3. AREA SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

3.1 Consultorias Nacionales

- a) 36 meses consultor: 6 consultores
- b) Costo mes consultor: U\$S 1.500
- c) Costo Total: U\$S 54.000

3.2 Consultorias Internacionales

- a) 3 meses consultor: 2 consultores
- b) Costo mes consultor: U\$S 6.000
- c) Costo Total: u4s 18.000

3.3 Seminarios-Talleres

- a) 4 seminarios talleres nacionales
- b) Duración: 15 días
- c) Participantes: 20 (3 por c/Provincia y 8 del Nivel Central)
- d) Costo por Seminario: U\$S 11.375
- e) Costo Total: U\$S 45.500

3.4 Becas Externas

3.5 Becas Internas

- a) 11 becarios
- b) Duración: 5 meses
- c) Costo beca mensual: U\$S 1.500
- d) Costo Total: U\$S 82.500

TERMINOS DE REFERENCIA

1. EXPERTO EN MANTENIMIENTO

1.1 Requisitos:

- (a) Deberá ser un ingeniero civil con experiencia en el diseño y operación de sistemas de mantenimiento de edificios y de equipos de naturaleza hospitalaria.
- (b) Se requiere dominio del castellano.
- (c) Ser originario de país miembro del Banco.

1.2 Funciones:

- (a) Revisar los programas de mantenimiento del país y de las provincias, desarrollar el diseño de un sistema propio para el hospital respectivo, que comprenda normas y procedimientos de operación.
- (b) Cooperar en la capacitación del personal responsable de las actividades, a través de los cursos y seminarios.

2. EXPERTO EN ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Requisitos:

- (a) Deberá ser un profesional en el campo de la salud, preferiblemente médico con experiencia en planificación y administración de hospitales.
- (b) Dominio del idioma castellano.
- (c) Originario del país miembro del Banco.

2.2 Funciones:

- (a) Cooperar en el diseño de un programa que comprenda la apertura del hospital y la adecuada organización de los diferentes servicios hospitalarios.
- (b) Colaborar en el programa de adiestramiento del personal a través de los cursos y seminarios provinciales.

3. EXPERTO EN ESTADISTICA Y SISTEMAS DE INFORMACION DE SALUD

3.1 Requisitos:

- (a) Deberá ser un profesional especializado en estadísticas de salud y hospitalarios, con experiencia en diseños de sistemas de información de salud.
- (b) Se requiere el dominio del idioma castellano.
- (c) Deberá ser originario de país miembro del Banco.

3.2 Funciones:

- (a) Cooperar en el diseño de un sistema de información de salud aplicable al hospital del programa.
- (b) Colaborar en el proceso de capacitación del personal responsable del desarrollo de las actividades de estadísticas e información de salud.

4. EXPERTO EN INVESTIGACIONES OPERATIVAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

4.1 Requisitos:

- (a) Deberá ser un profesional de salud, preferentemente médico con experiencia en planificación de salud y administración hospitalaria y haber desarrollado estudios de investigación operativa de los servicios.
- (b) Deberá tener dominio del idioma castellano y ser originario de un país miembro del Banco.

4.2 Funciones:

- (a) Cooperar en el diseño de una metodología de investigación que analice la situación actual y proponga recomendaciones factibles para mejorar el funcionamiento de la red de servicios del área de influencia del hospital del programa.
- (b) Cooperar en el diseño y ejecución de estudios sobre realización de los servicios del hospital y otros establecimientos del área de influencia.
- (c) Cooperar en el diseño y ejecución de estudios sobre grado de satisfacción de los usuarios del hospital.
- (d) Cooperar en la capacitación del personal.

5. EXPERTO EN SISTEMA CONTABLE FINANCIERO

5.1 Requisitos:

- (a) Deberá ser un contador público con experiencia en análisis financieros de servicios de salud.
- (b) Se requiere dominio del idioma castellano, y que sea originario de un país miembro del Banco.

5.2 Funciones:

- (a) Cooperar en el desarrollo de un diseño de una sistema financiero contable hospitalario.
- (b) Coopera en el diseño de un sistema operativo de costos hospitalarios.
- (c) Colaborar en el diseño de un sistema de presupuesto por programa aplicable al hospital.
- (d) Cooperar en el adiestramiento del personal.

NIVELES DE COMPLEJIDADClasificación de Establecimientos

Los establecimientos de salud del país se clasifican en 9 niveles de complejidad según el grado de desarrollo de sus actividades. Los niveles identificados como I-II-V- y VII corresponden a servicios sin internación (ya sea de atención, o sólo de diagnóstico); y III-IV-VI-VII y IX corresponden a los servicios de salud con internación de pacientes para diagnóstico y tratamiento.

Un centro de salud rural que sólo proporcione consulta médica general, obstetricia y Pediatría le corresponderá una complejidad I.

Un centro de salud que proporcione además consulta ginecológica, de cirugía general, odontológica, y que posea laboratorio clínico tendría complejidad II.

Un centro de salud con consulta de medicina y especialidades médicas; pediatría; obstetricia; ginecología; cirugía; odontología; laboratorio clínico y radio-diagnóstico, será de Nivel V.

Un establecimiento que además de los servicios del Nivel V cuente con consulta quirúrgica especializada y con otros servicios de diagnóstico (tomografía, ecografía, etc.) será a nivel máximo de complejidad (VII) en atención médica externa.

Con respecto a los establecimientos con internación (hospitales) de Nivel Secundario o Terciario de atención, pueden asimismo tener distintas complejidades. Así un hospital "rural" corresponde a un nivel de complejidad III para atención médica y de materno-infancia de internación; laboratorio clínico, Rayos X y quirófano. Un hospital con Nivel IV de complejidad tiene atención de internación en medicina, cirugía, pediatría, obstetricia, ginecología y además cuenta con laboratorio clínico, radiodiagnóstico y centro quirúrgico diferenciado.

Un hospital con Nivel VI de complejidad cuenta con los servicios de Nivel IV, más internación de algunas especialidades médico-quirúrgicas (cardiología, endocrinología, gastroenterología, ortopedia, oftalmología, otorrinolaringología, etc.). Además cuenta con servicios especiales: cuidados intensivos indiferenciados, neonatología.

Un hospital de Nivel VIII cuenta con los mismos servicios del Nivel VI, pero además proporciona atención más especializada (neurocirugía, cirugía torácica) y cuenta con servicios especiales: diagnóstico por imágenes (tomografía, ecografía), diálisis, cuidado intensivo diferenciado (unidad coronaria, cuidado intensivo); centro quirúrgico, centro obstétrico, neonatología.

Un hospital de Nivel IX es el establecimiento más especializado de toda la red de servicios de salud. Generalmente los hospitales provinciales están comprendidos dentro del Nivel IV y VI de complejidad.

AREA: SERVICIOS DE SALUD - PUESTA EN MARCHA

ANEXO III-6

Pág. 2 de 3

Valores en Dolares de Sept./86

ACTIVIDAD	CONSULTOR NACIONAL		VIAJES DE/A PCIAS.			OTROS	TOTAL
	Meses/Hombre	Costo	Viajes	Dias	Costo	GASTOS	
Análisis, selección de metodologías y criterios organizativos	60,0	150.000	11	7	5.500		155.500
Diseño de sistemas, Métodos y Procedimientos	84,0	210.000			0		210.000
Elaboración de Manuales de Normas y Procedimientos	18,0	45.000	11	10	7.150		52.150
Grafica de Manuales						4.950	4.950
Programas para computadoras	12,0	30.000				225.000	255.000
Seminarios y Talleres de discusión y Capacitación	22,0	55.000	11	60	34.650		89.650
Asistencia durante la Apertura	13,2	33.000	11	36	21.450		54.450
TOTAL SERVICIOS DE SALUD	209,2	523.000	44	113	68.750	229.950	821.700

AREA: SISTEMAS DE INFORMACION - ESTADISTICA

Valores en Dolares de Sept./86

ACTIVIDAD	CONSULTOR NACIONAL		VIAJES DE/A PCIAS.			OTROS	TOTAL
	Meses/Hombre	Costo	Viajes	Dias	Costo	GASTOS	
Análisis, selección de metodologías y criterios organizativos	24,0	60.000	11	4	3.850		63.850
Diseño de sistemas, Métodos y Procedimientos	12,0	30.000			0		30.000
Elaboración de Manuales de Normas y Procedimientos	12,0	30.000			0		30.000
Grafica de Manuales						1.320	1.320
Programas para computadoras	12,0	30.000	22	60	69.300	120.000	219.300
Seminarios y Talleres de discusión y Capacitación	11,0	27.500	11	30	18.150		45.650
Asistencia durante la Apertura	12,1	30.250	11	33	19.800		50.050
TOTAL SIST. INF. Y ESTADISTICA	83,1	207.750	55	127	111.100	121.320	440.170

AREA: SISTEMAS ADMINISTR.-GERENCIAL Y ECONOMICO-FINANCIERO

Valores en Dolares de Sept./86

ACTIVIDAD	CONSULTOR NACIONAL		VIAJES DE/A PCIAS.			OTROS	TOTAL
	Meses/Hombre	Costo	Viajes	Dias	Costo	GASTOS	
Análisis, selección de metodologías y criterios organizativos	96,0	240.000	22	4	7.700		247.700
Diseño de sistemas, Métodos y Procedimientos	66,0	165.000			0		165.000
Elaboración de Manuales de Normas y Procedimientos	18,0	45.000	11	10	7.150		52.150
Grafica de Manuales						2.640	2.640
Programas para computadoras	12,0	30.000			0	225.000	255.000
Seminarios y Talleres de discusión y Capacitación	33,0	82.500	22	45	52.800		135.300
Asistencia durante la Apertura	7,7	19.250	11	21	13.200		32.450
TOTAL SIST. ADM.-ECON.-FINANC.	232,7	581.750	66	80	80.850	227.640	890.240

AREA: CONSOLIDADO 3 AREAS PARA APERTURA HOSPITALES

Valores en Dolares de Sept./86

ACTIVIDAD	CONSULTOR NACIONAL		VIAJES DE/A PCIAS.			OTROS	TOTAL
	Meses/Hombre	Costo	Viajes	Dias	Costo	GASTOS	
Análisis, selección de metodologías y criterios organizativos	180,0	450.000	44,0	15,0	17.050		467.050
Diseño de sistemas, Métodos y Procedimientos	162,0	405.000	0,0	0,0	0		405.000
Elaboración de Manuales de Normas y Procedimientos	48,0	120.000	22,0	20,0	14.300		134.300
Grafica de Manuales			0,0	0,0	0	8.910	8.910
Programas para computadoras	36,0	90.000	22,0	60,0	69.300	570.000	729.300
Seminarios y Talleres de discusión y Capacitación	66,0	165.000	44,0	135,0	105.600		270.600
Asistencia durante la Apertura	33,0	82.500	33,0	90,0	54.450		136.950
TOTAL CONSOLIDADO	525,0	1.312.500	143	320	260.700	578.910	2.152.110

PRESUPUESTO DETALLADO DE LA

UNIDAD EJECUTORA CENTRAL

(En el equivalente de miles de US\$)

AÑO	1	2	3	4	5	TOTAL
PERSONAL	671	671	671	671	670	3354,0
VIATICOS Y MOBILIDAD	130	145	175	170	120	740,0
CONSULTORIA Y LOCACION OBRAS	250	250	250	150	100	1000,0
EQUIPAMIENTO	80	-	-	-	-	80,0
MUEBLES	60	-	-	-	-	60,0
ALQUILERES Y SERVICIOS	50	50	50	50	50	250,0
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>1000,0</u>
	<u>1441</u>	<u>1316</u>	<u>1346</u>	<u>124,1</u>	<u>1140</u>	<u>6484,0</u>

PRESUPUESTO DETALLADO DE UNA
UNIDAD EJECUTORA PROVINCIAL TIPICA
(En equivalente de miles de US\$)

AÑO <u>a/</u>	1	2	3	<u>TOTAL</u>
PERSONAL <u>b/</u>	51	51	51	153
VIATICOS Y MOBILIDAD	12	20	12	44
CONSULTORIA	12	12	12	36
MUEBLES	20	-	-	20
ALQUILERES Y SERVICIOS	15	15	15	45
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO <u>c/</u>	<u>36</u>	<u>36</u>	<u>36</u>	<u>118</u>
T O T A L	146 ===	134 ===	126 ===	406 ===

a/ El año 1 corresponde al primer año de la UEP y no al año 1 del Programa, el calendario de desembolsos para todas las UEP del Programa se presenta en la página siguiente.

b/ Corresponde al nuevo personal contratado e incluye un pago incremental al personal actual que se dedicaría en forma exclusiva a la UEP.

COSTO UNIDADES EJECUTORAS - CONSOLIDADO SEGUN P.E.P.

Planilla "5"

s de Dolares de Setiembre/86

CONSTRUCCION			TRIMESTRE																			
	DURAC.	INICIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
NES	11	3	26.94	26.94	26.94	26.94	29.44	29.44	29.44	29.44	30.55	30.55	30.55	30.55	39.98	39.98						
	10	3	27.22	27.22	27.22	27.22	29.44	29.44	29.44	29.44	30.69	30.69	30.69	30.69	56.98							
SA	10	3	27.22	27.22	27.22	27.22	29.44	29.44	29.44	29.44	30.69	30.69	30.69	30.69	56.98							
BA	10	4		27.22	27.22	27.22	27.22	29.44	29.44	29.44	29.44	30.69	30.69	30.69	30.69	56.98						
ZA	10	4		27.22	27.22	27.22	27.22	29.44	29.44	29.44	29.44	30.69	30.69	30.69	30.69	56.98						
UAN	10	5			27.22	27.22	27.22	27.22	29.44	29.44	29.44	29.44	30.69	30.69	30.69	30.69	56.98					
	10	7					27.22	27.22	27.22	27.22	29.44	29.44	29.44	29.44	30.69	30.69	30.69	30.69	30.69	56.98		
	10	9							27.22	27.22	27.22	27.22	29.44	29.44	29.44	29.44	30.69	30.69	30.69	30.69	56.98	
	10	9							27.22	27.22	27.22	27.22	29.44	29.44	29.44	29.44	30.69	30.69	30.69	30.69	56.98	
	8	11									28.53	28.53	28.53	28.53	31.94	31.94	31.94	31.94	33.54	33.54	3	
	8	11									28.53	28.53	28.53	28.53	31.94	31.94	31.94	31.94	33.54	33.54	3	
TAL PCIAS. - Trimes.			0.0	81.4	135.8	163.0	163.0	197.2	201.6	258.3	258.3	321.2	323.7	329.3	329.3	399.4	338.1	212.9	155.9	185.4	128.5	1
TAL PCIAS. - Anual			380.2			820.1				1232.4				1279.8				650.9				
CENTRAL - Anual			1440.8			1315.8				1345.8				1240.8				1140.8				
ECUTORAS - Anual			1821.0			2135.9				2578.2				2520.6				1791.7				

SITUACION DE LOS HOSPITALES A REEMPLAZARSE1. CHACO

El hospital "Perrando", ubicado en Resistencia es el establecimiento de mayor complejidad de la provincia. Construido en 1910 con un sistema de pabellones separados entre sí con circulaciones de vehículos, personas y pacientes descubiertas y expuestas a las condiciones climatológicas. Cada pabellón es una sala común para 30 pacientes y dos conjuntos de baños.

En 1958 por falta de espacio, el Servicio de Pediatría se trasladó a un edificio adaptado y que funciona actualmente como hospital pediátrico; ambos hospitales son obsoletos física y funcionalmente. La dotación actual de camas es de 523 y su distribución es la siguiente: cirugía: 118; medicina: 140; obstetricia ginecología: 118; pediatría: 77; y crónicos: 70 (40 para tuberculosis y 30 para psiquiatría). Estas 523 camas significan el 16,6% del total de camas de la provincia incluyendo las privadas y el 44% de la ciudad Resistencia.

La producción de los 2 hospitales para 1984 se presenta a continuación:

<u>Hospital</u>	<u>Egresos</u> <u>a/</u>	<u>Obitos</u>	<u>Tasa de</u> <u>Mortalidad</u> <u>b/</u>	<u>Ocupa-</u> <u>ción</u> <u>%</u>	<u>Promedio</u> <u>Perman.</u> <u>(días)</u>	<u>Giro</u> <u>Camas</u>	<u>Consultas</u> <u>c/</u>
Perrando	9.815	431	4,4	82,5	12,2	22	110.694
Pediátrico	2.149	293	13,6	78,8	10,2	28	77.675
Total	11.964	724	6,0				188.369

Observaciones

- a/ Los egresos significan el 22,2% del total de egresos públicos de la provincia.
 b/ Mortalidad intrahospitalaria elevada (muy elevada en el Pediátrico)
 c/ Las consultas representan el 14,1% del subsector público de la Provincia.

Con respecto a la utilización futura, sólo un pabellón sería utilizado habilitando 40 camas para pacientes geriátricos y psiquiátricos en la modalidad de "hospital-día". Estas 40 camas tendrían el siguiente gasto de funcionamiento anual: gastos de personal: US\$97.500; no personal: US\$10.000; medicinas: US\$19.890; alimentos: US\$43.800; mantenimiento: US\$5.360. Con un total de US\$176.550, cuya responsabilidad sería del Ministerio y de la Sociedad de Beneficiencia Provincia.

2. FORMOSA

El Hospital "Central" ubicado en la capital fue construido en 1924 con un sistema pabellonar propio de su época, con salas comunes para 30 pacientes. Posteriormente (1971) se construyeron con material semi-industrializado los servicios de obstetricia y pediatria que en 1983 tuvieron que acomodarse en otro hospital que había sido construido en 1970 para neuropsiquiatria, que ahora funciona como Hospital "Madre y Niño". Ambos edificios son obsoletos en su funcionamiento.

La dotación de camas de los dos hospitales es la siguiente: cirugía: 68; medicina: 50; pediatria 77; obstetricia-ginecología 60; y crónicos: 28 (tuberculosis). Con un total de 283 camas las cuales significan el 28.3% de todas las camas de la provincia (incluidas las privadas) y el 58,3% de todas las camas de la capital.

La producción para 1984 es la siguiente:

<u>Hospital</u>	<u>Egresos</u> <u>a/</u>	<u>Obitos</u>	<u>Tasa de</u> <u>Mortalidad</u> <u>b/</u>	<u>Ocupa-</u> <u>ción</u> <u>%</u>	<u>Promedio</u> <u>Perman.</u> <u>Días</u>	<u>Giro</u> <u>Camas</u>	<u>Consultas</u> <u>c/</u>
Central	2.635	215	8,2	83,0	17	18	69.948
Madre-Niño	5.198	109	2,1	62,0	6	38	69.726
Total	<u>7.833</u>	<u>324</u>	<u>4,1</u>				<u>139.674</u>

Observaciones

- a/ Los egresos significan el 31,6% del total de egresos del sector público de la provincia.
- b/ Elevada mortalidad hospitalaria en el Hospital Central.
- c/ Las consultas representan el 32,4% del total del Sector Público de la Provincia.

Con respecto a la utilización futura de ambos hospitales, ninguno de ellos será utilizado para atención médica hospitalaria. El Madre y Niño será utilizado para oficinas técnico-administrativas del Ministerio que ahora se encuentran alquilando locales.

3. MISIONES

El Hospital "Madariaga" ubicado en Posadas, construido en 1916 con un sistema de pabellones separados entre sí, con circulaciones abiertas y expuestos a condiciones climatológicas, con salas comunes para 30 pacientes. En 1955 se construyó el pabellón para obstetricia, siendo éste el más "nuevo". Su obsolescencia es tanto física como funcional. Cuenta con 310 camas que representan el 13,4% del total de camas del Sector Salud a nivel provincial y el 27,8 de total de camas de la ciudad, con la siguiente distribución: cirugía 101; medicina: 52;

obstetricia-ginecología: 40; pediatría: 103; y crónicos 14 (tuberculosis).

El actual hospital no será utilizado en el futuro para la atención médico-hospitalaria. La producción del hospital para 1984 fue la siguiente:

<u>Hospital</u>	<u>Egresos</u> <u>a/</u>	<u>Obitos</u>	<u>%</u> <u>Mortalidad</u> <u>b/</u>	<u>Ocupa-</u> <u>ción</u> <u>%</u>	<u>Tasa de</u> <u>Perman.</u> <u>Días</u>	<u>Giro</u> <u>Cama</u>	<u>Consultas</u> <u>c/</u>
Madariaga	10.455	568	5,4	77,3	8,4	34	248.437

Observaciones

- a/ Los egresos significan el 25,8% del total de egresos del sector público de la provincia.
- b/ Mortalidad hospitalaria elevada.
- c/ Las consultas representan el 35,2% de las consultas del sector público de la provincia.

Con respecto a la utilización futura, las instalaciones no serán utilizadas para atención médico hospitalaria. Un pabellón será acondicionado para ocupar oficinas técnico-administrativas del Ministerio de Salud. En el mismo predio se construirá el nuevo hospital.

4. TUCUMAN

El hospital "Padilla" de la ciudad capital, fue construido en 1880 con un sistema pabellonar de salas comunes para 30 pacientes. Los dos últimos pabellones fueron construidos en 1950. Su obsolescencia es marcada, tanto física como funcional. La dotación de camas es de 453 con la siguiente distribución: cirugía: 268; medicina: 178; y crónicos: 7 (lepra). Los pacientes de Pediatría y Obstetricia se encuentran en otros edificios adaptados (hospital de Madre y Niño).

2.80 La producción para 1984 es la siguiente:

<u>Egresos</u> <u>a/</u>	<u>Obitos</u>	<u>Tasa</u> <u>Mortalidad</u> <u>b/</u>	<u>%</u> <u>Ocupa-</u> <u>ción</u>	<u>Perma-</u> <u>nencia</u> <u>(días)</u>	<u>Giro</u> <u>Cama</u>	<u>Consultas</u> <u>c/</u>
7.111	582	8,2	77,0	17,4	15	92.944

Observaciones

- a/ Los egresos significan el 15,0% de los egresos públicos de la provincia.
- b/ Mortalidad hospitalaria muy elevada.
- c/ Las consultas representan el 7,0% del total del sector público de la provincia.

Las instalaciones no serían realizadas para atención médico-hospitalaria.

5. SALTA

El Hospital "Del Milagro" de la ciudad capital fue construido en 1884 básicamente para la atención de tuberculosis y lepra; con las características de la época: pabellones, con salas comunes para 30-40 pacientes. En 1913 se construyó al lado, el hospital materno-infantil. Física y funcionalmente están completamente obsoletos. La dotación de camas es de 576 y su distribución es la siguiente: cirugía: 110; medicina: 82; obstetricia y ginecología: 108; pediatría: 226; y crónicos: 50 (30 para tuberculosis y 20 para convalecientes).

La producción de los 2 hospitales es la siguiente:

<u>Hospital</u>	<u>Egresos</u> <u>a/</u>	<u>Permanencia</u> <u>(días)</u>	<u>Giro</u> <u>Cama</u>	<u>Consultas</u> <u>b/</u>
Milagro	2.070	27	9	122.996
Madre y Niño	14.696	6	45	187.170
Total	16.766			310.166

Observaciones

a/ Los egresos significan el 25,2% del total de la Provincia (públicos).

b/ Las consultas representaron el 18,2 del total de la Provincia.

El Hospital "Del Milagro" será demolido y allí mismo se construirá el nuevo hospital, el hospital Madre y Niño será parcialmente utilizado por oficinas técnicas del Ministerio de Salud Provincial.

6. SANTA FE

El Hospital "Cullen" de la Ciudad Capital fue construido en 1904 y pertenece a la Sociedad de Beneficencia de la Provincia. Esta configurado por dos patios centrales alrededor de los cuales se encuentran los pabellones con salas comunes para 30-40 pacientes. En 1940 se construyó un bloque de 3 plantas para los servicios de obstetricia y ginecología; y hace 5 años se tuvo que clausurar dos pabellones (neonatología y pediatría) por hundimiento y derrumbe. Su grado de obsolescencia es marcada física y funcionalmente.

Su dotación es de 418 camas con la siguiente distribución: cirugía 201; medicina: 120; obstetricia y ginecología: 77; y pediatría: 20.

La producción del hospital es la siguiente:

<u>Egresos</u> <u>a/</u>	<u>Obitos</u>	<u>%</u> <u>Mortalidad</u> <u>b/</u>	<u>Ocupa-</u> <u>ción</u> <u>%</u>	<u>Perma-</u> <u>nencia</u> <u>(días)</u>	<u>Giro</u> <u>Cama</u>	<u>Consultas</u> <u>c/</u>
9.526	558	5,9	71,1	11,4	22,8	132.547

Observaciones

- a/ Los egresos significan el 12,0% del total de los egresos públicos de la Provincia.
b/ Tasa de mortalidad hospitalaria elevada.
c/ Las consultas representan el 6,4% del total de los públicos de la provincia.

En cuanto a la utilización futura, el edificio será entregado a la Sociedad de Beneficencia de la Provincia. Parece ser que sería utilizado parcialmente para residencia de ancianos (El bloque "nuevo"). Los gastos recurrentes para 30 camas sería de US\$128.325 al año, se describinan así: Serv. personales: 78.000; Servicios no personales y mantenimiento: 12.000; medicamentos: 10.850; y alimentos: 27.375.

7. CORDOBA

El Hospital "Santísima Trinidad" de la ciudad capital fue construido en 1894 por la Sociedad de Beneficencia de Córdoba para la atención pediátrica. Constituye un mosaico de edificios de 3 épocas (1894 - 1930 y 1950) con circulaciones abiertas y cerradas. Su dotación es de 208 camas pediátricas en salas de 16-20 pacientes cada una. El actual edificio no será utilizado para la atención médico-hospitalaria.

La producción del hospital en 1984 fue:

<u>Egresos</u>	<u>Obitos</u>	<u>%</u> <u>Mortalidad</u> <u>a/</u>	<u>Ocupa-</u> <u>ción</u> <u>%</u>	<u>Perma-</u> <u>nencia</u> <u>(días)</u>	<u>Giro</u> <u>Cama</u>	<u>Consultas</u>
4.525	183	4,0	82,8	11,8	24,3	172.732

Observaciones

- a/ Tasa de mortalidad hospitalaria en el límite superior.

8. MENDOZA

El hospital "El Carmen" de la ciudad capital construido en 1896 tenía una dotación de 200 camas, fue demolido en 1985 a causa de los daños sufridos por el sismo ocurrido ese año, pertenecía a la obra social de empleados públicos de la Provincia.

Durante 1984 (último año de funcionamiento) el hospital tuvo la siguiente producción:

<u>Egresos</u> <u>a/</u>	<u>Obitos</u>	<u>%</u> <u>Mortalidad</u> <u>b/</u>	<u>Ocupa-</u> <u>ción</u> <u>%</u>	<u>Perma-</u> <u>nencia</u> <u>días</u>	<u>Giro</u> <u>Cama</u>	<u>Consultas</u> <u>c/</u>
3.694	282	7,6	83,3	13,0	20,3	79.032

Observaciones

a/ Los egresos significan el 4,6% del total del sector público de la Provincia.

b/ Tasa de mortalidad hospitalaria elevada.

c/ Las consultas representan el 4,7% del total del sector público de la Provincia.

9. SAN JUAN

El Hospital "Rawson", construido en 1920 con la estructura pabellonar. De los 19 pabellones que lo constituyen, 7 fueron construidos después del terremoto de 1944; y todos presentan actualmente una degradación de su estructura física que representa un serio riesgo dada las condiciones sísmicas de la provincia. El hospital tiene 536 camas con la siguiente distribución: cirugía: 151; medicina: 93; obstetricia y ginecología: 148; pediatría: 134; y crónicos: 10 (psiquiatría).

La producción en 1984 fue la siguiente:

<u>Egresos</u> <u>a/</u>	<u>Obitos</u>	<u>%</u> <u>Mortalidad</u> <u>b/</u>	<u>Ocupa-</u> <u>ción</u> <u>%</u>	<u>Perma-</u> <u>nencia</u> <u>(días)</u>	<u>Giro</u> <u>Cama</u>	<u>Consultas</u> <u>c/</u>
16.824	608	3,6	66,6	7,7	31,3	219.559

Observaciones

a/ Los egresos significan el 53,0% del total de la Provincia. (Públicos)

b/ Tasa de mortalidad hospitalaria dentro de límites normales.

c/ Las consultas representaron el 43% del total de la Provincia. (Públicos)

Las condiciones de la planta física no permite su utilización futura.

10. RIO NEGRO

El Hospital de "Cipolletti" fue construido en 1901 y hace 2 años sufrió graves daños en su estructura que tuvo que evacuarse los pacientes y acomodarse en 4 edificios separados e inadecuados para la atención médica. En el edificio del hospital sólo funciona la consulta externa;

las urgencias de adulto; el servicio social y las dependencias administrativas. Esta planta física se está actualmente reparando. En una casa adaptada funciona el programa de salud mental; el consultorio de oftalmología, la atención médica primaria y la cocina y lavadero. En una clínica privada se ha alquilado una planta para 36 camas para obstetricia, ginecología y pediatría. En un cuarto local ubicado en un barrio periférico funciona la internación de medicina y cirugía. La ambulancia hace el transporte de pacientes, ropa, comida, medicamentos, etc. entre uno y otro local. Cuenta con 77 camas distribuidas así: cirugía: 16; medicina: 25; tocoginecología: 12; pediatría: 24.

La producción del hospital en 1984 fue:

<u>Egresos</u> <u>a/</u>	<u>Obitos</u>	<u>%</u> <u>Mortalidad</u> <u>b/</u>	<u>Ocupa-</u> <u>ción</u> <u>%</u>	<u>Perma-</u> <u>nencia</u> <u>(días)</u>	<u>Giro</u> <u>Cama</u>	<u>Consultas</u>
1.876	68	3,6	63,5	9,0	24,6	7.267

Observaciones

a/ La mayoría de pacientes graves son atendidos en Neuquen.

b/ Tasa de mortalidad hospitalaria está dentro de límites normales.

El edificio que está siendo reparado será utilizado para la atención de pacientes crónicos, adaptándose a 30 camas, con un gasto anual de US\$128.325 que se distribuyen: personal: 78.000; mantenimiento y no personal: 12.000; medicamentos: 10.950; y alimentos: 27.375.

11. NEUQUEN

En esta provincia no hay hospital de reemplazo, ya que es el único establecimiento nuevo del programa.

A R G E N T I N A

AR-0045

CONVENIO DE PARTICIPACION

-----Entre el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, en adelante el "MINISTERIO", representado en este acto por el señor _____ y el Gobierno de la Provincia de _____, en adelante "LA PROVINCIA", representada en este acto por el señor _____, se celebra el presente convenio relacionado con la ejecución de un "Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de Salud" del que forma parte esta Provincia, enmarcado en el Contrato de Préstamo B.I.D. _____, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: "LA PROVINCIA" se obliga a entregar en comodato, hasta la entrega definitiva del hospital proyectado a la Provincia, al "MINISTERIO" un terreno de su propiedad cuyos datos son: _____ en el cual éste a través de la UNIDAD EJECUTORA CENTRAL DEL PROGRAMA construirá y equipará un hospital, siguiendo las especificaciones técnicas que la propia UEC aportará. Asimismo "LA PROVINCIA" se compromete a no sustituir el terreno antes individualizado por ningún motivo y suministrará un certificado de dominio actualizado de dicho inmueble. Debiendo el mismo disponer de suficiente agua potable, servicio telefónico, gas, electricidad, servicios cloacales, etc. Asimismo "LA PROVINCIA" propiciará el dictado del acto administrativo o legal que según su propia legislación resulte necesario para cumplir con el comodato establecido.

SEGUNDA: "LA PROVINCIA" por intermedio de su Ministerio de Salud o Secretaría de Salud, según corresponda, designará para participar en la ejecución de las obras a realizar en el marco del presente convenio, un organismo denominado en adelante "UNIDAD EJECUTORA PROVINCIAL - UEP", la que deberá llevar a cabo las tareas que delegue la UEC. La UEP deberá adaptar su funcionamiento y operaciones al reglamento que sobre el particular fije la UEC para el programa. Asimismo, "LA PROVINCIA" deberá: (a) designar oportunamente y de acuerdo al requerimiento que le formule la UEC el personal profesional, técnico, administrativo y de apoyo, para que la UEP pueda cumplir con sus funciones; (b) asignar los locales, muebles y la movilidad dentro del radio de ubicación del hospital a construirse que sean necesarios; y (c) designar un representante para que participe en los actos licitatorios, que serán llevados a cabo por la UEC.

TERCERA: "LA PROVINCIA" se obliga, a requerimiento del "MINISTERIO", a nombrar el personal que integrará la dotación de su nuevo hospital dentro del plazo de sesenta días desde que se formule el requerimiento, dándole a dicho personal las facilidades para que pueda recibir la capacitación necesaria para el manejo del hospital proyectado y prestar todo el apoyo necesario que le sea solicitado por la UEC.

1/ Se adaptará la redacción al caso concreto según el nivel de disponibilidad que el terreno posea de los servicios requeridos, de acuerdo a lo previsto en el Apéndice III A-2-c y d.

CUARTA: La UEC será la responsable de la ejecución del programa. El mismo comprende: (a) la realización de todos los actos necesarios para la contratación y ejecución de las obras y la compra e instalación del equipamiento del futuro hospital; (b) el diseño de los sistemas, métodos y procedimientos de operación y mantenimiento del nuevo hospital; y (c) la formulación y puesta en práctica de un programa de capacitación para el personal del hospital proyectado.

QUINTA: "LA PROVINCIA" deberá arbitrar todo lo necesario para constituir el nuevo hospital en un "efector" de las Obras Sociales Provinciales que actúen en ella, de manera tal que parte del costo de funcionamiento del nuevo establecimiento pueda ser solventado con los recursos provenientes de la facturación de los servicios que, a dichas Obras Sociales se les pueda brindar de acuerdo al nomenclador que se establezca. A los efectos de lograr más acabadamente el objetivo previsto, "LA PROVINCIA" deberá desarrollar formas de participación de la comunidad en la gestión de su nuevo hospital.

SEXTA: "LA PROVINCIA" deberá: (a) presentar y poner en práctica durante un período de 10 años un plan anual de mantenimiento del hospital de acuerdo a las normas elaboradas por la UEC, debiendo presentarse el primero de ellos durante el proceso de apertura del hospital; (b) poner en práctica el plan de operación y mantenimiento, los sistemas, métodos y procedimientos del hospital, incluyendo el presupuesto descentralizado que será elaborado mediante el Sub-programa de Fortalecimiento Institucional, que incluirá los procedimientos para identificar a los afiliados de las obras sociales para cumplir con fines estadísticos, así como para proceder a la facturación a aquellas obras sociales con las que se hayan firmado convenio; y (c) proporcionar toda la información necesaria para la evaluación a posteriori, de acuerdo a las normas de procedimiento elaboradas por la UEC.

SEPTIMA: "LA PROVINCIA" queda obligada por el término de cinco años a presentar a partir de la puesta en marcha de su nuevo hospital, un informe anual sobre su estadística médica y de costos, de acuerdo al modelo que establezca la UEC.

OCTAVA: El Ministerio de Salud y Acción Social a través de la UEC, colaborará en forma conjunta con la Provincia, de acuerdo a los términos de contrato de préstamo BID _____, en la elaboración de: (a) un plan de crecimiento futuro del nuevo hospital; (b) el programa de utilización y destino de las instalaciones actuales a sustituir por el nuevo hospital, que no podrá incluir su uso para atenciones médico-hospitalarias, excepto para pacientes crónicos cuando así se justifique; (c) la puesta en marcha y correcto funcionamiento del nuevo establecimiento; y (d) una evaluación del nivel de cumplimiento de los objetivos del programa.

NOVENA: Una vez finalizada la puesta en funcionamiento del hospital proyectado, el "MINISTERIO" transferirá en propiedad a "LA PROVINCIA" el mismo, y ésta se obliga a recibirlo y a cumplir con todo lo estipulado en el presente convenio y a proveer lo necesario para solventar sus gastos de mantenimiento y funcionamiento. En caso de incumplimiento de las obligaciones previstas, se propiciará el dictado de la norma legal que posibilite reasignar el crédito que se le asignare a la Provincia en el presupuesto de la Nación (fondos PAS o la partida que lo sustituyere) en la medida que resulte necesario para asegurar el plan de mantenimiento y funcionamiento del hospital.

DECIMA: "LA PROVINCIA", a través de su Ministerio de Salud o Secretaría de Salud según corresponda, se compromete a presentar semestralmente al

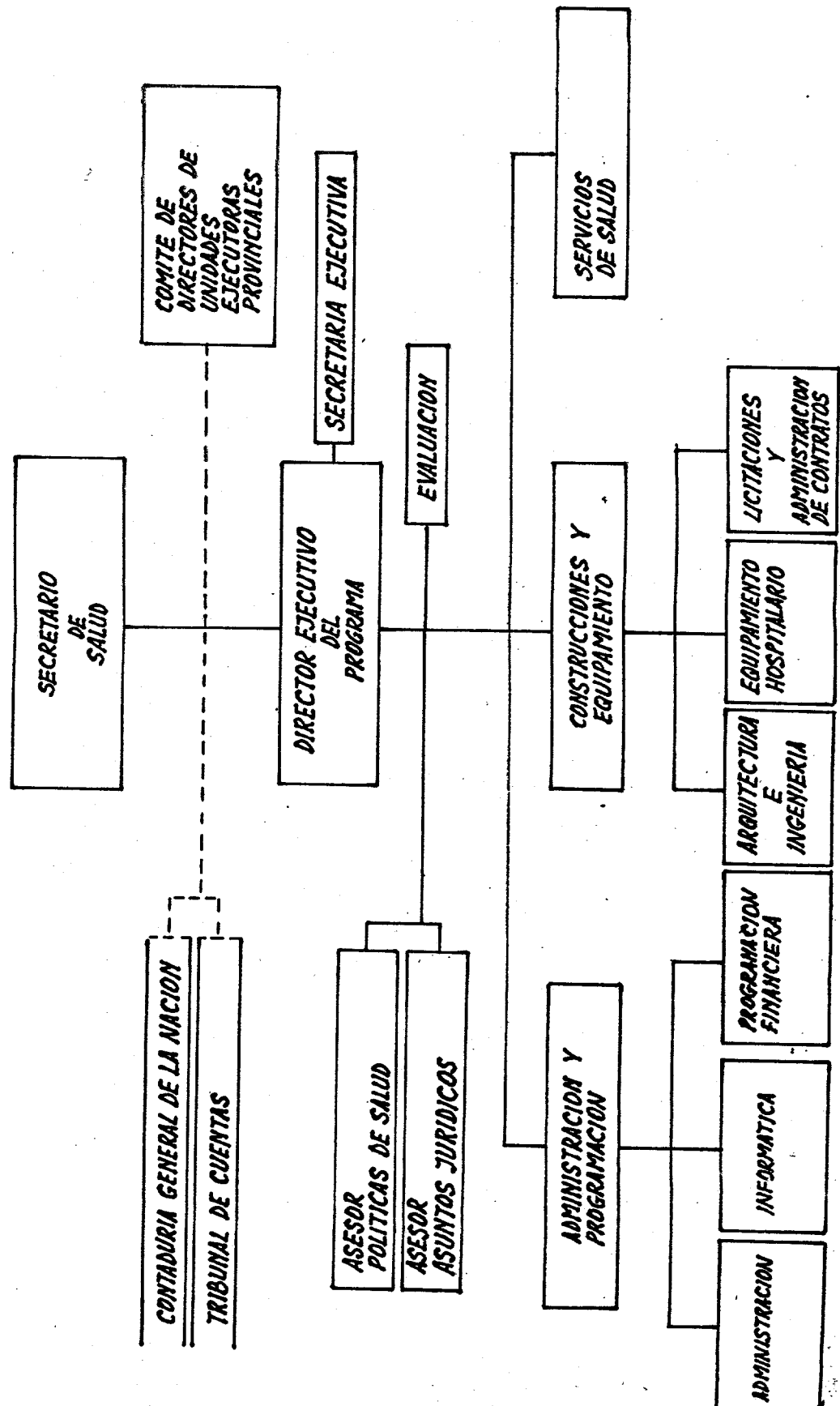
Ministerio de Salud y Acción Social, a partir de la puesta en servicio del hospital y hasta un año después del último desembolso, un informe sobre la labor que se ha realizado con Obras Sociales para prestar servicios a sus asociados a través del hospital del Programa. Este informe presentará el número de facturaciones, el monto facturado y el monto pagado por cada Obra Social en el semestre anterior. Este requerimiento responde a las obligaciones asumidas por la Nación en el convenio de préstamo BID _____.

UNDECIMA: Durante los ejercicios presupuestarios correspondientes a los años 1987-1991 los fondos correspondientes a la Partida principal 3220 "Aportes a Provincias y Territorio Nacional" correspondientes al programa 036-Apoyo a Provincias para Programas de Salud, Jurisdicción 81 - Secretaría de Salud, conformarán los fondos de contrapartida nacional del Programa de Rehabilitación de la Infraestructura Hospitalaria de "LA PROVINCIA". En caso que la total ejecución del programa lo demande, el período antes mencionado podrá ser ampliado, quedando "LA PROVINCIA" debidamente notificada y aceptándolo.

DUODECIMA: La falta de cumplimiento de las cláusulas del presente convenio por una de las partes, dará a la otra el derecho a exigir su cumplimiento o su denuncia, sin perjuicio de otras consecuencias jurídicas que el ordenamiento legal contemple, comenzando a regir el mismo a partir del día siguiente al de su firma. Las partes establecen los siguientes domicilios especiales en los cuales será válida toda comunicación y notificación que recíprocamente se cursen a saber, "EL MINISTERIO, en la _____ - _____ de la Ciudad de Buenos Aires, y LA PROVINCIA en la calle _____ de la Ciudad de _____.

CONVENIO (AR0045)

PROGRAMA SS/BID

ORGANIGRAMA DE UNIDAD EJECUTORA CENTRAL

ORGANIZACION EJECUTIVA DEL PROGRAMA

1. MARCO GENERAL

El Ejecutor del Programa sera el Ministerio de Salud y Accion Social, a traves de la Secretaria de Salud. La Direccion Nacional del Programa sera ejercida por el Secretario de Salud, de quien dependera directamente una Unidad Ejecutora Central, de aqui en adelante denominada UEC, la cual sera la encargada de ejecutar el Programa.

La UEC debera atender al desenvolvimiento de dos sub-programas, como responsable del cumplimiento de los objetivos previstos para cada uno de ellos, dentro del plazo estipulado.

a) Construcciones y Equipamiento:

Construccion y Equipamiento de los 11 Hospitales, listos para su entrada en operacion, dentro de las normas y criterios preestablecidos.

b) Fortalecimiento Institucional:

Desarrollo de un programa destinado a la proveer al personal de los Hospitales de un sistema organizativo y de un nivel de capacitacion que permitan colocar la calidad de las prestaciones a un nivel en consonancia con el de la infraestructura prevista, manteniendo un nivel de costos adecuado y contribuyendo a los sistemas sanitarios provinciales.

La UEC dispondra de un periodo de 5 anos a partir de la firma del contrato de prestamo con el BID, para ejecutar el Programa, con los fondos a ser desembolsados por los recursos locales y del BID que se asignan al Programa, por un monto total equivalente a 285 millones de dolares.

Para el mejor cumplimiento de su mision, la UEC contara con la colaboracion, en cada Provincia integrante del Programa, de una Unidad Ejecutora Provincial, en adelante denominada UEP, en la cual delegara algunas de sus funciones. La UEP sera creada en el marco del Ministerio o Secretaria de Salud provincial, segun corresponda, de acuerdo a lo que se establece en el convenio a ser firmado entre el Ministerio de Salud y Accion Social de la Nacion y cada una de las Provincias.

La UEC se integrara con un equipo de personal de la maxima calificacion profesional posible, el cual sera contratado como locacion de servicios por el periodo necesario, que en la mayoria de los casos sera el de la duracion del programa, pero nunca superior al mismo.

Debido a las características del programa es previsible la existencia de picos de trabajo en ciertos periodos, que seran suplidos mediante la contratacion de profesionales para la ejecucion de actividades especificas con duracion prefijada, como locacion de obra. En los casos en que resulte necesario, la UEC podra contratar servicios de consultoria y/o asesoramiento por periodos y en temas preestablecidos, ya sea a traves de expertos individuales o de firmas consultoras o de servicios. La UEC podra contar tambien con el apoyo de consultores de organismos internacionales (OPS y PNUD), si bien que, en principio, dichas consultorias, al igual que la mayor parte de las contrataciones de obras o servicios especificos que se efectuen, se destinaran al Sub-Programa de Fortalecimiento Institucional y no al funcionamiento de la UEC.

Las UEP se constituirán dentro de lo posible con personal de planta de la Administración Pública Provincial, a los cuales se les reconocerá un adicional salarial por su participación en la UEP. En aquellos casos en no se disponga de personal para cumplir algunas de las funciones previstas, se efectuarán contrataciones con un régimen similar, en lo posible, al de la UEC. Para algunas de las actividades puntuales se prevé la contratación de consultores especializados.

La administración del Programa será efectuada por la UEC con la intervención de la Dirección de Administración de la Secretaría de Salud, la auditoría de la Contaduría General de la Nación y la intervención del Tribunal de Cuentas.

Los gastos que demande el funcionamiento de la UEC así como los gastos incrementales de las UEP serán financiados por el propio Programa, con fondos de contrapartida nacional.

Como órgano consultivo en relación a la marcha de la ejecución del Programa, será creado un Comité de Directores de Unidades Ejecutoras Provinciales, presidido por el Secretario de Salud en su carácter de Director Nacional del Programa e integrado por los Directores de cada una de las UEP y al Director Ejecutivo de la UEC.

2. FUNCIONES

Las funciones a ser cumplidas por la UEC y por las UEP pueden ser agrupadas en tres grandes áreas.

2.1. Ejecución de los 11 Hospitales

Corresponde a la puesta en práctica de todos los actos necesarios para la contratación y ejecución de las obras y la compra e instalación del equipamiento para los 11 Hospitales, comprendiendo:

- a) Diseño arquitectónico y de ingeniería, a nivel de proyecto final para licitación y elaboración de los pliegos completos para las obras, para todos los hospitales que en la fase de formulación fueron aprobados a nivel de ante-proyecto;
- b) Actos licitatorios para las 11 obras: precalificaciones, licitaciones, adjudicaciones y negociaciones;
- c) Inspección y supervisión de las obras, programación y seguimiento y administración de los contratos;
- d) Evaluación de proveedores de equipamientos y de posibles fuentes de financiamiento comercial;
- e) Actos licitatorios referidos al equipamiento hospitalario: precalificaciones, licitaciones, adjudicaciones y negociaciones;
- f) Recepción, instalación y aprobación de los equipamientos y administración de los contratos.

Las UEP intervendrán en los ítems "a" y "e", siendo sus funciones:

- a) Inspección de obras, recepción de certificados, aprobación de las mediciones. La UEC efectuará la supervisión y auditoría, dando apoyo a las UEP en lo que sea necesario;

b) Recepcion, instalacion y aprobacion de los equipamientos, bajo la supervision de la UEP.

2.2. Fortalecimiento Institucional

Corresponde a la ejecucion de todos los actos necesarios para el cumplimiento del sub-programa, que comprende:

a) Programa de formacion basica complementaria en el area administrativo-gerencial para el futuro personal directivo de los Hospitales y de sus principales sectores;

b) Analisis y diseno de sistemas, metodos y procedimientos medicos y gerenciales con sus correspondientes manuales, para un adecuado funcionamiento de los Hospitales, incluyendo los sistemas de computacion, configuracion y software para los sectores de los hospitales a ser informatizados;

c) Diseno del programa de apertura del hospital;

d) Programa de entrenamiento para el personal de cada sector, incluyendo asistencia durante el proceso de prueba en vacio y apertura del Hospital.

Para ello, debera elaborar programas de accion y terminos de referencia detallados, seleccionar contratar y recibir los productos de firmas consultoras, expertos y consultores individuales y docentes, organizar las diversas actividades, seleccionar participantes y becarios, solicitar, recibir y atender consultores de organismos internacionales.

Las UEP tendran la funcion de actuar como enlace con el personal que estara a cargo del futuro Hospital, organizando la infraestructura para las actividades en la provincia asi como los viajes necesarios.

2.3. Programa Global

Corresponde a la ejecucion de todos los actos necesarios para que puedan ser ejecutadas eficazmente las actividades de las otras areas y para un adecuado funcionamiento del programa en su totalidad, en sus aspectos gerenciales, institucionales y financieros, asi como el seguimiento permanente de su marcha para control y posterior evaluacion. Comprende:

a) Apoyo administrativo interno;

b) Apoyo en Informatica y Modelos matematicos, incluyendo desarrollo previo y procesamiento del software necesario para las operaciones de los contratos y del Programa;

c) Programacion y Control Financiero, incluyendo la autorizacion de compromisos, aprobacion de libramientos y solicitud de desembolsos;

d) Administracion de la Cuenta Especial, incluyendo Servicio Administrativo del Programa;

e) Relaciones institucionales: BID, Organismos Internacionales, Reparticiones y Organismos de la Administracion Publica;

f) Seguimiento y control de la marcha del programa;

g) Preparacion de la evaluacion ex-post.

3. ORGANIZACION DE LA UEC

La UEC estara dirigida por un Director Ejecutivo del Programa, que dependera directamente del Secretario de Salud, el que ejercera las funciones de Director Nacional del Programa.

Internamente, la UEC se organizara en tres grandes areas (ver Organigrama) que en lineas generales se corresponden con las 3 areas en las que fueron agrupadas las funciones en el item "2".

3.1. Construcciones y Equipamiento

Es el area responsable por las funciones indicadas en "2.1.", para lo cual se subdivide a su vez en 3 sectores:

- * Arquitectura e Ingenieria
- * Equipamiento Hospitalario
- * Licitaciones y Administracion de Contratos

Los 2 primeros sectores abarcan las funciones especificamente tecnicas, siendo responsabilidad del tercero las funciones administrativas, comerciales y financieras relativas a las precalificaciones, licitaciones y contratos.

3.2. Servicios de Salud

Funcionando como un equipo unico, sera responsable de todas las funciones relativas al sub-programa de Fortalecimiento Institucional, segun se indica en "2.2".

3.3. Administracion y Programacion

Es el area responsable por la ejecucion de las actividades destinadas a cumplir con las funciones agrupadas en el item "2.3.", con excepcion de los asuntos juridicos y la evaluacion. Para ello se subdivide en tres sectores:

- * Administracion
- * Informatica
- * Programacion Financiera

El primer sector esta a cargo del servicio administrativo interno y de brindar apoyo de infraestructura administrativa a todos los sectores de la UEC.

Informatica, cumplira las funciones de elaboracion y procesamiento propias del area referidas al Programa (administracion, programacion y control, estadisticas) y tambien de los contratos, dando ademas apoyo a las otras areas.

Programacion Financiera debera programar y controlar la marcha financiera del Programa y de la Cuenta Especial, desembolsos del BID y de contraparte, preparando tambien los informes periodicos.

3.4. Otros Sectores

En dependencia directa del Director Ejecutivo, se localiza el sector:

- * Evaluacion

que tendra a su cargo las funciones de control de la marcha del programa y preparacion de la evaluacion ex-post.

Tambien dependeran del Director Ejecutivo los asesores especiales en:

- * Politicas de Salud

- * Asuntos Juridicos

4. ESQUEMA ADMINISTRATIVO

Todo el manejo administrativo del Programa, Cuenta Especial, Contratos y gastos propios de la UEC sera procesado por la UEC a traves de su area ADMINISTRACION Y PROGRAMACION, con la intervencion de las otras areas en lo que se refiere al analisis y eventual negociacion sobre certificados o sobre servicios, con el apoyo del sector de Informatica para el proceso de los mismos y con la intervencion de Programacion Financiera si hubiera alteracion en compromisos futuros. Una vez aprobado por el area correspondiente, toda la documentacion sera entregada al sector Administracion, que abra el expediente correspondiente preparando el libramiento, autorizando el desembolso y contabilizando en la Cuenta Especial y en la cuenta corriente bancaria propia del Programa. La intervencion de la Direccion de Administracion de la Secretaria de Salud se dara a pedido de la UEC, que girara el expediente para la firma del libramiento y el correspondiente pago por la Tesoreria de la Secretaria, girando sobre la Cuenta Corriente del Programa.

5. ORGANIZACION DE LAS UEP

La UEP de cada Provincia, debera comenzar a funcionar tres meses antes del inicio de las obras, o sea coincidiendo con la fase de preadjudicacion, finalizando su cometido con la puesta en funcionamiento del Hospital, prevista para los seis meses siguientes a la finalizacion de las obras. Por lo tanto operara durante un periodo nueve meses mayor que la duracion de la construccion.

Teniendo en cuenta las funciones atribuidas a la UEP, su organizacion es relativamente sencilla. Su maxima autoridad sera el Director Ejecutivo, que respondera al Ministro o Secretario de Salud Provincial y del cual dependeran directamente cuatro sectores.

- * Construcciones

Cumplira las funciones de Inspeccion de Obra y control de avance fisico y mediciones, aprobando u observando los certificados del contratista. Funcionara durante todo el periodo con personal variable de acuerdo a los cronogramas previstos de obra. Contara con el refuerzo de consultores para especialidades de Ingenieria muy especificos y con requerimiento en fases puntuales, que no justifican la contratacion de personal al efecto.

*** Equipamiento Hospitalario**

Debera cumplir las funciones de preparar la recepcion, recibir, controlar la instalacion y la prueba del equipamiento, verificando el cumplimiento de las especificaciones tecnica. Comenzara a funcionar seis meses antes de la finalizacion de la obra.

*** Servicios de Salud**

Debera cumplir las funciones indicadas para las UEP en el sub-programa de Fortalecimiento Institucional (item "2.2."). Funcionara durante todo el periodo.

*** Administracion y Contratos**

Sera responsable de la administracion de la UEP, del apoyo de infraestructura a la misma, de la recepcion y verificacion formal de los certificados y su envio a la UEC.

6. MODALIDAD DE CONTRATACION

Actualmente el Gobierno Nacional se encuentra realizando el maximo esfuerzo posible, en orden a lograr una reduccion del numero de empleados publicos, sin que ello de lugar a un problema de tipo social. La reduccion se esta logrando por un decrecimiento vegetativo y no por despidos u otras formas posibles de desplazamiento del empleado publico.

En atencion a lo expuesto en el parrafo precedente, es que se arbitrara una modalidad de contratacion para el personal que desempeñe funciones de UNIDAD EJECUTORA Central del Programa, que no signifique un incremento innecesario en la dotacion permanente de empleados publicos.

Tambien debe ser considerado y como de fundamental importancia, el hecho de que el referido personal debe contar con el maximo nivel de idoneidad profesional que resulta indispensable para la correcta ejecucion del Programa.

En consideracion a lo mencionado en los parrafos precedentes, la mejor modalidad de contratacion para el personal que dependa o cumpla funciones en la Unidad Ejecutora Central del Programa es la "Locacion de Servicios" y la "Locacion de Obra".

Estas dos opciones obedecen a distintas necesidades operativas que la propia U.E.C. podra requerir para su desenvolvimiento. En el primer caso, la "locacion de servicios" se empleara para el personal cuyas tareas resulten necesarias durante toda la ejecucion del proyecto. El supuesto de "locacion de obra" es para la contratacion de profesionales, a los cuales se le encargara la realizacion de un trabajo perfectamente delimitado en cuanto a su extension.

En ambos supuestos, la retribucion que perciba el personal contratado, lo sera en concepto de honorarios y los mismos no se encuentran sujetos a descuentos ni aportes al sistema provisional.

Con relacion a la prohibicion de efectuar contrataciones, establecida en los Decretos 983/85 y 2256/85, cabe destacar que, habiendo sido establecida la prohibicion por Decretos, la misma puede ser exceptuada mediante otro Decreto. Dado que la UEC debera ser creada por Decreto del Poder Ejecutivo Nacional, en el mismo se establecera expresamente la excepcion a las contrataciones del personal de la misma, de lo dispuesto en los ya mencionados Decretos.

7. PERSONAL Y COSTOS

7.1. Gastos de Ejecucion

En la Planilla "1", se presenta el personal que cumplira las diversas funciones en la UEC durante los 5 anos del periodo de ejecucion del Programa, con sus remuneraciones, sub-totales por sector y total de las mismas, ano por ano. Debe notarse que la misma esta anualizada a partir del mes 1 del ano 1 del programa, independientemente de las fechas reales que resulten de la fecha de firma del contrato.

En la misma planilla se incluyen los demas gastos necesarios para el funcionamiento de la UEC. Los montos correspondientes a "Viaticos y Movilidad" se estimaron a partir del cronograma indicado en el PEP del Programa. Los "Equipamientos" corresponden a copiadoras de planos, fotocopidora, micro-computadoras, maquinas de calcular y de escribir. Los gastos de "Alquileres y Servicios" y "Gastos de Funcionamiento" resultan de la cantidad de personal y de la carga de trabajo en funcion del PEP. El rubro "Consultoria y Locacion de Obra" se destina a atender picos transitorios en la carga de trabajo, mediante el regimen de locacion de obra indicado en el item "6".

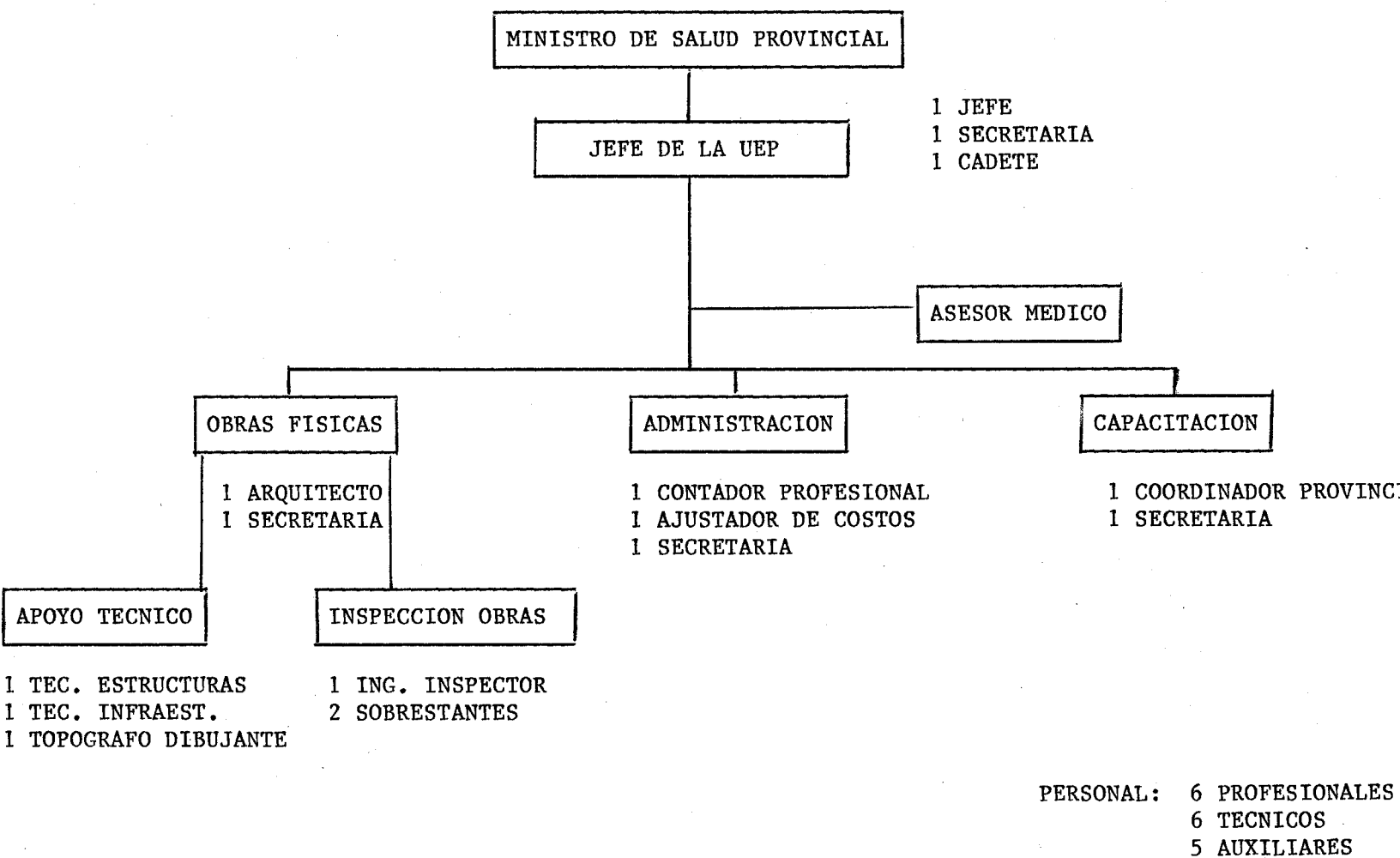
En las planillas "2A", "3A" y "4A", similares a la "1", se presenta la lista de personal, con sus costos y demas gastos para las UEP, en 3 modelos, segun la duracion de la obra, de la cual resulta el periodo de funcionamiento de la UEP y la distribucion de la carga de personal y gastos. Las correspondientes planillas "B", presentan un resumen de los gastos, separados en incrementales y no incrementales. El criterio es considerar gastos incrementales a:

- * 40% de los gastos con personal
- * 100% de los gastos de viaticos y movilidad y de la consultoria
- * 50% de los gastos en muebles e instalaciones
- * 0% de los gastos de alquileres y servicios
- * 30% de los gastos de funcionamiento

Todas las planillas parten del mes 1 del ano 1, correspondiente a tres meses antes del inicio de la obra, prevista para el mes 3 del ano 1. Para la consolidacion de los gastos de las 11 provincias debe tomarse en cuenta la fecha de inicio prevista para cada obra en el PEP. Esta consolidacion se encuentra en la planilla "5".

La totalidad de los gastos de la UEC asi como el total de los gastos incrementales de las UEP se imputan a la categoria de inversion: "Ingenieria y Administracion" del Programa, siendo asumidos con fondos de contrapartida nacional.

ORGANIGRAMA Y PERSONAL DE LAS UNIDADES EJECUTORAS PROVINCIALES (UEP)



[illegible]

[illegible]

SIST SEGUIMIENTO PROYECTOS-FMS*

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

RED DEL PROYECTO ARBE (AR-0045) PROGRAMA DE SALUD

CALENDARIO DE ACTIVIDADES POR ACTIVIDAD

INICIO PROYECTO 10 DIC 86 FECHA ACTUA: 10 DIC 86
TERM. PROYECTO 1 ABR 92 PROX. ACTUALIZ. 30 SET 87

POR COD. DE ORGANIZACION

RANGO MINIMO 10 DIC 86 FECHA PROC. 10 OCT 86
RANGO MAXIMO 1 ABR 92 SEC. PROCESO 0
PAS. 1.

COD.DE ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	DUR. REMAN	% CUM	INICIO TEMP.	INICIO TARDIO	DEMORA MAX	TERM. TEMP.	TERM. TARDIO	DEMORA DISPON.	CAL
1000	APROBACION DIRECTORIO	0.	0	10DIC86	10DIC86	NADA	10DIC86	10DIC86	NADA	71990
1010	SUSCRIBIR Y LEGALIZAR CONTRATO	112.0	0	10DIC86	10DIC86	NADA	31MAR87	31MAR87	NADA	71 00
1111	PREPARAR INFORME JURIDICO	25.0	0	1ABR87	31DIC87	274.	25ABR87	24ENE88	NADA	71 00
1112	APROBAR BID INFORME JURIDICO	15.0	0	26ABR87	25ENE88	274.	10MAY87	8FEB88	140.	71 00
1121	NOMBRAR REPRESENTANTES LEGALES	30.0	0	1ABR87	10ENE88	284.	30ABR87	8FEB88	150.	71 00
1500	ELIGIBILIDAD PARA DESEMBOLSOS	4.0	0	28SET87	9FEB88	134.	10OCT87	12FEB88	NADA	71 00
1700	VIGENCIA DEL CONTRATO	0.	0	31MAR87	12AGO87	134.	31MAR87	12AGO87	NADA	71990
2001	TRAMITIR Y RECIBIR 1 DESEMBOLSO	20.0	0	20OCT87	13FEB88	134.	21OCT87	3MAR88	134.	71 00
2011	DEMONSTRAR DISPONIBIL. RECURSOS AND 1	20.0	0	1ABR87	20ENE88	294.	20ABR87	8FEB88	160.	71 00
2021	INSTRUMENTAR CONTROL GESTION	30.0	0	1ABR87	10ENE88	284.	30ABR87	8FEB88	150.	71 00
2031	PREPARAR PLAN DE CUENTAS	20.	0	1ABR87	10ENE88	284.	20ABR87	29ENE88	NADA	71 00
2032	APROBAR BID PLAN DE CUENTAS	10.0	0	21ABR87	30ENE88	284.	30ABR87	8FEB88	150.	71 00
2999	TRAMITIR Y RECIBIR ULTIMO DESEMBOLSO	90.0	0	3ENE92	3ENE92	NADA	1ABR92	1ABR92	NADA	71 00
3011	APROBAR PAQUETE LEGAL INTERNACIONAL	180.0	0	10DIC86	6JUL87	208.	7JUN87	1ENE88	NADA	71 00
3012	INCORPORAR R.H.V.E.P.	30.0	0	8JUN87	2ENE88	208.	7JUL87	31ENE88	NADA	71 00
3013	PONER EN MARCHA V.E.P.	8.0	0	8JUL87	1FEB88	208.	15JUL87	8FEB88	74.	71 00
3021	PREPARAR PEP INICIAL	30.0	0	1ABR87	26DIC87	269.	30ABR87	24ENE88	NADA	71 00
3022	APROBAR BID PEP INICIAL	15.0	0	1MAY87	25ENE88	269.	15MAY87	8FEB88	135.	71 00
3100	CUMPLIR OTRAS CONDICIONES PREVIAS	180.0	0	1ABR87	13AGO87	134.	27SET87	8FEB88	NADA	71 00
3800	FIN DEL PROYECTO	0.	0	1ABR92	1ABR92	NADA	1ABR92	1ABR92	NADA	71990
4010	OBRAS 1: PRECALIF. FIRMAS CONSTRUCTORAS	92.0	0	1ABR87	1ABR87	NADA	1JUL87	1JUL87	NADA	71 00
4020	OBRAS 2: PRECALIF. FIRMAS CONSTRUCTORAS	92.0	0	2JUL87	30DIC87	181.	10OCT87	30MAR88	NADA	71 00
4030	OBRAS 3: PRECALIF. FIRMAS CONSTRUCTORAS	92.0	0	20OCT87	1JUL88	273.	1ENE88	30SET88	273.	71 00
4100	OBRAS 1: ELABORAR BASES Y PLIEGOS	120.0	0	10DIC86	4MAR87	84.	8ABR87	1JUL87	NADA	71 00
4110	OBRAS 2: ELABORAR BASES Y PLIEGOS	120.0	0	9ABR87	2DIC87	237.	6AGO87	30MAR88	NADA	71 00
4120	OBRAS 3: ELABORAR BASES Y PLIEGOS	120.0	0	7AGO87	3JUN88	301.	4DIC87	30SET88	301.	71 00
5000	OBRAS 1: LICITAR GRUPO 1	90.0	0	2JUL87	2JUL87	NADA	29SET87	29SET87	NADA	71 00
5010	OBRAS 1: CONTRATAR GRUPO 1	90.0	0	30SET87	16OCT87	16.	28DIC87	13ENE88	NADA	71 00
5020	OBRAS 1: INICIO OBRAS GRUPO 1	20.0	0	29DIC87	14ENE88	16.	17ENE88	2FEB88	NADA	71 00
5030	OBRAS 1: EJECUTAR OBRAS GRUPO 1	800.0	0	18ENE88	3FEB88	16.	27MAR90	12ABR90	NADA	71 00
5040	EQUIPOS 1 PRECALIFICAR PROVEEDORES	180.0	0	16JUL88	20SET88	66.	11ENE89	18MAR89	NADA	71 00
5050	EQUIPOS 1: LICITAR GRUPO 1	90.0	0	12ENE89	19MAR89	66.	11ABR89	16JUN89	NADA	71 00
5060	EQUIPOS 1: NEGOCIAR CONTRATAR GRUPO 1	270.0	0	12ABR89	17JUN89	66.	6ENE90	13MAR90	50.	71 00
5070	EQUIPOS 1: RECIBIR GRUPO 1	90.0	0	28DIC89	13ENE90	16.	27MAR90	12ABR90	NADA	71 00
5080	OBRAS 1: PRUEBA HOSPITAL EN VACIO	60.0	0	27ENE90	12FEB90	16.	27MAR90	12ABR90	9.	71 00
5090	OBRAS 1: CAPACITAR PERSONAL	1099.0	0	30SET87	7OCT87	7.	20OCT90	9OCT90	NADA	71 06

UNIDAD DE TIEMPO DEL INFORME = DIAS

() REALIZADA HOLGURA () REALIZADA HOLGURA
TOTAL DISPON.

SIST SEGUIMIENTO PROYECTOS-PMS*

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

RED DEL PROYECTO ARGE (AR-0045) PROGRAMA DE SALUD

CALENDARIO DE ACTIVIDADES POR ACTIVIDAD

INICIO PROYECTO 10 DIC 86 FECHA ACTUA: 10 DIC 86
TERM. PROYECTO 1 ABR 92 PROX. ACTUALIZ. 30 SET 87

POR COD. DE ORGANIZACION

RANGO MINIMO 10 DIC 86 FECHA PROC. 10 OCT 86
RANGO MAXIMO 1 ABR 92 SEC. PROCESO 0
PAG. 2

COD.DE ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	DUR. REMAN	% CUM	INICIO TEMP.	INICIO TARDIO	DEMORA MAX	TERM. TEMP.	TERM. TARDIO	DEMORA DISPON.	CAL
5099	OBRAS 1: ENTREGA GRUPO 1	180.0	0	6ABR90	13ABR90	7.	20CT90	90CT90	5.	71 00
5300	OBRAS 2: LICITAR GRUPO 2	90.0	0	31MAR88	31MAR88	NADA	28JUN88	28JUN88	NADA	71 00
5310	OBRAS 2: CONTRATAR GRUPO 2	90.0	0	29JUN88	12JUL88	13.	26SET88	90CT88	NADA	71 00
5320	OBRAS 2: INICIO OBRAS GRUPO 2	20.0	0	27SET88	10OCT88	13.	16OCT88	29OCT88	NADA	71 00
5330	OBRAS 2: EJECUTAR GRUPO 2	800.0	0	17OCT88	30OCT88	13.	25DIC90	7ENE91	NADA	71 00
5350	EQUIPOS 2: LICITAR GRUPO 2	90.0	0	29JUN89	15OCT89	108.	26SET89	12ENE90	NADA	71 00
5360	EQUIPOS 2: NEGOCIAR CONTRATAR GRUPO 2	270.0	0	27SET89	13ENE90	108.	23JUN90	90CT90	95.	71 00
5370	EQUIPOS 2: RECIBIR GRUPO 2	90.0	0	27SET90	10OCT90	13.	25DIC90	7ENE91	NADA	71 00
5380	OBRAS 2: PRUEBAS HOSPITAL EN VACIO	60.0	0	27OCT90	9NOV90	13.	25DIC90	7ENE91	9.	71 00
5390	OBRAS 2: CAPACITAR PERSONAL GRUPO 2	1099.0	0	29JUN88	3JUL88	4.	2JUL91	6JUL91	NADA	71 06
5399	OBRAS 2: ENTREGA GRUPO GRUPO 2	180.0	0	4ENE91	8ENE91	4.	2JUL91	6JUL91	3.	71 00
5500	OBRAS 3: LICITAR GRUPO 3	90.0	0	1OCT88	1OCT88	NADA	29DIC88	29DIC88	NADA	71 00
5510	OBRAS 3: CONTRATAR GRUPO 3	90.0	0	30DIC88	8ENE89	9.	29MAR89	7ABR89	NADA	71 00
5520	OBRAS 3: INICIO OBRAS GRUPOS	20.0	0	30MAR89	8ABR89	9.	16ABR89	27ABR89	NADA	71 00
5530	OBRAS 3: EJECUTAR GRUPO 3	800.0	0	19ABR89	28ABR89	9.	27JUN91	6JUL91	NADA	71 00
5550	EQUIPOS 3: LICITA GRUPO 3	90.0	0	30DIC89	13ABR90	104.	29MAR90	11JUL90	NADA	71 00
5560	EQUIPOS 3: NEGOCIAR, CONTRATAR GRUPO 3	270.0	0	30MAR90	12JUL90	104.	24DIC90	7ABR91	95.	71 00
5570	EQUIPOS 3: RECIBIR, GRUPO 3	90.0	0	30MAR91	8ABR91	9.	27JUN91	6JUL91	NADA	71 00
5580	OBRAS 3: PRUEBAS HOSP. EN VACIO GRUPO 3	60.0	0	29ABR91	8MAY91	9.	27JUN91	6JUL91	9.	71 00
5590	OBRAS 3: CAPACITAR PERSONAL GRUPO 3	1099.0	0	30DIC88	30DIC88	NADA	2ENE92	2ENE92	NADA	71 06
5599	OBRAS 3: ENTREGA GRUPO 3	180.0	0	7JUL91	7JUL91	NADA	2ENE92	2ENE92	NADA	71 00
9999	FIN DE LAS OBRAS	0.	0	2ENE92	2ENE92	NADA	2ENE92	2ENE92	NADA	71990

UNIDAD DE TIEMPO DEL INFORME = DIAS

() REALIZADA HOLGURA () REALIZADA HOLGURA
TOTAL DISPON.

FIN DEL INFORME

DURACION DEL PROYECTO = 1940.0 DIAS

WPC/AR0093-3
AR-0045

ANEXO B

PROCEDIMIENTO DE LICITACIONES

Artículo 1o. Aplicación: Deberá utilizarse el sistema de licitación pública para la adquisición de bienes y/o la contratación de obras o servicios, en todos los casos en que el valor de las adquisiciones o de las contrataciones excedan del equivalente de doscientos mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$200.000).

Artículo 2o. Ambito de licitaciones: Las licitaciones se limitarán a los países miembros del Banco.

Artículo 3o. Modalidad de licitaciones: Cuando para financiar total o parcialmente las contrataciones indicadas en el Artículo 1o. deban utilizarse dólares o moneda de otros países distintos a la Argentina y siempre que el valor de las contrataciones supere el monto determinado en el Artículo 1o. el procedimiento de licitación deberá tener carácter internacional. Cuando se utilicen exclusivamente recursos de contrapartida local, las licitaciones podrán restringirse al ámbito nacional de Argentina.

Artículo 4o. Otras modalidades: En las contrataciones y adquisiciones que se realicen por debajo del monto fijado en el Artículo 1o., el Organismo Ejecutor aplicará procedimientos que aseguren la debida atención a los aspectos de economía y eficiencia en la utilización de los recursos destinados al Programa.

Artículo 5o. Libertad de concurrencia: Cuando los bienes o servicios que se adquieran o contraten se financien total o parcialmente con las divisas del Financiamiento, los procedimientos y las bases específicas de las licitaciones u otra forma de compra o contratación deberán permitir la libre concurrencia de bienes y servicios, incluyendo aquellos relativos a cualquier modo de transporte, originarios de países miembros del Banco. Consecuentemente, en los citados procedimientos y bases específicas, no se impondrán condiciones que limiten o restrinjan la oferta de bienes o la participación de contratistas originarios de esos países.

Artículo 6o. Adquisiciones financiadas con otros recursos. Cuando se utilicen otras fuentes de financiamiento que no sean los recursos del préstamo ni el aporte local, el Prestatario podrá acordar con dichas fuentes el procedimiento a seguir en materia de adquisiciones y contratación de obras. Sin embargo, a solicitud del Banco, el Prestatario deberá demostrar la razonabilidad tanto del precio pactado o pagado para la compra de bienes, como de las condiciones financieras establecidas en cuanto a los créditos, inclusive que la calidad de los bienes guarde conformidad con los requisitos técnicos del Programa.

Artículo 7o. Precalificación: El Organismo Ejecutor podrá convocar a precalificación una vez que haya sido notificado por el Banco de la aprobación del Financiamiento, ajustándose a los procedimientos de este Reglamento. En los casos de ejecución de obras que formen parte del Programa, financiadas con recursos del Banco, se efectuará la precalificación de las firmas proponentes con referencia a su experiencia e idoneidad técnica y financiera. En los casos de licitaciones para adquisiciones de bienes el Organismo Ejecutor podrá prescindir del requisito de precalificación. Los llamados a la precalificación se publicarán en la forma indicada en los Artículos 9o. y 10o. y contendrán la información indicada en el Artículo 8o. en lo que corresponda. Los interesados dispondrán de un plazo mínimo de 30 días contado a partir de la última publicación para presentar al Organismo Ejecutor sus antecedentes. Los formularios y las bases para la precalificación serán acordados entre el Organismo Ejecutor y el Banco previamente a la publicación del llamado a precalificación. Con los datos proporcionados por los interesados, el Organismo Ejecutor verificará, estudiará y analizará el informe de cada uno de ellos y determinará como elegibles solamente a aquellos que sean capacitados técnica, financiera, legal y administrativamente para ejecutar las obras de acuerdo con las especificaciones requeridas y en el plazo fijado. Copia de los análisis hechos y de las listas de las firmas se presentará a la consideración del Banco, a través del Organismo Ejecutor, junto con los criterios generales que se utilizaron para la selección de los posibles contratistas. En estos casos, la licitación de las obras se efectuará únicamente entre las firmas precalificadas y la adjudicación se hará a la oferta de precios y condiciones más convenientes, prescindiendo de los factores de experiencia e idoneidad técnica y financiera ya evaluados en la precalificación, salvo para considerar hechos sobrevinientes con posterioridad a la presentación de los datos de la respectiva precalificación. Para el llamado a licitación se hará una notificación fehaciente a las firmas que hayan sido calificadas, la cual se cumplirá el mismo día. El Organismo Ejecutor deberá exigir a las firmas notificadas un acuse de recibo por escrito y enviará copia de todo lo actuado al Banco.

Artículo 8o. Convocatoria a licitación: La convocatoria a licitación deberá indicar como mínimo el ámbito de la licitación, la prestación que motiva el llamado, el lugar, hora y fecha en que pueden obtenerse las bases de licitación, la oficina, lugar, hora y fecha en que deban presentarse las ofertas, el importe de la garantía, la fuente de financiamiento y las restricciones sobre los países de origen de las ofertas. En los casos de ejecución de obras debe indicarse además el lugar de emplazamiento de las obras. Dicho llamado deberá ser aprobado por el Organismo Ejecutor y el Banco antes de que se publique, a menos que la licitación vaya a ser financiada con recursos de contrapartida exclusivamente.

Artículo 9o. Publicidad: Las convocatorias a licitación se publicarán, como mínimo, en dos diarios de los de mayor circulación en la Capital Federal, así como en un diario de la provincia en donde se ejecutarán las obras respectivas, debiendo mediar, cuando menos, un intervalo de tres días entre cada publicación del correspondiente aviso de licitación, en el que se indicará como plazo para el recibo de las ofertas, un mínimo de 45 días corridos, contados a partir de la fecha de la última publicación. Cuando la licitación sea nacional bastará que la publicación se efectúe en sólo dos diarios de la Capital Federal.

Artículo 10o. Avisos a Embajadas y Consulados: Simultáneamente con la publicación de las convocatorias a precalificación y a licitación pública internacional, se cursarán invitaciones a cada una de las Embajadas, o en su defecto a los Consulados de los países miembros del Banco, que tuvieran representación acreditada ante el Gobierno de la Nación Argentina. Las invitaciones deberán contener copia de la convocatoria.

Artículo 11o. Pliego de condiciones: El pliego de condiciones, que incluye los planos y especificaciones de la licitación, será redactado por el Organismo Ejecutor y se venderá a los postores elegibles, una vez que el pliego haya sido aprobado entre el Organismo Ejecutor y el Banco antes de cada licitación. Las modificaciones y adiciones a dicho pliego que sean sustanciales, serán acordadas en la misma forma que el pliego original y automáticamente se prorrogará el plazo de presentación de ofertas por la mitad, por lo menos, del plazo original. Las consultas que evacúe el Organismo Ejecutor serán puestas en conocimiento de todos los posibles oferentes y del Banco, y no producirán efecto suspensivo sobre el plazo de presentación de oferta.

Artículo 12o. Apertura de las ofertas: Las ofertas serán recibidas en el lugar, día y hora establecidos en la convocatoria a licitación, momento en que se abrirán en acto público anunciándose en tal oportunidad únicamente los nombre de los oferentes y los precios totales de cada oferta. Finalizada la apertura de ofertas, se levantará un acta en la que constarán los nombres de los oferentes y los precios de sus ofertas y que será suscrita por autoridades del Organismo Ejecutor y los oferentes presentes que desearan hacerlo. A partir de la hora indicada para la apertura de las ofertas, los proponentes no podrán alterar ni retirar las mismas. El Organismo Ejecutor podrá, con posterioridad a la apertura, solicitar a los proponentes aclaración de cualquier aspecto de las ofertas y los proponentes podrán formular las aclaraciones pertinentes siempre que no modifiquen las condiciones de la licitación o de la oferta.

Artículo 13o. Análisis de las ofertas y preselección: Presentadas las ofertas, el Organismo Ejecutor procederá a elaborar el cuadro comparativo de las mismas con los dictámenes correspondientes, los que serán enviados al Banco para su conformidad, antes de que sea comunicado el resultado a la firma así preseleccionada, junto con la indicación de la oferta que ha evaluado como la de valor más bajo y las razones que tiene para llegar a dicha conclusión. Este requisito no rige cuando las licitaciones se financien exclusivamente con recursos de contrapartida adicionales a los financiamientos del Banco.

Artículo 14o. Modificación de la selección: Si se decidiera adjudicar la licitación a un oferente diferente al recomendado y respecto del cual el Banco hubiera dado su conformidad, o se introdujeran otros cambios sustanciales en el informe, se enviarán nuevamente al Banco los documentos pertinentes para su conformidad, debiéndose proceder de acuerdo a lo establecido en el artículo anterior.

Artículo 15o. Adjudicación: Obtenido el acuerdo del Banco, el Organismo Ejecutor adjudicará la licitación comunicándolo a quien correspondiera según lo previsto en los pliegos de licitación. El Organismo Ejecutor enviará al

Banco copia de la notificación de adjudicación, y además le enviará para su aprobación, copia del proyecto de contrato que firmará con el adjudicatario.

Artículo 16o. Licitación desierta: El Organismo Ejecutor podrá declarar desierta la licitación en los casos en que no pueda adjudicar el contrato por falta de oferentes. Asimismo, se podrá declarar desierta la licitación en los casos en que no se presente oferta alguna con precio aceptable o ajustada a las condiciones del pliego o si la adjudicación no conviniera a sus intereses. Este deberá reservarse expresamente estos derechos en los pliegos de licitación. En las situaciones antedichas, el Organismo Ejecutor deberá oír al Banco antes de pronunciarse al respecto, salvo que la licitación se prevea financiar con recursos distintos a los del financiamiento del Banco. En todo caso en que se declare desierta una licitación a ser financiada con recursos del financiamiento del Banco se efectuará una segunda, salvo que el Organismo Ejecutor y el Banco convengan en otra forma de proceder para la selección del adjudicatario.

Artículo 17o. Rescisiones: Cuando un contrato haya sido rescindido por falta de cumplimiento del contratista, ya sea que se trate de la calidad de la obra o del plazo de la ejecución, o de la calidad o plazo de entrega del a maquinaria, equipo y otros bienes y otras causales establecidas en el respectivo contrato, el Organismo Ejecutor y el Banco deberán acordar el curso a tomar frente a esta situación.

Artículo 18o. Márgenes de preferencia: En la evaluación y adjudicación de las ofertas que se reciban como consecuencia de una licitación internacional para la adquisición de bienes (maquinaria, equipo, materiales, etc.), se podrá reconocer a los bienes de origen argentino u originarios de países pertenecientes a la Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI), un margen de preferencia conforme con las siguientes normas:

(a) Margen de preferencia nacional

- (i) Se considerará que un bien es originario de Argentina cuando el costo de los materiales, mano de obra y servicios argentinos empleados en su fabricación represente por lo menos un 40% del costo total del bien.
- (ii) A los efectos de la comparación de ofertas, se tendrá como precio de la oferta de productos de origen argentino, el precio de entrega del producto puesto al pie de la obra, una vez deducido lo siguiente: (1) los derechos de importación pagados sobre materias primas principales o sobre componentes manufacturados; y (2) los impuestos nacionales sobre ventas al consumo y al valor agregado, incorporados al costo del artículo ofertado.

El oferente deberá proporcionar la prueba documentada de las cantidades que de conformidad con los subincisos (1) y (2) anteriores, deben deducirse, con el solo objeto de facilitar el cotejo de ofertas.

- (iii) También a los efectos de esa comparación, se tendrá como precio de la oferta de productos de origen extranjero, el precio CIF del mismo producto (excluidos derechos de importación, consulares y portuarios), al cual deberá sumarse el importe de los gastos siguientes: (1) los de manipuleo en puerto; y (2) los de transporte local, desde el puerto o lugar fronterizo de entrada hasta el pie de la obra.
- (iv) Para efectuar el cotejo de precios entre ofertas de origen nacional y extranjero se estará a lo siguiente:
 - (1) los costos expresados en moneda extranjera se convertirán a su equivalente en australes, para lo cual se utilizará el tipo de cambio acordado por el Banco, a la fecha de comparación; y
 - (2) al precio de las ofertas de productos extranjeros, calculado conforme se estipula en el inciso (iii), y expresado en el equivalente en australes, se sumará un margen de preferencia del 15% o el derecho aduanero real, según cual sea menor.

(a) Margen de preferencia regional

- (i) Se considerará que un bien es de origen regional cuando: (1) se produzca en un país miembro de la ALADI y cumpla con los requisitos establecidos en los instrumentos jurídicos que gobiernan esa asociación en cuanto a origen y otras materias vinculadas con los programas de liberalización el comercio regional; y (2) el costo de los materiales, mano de obra y servicios, empleados en su fabricación en el país originario, sea por lo menos el 40% del costo total del bien.
- (ii) Se sumarán al costo CIF del producto ofertado los costos locales referidos en (iii)(1) y (2) del párrafo (a) (margen de preferencia nacional) de este artículo.
- (iii) Para efectuar el cotejo de precios entre ofertas de bienes originarios de países de la ALADI y las de bienes originarios de otros países extranjeros elegibles, se estará a lo siguiente:
 - (1) también se convertirá a su equivalente en australes los precios expresados en moneda extranjera, sobre la misma base de cálculo establecida en el inciso (a)(iv)(1) anterior; y
 - (2) se sumará a las ofertas de bienes originarios de países que no sean parte de la ALADI, y expresadas en el equivalente en australes un margen del 15%, o bien la diferencia entre los derechos de importación aplicables a bienes originarios de países que integran esa asociación y los derechos aplicables a bienes originarios de países extranjeros elegibles que no sean parte de la ALADI, según cual sea menor.

Artículo 19o. Pronunciamiento oportuno del Banco: El Banco deberá pronunciarse sobre los documentos que se someten a su consideración en forma oportuna, para que no sufra perjuicio la marcha normal del Programa y se respeten los calendarios de ejecución oportunamente programados.

Artículo 20o. Origen de los bienes: El origen de los materiales y/o equipos a adquirirse, es el país en el cual el material y/o equipo ha sido extraído, cultivado o producido ya sea por manufactura, procesamiento o ensamble. El origen del artículo "producido", necesariamente es el país en el cual, como resultado de dicho procedimiento, manufactura o ensamble, resulta en otro artículo, comercialmente reconocido, que difiere sustancialmente en sus características básicas, en su propósito o finalidad de cualquiera de sus componentes importados. La nacionalidad de la firma que produce o vende los bienes o el equipo es irrelevante para determinar el origen de tales bienes y equipos.

Artículo 21o. Nacionalidad de firmas: Para determinar la nacionalidad de una firma constructora y su elegibilidad para participar en licitaciones de contratos financiados con recursos del Banco, se aplicarán las siguientes normas:

- (a) que esté constituida u organizada de otra manera, en un país elegible;
- (b) que tenga la sede principal de sus negocios en un país elegible;
- (c) (i) que más del 50% de su capital sea propiedad de una empresa o empresas en uno o más países elegibles (dicha empresa o empresas también deberán calificar en cuanto a su nacionalidad) y/o de ciudadanos o residentes "bona-fide" de esos países elegibles, y (ii) que constituya una parte integral de la economía del país elegible en que está domiciliada;
- (d) que no exista arreglo alguno en virtud del cual una parte sustancial de las utilidades netas o de otros beneficios tangibles de las empresas sean acreditados o pagados a personas que no sean ciudadanos o residentes "bona-fide" de los países elegibles; y
- (e) que por lo menos el 80% de todas las personas que presenten servicios conforme al contrato de construcción en el país donde ésta se lleva a cabo ya estén empleadas directamente por el contratista o por un subcontratista, sean ciudadanos de un país elegible. Para los efectos de este cómputo, y respecto de una firma proveniente de un país que no sea el de la localidad de la construcción, no se tendrán en cuenta ciudadanos o residentes permanentes del país donde se lleve a cabo la construcción.

Las normas anteriores se aplicarán a cada uno de los miembros de un "joint venture" o consorcio (asociación de dos o más empresas) y a cada empresa que se proponga para subcontratar parte del trabajo.

Artículo 22o. Criterios básicos: La aplicación de los anteriores procedimientos se basará en los principios de competencia, publicidad e igualdad entre oferentes.

WPC/AR0092
AR-0045

ANEXO C

SELECCION Y CONTRATACION DE FIRMAS CONSULTORAS
Y/O EXPERTOS INDIVIDUALES

En la selección y la contratación de firmas consultoras, instituciones especializadas y/o expertos individuales (en adelante denominados indistintamente los "Consultores") necesarios para la ejecución del Programa se estará a lo siguiente:

I. DEFINICIONES

Se establecen las siguientes definiciones:

- 1.01 Experto individual es todo profesional o técnico en alguna ciencia, arte u oficio.
- 1.02 Firma consultora es toda asociación legalmente constituida, integrada principalmente por personal profesional, para ofrecer servicios de consulta, asesoría, dictámenes de expertos y servicios profesionales de diversa índole.
- 1.03 Para los propósitos de este Anexo, organizaciones sin fines de lucro tales como universidades, fundaciones, organismos autónomos o semiautónomos u organizaciones internacionales que ofrezcan servicios de consulta, se considerarán como firmas consultoras.

II. INCOMPATIBILIDADES

- 2.01 No podrán utilizarse recursos del Banco para contratar Consultores del país del Prestatario si ellos pertenecen al personal permanente o temporal del Estado o de la institución que reciba el Financiamiento o que es beneficiario de los servicios de los expertos, o si han pertenecido a cualquiera de ellos dentro de los seis meses previos a una de las siguientes fechas: (a) la de la presentación de la solicitud; o (b) la de la selección del experto individual, a menos que el Banco acuerde reducir ese plazo.
- 2.02 Una firma consultora plenamente calificada que sea filial o subsidiaria de un contratista de construcciones, de un proveedor de equipos o de una sociedad de cartera ("holding company"), generalmente se considerará aceptable sólo si conviene, por escrito, en limitar sus funciones a los servicios de consulta profesional y acepta en el contrato que suscriba que la firma y sus asociados no podrán participar en la construcción del proyecto, en el suministro de materiales y equipos para el mismo o en carácter financiero.

III. ELEGIBILIDAD Y REQUISITOS SOBRE NACIONALIDAD

- 3.01 El Prestatario no podrá introducir en la aplicación de los procedimientos establecidos en este Anexo, disposiciones o condiciones que restrijan o impidan la participación de Consultores originarios de países miembros del Banco.
- 3.02 Sólo podrán contratarse Consultores que sean nacionales de países miembros del Banco. Para determinar la nacionalidad de una firma consultora se considerarán los siguientes criterios:
- (a) El país en el cual la firma consultora esté debidamente constituida o legalmente organizada.
 - (b) El país en el cual la firma consultora tenga establecido el asiento principal de sus negocios.
 - (c) La nacionalidad de las firmas o la ciudadanía o residencia bona fide de los individuos que tengan en la firma consultora la propiedad, con derecho a participar en las utilidades de dicha firma en exceso del cincuenta por ciento (50%), conforme con lo establecido mediante certificación extendida por un funcionario de la firma consultora, debidamente autorizado.
 - (d) La existencia de arreglos en virtud de los cuales una parte sustancial de las utilidades o beneficios tangibles de la firma se destina a firmas o personas de una determinada nacionalidad.
 - (e) La determinación por parte del Banco de que la firma consultora constituye una parte integral de la economía de un país, comprobado por la residencia bona fide en el país de una parte sustancial del personal ejecutivo, técnico y profesional de la firma, y que la firma consultora cuenta en el país con el equipo operativo u otros elementos necesarios para llevar a cabo los servicios por contratar.
- 3.03 Los requisitos de nacionalidad exigidos por el Banco serán también aplicables a las firmas propuestas para prestar una parte de los servicios requeridos, en virtud de asociación conjunta o de un subcontrato con una firma consultora calificada que satisfaga los requisitos de nacionalidad.
- 3.04 Para establecer la nacionalidad de un experto individual se estará a la que se determine en su pasaporte u otro documento oficial de identidad. El Banco, sin embargo, podrá admitir excepciones a esta regla en aquellos casos en que el experto individual, no siendo elegible por razón de nacionalidad: (i) tenga domicilio establecido en un país elegible, esté en situación legal de poder trabajar en él (fuera del status de funcionario internacional) y que haya declarado que no tiene intenciones de regresar a su país de origen en un futuro inmediato; o bien (ii) haya fijado su domicilio permanente en un país elegible y haya residido en él por 5 años como mínimo.

IV. CALIFICACIONES PROFESIONALES

- 4.01 El análisis de las calificaciones profesionales de una firma consultora tendrá en cuenta la experiencia de la firma y de su personal directivo en la prestación de servicios de consultoría satisfactorios en proyectos o programas de dimensión, complejidad y especialidad técnica comparables a los de los trabajos respectivos; el número asignado de personal profesionalmente calificado; la experiencia previa en la región y en zonas extranjeras; el conocimiento del idioma; la capacidad financiera; la carga actual de trabajo; la capacidad para organizar a un número suficiente de personal para realizar los trabajos dentro del plazo previsto; la buena reputación ética y profesional; y la desvinculación absoluta de todo posible conflicto de intereses.

V. PROCEDIMIENTOS DE SELECCION Y CONTRATACION

A. Selección y contratación de firmas consultoras

- 5.01 En el caso de selección y contratación de una firma consultora:
- (a) Antes de efectuarse la selección de la firma consultora, el Prestatario deberá someter a la aprobación del Banco lo que sigue:
 - (i) el procedimiento que se utilizará en la selección y contratación de la firma consultora. Si se estima que el costo de los servicios no excederá de cien mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$100.000) o su equivalente, calculado de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 3.05(a) de las Normas Generales, bastará que se efectúe un concurso privado de servicios de consultoría, o que se aplique otro método similar. Si se prevé, en cambio, que el costo excederá esa suma, la selección y contratación deberá anunciarse en la prensa nacional y, si así procediere por la complejidad y grado de especialización del asesoramiento solicitado, en publicaciones extranjeras especializadas. Además, deberá informarse al Banco sobre esos anuncios y enviársele recortes de los mismos, con especificación de fecha y nombre de la publicación en que hayan aparecido;
 - (ii) los términos de referencia que describan los trabajos que realizará la firma consultora, junto con una estimación del costo; y
 - (iii) una lista de por lo menos tres y no más de seis firmas consultoras a las cuales se proyecta cursar invitación para que presenten propuestas de trabajo.
 - (b) Una vez que el Banco haya aprobado los requisitos anteriores, se solicitará a todas las firmas consultoras aprobadas la

presentación de propuestas, conforme con los procedimientos y términos de referencia aprobados.

- (c) En las invitaciones a presentar propuestas deberá establecerse el uso de una de las modalidades siguientes, según sea pertinente:

- (i) En el primer caso, se presentará un solo sobre cerrado que contendrá la propuesta técnica, sin cotización de precios. El Prestatario analizará las propuestas recibidas y establecerá el orden de mérito de éstas. Si la complejidad del caso así lo requiera, el Prestatario podrá recurrir por su propia cuenta a un grupo de consultores para que examine las propuestas y proporcione asesoramiento técnico y especializado en la clasificación por mérito.

Una vez establecido este orden de mérito de las firmas consultoras, se invitará a negociar un contrato a la firma consultora clasificada en primer lugar. En estas negociaciones se examinarán en forma completa los detalles de los términos de referencia a fin de que exista un pleno y recíproco entendimiento con la firma consultora, se examinarán los requisitos contractuales y legales del acuerdo y, por último, se elaborarán costos detallados. Si no pudiese llegarse a un acuerdo con esta firma consultora respecto de las condiciones contractuales, se le notificará por escrito que se ha rechazado su propuesta y se iniciarán negociaciones con la segunda firma, y así sucesivamente, hasta que se llegue a un acuerdo satisfactorio.

- (ii) En el segundo caso deberán presentarse dos sobres cerrados, el primero de los cuales contendrá la propuesta técnica, sin indicación de costos, y el segundo contendrá el costo propuesto por los servicios.

El Prestatario analizará las propuestas técnicas y establecerá el orden de mérito de éstas. La negociación contractual comenzará con la firma consultora que ofrezca la mejor propuesta técnica. El segundo sobre presentado por esta firma consultora se abrirá en presencia de uno o más representantes de la misma, y se lo utilizará en la negociación contractual. Todos los segundos sobres presentados por las otras firmas continuarán cerrados y, de llegarse a un acuerdo con la primera firma, serán devueltos a las firmas respectivas. De no llegarse a un acuerdo con la primera firma respecto de las condiciones contractuales se le notificará por escrito ese desacuerdo y se iniciará la negociación con la segunda firma, y así sucesivamente, hasta llegar a un acuerdo satisfactorio.

El no poder llegar a un acuerdo respecto de los costos detallados o de la remuneración de los servicios, o el que el Prestatario considere que dichos costos o remuneración

son inapropiados o excesivos, será causa suficiente para notificar el rechazo de la propuesta e iniciar negociaciones con la firma que le siga en orden de mérito. Cuando se haya rechazado a una firma, no se la volverá a llamar para ulteriores negociaciones correspondientes a ese contrato.

- (d) El texto del proyecto de contrato negociado con la firma consultora deberá ser sometido a la aprobación del Banco, antes de su firma y de la iniciación de los servicios. Copia fiel del texto firmado deberá enviarse prontamente al Banco.

B. Selección y contratación de expertos individuales

5.02 En el caso de selección y contratación de expertos individuales:

- (a) Antes de efectuarse la selección de los expertos, el Prestatario deberá someter a la aprobación del Banco lo que sigue:
 - (i) el procedimiento de selección;
 - (ii) los términos de referencia (especificaciones) y el calendario referentes a los servicios a ser proporcionados;
 - (iii) los nombres de los expertos tentativamente seleccionados, señalando detalladamente su nacionalidad y domicilio, antecedentes, experiencia profesional y conocimiento de idiomas; y
 - (iv) el formulario del contrato que se utilizará para contratar a los expertos.
- (b) Una vez que el Prestatario y el Banco hayan aprobado los requisitos anteriores, el Prestatario procederá a contratar los expertos. El contrato que haya de suscribirse con cada uno de ellos deberá ajustarse al modelo de contrato que el Banco y el Prestatario hayan acordado. Copia fiel del texto firmado de cada contrato deberá enviarse prontamente al Banco.

5.03 No obstante lo establecido en los párrafos 5.01 y 5.02 anteriores, y a solicitud del Prestatario, el Banco podrá colaborar en la selección de los Consultores, lo mismo que en la elaboración de los contratos respectivos. Es entendido, sin embargo, que la negociación final de los contratos y su suscripción, en términos y condiciones aceptables al Banco, corresponderán exclusivamente al Prestatario, sin que el Banco asuma responsabilidad alguna al respecto.

VI. MONEDAS DE PAGO A LOS CONSULTORES

6.01 Se establecen las siguientes modalidades en cuanto a las monedas con que se pagará a los Consultores:

(a) Pagos a firmas consultoras: Los contratos que se suscriban con las firmas consultoras deberán reflejar una de las siguientes modalidades, según sea el caso:

- (i) Si la firma consultora está domiciliada en el país donde debe rendir los servicios, su remuneración se pagará exclusivamente en la moneda de ese país, con excepción de gastos incurridos en divisas para pago de pasajes externos o viáticos en el exterior, los que se reembolsarán en dólares o su equivalente en otras monedas que formen parte del Financiamiento, excepto la del país del estudio.
 - (ii) Si la firma consultora no está domiciliada en el país donde deba rendir los servicios, el máximo porcentaje posible de su remuneración se pagará en la moneda de ese país, y el resto en dólares, o su equivalente en otras monedas que formen parte del Financiamiento, excepto la de ese país, en el entendido que la partida correspondiente a viáticos deberá pagarse en la moneda del país o países en los cuales los respectivos servicios han de ser rendidos. En caso de que el porcentaje que vaya a pagarse en la moneda del país en que se va a rendir el servicio, sea inferior al 30% (treinta por ciento) del total de la remuneración de la firma consultora, una justificación completa y detallada se someterá, según corresponda, al Banco para su examen y comentarios.
 - (iii) Si se trata de un consorcio integrado por firmas domiciliadas en el país donde prestarán sus servicios y firmas no domiciliadas en el mismo, la parte de la remuneración que corresponda a cada uno de los integrantes del consorcio se pagará de acuerdo con las reglas señaladas en los párrafos (i) y (ii) anteriores.
 - (iv) Se aplicará lo dispuesto en el Artículo 3.05(a) de las Normas Generales respecto al tipo de cambio.
- (b) Pagos a expertos individuales. Deben seguirse las mismas reglas del inciso (a) anterior.

VII. RECOMENDACIONES DE LOS CONSULTORES

- 7.01 Queda establecido que las opiniones y recomendaciones de los Consultores no comprometen ni al Prestatario, ni a los beneficiarios, ni al Banco, los que se reservan el derecho de formular al respecto las observaciones o salvedades que consideren apropiadas.

VIII. ALCANCE DEL COMPROMISO DEL BANCO

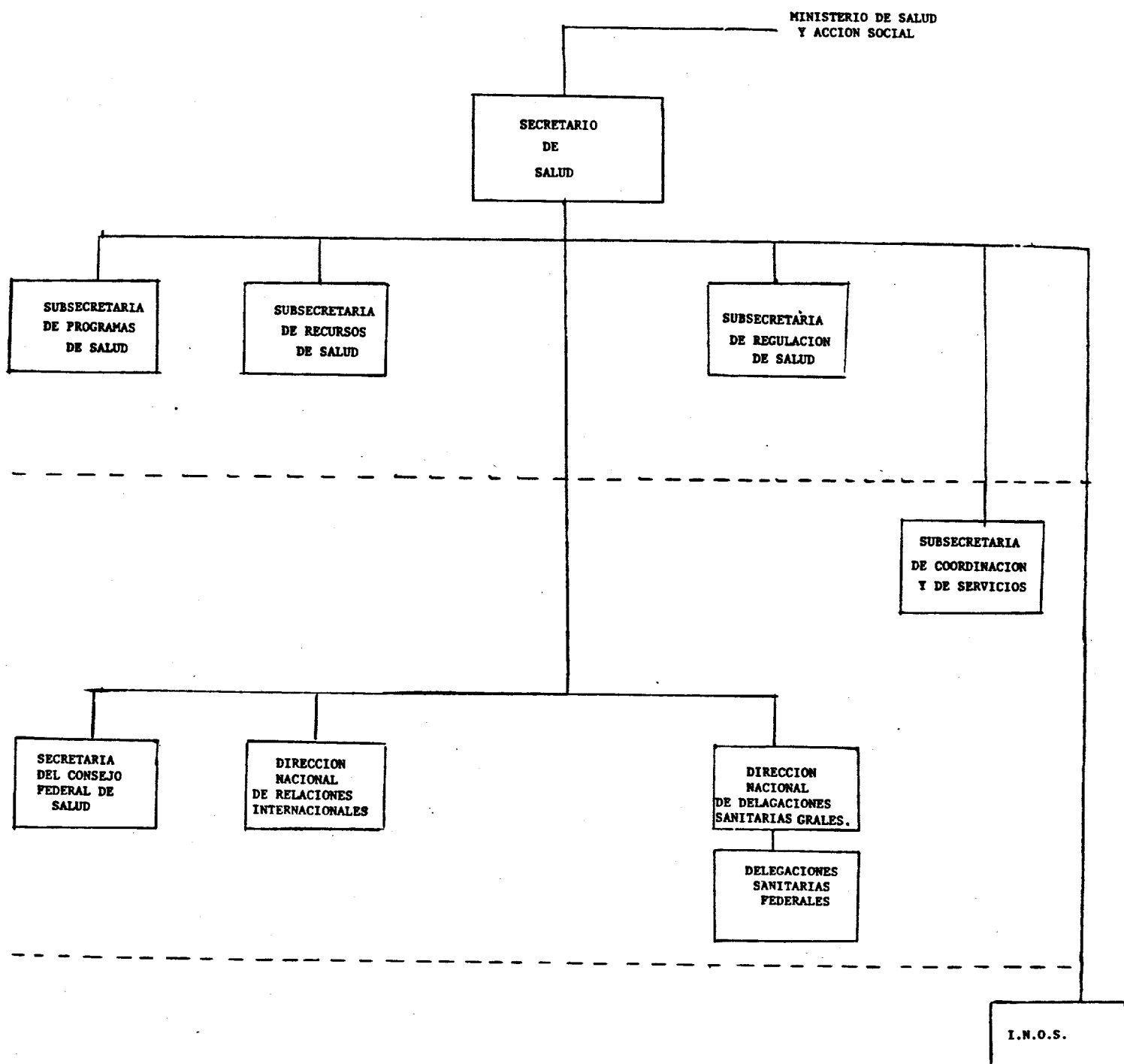
- 8.01 Queda establecido que el Banco no asume compromiso alguno de financiar total o parcialmente ningún programa o proyecto que, directa o indirectamente, pudiera resultar de los servicios rendidos por los

Consultores o de las recomendaciones formuladas por ellos o las alternativas a que se refiere la Sección 7.01 de este Anexo.

IX. CONDICIONES ESPECIALES

- 9.01 En los contratos que suscriba el Prestatario con los Consultores deberá estipularse que:
- (a) Los Consultores deberán desempeñar sus trabajos en forma integrada con el personal profesional local que, conforme a lo estipulado en el Contrato, se asigne o contrate para participar en la realización del Programa, a fin de alcanzar a la terminación de los trabajos un adiestramiento técnico y operativo de dicho personal.
 - (b) El último pago acordado en el contrato estará sujeto a la aceptación del informe final de los Consultores por el Prestatario y el Banco. Dicho pago final constituirá por lo menos un 10% del monto total de la suma que por concepto de honorarios se convenga en el contrato.

ORGANIGRAMA DE LA SECRETARIA DE SALUD



COSTOS DE OPERACION Y MANTENIMIENTO
HOSPITALES DE REEMPLAZO
(en miles de US\$)

	Históricos	%	Nuevo	%	Aumento (Disminución)
<u>Misiones</u>					
Personal	1,443.	65	2,068.	50	525.
No Personal	86.	4	496.	12	410.
Medic.y Mat.	328.	15	1,144.	28	816.
Alimentos	287.	13	231.	6	(56).
Mantenimiento	72.	3	172.	4	100.
	<u>2,216.</u>	<u>100</u>	<u>4,111</u>	<u>100</u>	<u>1,895</u>
<u>CHACO</u>					
Personal	4,333.	73	3,034.	57	(1.299).
No Personal	145.	3	503.	9	358.
Medic.y Mat.	1,047.	18	1,377.	25	270.
Alimentos	239.	4	243.	5	4
Mantenimiento	143.	2	212.	4	69.
	<u>5,907</u>	<u>100</u>	<u>5,309</u>	<u>100</u>	<u>(598)</u>
<u>Córdoba</u>					
Personal	1,743.	70	2,567.	60	824.
No Personal	118.	5	313.	7	195.
Medic.y Mat.	424.	17	1,064.	25	640.
Alimentos	157.	6	208.	5	51.
Mantenimiento	44.	2	160.	3	116.
	<u>2,486</u>	<u>100</u>	<u>4,312</u>	<u>100</u>	<u>1,826</u>
<u>Formosa</u>					
Personal	5,614.	81	2.837.	59	(2.777).
No Personal	78.	1	496.	10	418.
Medic.y Mat.	884.	13	979.	20	95.
Alimentos	370.	5	224.	5	(146).
Mantenimiento	17.	-	267.	6	250.
	<u>6,936</u>	<u>100</u>	<u>4.803</u>	<u>100</u>	<u>(2.160)</u>
<u>Río Negro</u>					
Personal	1,510.	78	1,444.	64	(66).
No Personal	28.	1	155.	7	127.
Medic.y Mat.	363.	19	467.	24	104.
Alimentos	32.	2	84.	4	52.
Mantenimiento	13.	0	88.	4	75.
	<u>1,946</u>	<u>100</u>	<u>2,238</u>	<u>100</u>	<u>292</u>
<u>Salta</u>					
Personal	4,292.	74	2.489.	55	(1.803).
No Personal	131.	2	391.	9	260.
Medic.y Mat.	734.	13	1,158.	26	424.
Alimentos	506.	9	231.	5	(275).
Mantenimiento	121.	2	224.	5	103.
	<u>5,784</u>	<u>100</u>	<u>4.493</u>	<u>100</u>	<u>(1.291)</u>

					<u>Aumento</u> <u>(Disminución)</u>
<u>Mendoza</u>	<u>Viejo</u>	<u>%</u>	<u>Nuevo</u>	<u>%</u>	
Personal	3,603.	69	1.746.	59	(1,857).
No Personal	131.	3	259.	9	128.
Medic.y Mat.	790.	15	678.	23	(112).
Alimentos	471.	9	158.	5	(313).
Mantenimiento	228.	4	124.	4	(104).
	<u>5,223</u>	<u>100</u>	<u>2.965</u>	<u>100</u>	<u>(2.258)</u>
<u>San Juan</u>					
Personal	4,309.	81	2,171.	52	(2.138).
No Personal	85.	2	303.	7	218.
Medic.y Mat.	713.	13	1,317.	31	604.
Alimentos	154.	3	243.	6	89.
Mantenimiento	76.	1	172.	4	96.
	<u>5,337</u>	<u>100</u>	<u>4.206</u>	<u>100</u>	<u>(1.131)</u>
<u>Santa Fé</u>					
Personal	3,041.	80	2,402.	61	(639) .
No Personal	65.	2	309.	8	244.
Medic.y Mat.	626.	16	864.	22	238.
Alimentos	72.	2	208.	5	136.
Mantenimiento	11.	-	176.	4	165.
	<u>3,815</u>	<u>100</u>	<u>3.959</u>	<u>100</u>	<u>144</u>
<u>Tucuman</u>					
Personal	2,373.	81	1.988.	49	(385).
No Personal	35.	2	317.	8	244.
Medic.y Mat.	361.	12	1,339.	33	978.
Alimentos	128.	4	225.	6	97.
Mantenimiento	19.	1	172.	4	153.
	<u>2,916</u>	<u>100</u>	<u>4.041</u>	<u>100</u>	<u>1.125</u>
<u>Neuquén *</u>					
Personal	NA	NA	1.444	64	1.444
No Personal	NA	NA	155	7	155
Medic.y Mat.	NA	NA	467	21	467
Alimentos	NA	NA	84	4	84
Mantenimiento	NA	NA	88	4	88
	<u>NA</u>	<u>NA</u>	<u>2.238</u>	<u>100</u>	<u>2.238</u>

* No reemplaza hospital.

Factores de Recuperación
Obras Sociales Públicos Provincias

<u>Provincia</u>	<u>Porcentaje de</u> <u>Población Afilia-</u> <u>do a Obra Soc.Pub.</u>	<u>Consulta</u>		<u>Internación</u>	
		<u>60% de</u> <u>Población</u>	<u>70%</u> <u>Recuperab.</u>	<u>40%</u> <u>Población</u>	<u>70%</u> <u>Recuperab.</u>
Chaco	12,1	7,3	5,1	4,8	3,4
Formosa	18,9	11,3	7,9	7,6	5,3
Misiones	8,4	5,0	3,5	3,4	2,4
Córdoba	8,9	5,3	3,7	3,6	2,5
Mendoza	16,6	10,0	7,0	6,6	4,6
Neuquén	20,4	12,2	8,5	8,2	5,7
Otras *	14,2	8,5	6,0	5,7	4,0

* Otras provincias se proyectaron en un promedio del resto de las provincias.

Derivación del Déficit de Servicios Hospitalarios
(Internación y Consultas Ambulatorias)
en las Areas de Influencia del Programa

a) Metodología

El método empleado para calcular el dimensionamiento del proyecto, páginas 3 a 6 define para dos períodos (1995 y 2000) el déficit ('demanda' potencial del Programa) de servicios de internación (egresos) y consultas ambulatorias en función de i) la tasa actual (1985) de servicios (públicos) por habitante año; ii) crecimiento de la población y, iii) egresos (o consultas) de otros hospitales públicos en funcionamiento o de otros proyectos paralelos (estos últimos se suponen con valor zero) dentro del área geográfica de influencia del proyecto, el aglomerado.

En los períodos correspondientes ($i = 1995$ ó $i = 2000$), la tasa del sector público $T_i (= E_i/P_i)$ es el número de sus egresos (E_i) dividido entre la población total del aglomerado (P_i). La "demanda" potencial del subsector público $D_i (= T_{85} \times P_i)$ se estima para ambos períodos manteniendo constante la tasa actual¹ (T_{85}) y multiplicando por las proyecciones de población P_i del período correspondiente. La oferta (egresos) potencial de otros hospitales, $O_i (= C_i \times G_i)$ es el número de camas (disponibles) de otros hospitales públicos¹ (que actualmente funcionan en el aglomerado) multiplicado por el giro 4/ potencial de las mismas.

El déficit (demanda potencial del proyecto), $D_i (= D_i - O_i)$ es el residuo de la demanda (D_i) no cubierta por la oferta¹ (O_i) de otros hospitales. El número de camas (consultorios) requeridos para cubrir el

4/ Este parámetro fue determinado por el técnico médico del Banco. El promedio (potencial) de egresos por cama, $G (= O/C)$ y la oferta (potencial) de egresos, $O [= C(365 \times p) / Y]$ dependen de i) el número de camas disponibles en el año, (C); ii) el porcentaje de ocupación de las mismas, (p); y iii) el promedio de días de estadía de los pacientes, (Y). Si $P = 80\%$ y $Y = 10$, el giro de una cama se calcula en el ejemplo siguiente:

C	p	días cama por año	Y	G
1	80%	292.0	10	29.2
1	70%	255.5	8	31.9

déficit, $C_1 (= D_1/G')$ se estima dividiendo el déficit (D_1) entre el giro cama que el proyecto asume como meta (G') 5/. Finalmente, comparando (en las dos últimas columnas de los cuadros correspondientes) el valor de C_1 con el número de camas (consultorios) del proyecto se determina si el dimensionamiento del Programa excede (-) o no (+) la demanda.

b) Limitaciones

Las limitaciones principales de este análisis son las siguientes: En primer lugar, la metodología condiciona el dimensionamiento del Programa a la tasa de participación ('demanda') actual 6/ del sector público. Sin embargo en la medida que el Programa contempla no solamente mejorar la calidad de los servicios tradicionales, sino además ofrecer servicios nuevos de mayor complejidad, la demanda actual no es el mejor indicador de la demanda futura ya que los servicios correspondientes no son homogéneos. De esta manera estimado el déficit, la demanda del proyecto (medida como déficit residual no cubierto por otros hospitales públicos) debe tomarse como un indicador de demanda mínima.

En segundo lugar, la metodología no incluye en forma explícita y cuantitativa el subsector privado. A falta de información sobre magnitud y características de la demanda y oferta del subsector privado, el análisis del déficit se reduce a un ejercicio parcial cuyas conclusiones deberán juzgarse en virtud de la validez de supuestos implícitos sobre el comportamiento del subsector privado. Los principales supuestos son: a) cualquiera que fuera la tasa de participación actual del subsector privado (de servicios por habitante año) este subsector crecerá a futuro lo necesario para mantener su cobertura; b) la distribución actual de la demanda global entre ambos subsectores está determinada en parte por el tipo y calidad de los servicios y por la capacidad de pago de los pacientes. De manera que manteniendo la misma distribución de ingreso a futuro, la proporción de la población de bajos ingresos que tiene que atenderse en el subsector público por falta de acceso al efector privado no variaría. En lo que respecta a esta población los subsectores no son competitivos.

Sin embargo para el resto de la población el Proyecto, dependiendo de la relación (complementaria o sustitutiva) de los servicios de los subsectores podría causar una redistribución (ignorada en el análisis) de la demanda global a favor del subsector público. En ambos casos aquí considerados si los supuestos (a y b) fallan por que el subsector privado crece menos de lo esperado o por que parte de su demanda tradicional (i.e. obras sociales) se reduce como efecto del proyecto, el análisis efectuado subestima el déficit y por lo tanto la demanda del Programa.

5/ Este parámetro fue determinado por el técnico médico del Banco.

6/ Aceptando implícitamente que la actual cobertura del subsector público es adecuado.

SUBSECTOR PUBLICO - EGRESOS GPM, TASA DE UTILIZACION DE INFRAESTRUCTURA
Y TASA DE EGRESO POR HABITANTE DEL AGLOMERADO - 1985

		EGRESOS G.P.M. Y UTILIZACION DE INFRAESTRUCTURA DEL SUBSECTOR PUBLICO								
PROVINCIA	AGLOMERADO	TOTAL	HOSPITALES A REEMPLAZAR		OTROS HOSPITALES			POBLACION	EGRESOS POR HABITANTE	
		AGLOMER.		%	%		%	%		TOTAL
		EGRESOS	EGRESOS	EGRESOS	OCUPACION	EGRESOS	EGRESOS	OCUPACION		AGLO- MERADO En miles
CHACO	GRAN RESISTENCIA	11758	11758	100.00	82.50	0	0.00	0.00	262.0	0.0449
CORDOBA	GRAN CORDOBA 1)	8127	5371	66.09	79.60	2756	33.91	65.00	323.0	0.0252
FORMOSA	FORMOSA	8090	8090	100.00	74.00	0	0.00	0.00	111.0	0.0729
MENDOZA	GRAN MENDOSA *	37452	0	0.00	0.00	37452	100.00	80.00	678.0	0.0552
MISIONES	POSADAS	10448	10448	100.00	70.00	0	0.00	0.00	171.0	0.0611
NEUQUEN	NEUQUEN *	9713	0	0.00	0.00	9713	100.00	85.00	121.0	0.0803
RIO NEGRO	CIPOLLETI	1727	1727	100.00	64.90	0	0.00	0.00	51.0	0.0339
SALTA	SALTA	26932	16930	62.86	63.30	10002	37.14	78.00	309.0	0.0872
SAN JUAN	GRAN SAN JUAN	22952	17323	75.47	66.60	5629	24.53	NA	328.0	0.0700
SANTA FE	SANTA FE	20245	9324	46.06	71.10	10921	53.94	65.00	318.0	0.0637
TUCUMAN	GRAN TUCUMAN	29540	6807	23.04	77.00	22733	76.96	69.00	574.0	0.0515
TOTALES		186984	87778	46.94	71.23	99206	53.06	NA	3246.0	0.0576

* Nuevos hospitales.

1) Las cifras son de egresos pediatricos y poblacion de menores de 15 anos.

Fuente: Ministerio de Salud y Accion Social.

L (ANOS 1995 Y 2000) DE LOS HOSPITALES Y OFERTA DE EGRESOS DEL PROGRAMA

AGLOMERADO 1)	TASA	POBLACION DEL		DEMANDA		OFERTA		EGRESOS		DEFICIT		CAMAS REQUERIDAS		CAMAS DEL PROYECTO 1)
	ACTUAL 2)	AGLOMERADO		POTENCIAL 3)		POTENCIAL		DE		(Egresos)		PARA CUBRIR		
	EGRESOS	(En miles)		(Egresos)		DE OTROS		PROYECTOS		EGRESOS		DEFICIT 6)		
	POR					HOSPITA-		PARALELOS		DEL				
HAB./ANO	1995	2000	1995	2000	1995	2000	LES 4)	5)	1995	2000	PROYECTO	1995	2000	PROYECTO
RESISTENCIA	0.0449	350	397	15707	17817	0	0	15707	17817	9870	538	610	338	
CORDOBA	0.0252	382	413	9617	10379	1940	0	7677	8439	8556	263	289	293	
OSA	0.0729	150	171	10932	12463	0	0	10932	12463	8877	374	427	304	
MENDOSA *	0.0552	825	904	45572	49936	27786	0	17786	22150	6424	609	759	220	
OAS	0.0611	230	264	14053	16130	0	0	14053	16130	9402	481	552	322	
UEN *	0.0803	202	255	16215	20470	7942	0	8273	12527	3504	283	429	120	
LELETI	0.0339	77	94	2607	3183	0	0	2607	3183	3504	89	109	120	
A	0.0872	420	481	36607	41923	15048	0	21559	26875	9402	738	920	322	
SAN JUAN	0.0700	403	443	28200	30999	8140	0	20060	22859	9870	687	783	338	
A FE	0.0637	366	390	23301	24829	7788	0	15513	17041	8410	531	584	288	
TUCUMAN	0.0515	735	822	37826	42303	17996	0	19830	24307	9110	679	832	312	
	0.0576	4140	4634	240637	270431	86640	0	153997	183791	86928	5274	6294	2977	

es.

rende ciudad capital mas localidades adyacentes dentro de zona de influencia del hospital.

35) = numero de egresos del subsector publico en el aglomerado dividido entre la poblacion del aglomerado.

tasa de egreso por habitante/ano de 1985.

potencial dado por el tecnico medico del BANCO.

e ejecutaria ningun otro proyecto durante el periodo en consideracion.

os del proyecto: tasa de ocupacion = 80%; promedio dias estada = 10; giro = 29.2.

de Salud y Accion Social.

SUBSECTOR PUBLICO-CONSULTAS Y TASA DE CONSULTAS POR HABITANTE DEL ALOMERADO-1985

PROVINCIA	AGLOMERADO	CONSULTAS DEL SUBSECTOR PUBLICO (En miles)					POBLACION TOTAL AGLOMERADO (EN MILES)	CONSULTAS POR HABITANTE
		TOTAL AGLOM.	HOSPITAL A REEMPLAZ	OTRAS CONSULTAS				
				%	%			
		CONSULTAS	CONSULTAS	CONSULTAS	CONSULTAS	CONSULTAS		
CHACO		520.800	189.969	36.48	331.831	63.72	262.0	1.9878
CORDOBA		392.821	179.904	45.80	212.917	54.20	323.0	1.2162
FORMOSA		241.559	137.236	56.81	104.323	43.19	111.0	2.1762
MENDOZA		1022.572	0.000	0.00	1022.572	100.00	678.0	1.5082
MISIONES		235.403	168.975	71.78	66.428	28.22	171.0	1.3766
NEUQUEN		278.163	0.000	0.00	278.163	100.00	121.0	2.2989
RIO NEGRO		124.629	91.144	73.13	33.485	26.87	51.0	2.4437
SALTA		923.148	339.610	36.79	583.538	63.21	309.0	2.9875
SAN JUAN		524.522	221.926	42.31	302.596	57.69	328.0	1.5992
SANTA FE		577.600	132.293	22.90	445.307	77.10	318.0	1.8164
TUCUMAN		649.335	114.544	17.64	534.791	82.36	574.0	1.1312
TOTALES		5490.552	1575.601	28.70	3915.951	71.32	3246.0	1.6915

IAL (AÑOS 1995 Y 2000) DE LOS HOSPITALES Y OFERTA DE CONSULTAS DEL PROGRAMA

TASA ACTUAL CONSULTA POR HAB/AÑO	POBLACION DEL AGLOMERADO (En miles)		DEMANDA POTENCIAL 3) (Consultas)		OFERTA POTENCIAL DE OTROS	CONSULTAS DE PROYECTOS PARALELOS	DEFICIT (Consultas)		CONSULTAS DEL PROYECTO	CONSULTORIOS REQUERIDOS PARA CUBRIR DEFICIT 6)		CONSUL- TORIOS DEL PROYECTO	SUB (+) SOBRE DIMENS
2)	1995	2000	1995	2000	4)	5)	1995	2000		1995	2000		1995
1.9878	350.0	397.0	695725	789151	331831	0	363894	457320	313600	89	101	40	
1.2162	382.2	412.5	464818	501668	212917	0	251901	288751	282240	59	64	36	
2.1762	150.0	171.0	326431	372131	104323	0	222108	267808	227360	42	47	29	
1.5082	825.0	904.0	1244280	1363429	1022572	0	221708	340857	156800	159	174	20	1
1.3766	230.0	264.0	316624	363429	66428	0	250196	297001	282240	40	46	36	
2.2989	202.0	255.0	464371	586211	278163	0	186208	308048	141120	59	75	18	
2.4437	77.0	94.0	188165	229708	33485	0	154680	196223	141120	24	29	18	
2.9875	420.0	481.0	1254764	1437004	583538	0	671226	853466	313600	160	183	40	1
1.5992	403.0	443.0	644458	708425	302596	0	341862	405829	313600	82	90	40	
1.8164	366.0	390.0	664785	708377	445307	0	219478	263070	188160	85	90	24	
1.1312	735.0	822.0	831466	929884	534791	0	296675	395093	337120	106	119	43	
1.6915	4140	4633.5	7095888	7989418	3915951	0	3179937	4073467	2696960	905	1019	344	5

comprende ciudad capital mas localidades adyacentes dentro del area de influencia del hospital.

1895) - Numero de consultas del subsector publico en el aglomerado dividido entre poblacion del aglomerado.

ma tasa de consulta por habitante/año de 1985.

mantendra el numero de otras consultas del subsector publico al nivel de 1985.

se ejecutaran otros proyectos paralelos.

consulta dividido entre el numero de consultas /año a ser atendidas por consultorio en el año (= 7840).

Eficiencia de la utilización de los hospitales

Para determinar la eficiencia en la utilización de las instalaciones hospitalarias se analiza la tasa promedio de ocupación anual junto con el número de días en el cual se rechazan pacientes. En general altas tasas de ocupación se obtienen solamente a costo de mayor rechazo. La relación directa sucede por la alta estacionalidad de la demanda por algunos servicios hospitalarios, o por inflexibilidad físico-funcional de los establecimiento, o cuando el tamaño del hospital es muy chico.

En general tasas de ocupación promedio anual mayor de 90% señalan un alto rechazo de pacientes por falta de camas disponibles en meses de alta demanda. El análisis de ocupación de camas ^{9/} de una muestra de cuatro hospitales señala que mientras en algunos servicios se rechaza demanda cuando la ocupación es 100% o más, en otros existe una ocupación muy baja y por falta de flexibilidad de los establecimientos no es posible reducir el congestionamiento de una sala desviando la demanda hacia otras áreas de servicios subutilizados. (Anexo VI-4). Por ejemplo, en julio de 1985 (Anexo VI-4 Pag. 1), ginecología del Hospital Perrando en Chaco tiene todos los días del mes 90% o más de ocupación, mientras cirugía de mujeres no tiene ningún día del mes ocupación mayor de 79%. En el Hospital Central de Formosa (Anexo VI-4 Pag. 2) el promedio de ocupación anual de 1985 es 74%, sin embargo en cirugía de mujeres, a octubre de 1985, hay 20 días con más de 100% de ocupación. El standard en países desarrollados es un máximo de 6 días al año de rechazo.

Los hospitales del programa se han diseñado con flexibilidad físico funcional de manera que permitan promedios anuales de ocupación de 80% reduciendo los niveles actuales de rechazo. Del total de camas en cada hospital 80% son indiferenciadas de manera que puedan adaptarse, dependiendo de la demanda, para atender pacientes de diferentes servicios.

^{9/} Este análisis se hizo para una muestra de cuatro hospitales.

PORCENTAJE OCUPACION CAMAS POR SERVICIO Y NUMERO DE DIAS AL MES CON
100% O MAS Y 90% O MAS Y 80% O MAS

<u>HOSPITALES PERRANDO</u> <u>Y PEDIATRICOS</u> <u>(CHACD)</u>		<u>DEPARTAMENTOS</u>										<u>Total</u>
		<u>Medicina</u> <u>Hombres</u>	<u>Medicina</u> <u>Mujeres</u>	<u>Cirugía</u> <u>Hombres</u>	<u>Cirugía</u> <u>Mujeres</u>	<u>Pediatría</u>	<u>Neonato-</u> <u>logía</u>	<u>Obstetricia</u>	<u>Ginecología</u>	<u>Trauma</u> <u>Ortopedia</u>	<u>Otros</u>	
Jul/85	Tasa % Ocupación	100	98.4	80	61.12	72.4	100	99.5	100	77.3	91.9	88.5
	Número de camas disponibles	24.2	19.9	26.0	26.0	47.5	22.5	62.2	19.8	41.8	151.6	440.8
	No. días mensuales con 100% o más disponibles	10	15	1	0	0	15	17	13	0	11	
	No. días mensuales con 90% ó más de ocupación	13	19	6	0	2	30	22	31	0	16	
	Número de días mensuales con 80% ó más de ocupación	30	22	18	0	8	31	29	31	10	28	
Oct. 1985	Tasa % Ocupación	72.3	74.9	87.1	86.5	72.5	82.5	74	71.1	90.1	89.2	81.3
	Número de Camas disponibles	42	30	26	26	53	24	90	28	41	155	515
	Número de días mensuales con 100% ó más de ocupación	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Número de días mensuales con 90% ó más	4	2	13	21	0	7	1	6	21	9	
	Número de días mensuales con 80% ó más	10	16	31	28	6	25	13	12	31	31	

PORCENTAJE OCUPACION CAMAS POR SERVICIO Y NUMERO DE DIAS AL MES SON 100% O MAS, 90% O MAS Y 80% O MAS

Hospital: Central y Madre y Niño Ponce	DEPARTAMENTOS													Total	
	Medi- cina	Medicina Hombres	Medicina Mujeres	Cir- gía	Cirugía Hombres	Cirugía Mujeres	Espec. Pediat.	Pediatría	Neonato- logía	Obste- tricia	Gineco- logía	Trauma Ortopedia	Otros		
<u>Jul. 1985</u>	Tasa % Ocupación	94	93	95	81	76	100	64	76	71	68	62	84	83	79
	No. de camas dis- ponibles	45	28	17	42	21	14	7	58	30	32	18	18	44	287
	No. días mensua- les con 100% o más de ocupación	5	8	16	5	1	17	7	1	0	2	1	14	0	
	No. de días men- suales con 90% más de ocupación	29	24	30	10	11	28	9	4	0	4	4	15	5	
	No. de días men- suales con 80% ó más de ocupación	31	31	30	17	18	30	13	10	5	9	6	17	27	
<u>Oct. 1985</u>	Tasa de % Ocupación	92	88	99	84	73	100	78	68	47	63	73	74	69	72
	No. de camas dis- ponibles	46	28	18	44	21	17	6	58	30	34	18	18	44	292
	No. de días men- suales con 100% ó más de ocupación	6	3	19	0	0	20	8	0	0	0	4	2	0	
	No. de días men- suales con 90% ó más de ocupación	23	13	31	11	7	26	18	0	0	0	7	3	0	
	No. de días con 80% o más de ocu- pación	31	30	31	25	18	30	27	1	0	1	13	16	3	
<u>Ene. 1986</u>	Tasa % Ocupación	90	87	96	74	92	68	48	54	79	76	68	93	57	72
	No. de camas dis- ponibles	46	28	18	54	21	26	7	58	28	28	18	18	44	294
	No. de días men- suales con 100% o más de ocupación	5	6	13	0	10	2	4	0	1	2	1	15	0	
	No. de días men- suales con 90% ó más de ocupación	21	15	28	9	24	6	7	0	5	8	4	21	0	
	No. de días men- suales con 80% ó más de ocupación	30	24	30	12	29	14	11	0	19	13	8	30	0	

PORCENTAJE OCUPACION CAMAS POR SERVICIO Y NUMERO DE DIAS AL MES SON 100% O MAS, 90% O MAS Y 80% O MAS

Hospital: Central "Razón Madariaga" (Misiones)	DEPARTAMENTOS										
	Medicina	Medicina	Cirugía	Cirugía	Especc.						Trama
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Pediatría	Pediatría	Neonatalogía	Obstetricia	Ginecología	Ortopedia	Otros Total
<u>Jul. 1985</u>	<u>Tasa % Ocupación</u>	96,33	86	89,6	99,6	94,09	47,4	32,8	61,9	64,3	89,2 81,7
	No. de camas disponibles	20,19	20,07	22,07	16,29	10,39	69,07	33	48	23	26,23 37,77
	No. días mensuales con 100% o más de ocupación	15	5	11	20	14	0	0	0	0	5 0
	No. de días mensuales con 90% más de ocupación	29	16	16	28	22	0	0	0	0	17 5
	No. de días mensuales con 80% ó mas de ocupación	31	24	25	31	26	0	0	1	6	26 21
<u>Oct. 1985</u>	<u>Tasa de % Ocupación</u>	94,86	91,16	83,7	99,7	90,14	58,9	65,2	62,3	67,1	96,06 85,06
	No. de camas disponibles	20,10	20,06	22	11,61	8,83	70,48	33	48	23	29,52 32,42
	No. de días mensuales con 100% ó más de ocupación	14	11	1	19	12	0	0	0	0	9 16
	No. de días mensuales con 90% ó más de ocupación	26	21	9	30	16	0	2	0	0	24 25
	No. de días con 80% o más de ocupación	30	27	20	31	22	0	13	4	9	31 31
<u>Ene. 1986</u>	<u>Tasa % Ocupación</u>	96,16	86,22	88,12	95,7	74,38	57,5	43,59	80,96	50,4	83,86 89,6
	No. de camas disponibles	20,16	20,13	22,19	15,77	9,19	69,84	33	40	23	26,39 21,65
	No. de días mensuales con 100% o más de ocupación	17	7	12	21	3	0	0	1	0	3 29
	No. de días mensuales con 90% ó más de ocupación	29	18	25	24	9	0	0	11	2	15 30
	No. de días mensuales con 80% ó más de ocupación	30	25	29	26	15	0	0	16	3	23 31

PORCENTAJE OCUPACION CAMAS POR SERVICIO Y NUMERO DE DIAS AL MES SON 100% O MAS, 90% O MAS Y 80% O MAS

Hospital: Provincial Dr. Eduardo Castro Rondon Rauquen		DEPARTAMENTOS								Total
		Medicina de Hombres y Mujeres	Cirugia de hombres, mujeres y de Espec. Pediatr.	Pedia- tria	Neone- tologia	Obste- tricia	Gineco- logia	Trauma Ortope- dia	Otros	
<u>Jul. 1985</u>	Tasa % Ocupación	96,7	88,1	91,3	86,9	99,6	59,6	74,7	63,8	86,6
	No. de camas dis- ponibles	45	46	40	18	33	19	16	21	236
	No. dias mensua- les con 100% o mas de ocupación	16	5	9	8	17	1	0	0	
	No. de dias men- suales con 90% mas de ocupación	28	15	19	15	25	3	11	0	
	No. de dias men- suales con 80% o mas de ocupación	31	27	28	19	31	5	13	0	
<u>Oct. 1985</u>	Tasa de % Ocupación	89,7	90,7	65,8	92,2	99,9	80,0	81,1	68,7	84,4
	No. de camas dis- ponibles	45	47	41	17	36	19	13	21	236
	No. de dias men- suales con 100% o mas de ocupa- ción	1	3	0	16	15	3	4	0	
	No. de dias men- suales con 90% o mas de ocupación	16	19	1	22	27	10	11	0	
	No. de dias con 80% o mas de ocu- pación	29	31	6	26	31	18	24	5	
<u>Ene. 1986</u>	Tasa % Ocupación	80,6	90,6	62,7	99,0	96,1	60,5	67,0	57,1	78,1
	No. de camas dis- ponibles	45	47	41	18	33	18	16	20	236
	No. de dias men- suales con 100% o mas de ocupa- ción	0	3	0	17	17	1	3	0	
	No. de dias men- suales con 90% o mas de ocupación	4	22	0	30	22	3	3	0	
	No. de dias men- suales con 80% o mas de ocupación	23	26	1	31	29	7	3	0	