

"Modernización del
Sistema de Financiamiento
de Salud"

EVALUACION DE LOS
PROCEDIMIENTOS DE
PROGRAMACION Y PRESUPUESTO
DE LAS REGIONES
Y SUBREGIONES DE SALUD



© Ministerio de Salud del Peru
Av Salaverry Cdra 8 s/n
Lima 11 Peru
Estudio realizado por MACROCONSULT S A entre octubre de 1995 y
abril de 1996 para el Ministerio de Salud por encargo de USAID/Peru
Proyecto 2000

Coordinador

Gonzalo Tamayo

Equipo de Investigacion

Gladys Gomez Jefe

Maria Luisa Salazar Asesor

Jorge Tello C Asesor

Trabajo de Campo

Roxana Guerra

Ros

Augusto Portocarrero

Jaime Medrano

Jesus Adriaola

Luis Espinoza

Pedro Mora

Impresion

Decision Grafica S A

Telefax 4726276

1a edicion marzo 1998

Diseño de la caratula Luis Valera

La version completa del presente estudio se encuentra en la Oficina de
Financiamiento Inversiones y Cooperacion Externa del Ministerio de
Salud

El Ministerio de Salud y USAID no comparten necesariamente las
opiniones vertidas en el presente texto, las cuales son de responsabilidad
exclusiva de sus autores

Bibliographic Elements

#18

TITLE

Evaluacion de los Procedimientos de Programacion y Presupuesto de las Regiones y Subregiones de Salud

AUTHOR

Gonzalo Tamayo Gladys Gonez Maria Luisa Salazar Jorge Tello

PROJECT NUMBER

527 0366 - Proyecto 2000

CONTRACT NUMBER

SPONSORING USAID OFFICE

Health Population and Nutrition

CONTRACTOR NAME

MACROCONSULT S A

DATE OF PUBLICATION

Marzo 1998

STRATEGIC OBJECTIVE

Improved Health including Family Planning of High-Risk Populations

CONTENIDO		Pag
Introduccion		7
I Marco conceptual y metodologico		9
1 1 Marco conceptual		9
1 2 Objetivo del estudio		10
1 3 Metodologia para la evaluacion		10
II Descripcion de procedimientos de programacion y presupuesto		13
2 1 Procedimientos de Presupuesto Publico		13
2 2 Procedimientos de planificacion de corto plazo en el sector salud		20
2 3 Programas del MINSA PNS y PNSBPT		22
2 4 Procedimientos de programacion y presupuesto en las SRS		33
2 5 Procedimientos de programacion y presupuesto en los CLAS		53
2 6 Evaluacion global		59
III Analisis de la capacidad de gestion de las SRS y su relacion con los procedimientos de programacion y presupuesto		64
3 1 Consideraciones metodologicas		64
3 2 Analisis de la capacidad de gestion de las SRS		70
3 3 Procedimientos de programacion y presupuesto y capacidad de gestion de las SRS		90
3 4 Evaluacion global		93
IV Propuesta de mejora de procedimientos de programacion y presupuesto		96
4 1 Marco conceptual		96
4 2 Propuesta de sistema de programacion y presupuesto basado en costos para las SRS		103
ANEXOS		
Anexo 1 Metodologia para la seleccion de la muestra		118
Anexo 2 Cambio de normatividad presupuestal en 1997		121

Siglas utilizadas

Sigla	Descripción
CLAS	Comités Locales de Administración de Salud
CS	Centros de Salud
DGPP	Dirección General de Presupuesto Público del MEF
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas del MINSA
DGTP	Dirección General de Tesoro Público del MEF
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos y Drogas del MINSA
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
FONCODES	Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social
HIS	Sistema de Información de Salud
INFES	Instituto Nacional de Infraestructura de Educación y Salud
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
OEI	Oficina de Estadística e Informática del MINSA
OGA	Oficina General de Administración del MINSA
OGP	Oficina General de Planificación del MINSA
OPS	Oficina Panamericana de Salud
PAC	Programa de Administración Compartida
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PNS	Programas Nacionales de Salud
PNSBPT	Programa Nacional de Salud Básica Para Todos
PS	Puestos de Salud
SPP	Sistema de Programación y Presupuesto de Salud
SRS	Regiones y Subregiones de Salud
TBC	Programa de Tuberculosis
TP	Tesoro Público
UBAS	Unidades Básicas de Atención de Salud
UTES	Unidades Territoriales de Salud
VEA	Vigilancia Epidemiológica Activa
ZONADIS	Zonas de Atención Integral a la Salud

Introducción

El presente estudio ha sido elaborado por encargo del Proyecto 2000 un proyecto del Ministerio de Salud y la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID). Tiene como propósito analizar y evaluar los procedimientos de programación y presupuesto de las regiones y subregiones de salud¹ e identificar una línea de base que permita avanzar en el diseño de un sistema descentralizado de programación y presupuesto basado en costos.

Por la naturaleza de los procedimientos de programación y presupuesto los cuales engloban actividades estratégicas y ejecutivas de las dependencias de salud el estudio permite responder algunas preguntas claves relacionadas con la institucionalidad, la toma de decisiones, los instrumentos de gestión, la normatividad existente y la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios de las dependencias de salud.

- ¿Cómo se gerencian las dependencias de salud? ¿qué diferencias existen entre los niveles de descentralización? ¿cuál es el rol que cumple cada instancia? ¿cuáles son sus responsabilidades? ¿cuáles son sus facultades? etc.
- ¿Cómo se toman decisiones? ¿qué instrumentos se utilizan? ¿cómo planifican? ¿cómo programan? ¿cómo asignan recursos? ¿cómo presupuestan? ¿cómo contabilizan? ¿cómo costean? ¿cómo controlan? ¿cómo evalúan? ¿cómo generan cambios? etc.
- ¿Cuáles son las restricciones normativas, institucionales y políticas que tienen las dependencias de salud en cuanto a las actividades de programación y presupuesto?
- ¿Cuán eficaces son las dependencias de salud en lograr la prestación de salud en sus ámbitos de acción? ¿Cuán eficientes son estas dependencias en administrar sus recursos? ¿Existen diferencias importantes entre una región/subregión y otra? ¿por qué se dan esas diferencias? etc.

El informe está organizado en cuatro capítulos. En el capítulo I se reseña el marco conceptual y la metodología aplicada. En el capítulo II se describen los procedimientos de programación y presupuesto que se aplican en las SRS y en las dependencias del MINSA. En el capítulo III se analiza la capacidad de gestión de las SRS y su relación con los procedimientos de programación y presupuesto. Finalmente, en el capítulo IV se presentan algunos elementos que se espera contribuyan a la mejora de los procedimientos de programación y presupuesto y al desarrollo del sector.

Algunas de las principales conclusiones obtenidas son las siguientes:

¹ Debe señalarse que la evaluación de los procedimientos se realizó para el ejercicio presupuestal de 1995.

Los procedimientos de programación y presupuesto de las SRS representan un ciclo completo de operaciones de las prestaciones públicas de servicios de salud en sus cinco etapas: programación, formulación presupuestal, ejecución, seguimiento y evaluación. Esto determina que sean instrumentos claves para mejorar la capacidad de gestión de las dependencias de salud.

Los procedimientos de programación y presupuesto de las SRS se encuentran determinados por el marco institucional del sector público y del sector salud y por las características internas de las SRS (entorno regional, capacidad gerencial y disponibilidad de recursos).

Las normas de los sistemas de la administración pública están dirigidas a controlar los gastos públicos, con lo cual se generan instrumentos de gestión para los organismos centrales, mas no para potenciar a las unidades ejecutoras.

El MINSA no solo desempeña un rol técnico normativo, sino que además interviene directamente en el funcionamiento de las SRS a través del financiamiento de gran parte de los servicios de salud.

Los procedimientos de programación y presupuesto de las SRS se caracterizan por ser rígidos, perpetuando el *modus operandi* de administración de los servicios de salud y reproduciendo una tradicional asignación de recursos.

Algunas experiencias recientes, como las de los CLAS, muestran que con una visión clara de los objetivos de salud, un mayor grado de autonomía en la administración de los recursos y la participación de la población, se puede obtener mejores resultados de salud.

Para mejorar la capacidad de gestión de las SRS se recomienda priorizar la generación de un marco institucional moderno y los instrumentos adecuados sobre la base de las siguientes acciones:

Utilizar la planificación y gerencia estratégica como fundamento de la gerencia de los servicios de salud. Es necesario cambiar la cultura organizacional de salud.

Dirigir la atención a mejorar los procesos de producción de servicios de salud.

Dotar a las unidades de gestión de mayor autonomía para la administración de los servicios de salud, generando las condiciones para su desarrollo como unidades productivas.

Identificar las medidas adecuadas para la evaluación de la capacidad de gestión de las dependencias de salud en relación a sus logros y la utilización de sus recursos.

Emplear la tecnología de información como instrumento estratégico de gestión.

I Marco conceptual y metodológico

1.1 Marco conceptual

La programación y el presupuesto constituyen instrumentos valiosos de planificación para el logro de los objetivos y metas de una institución los cuales deben ser alcanzados de acuerdo con criterios de eficacia y eficiencia.

La eficacia supone la consecución de las metas previstas con la oportunidad deseada. La eficiencia está relacionada con la óptima utilización de los recursos para el logro de esas metas. Para que una institución sea eficaz y eficiente debe tener claramente definidos sus objetivos, poder programar sus metas teniendo en cuenta las restricciones que debe enfrentar y tener la capacidad de ejecutar las acciones programadas en los plazos previstos con los recursos disponibles.

En este contexto, la programación y presupuesto basada en costos es un requisito indispensable para el adecuado desempeño de una institución debido a que permite lo siguiente:

- i Tener clara la misión de la institución y un panorama definido de las acciones que se van a realizar en cada período de tiempo, el costo que demandarán y las fuentes que las van a financiar.
- ii Efectuar el seguimiento físico-financiero de las acciones y los costos programados.
- iii Evaluar si las acciones programadas contribuirán con el cumplimiento de las metas y los objetivos fundamentales de la institución.

Las tareas de programación y presupuesto deben realizarse en forma integral y sustentadas en información de costos. La programación de actividades sin tomar en cuenta los costos que representan no permitirá plantear metas realistas. La elaboración de presupuestos en forma simbólica para cumplir con los requisitos de la administración pública, no constituirá un instrumento útil para la gerencia. De igual modo, el registro de la contabilidad en partidas agregadas no servirá de insumo para programar actividades futuras ni evaluar costos. Si se dan estas acciones en forma separada, difícilmente la institución será eficaz y eficiente en realizar sus funciones y no se podrá efectuar un adecuado seguimiento físico-financiero de sus metas.

El sistema público de prestación de servicios de salud en el Perú combina la descentralización de acciones (Organismo Central SRS-UTES y establecimientos de salud) con la existencia de programas nacionales (PNS y recientemente proyectos con financiamiento externo). El financiamiento de la atención a la salud que se realiza a través de los establecimientos de salud proviene tanto del Organismo Central del MINSA (de sus PNS, del PNSBPT y de los proyectos con financiamiento externo) y del presupuesto obtenido por los gobiernos regionales como de los ingresos propios. Es así que el MINSA, las SRS y los establecimientos de salud no tienen conocimiento de lo que realmente se invierte en la prestación de los servicios de salud.

Asimismo existen procedimientos diferentes para la programación y presupuesto de las actividades preventivo-promocionales y para las actividades recuperativas. Las actividades preventivo-promocionales reciben financiamiento principalmente del nivel central del MINSA, en tanto que para las actividades recuperativas el presupuesto se asigna directamente a las SRS.⁷ La programación de actividades preventivo-promocionales se realiza sobre la base de la población objetivo a atender, mientras que las actividades recuperativas se programan sobre la base de los resultados de periodos anteriores. Estas consideraciones determinan que los procedimientos de programación y presupuesto sean variados y complejos y que muchas veces escapen al control gerencial de los niveles locales de decisión.

El marco institucional del Sector Público y del Sector Salud, así como las condiciones internas de las SRS han generado un desarrollo desigual en la capacidad de planificar, programar y presupuestar las actividades de salud entre los niveles descentralizados del sector. Mas aun, los sistemas de contabilidad parecen no estar lo suficientemente desarrollados como para proveer la información de costos necesaria para sustentar estas tareas. En consecuencia se requiere llevar a cabo una revisión de los procedimientos de programación y presupuesto, teniendo en cuenta que el sector está atravesando un periodo de cambios inscritos en el proceso de Modernización del Sector Salud, el cual tiene entre sus objetivos dotar a las entidades de salud de instrumentos modernos de gestión.

1.2 Objetivo del estudio

El estudio pretende analizar y evaluar los procedimientos de programación y presupuesto de las SRS, proporcionando así la base para el diseño de un sistema descentralizado de programación y presupuesto de salud basado en costos.

1.3 Metodología para la evaluación

El análisis de los procedimientos de programación y presupuesto se descompone en las cinco etapas que implica un ciclo completo de operación de las SRS. Estas etapas se encuentran ordenadas secuencialmente de acuerdo con lo observado en la práctica en las entidades públicas:

- Etapa 1 Programación de actividades
- Etapa 2 Formulación de presupuesto
- Etapa 3 Ejecución
- Etapa 4 Seguimiento
- Etapa 5 Evaluación

⁷ Es difícil separar claramente el financiamiento de acciones preventivo-promocionales del de acciones recuperativas. A pesar de que los PNS están orientados a acciones preventivo-promocionales, parte de su financiamiento se orienta también a actividades recuperativas. Asimismo, el financiamiento de las SRS en la operación de los establecimientos de salud financia tanto actividades recuperativas como preventivo-promocionales.

A continuación se mostrará la metodología específica que se sigue en cada una de las etapas

1.3.1 Revisión de la normatividad existente

Se llevará a cabo el análisis de las directivas sobre programación y presupuesto de los gobiernos regionales, SRS, UTES y establecimientos de salud. Adicionalmente se revisarán las directivas del MEF y del MINSA que norman los procedimientos de programación y presupuesto del sector público y del sector salud respectivamente.

1.3.2 Identificación de los procedimientos de programación y presupuesto

En cada una de las SRS seleccionadas se analizan los siguientes aspectos:

- Estructura orgánica de las SRS, UTES y hospitales
- Directivas de programación y presupuesto recibidas y emitidas
- Identificación de procedimientos de programación y presupuesto
- Flujos de información que son utilizados para llevar a cabo los procesos
- Oficinas que intervienen y su ubicación dentro de la estructura orgánica
- Recursos humanos con los que cuentan: calificación y funciones
- Identificación de responsabilidades
- Documentos, reportes, estudios, información utilizada en la programación y presupuesto, identificando si se utilizan como instrumentos de gestión
- Identificación de los mecanismos de seguimiento y ajuste durante el proceso
- Identificación de los mecanismos de evaluación
- Evaluación de la capacidad gerencial y operativa de las áreas involucradas³

1.3.3 Selección de la muestra

Se incluye a todas las sedes de las SRS del ámbito del Proyecto 2000. En cada SRS se ha seleccionado como mínimo una rama de los servicios de salud, es decir una UTES, un hospital, un CS y un PS. La selección de la muestra se ha realizado en forma estratificada por niveles: las UTES en función a su nivel de salud y al tamaño de su población y los hospitales, centros de salud y puestos de salud de la misma rama de servicios.⁴

1.3.4 Metodología para el levantamiento de información

El elemento central está constituido por las entrevistas que fueron aplicadas a los principales funcionarios que participan en el proceso de programación y presupuesto sobre la base de los cuestionarios diseñados para tal fin. Adicionalmente se han revisado documentos relacionados con los procedimientos de programación y presupuesto.

³ La evaluación de la capacidad gerencial y operativa se realiza en el capítulo III.

⁴ La metodología de la selección de la muestra así como los establecimientos encuestados se detallan en el Anexo N° 1.

1 3 5 Indicadores seleccionados

Dado que la mayor parte del trabajo se relaciona con la descripción de procedimientos una gran parte de la información es de tipo descriptivo y se encuentra organizada en cuadros resúmenes y diagramas de flujo. Para el análisis de la capacidad de gestión se utilizó información de producción de actividades de salud, gasto en salud y disponibilidad de recursos. Asimismo se han identificado las limitaciones y las potencialidades de los procedimientos de programación y presupuesto.

1 3 6 Análisis de la información

Se han identificado los niveles de descentralización e integración de los procedimientos de programación y presupuesto en UTES, regiones/SRS y Organismo Central. Asimismo se analizan los procedimientos de programación y presupuesto en los establecimientos con administración compartida (PAC).

Respecto a la evaluación de la capacidad de gestión de las SRS se decidió establecer una aproximación a través de la cuantificación de los siguientes aspectos:

Eficacia

La eficacia se mide a través del logro de las metas propuestas para lo cual se utiliza el coeficiente de atenciones realizadas/atenciones programadas en 1994. Con el propósito de identificar diversos niveles de eficacia se ha realizado un análisis comparativo entre SRS.

Eficiencia

La eficiencia en una SRS se estima a través de la relación entre la mayor producción de servicios por nuevo sol gastado o el menor costo por atención realizada. De esta manera se ha analizado el número de atenciones por nuevo sol gastado en 1994 en forma relativa entre establecimientos del mismo nivel utilizando la información del gasto total contenida en el estudio *Análisis del gasto público en salud*⁵.

Así se presentan los resultados de eficacia y eficiencia en forma comparativa entre establecimientos del mismo nivel centrándose el análisis a nivel de SRS⁶.

⁵ Ver Macroconsult S.A. Análisis del Gasto Público en Salud. Lima, abril de 1996.

⁶ Los indicadores de eficacia y eficiencia fueron analizados en forma relativa entre las SRS. No se pudo replicar la metodología en el nivel de los establecimientos de salud debido a la falta de información de producción de actividades por establecimiento.

II Descripción de procedimientos de programación y presupuesto

Los procedimientos de programación y presupuesto definen el ciclo completo de gestión en las SRS lo cual incluye formulación de presupuesto programación de actividades ejecución seguimiento y evaluación. Los procedimientos de programación y presupuesto de las SRS se encuentran inscritos en los marcos institucionales del sector público⁷ y del sector salud los cuales norman y determinan sus márgenes de acción.

Por esta razón para comprender como operan los procedimientos de programación y presupuesto en las SRS inicialmente se analizan los aspectos relevantes del Sistema de Presupuesto Público normado por el MEF y las directivas dadas por el MINSA en particular la Directiva de Elaboración del Plan de Desarrollo de Corto Plazo las directivas de los PNS PNSBPT y las directivas internas de las SRS.

Posteriormente se realiza la descripción de procedimientos de programación y presupuesto en las SRS desde un enfoque sistémico identificando los principales pasos que se siguen funciones normatividad entidades que participan y sus resultados. Se identifican sus limitaciones y potencialidades. El análisis se centra en el nivel de las SRS incorporando aspectos relevantes de la participación de las UTEs y establecimientos de salud. Asimismo se examinan algunas peculiaridades ventajas y limitaciones que tienen estos mismos procedimientos en los CS y PS que operan como CLAS.

2.1 Procedimientos de presupuesto público

Un elemento que condiciona de manera central la disponibilidad de recursos en el campo de la salud es la situación general de las finanzas públicas. La inestabilidad macroeconómica entre 1985 y 1990 determinó la brusca contracción de los ingresos fiscales y como consecuencia del gasto público. El programa de estabilización aplicado a partir de 1990 tuvo como uno de sus elementos centrales la mejora de la recaudación fiscal concentrada esencialmente en la mejora de la administración tributaria y la drástica reducción de los subsidios. Asimismo a partir de dicho año se adoptaron criterios de corte de emergencia en la asignación de gastos fiscales bajo el principio de gastar únicamente aquello que ingresaba.

El MINSA fue dejado de lado en el proceso de reducción de personal que afectó a otras entidades del sector público debido probablemente a que se percibía que un corte sustancial del mismo iba a tener un impacto negativo sobre la población en una coyuntura de contracción de ingresos⁸.

⁷ Los procedimientos que se llevan a cabo en el sector público están normados por el MEF a través de los sistemas de Presupuesto Público Abastecimientos Personal Control Contabilidad entre otros.

⁸ La utilización de criterios de emergencia en las decisiones de presupuesto público ha generado una doble acción en el sector salud por un lado la rigidez para disminuir el gasto a través de

Dado que los recursos fiscales son finitos existe una abierta competencia entre los ejecutores del gasto público para obtener una mayor asignación. Desde el punto de vista del MEF es probable que los criterios de asignación contemplen la simetría en los procedimientos de presupuesto desembolso ejecución y rendición de cuentas evitando introducir tratamientos particulares en relación a las diferentes unidades ejecutorias.

Este es el contexto en el cual se debe desempeñar el sector salud durante los próximos años. Por ello razonablemente se presume que es poco probable que en el sector se pueda obtener mayores concesiones o facilidades que las actuales para introducir cambios en los procedimientos del sistema de programación y presupuesto que redunden en una mejor ejecución del gasto.

Por esta razón es imperativo contar con un mayor control del gasto y al mismo tiempo mejorar la calidad del gasto. Sin embargo asegurar el control presupuestal implica incorporar algunos cambios en el actual Sistema de Presupuesto. La reforma del Estado debe estar orientada entre otros aspectos a que las organizaciones públicas se administren con criterios gerenciales para ello es necesario que se les dote de mayor autoridad y autonomía (por ejemplo pasar al régimen de la actividad privada en la administración del recurso humano) lo cual no significa que van a tener recursos ilimitados o que se reduzca el control del gasto.

La calidad del gasto estará en función de diversas variables que sería interesante estudiar. Una de ellas es la forma como están estructurados los procedimientos de programación y presupuesto. En este sentido perfeccionar los procedimientos contribuirá a mejorar la capacidad de gestión y la calidad de gasto pero su efecto será mayor o menor en la medida en que los demás condicionantes (por ejemplo la capacidad gerencial y la calidad de personal) también logren progresar.

Es decir que si se logra mejorar otras condicionantes diferentes a los actuales procedimientos de control presupuestario como por ejemplo los procedimientos de programación ejecución y evaluación así como la capacidad de análisis de información y de gestión se puede conseguir una mejora en la calidad de gasto.

2.1.1 Marco institucional

El Estado es uno de los principales agentes económicos que a través de la orientación de ingresos y gastos fiscales afecta la situación económica y social

presupuestos históricos y el recorte en los calendarios de compromisos como en todo el sector público y por otro lado el trato preferencial a raíz de la implementación del Programa de Focalización del Gasto Social Básico que luego derivó en el PNSBPT. El resultado neto fue la canalización de recursos adicionales al sector pero bajo un enfoque y administración diferentes permitiendo además una mayor flexibilidad en cuanto al manejo de fondos la incorporación de nuevo personal (en la condición de contratado) y la implementación del Programa de Administración Compartida.

del país. El gasto es asignado a los sectores que el Estado considera prioritarios por lo que el presupuesto se convierte en una herramienta de gestión institucional.

El Sistema de Presupuesto Público es conducido por el MEF, el cual tiene las siguientes funciones: planear, dirigir y controlar los asuntos relacionados con la financiación, endeudamiento, presupuesto, tesorería y contabilidad pública, así como organizar la actividad económica.⁹ Para tal efecto, ha establecido órganos rectores de los Sistemas de Presupuesto: Tesorería, Crédito Público, Contabilidad y de Control.

El Sistema de Presupuesto Público maneja el gasto público de acuerdo con el criterio de disponibilidad de caja. Las decisiones sobre el gasto son compartidas entre el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo, quien en última instancia aprueba el Presupuesto.

Se trabaja con la técnica de ‘**presupuesto por programas**’ instituida en 1962, implementada en forma parcial desde 1971 y en forma integral desde 1982. Es importante indicar que el objetivo del presupuesto por programas es vincular al presupuesto con las necesidades de las instituciones conforme a sus planes de corto plazo (planes operativos).¹⁰

Los fondos administrados por los organismos públicos deben ser presupuestados y ejecutados según las normas del MEF, de tal forma que el presupuesto se convierte en un mecanismo de gestión operativo indispensable.

2.1.2 Etapas del proceso de Presupuesto Público

El ciclo presupuestario corresponde al ejercicio presupuestal, en el cual se dan los procedimientos de formulación, aprobación, ejecución y evaluación del uso de los recursos del Estado, a través de los programas y los proyectos de las entidades estatales.

Las principales normas que regulan los procedimientos de Presupuesto Público son las siguientes:

Ley No. 26199 Ley Marco del Proceso Presupuestario
Decreto Legislativo No. 183 Ley Orgánica del MEF
Directiva para la formulación del Presupuesto del Sector Público (anual)
Leyes Anuales de Presupuesto
Normas del Proceso Presupuestario

⁹ Decreto Legislativo No. 183 Ley Orgánica del Ministerio de Economía y Finanzas

¹⁰ A partir de 1997, las técnicas de presupuesto público se orientan en forma funcional, como consecuencia de este cambio, el presupuesto se estructura sobre la base de la cadena funcional. Puesto que las modificaciones tuvieron lugar cuando el presente estudio había concluido, en el Anexo 3 se resume el impacto de estos cambios en el análisis realizado.

Normas de Tesoro Público
Reglamento Único de Adquisiciones (RUA)
Reglamento Único de Licitaciones y Contratos de Obras Públicas (RULCOP)

a) Formulación del presupuesto

En esta fase los organismos públicos realizan la previsión de ingresos y gastos para el ejercicio del período siguiente considerando las pautas dadas por el MEF. Esta etapa se inicia en mayo con la publicación de la Directiva de Formulación del Presupuesto Público y concluye durante el IV trimestre del año con la aprobación del presupuesto para el ejercicio del año siguiente.

La formulación del presupuesto considera al Programa como unidad principal donde se definen las metas cuantitativas y los objetivos cualitativos y se indican los recursos necesarios para alcanzarlos cuyo resultado expresa el cumplimiento de una determinada política.

La Directiva establece procedimientos diferentes para la formulación de presupuesto de gasto corriente y de gasto de inversión la cual se realiza en el nivel de partidas genéricas y específicas.

Las propuestas de presupuesto se dividen en compromiso ineludible y demanda adicional. El compromiso ineludible está dirigido a continuar con la operación de los organismos sobre todo a financiar el gasto corriente ya comprometido. La demanda adicional se orienta a financiar actividades nuevas como contratación de personal, adquisición de bienes de capital y proyectos de inversión entre otras. Los criterios de aprobación suponen por un lado la aceptación de los gastos que son tratados como compromiso ineludible y por otro lado la evaluación de la demanda adicional en función a sus beneficios.

Desde el inicio de la formulación presupuestal el MEF define los techos presupuestales para cada programa y subprograma presupuestal por lo que la tarea de formulación presupuestal al interior de los organismos públicos en este caso las SRS se realiza de una manera puramente formal. Las propuestas de los organismos públicos para gasto corriente están totalmente restringidas a mantener los niveles de asignación vigentes y las mayores iniciativas se dan en las propuestas de gasto de inversión las cuales son consideradas como solicitudes de demanda adicional.

Para cumplir con los requerimientos del MEF los organismos públicos están obligados a llenar una serie de formatos en los cuales se intenta establecer una relación entre el requerimiento presupuestal y las metas de la organización. Sin embargo esta relación también se establece de manera formal pues las instituciones no cuentan con la información real que permita costear las actividades programadas.

b) Aprobación del presupuesto

El proceso de negociación entre el MEF y los organismos del sector salud para la aprobación del Anteproyecto de Presupuesto difiere de la siguiente forma

- i) En el caso de las SRS de Lima y Callao la relación es directa es decir cada SRS justifica su presupuesto ante la DGPP y solicita su calendario y autorizaciones de giro directamente
- ii) En el caso de las SRS dependientes de los gobiernos regionales la relación no es directa esto es la SRS solicita su presupuesto a través de la región respectiva

La aprobación del presupuesto está a cargo del Congreso previa visación del Consejo de Ministros. El presupuesto se aprueba mediante una Ley.

Al inicio del ejercicio presupuestal cada pliego tiene que efectuar la aprobación interna de su presupuesto y la desagregación en partidas específicas. La aprobación y desagregación del presupuesto se realiza mediante Resolución del titular del Pliego.

c) Ejecución del presupuesto

Durante esta etapa tiene lugar la ejecución de gasto corriente y gasto de capital. El gasto corriente se realiza a través de los gastos en pago de planillas y adquisiciones de bienes, servicios y equipos no ligados a proyectos de inversión. El gasto de inversión se lleva a cabo a través de la ejecución de proyectos bajo las modalidades de administración directa, encargo o contrato.

La etapa de ejecución está regulada por las Normas de Procesos Presupuestarios las cuales establecen, entre otras cosas, los montos para la adquisición de bienes o contratación de obras por adjudicación directa, concurso público de precios o licitación pública.

También se norman las modificaciones presupuestarias entre partidas, así como se faculta a los titulares de pliegos a incorporar en sus respectivos presupuestos los mayores recursos provenientes de los fondos Otros de Tesoro Público, Ingresos Propios y Donaciones internas y externas.

La ejecución del presupuesto se realiza en forma mensual e incluye dos aspectos importantes: el calendario de compromisos y la autorización de giro.

El **Calendario de Compromisos** es la previsión y autorización mensual máxima que da la DGPP para comprometer asignaciones presupuestarias considerando el presupuesto analítico aprobado y las necesidades para el logro de las metas previstas.

Debe señalarse sobre todo para las SRS fuera de Lima que entre la aprobación del calendario de compromisos y la comunicación a las SRS existe un tiempo promedio de 10 días lo cual perjudica a la institución pues generalmente se le informa del calendario de compromisos aprobado entre la tercera y cuarta semana de cada mes. Por esta razón no es posible realizar una planificación adecuada del gasto.

Las **Autorizaciones de Giro** son los montos autorizados por la DGTP a las oficinas giradoras para la emisión de cheques que permitan atender los pagos sobre la base de la programación aprobada vía calendario de compromisos. Las autorizaciones de giro son realizadas en subcuentas del Banco de la Nación.

Los fondos de Tesoro Público bajo la modalidad de encargo (como las remesas que reciben las SRS) también deben ser administrados en cuentas corrientes en el Banco de la Nación.

d) Evaluación

La Ley Marco del Proceso Presupuestario establece que la evaluación del presupuesto se hará en términos físicos y financieros. El propósito es medir los resultados de la gestión así como analizar el comportamiento de los ingresos y los gastos precisando el cumplimiento de las metas respecto del presupuesto autorizado.

La evaluación global del presupuesto la lleva a cabo el MEF el cual remite un informe a la Comisión de Presupuesto del Poder Legislativo y a la Contraloría General. Los procedimientos para la evaluación presupuestal están regulados en las Normas de Procesos Presupuestarios. La medición de la ejecución de compromisos se efectúa comparando el presupuesto comprometido en el periodo evaluado con el presupuesto anual autorizado. Por otra parte se trata de establecer la relación de ejecución presupuestal frente a las metas físicas ejecutadas para apreciar la capacidad de gestión de cada organismo¹¹.

En términos generales se puede apreciar que el Sistema de Presupuesto Público representa un esfuerzo por controlar los desembolsos y los gastos efectuados por cada organismo público con el propósito de asignar eficientemente el presupuesto. Se pretende que el presupuesto sea una herramienta eficaz en el logro de las metas alcanzadas convirtiendo la estructura programática en la base para la asignación de recursos humanos, materiales y financieros. Sin embargo en la práctica los procedimientos de presupuesto adolecen de las siguientes rigideces:

¹¹ Las metas físicas que se reportan son las consideradas en el Plan Operativo Institucional de las SRS.

Secuencia y plazos de las etapas del ciclo presupuestal Las directivas que norman el proceso presupuestario no están acordes con los tiempos necesarios para la presentación de los formatos. Las SRS necesitan adelantarse a la formulación del presupuesto con la finalidad de presentar propuestas de cambio a los sectoristas de la DGPP entre otras, para establecer una adecuada estructura programática de acuerdo con las necesidades del organismo.

Recortes y fraccionamiento de recursos Los montos calendarizados no son respetados en las autorizaciones de giro las cuales son rebajadas y fraccionadas por el MEF¹. Los plazos establecidos para la solicitud del calendario de compromisos y la aprobación no son cumplidos en su totalidad es decir se puede terminar el mes sin que el organismo obtenga el reporte del calendario aprobado lo que perjudica su programación mensual.

Dificultades para cumplir con los requisitos que se exigen para solicitar recursos del Estado y sea para el calendario o el giro de fondos Debido a que los plazos de aprobación de las autorizaciones de giro no se cumplen tal como lo establecen las directivas los organismos no cuentan con el tiempo adecuado para ejecutar los fondos esto último genera que se elaboren formatos irreales con la perspectiva de regularizarlos en el mes siguiente. El cumplimiento de los plazos establecidos por ambas partes (ente rector y organismo) constituiría un avance en la mejora del sistema de presupuesto¹³.

Por último la etapa de evaluación requiere de mayor importancia pues tan solo se analiza la parte financiera y no la física y en muchos casos es la causa del divorcio entre la estructura presupuestal y la programática.

Los principales aspectos que deben ser tomados en cuenta por el MEF para mejorar los procedimientos de programación y presupuesto son los siguientes:

- i Permite que la estructura programática presupuestal se adecue a las necesidades de dotar de mayor autonomía a las unidades administrativas de salud UTEs y hospitales que requieren convertirse en Subprogramas presupuestales.
- ii Asegurar la provisión de recursos en forma oportuna y con el suficiente margen para la ejecución de fondos.
- iii Mejorar los procedimientos para el tratamiento de Ingresos Propios.

¹ Generalmente existen diferencias entre el presupuesto programado para un mes, el calendario aprobado y la autorización de giro. El quiebre se da tanto en la aprobación mensual de calendarios como en las autorizaciones de giro las cuales son realizadas por el MEF teniendo en cuenta las disponibilidades de caja.

¹³ La capacidad de gasto del organismo está condicionada por los problemas en los plazos de ejecución las normas generales de la administración pública (por ejemplo del sistema de abastecimientos) y factores internos al organismo.

2.2 Procedimientos de planificación de corto plazo en el sector salud

El proceso de planificación en el sector salud se realiza sobre la base de una Directiva elaborada por la OGP del MINSA cuyo objetivo es normar el proceso de formulación del Plan de Corto Plazo y aprobar la Apertura Programática para el sector de tal manera que responda a los objetivos y a la Política Nacional de Salud. Su alcance es el MINSA, las SRS, los organismos públicos descentralizados y otras instituciones del sector.

La formulación del Plan en las SRS se inicia con un diagnóstico de situación de salud (social, epidemiológico y de disponibilidad de recursos de salud) incluyendo una evaluación del déficit entre necesidades y respuestas del sector. Luego se deben precisar las prioridades, los objetivos anuales, las estrategias y las líneas de acción. Asimismo, se deberán definir las metas cuantitativas y cualitativas para el año sobre la base de un conjunto de formatos que incluyen información de metas físicas y requerimientos financieros. Finalmente, se precisarán las proyecciones a mediano plazo (1997-2000) y los mecanismos de seguimiento y evaluación.

La directiva constituye un instrumento valioso para regular el proceso de planificación en el sector público de salud. Presenta la relación de que aspectos debe contener el Plan de Desarrollo de Corto Plazo, establece formatos para que el MINSA y las SRS estandaricen su presentación y las fechas en que deben darse e inclusive se aprueba una Apertura Programática con indicadores estandarizados por cada actividad que permiten un tratamiento uniforme de la información.

Dicha directiva está totalmente operativa en las SRS, la mayor parte de las cuales con mayor o menor grado de desarrollo, llega a elaborar sus planes operativos. Sin embargo, al revisar los Planes de Corto Plazo en las SRS se observó lo siguiente:

Las SRS no llegan a plantear la imagen objetivo que quieren lograr, no se conoce la disponibilidad total de recursos con los que cuentan y las metas programadas son proyecciones sobre la ejecución anterior.

Si bien se tiene en cuenta el Plan de Salud 1995-2000 y los lineamientos de política del sector, no se llega a establecer las metas de mediano plazo para las SRS y no se logra identificar qué parte de esas metas se cumplirá en cada año.

Esta situación podría explicarse por el esquema institucional del MINSA, donde una parte del financiamiento de las actividades de las SRS está presupuestada en el Ministerio y porque además la planificación no está interiorizada como instrumento de gerencia.

La directiva debería contener indicaciones de los techos presupuestales tanto del presupuesto regional como de lo que se remesará (por PNS y PNSBPT). Esto plantea dos problemas: por un lado, en enero no se conocen los techos puesto que el MEF los emite en el mes de mayo, y por el otro, no es práctica del MINSA dar información anticipada a las SRS sobre los recursos que remesará para que estas los incluyan en la formulación del presupuesto.

Sería necesario que el MINSA pueda proporcionar estimados realistas de lo que va a requerir a las SRS durante el año. No obstante para que el MINSA pueda proporcionar techos debe además de estimar los montos que estarán disponibles tener un modelo de asignación de recursos por SRS.

Las SRS elaboran el Plan de Corto Plazo en gran medida para cumplir con las indicaciones del nivel central del MINSA. Es así que en gran parte de las SRS este plan no llega a constituir un instrumento de gestión sobre el cual se pueda hacer un seguimiento. Esta situación ocurre también por la falta de información sobre costos.

La directiva no facilita en las SRS la toma de decisiones sobre el monto de recursos que deben ser destinados a cada tipo de establecimiento. En el caso de los tipos de servicios si bien se detalla cada actividad de los programas no es posible identificar el papel de los establecimientos en la provisión de los servicios es decir cual es el papel de los hospitales en la provisión de salud pública. Tal como está diseñada la directiva no es posible evaluar el costo de los servicios en hospitales ni en servicios periféricos.

Esta directiva plantea la descomposición del presupuesto de inversiones por fuentes de financiamiento pero no el presupuesto de producción de actividades. En la directiva anterior (Plan Operativo 1995) sí se consideraba un formato por fuentes de financiamiento para la programación de todas las actividades.

Otro aspecto que merece comentarse es la multiplicidad de directivas que emiten los programas nacionales en forma independiente de la directiva del plan operativo. Se entiende que estas directivas contengan aspectos médicos y normativos relacionados con la atención de cada programa. Sin embargo lo que se refiere a la programación de actividades debería consolidarse en la directiva de plan operativo del MINSA. Es decir la Oficina de Planificación del MINSA debe reunir en un solo documento todo lo relacionado con la programación de los PNS y del PNSBPT.

En algunos casos los formatos utilizados para la programación de actividades son modificados por las SRS y en otros casos no son completados y cabalidad. En este formato la parte que corresponde a programación física de actividades es la que las SRS llenan con mayor facilidad con el apoyo de las indicaciones de los PNS no considerándose en algunos casos la programación de actividades de los servicios de salud. En cambio la parte más difícil es la estimación de los requerimientos financieros (costos) los cuales son proporcionados algunas veces y otras no. De otra parte no se identifica cuánto de estos requerimientos corresponde a cada fuente de financiamiento.

La evaluación (seguimiento) es solo física, no se hace una evaluación financiera. Las evaluaciones se refieren a lo que en el MINSA se conoce como Evaluación Operacional.

2.3 Programas del MINSA PNS y PNSBPT

2.3.1 Programas nacionales de salud

2.3.1.1 Aspectos generales

Las actividades de las SRS se dirigen a dos tipos de acciones de salud: las recuperativas y las preventivo-promocionales, según la orientación que viene desde el MINSA. Entendiendo que la salud no solo es la ausencia de enfermedad sino un estado de bienestar integral de la persona humana, desde la década del 70 el MINSA viene llevando a cabo actividades que tienden a reducir la morbilidad y mortalidad de la población con la convicción de que es más beneficioso (en términos de reducir discapacidad y costos) prevenir que curar. Así, siguiendo la tendencia mundial de una mayor especialización de las actividades preventivo-promocionales¹⁴, se fueron creando los **‘Programas Nacionales de Salud’**. Entre los primeros PNS que se crearon se encuentran el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el Programa de Control de Tuberculosis y el Programa de Control de Malaria.

El propósito de los PNS es brindar atención especializada a problemas específicos, conociendo la enfermedad y fondo, y estableciendo normas técnicas para su prevención o tratamiento. Al interior de la sede central del MINSA, los PNS se han manejado a través de direcciones generales, las cuales han estado dirigiendo la programación, la ejecución y el control de las actividades preventivo-promocionales realizadas por las SRS, UTEs y establecimientos de salud.

Sin embargo, la situación individualizada de los PNS y una nueva corriente de Atención Integral a la Salud, lleva a una revisión del trabajo que venían realizando. Así, en el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA de 1992, se trata de integrarlos en cuatro grandes Programas de Salud, de forma que cada PNS pueda ser un Subprograma de Salud (ver Cuadro 2.1). Actualmente, los Programas de Salud son los siguientes: Programa Mujer y Niño, Programas Sociales, Programas de Enfermedades Transmisibles y Programas Especiales.

Como se puede apreciar, existe una intención explícita del MINSA de integrar los PNS a partir del enfoque de salud integral y de un mejor manejo presupuestal, lo cual ha formado parte de un proceso sostenido de cambio.

¹⁴ Hay compromisos internacionales que ha asumido el Perú sobre Atención Primaria a la Salud Salud para Todos en el Año 2000 y Plan de Acción por la Infancia.

CUADRO 2 1
PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD

<p>DIRECCIÓN DE PROGRAMA MUJER NIÑO Salud Materno Perinatal Control de Enfermedades Diarreicas Agudas y Colera Control de Infecciones Respiratorias Agudas Crecimiento y Desarrollo Inmunizaciones</p> <p>DIRECCION DE PROGRAMAS SOCIALES Planificación Familiar Mujer Salud y Desarrollo Escolar y Adolescente</p> <p>DIRECCION DE PROGRAMAS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Tuberculosis y Lepra Malaria y Otras Enfermedades Metaxenicas Control de Zoonosis Sida y Enfermedades de Transmision Sexual</p> <p>DIRECCION DE PROGRAMAS ESPECIALES Programa de Erradicacion de los Desordenes por Deficiencias de Iodo Salud Bucal Salud Mental</p>
--

Fuente Reglamento de Organización y Funciones del MINSA 1992

2 3 1 2 Objetivos y actividades de los PNS

En términos generales el objetivo de todos los PNS es realizar actividades preventivo-promocionales que permitan mejorar la situación de salud reduciendo los niveles de morbi mortalidad y discapacidad de las personas. A niveles específicos los PNS se encuentran especializados en la prevención de determinados problemas de salud. En el Cuadro 2 2 se mencionan los objetivos específicos de los PNS y en el Cuadro 2 3 sus principales componentes. En el Cuadro 2 4 se puede observar un resumen de los criterios utilizados por las SRS para la programación de actividades en las que participan los PNS¹⁵

¹ Se utilizaron como fuente de información para la elaboración de los cuadros las encuestas que se aplicaron a los responsables de los PNS. No existe información de TBC y Lepra porque no se llegaron a concretar las entrevistas.

CUADRO 2.2
OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

PROGRAMA	OBJETIVOS
Salud Materno Perinatal	Disminuir morbi mortalidad materno perinatal
Enfermedades Diarreicas Agudas Colera	Acelerar la tendencia descendente de la mortalidad por enfermedades diarreicas en la poblacion menor de 5 años
Control de Infecciones Respiratorias Agudas	Disminuir el uso inadecuado de antibioticos y otros farmacos en el manejo de niños con Infecciones Respiratorias Agudas
Crecimiento y Desarrollo	Control del crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años
Inmunizaciones	Contribuir a mejorar el nivel de salud de la poblacion materno infantil por medio de la prevencion y el control de las enfermedades inmunoprevenibles
Planificacion Familiar	Contribuir a lograr el crecimiento poblacional que permita alcanzar los niveles de desarrollo que el pais espera mediante la disminucion de la fecundidad en armonia con la libre decision de la poblacion sobre el tamaño de su familia
Malaria y Otras Enfermedades Metaxenicas	Prevenir y controlar la malaria y otras enfermedades metaxenicas en el pais en el mediano y largo plazo
Control de Zoonosis	Controlar y tratar de eliminar todas las enfermedades zoonoticas (rabia peste brucelosis hidatosis) y accidentes por animales ponzoñosos
Sida y Enfermedades de Transmision Sexual	Reducir la transmision de la VIH/ETS Reducir el impacto individual social y economico de las ETS en especial VIH y SIDA Movilizar unificar canalizar y optimizar los esfuerzos nacionales y foraneos en la lucha contra las ETS y SIDA
Programa Nacional de Erradicacion de Desordenes por Deficiencia de Yodo (PRONEDDI)	Contribuir a que toda la poblacion tenga acceso al consumo diario normal de iodo
Salud Bucal	Elevir el nivel de salud bucal de la poblacion priorizando al preescolar escolar y gestantes por ser los grupos mas vulnerables

Fuente: Microconsult S.A. Encuestas realizadas a los responsables de los programas

CUADRO 2 3
COMPONENTES DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

PROGRAMA	COMPONENTES
Salud Materno Perinatal	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitacion • Informacion educacion y comunicacion • Produccion de servicios
Control de Enfermedades Diarreicas Agudas y Colera	<ul style="list-style-type: none"> • Planeacion con enfoque de riesgo • Coordinacion sectorial y capacitacion • Informacion educacion y comunicacion • Promocion y apoyo a la lactancia materna • Promocion del saneamiento basico • Vigilancia epidemiologica seguimiento y evaluacion
Control de Infecciones Respiratorias Agudas	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitacion e investigacion • Abastecimiento de medicamentos e insumos • Informacion educacion y comunicacion • Monitoreo supervision y evaluacion
Crecimiento y Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitacion • Monitoreo y supervision
Inmunizaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Gastos operativos y logistica • Capacitacion supervision y difusion • Vigilancia epidemiologica e investigacion • Cadena de frio
Planificacion Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Programacion capacitacion y logistica • Supervision informatica y estadistica • Informacion educacion y comunicacion
Malaria y Otras Enfermedades Metaxenicas	<ul style="list-style-type: none"> • Prevencion control y capacitacion • Supervision y evaluacion
Control de Zoonosis	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento y laboratorios • Vigilancia epidemiologica control de focos • Educacion
Sida y Enfermedades de Transmision Sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Inteligencia epidemiologica • Prevencion de la transmision sexual • Prevencion de la transmision sanguinea • Prevencion de la transmision madre hijo • Reduccion del impacto del VIH/SIDA • Evaluacion
PRONEDDI	<ul style="list-style-type: none"> • Produccion y comercializacion • Vigilancia y control de calidad • Promocion de consumo • Proteccion de poblacion en riesgo

Salud Bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitacion educacion y prevencion • Recuperacion e investigacion
-------------	---

Fuente: Microconsult S.A. Encuestas realizadas a los responsables de los programas

CUADRO 2.4
CRITERIOS UTILIZADOS POR LOS PNS PARA LA ELABORACION DE
LOS PROGRAMAS DE ACTIVIDADES

PROGRAMA	CRITERIOS
Salud Materno Perinatal	<ul style="list-style-type: none"> • Definir poblacion objetivo • Determinar poblacion sujeta a programa • Determinar cobertura
Control de Enfermedades Diarreicas Agudas y Colera	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque de riesgo
Control de Infecciones Respiratorias Agudas	<ul style="list-style-type: none"> • Poblacion objetivo • Poblacion susceptible • Poblacion sujeta a programacion
Crecimiento y Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Poblacion < 1 año 1 año 2 4 años • Capacitacion • Logistica (disponibilidad de recursos) • Supervision nacional regional subregional y local
Inmunizaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Poblacion en riesgo < 1 año 1 4 años 6 años mujeres en edad fertil • Distritos en riesgo • Accesibilidad • Coberturas
Planificacion Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Poblacion mujeres en edad fertil • Capacitacion (demanda) • Logistica (disponibilidad de recursos y % de mujeres en edad fertil que el programa tiene como meta cubrir) • Necesidad equipo supervision y difusion
Malaria y Otras Enfermedades Malariales	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar areas de alto riesgo de transmision (criterio epidemiologico) • Ubicar areas por niveles de incidencia • Prioridad y magnitud del problema • Control vectorial integrado
Control de Zoonosis	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizacion de areas de riesgo y areas silenciosas y asignacion de recursos
Sida y Enfermedades de Transmision Sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades sobre la base de escenarios prioritarios

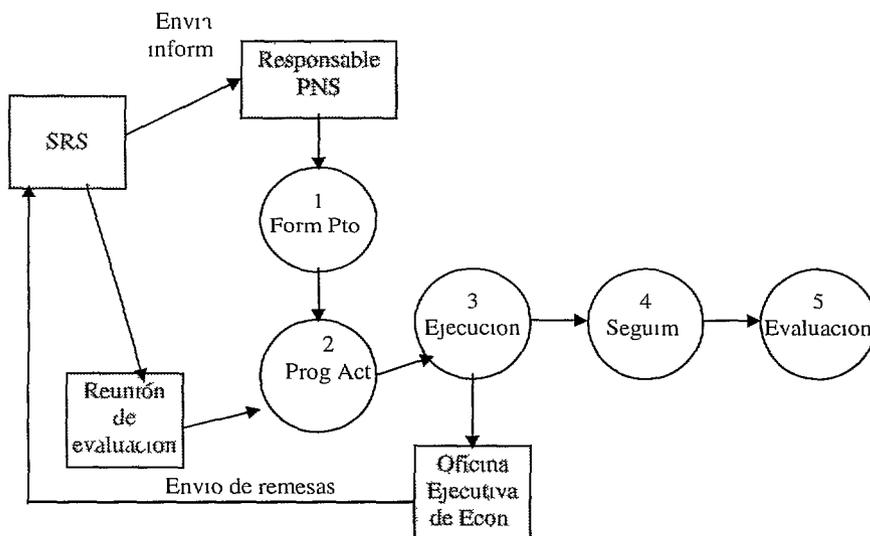
	<ul style="list-style-type: none"> • Metas en cobertura • Evaluacion del programa del año anterior
PRONEDDI	<ul style="list-style-type: none"> • Areas de produccion de sal iodada en el nivel nacional • Que comerciantes abastezcan sal iodada • Control de calidad
Salud Bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Año diagnostico o año anterior • Poblacion sujeta a programacion • Diagnostico de situacion de salud en la jurisdiccion

Fuente Macroconsult S.A Encuestas realizadas a los responsables de los programas

2.3.1.3 Procedimientos de programacion y presupuesto de los PNS

Los PNS participan en los procedimientos de formulacion presupuestal programacion ejecucion seguimiento y evaluacion sobre la base de lo dispuesto por las normas del sector publico del MINSA y las directivas que ellos mismos emiten y que son de aplicacion en las SRS de acuerdo con lo que se visualiza en el Grafico 2.1

GRAFICO 2.1
PROCEDIMIENTOS DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO EN LOS PNS



a) Formulación del Presupuesto

Sobre la base de la directiva de Formulación de Presupuesto que elabora la Oficina de Planificación del MINSA los responsables de cada PNS formulan su presupuesto en coordinación con el PNSBPT. La formulación del presupuesto se lleva a cabo tomando como referencia la ejecución histórica. Una de las limitaciones de este proceso es la inexistencia de metodologías para la formulación del presupuesto.

b) Programación de actividades

Esta acción se realiza como parte del PNSBPT en coordinación con las SRS. Durante el III y IV trimestre del año que transcurre y sin conocer las cifras definitivas de asignación presupuestal, la Dirección General de Salud de las Personas y los PNS evalúan las metas programadas en el año para programar las actividades con las coberturas que se pretende alcanzar en el siguiente año. Normalmente, en el mes de diciembre tiene lugar una reunión con los coordinadores de los PNS de las SRS, la OGP del MINSA, los responsables de los PNS y la DGSP para evaluar las metas alcanzadas y programar las actividades a efectuarse en el próximo año. Estas acciones son especificadas en el Plan Operativo de cada PNS.

Cabe destacar las siguientes limitaciones:

No existe oficina que coordine todas las actividades programadas por los PNS por toda fuente de financiamiento.

En la programación no se trabaja con información de costos de actividades. Las cifras presupuestadas por actividad se determinan a partir de la información histórica.

c) Ejecución

La DGP del MINSA cuenta con una oficina administrativa contable que apoya las labores administrativas de cada PNS.

La Oficina de Economía del MINSA efectúa el envío de las remesas a través de un Comprobante de Pago que es dirigido a la oficina giradora designada por el Programa. El monto es remesado por partidas específicas para las actividades programadas por cada PNS.

Se observa como limitación que mayormente la ejecución de las actividades de cada PNS depende del saldo presupuestal existente.

d) Seguimiento

El seguimiento de las acciones de los PNS en las SRS es permanente. En esta etapa participan las Oficinas de Planificación, la Oficina Ejecutiva de Economía del MINSA, la DGSP, el PNSBPT y los responsables de cada PNS. Cada PNS ha establecido formatos de seguimiento físico de las actividades, los cuales deben ser

derivados a la DGSP para su consolidación. Este seguimiento físico va acompañado de visitas que realizan los responsables de cada programa para constatar *in situ* las actividades que se realizan¹⁶

Respecto al seguimiento financiero este es efectuado por la Oficina Ejecutiva de Economía Área de Contabilidad Integrada, donde cada oficina giradora remite información financiera mensual sustentando el gasto que se ha efectuado vía encargo.

e) Evaluación

Las actividades de esta etapa son efectuadas trimestralmente por los responsables de los Programas sobre la base de los formatos de seguimiento de cada PNS. La evaluación se realiza para determinar las coberturas alcanzadas por cada actividad. A fin de año se llevan a cabo reuniones de evaluación de las actividades de los PNS en las cuales participan las SRS y la OGP del MINSA.

De la revisión de los procedimientos de los PNS se desprende lo siguiente:

- 1) Es necesario precisar que la participación de los PNS en los procedimientos de programación en las SRS es sumamente importante no solo porque han contribuido con mejores técnicas de programación, seguimiento, supervisión y evaluación sino porque hay una presencia activa de ellos hasta casi en el último PS.

Cuando uno visita una SRS o un establecimiento y pregunta que es lo que se programa o como se realiza la programación de actividades la respuesta siempre estará dirigida a contestar como es que se lleva a cabo la programación de PAI, EDA, IRA, TBC, etc.

Es difícil que alguien informe como se programa la atención de servicios recuperativos y es que estos no se programan solamente se dan como respuesta a la demanda hasta donde les es posible. Incluso en los hospitales el método usual de programación de un servicio es establecer un porcentaje sobre la producción del año anterior.

- 2) La participación de los PNS en los procedimientos de presupuesto del MINSA es débil y genera una serie de problemas en la ejecución del gasto (por ejemplo en la rendición de cuentas). Existe una mayor coordinación entre los PNS y las SRS para la programación de actividades que para aspectos presupuestales.
- 3) Los PNS enfrentan una serie de limitaciones para la aplicación de los procedimientos de programación y presupuesto (Ver Cuadro 2.5).

¹⁶ El seguimiento físico se aplica a las actividades de PNS nivel establecimiento mientras que el financiero corresponde a las remesas de PNS nivel central. No hay relación alguna entre ambos.

CUADRO 2 5
DIFICULTADES ENCONTRADAS POR LOS PNS EN LA ELABORACION
Y CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE
PROGRAMACION Y PRESUPUESTO

DIFICULTADES O LIMITACIONES	
ELABORACIÓN	CUMPLIMIENTO
Rigidez en normas presupuestales	Desfas en la asignacion de recursos
Rigidez en los convenios de cooperacion externa	Recortes presupuestales
Falta de personal o deficiencia de su capacitacion	Falta de personal calificado
Falta y atraso en la informacion	Cambio de politicas
Alteracion de cargos directivos	Deficiencias en las Oficinas de Contabilidad de las SRS
Cambio de directivas	Dificultad de compatibilizar asignacion de fondos del MEF con actividades del programa
	Factores coyunturales (epidemias)

Fuente Macroconsult S.A Encuestas realizadas a los responsables de los programas

- 4) Los PNS cuentan con una variedad de instrumentos de gestion (normas tecnicas, directivas de programacion, seguimiento, supervision, control, informacion y evaluacion) los cuales se aplican en las SRS y ayudan a explicar por que es tan notoria la presencia de los PNS en las SRS

El nivel de desarrollo de estos instrumentos es sumamente desigual entre PNS y al mismo tiempo que se soluciona un problema puntual se genera un caos en el conjunto. Existen excesos, vacios y desniveles por lo tanto es imprescindible uniformar estos instrumentos de gestion.

Una muestra de ello es la cantidad de sistemas de informacion que se han creado (uno por cada PNS con gran numero de formatos de recoleccion de informacion) y la resistencia a la uniformidad que muestran los PNS. Este es uno de los aspectos relevantes que el Proceso de Modernizacion del Sector debe contemplar: tomar las mejores experiencias de gestion de los PNS e identificar sus debilidades con el proposito de formular nuevos instrumentos de gestion.

2.3.2 Programa Nacional de Salud Básica para Todos (PNSBPT)

2.3.2.1 Objetivos

Mediante la Ley de Presupuesto de 1995 (Ley 26404) se dispone continuar con el proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios sociales a través de programas especiales en cada uno de los sectores. Así en el MINSA se crea el PNSBPT el cual es considerado bajo la categoría de programa presupuestal.

En este dispositivo legal se establece que la jefatura del programa recae en el titular del pliego y se indica que el sector tiene las siguientes responsabilidades:

- Otorgar primera prioridad a la asignación y ejecución de los recursos que se realizan a través del programa.
- Desarrollar estructuras de costos de los servicios a proporcionar.
- Localización de las áreas geográficas beneficiadas.
- Cuantificación de los beneficios y otros indicadores que tiendan a establecer parámetros de eficiencia y mejora de la calidad de los servicios sociales.

El objetivo general del PNSBPT es asegurar la provisión de un paquete básico de salud en los puestos y centros de salud del país, principalmente en zonas rurales y urbano marginales más pobres, con el fin de mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de las personas y comunidades.

Sus objetivos específicos son los siguientes:

1. Perfeccionar y mantener la infraestructura física y el equipamiento básico de los puestos y centros de salud.
2. Incrementar la oferta de servicios básicos de salud mediante la ampliación del horario de atención.
3. Asegurar la provisión de intervenciones básicas de salud orientadas a la protección de la salud materno-infantil, el control de las enfermedades transmisibles y los daños prevalentes a nivel local.
4. Mejorar el conocimiento, las habilidades y las prácticas de los trabajadores de salud mediante actividades de capacitación.
5. Extender el trabajo de los equipos locales de salud a través de la modalidad extramural.

La estructura presupuestal del PNSBPT se divide en cinco subprogramas presupuestales mediante los cuales se financian tanto las actividades de focalización como las del Programa de Administración Compartida. Este último tiene directivas específicas para su funcionamiento.

2.3.2.2 Procedimientos

Los procedimientos de programación y presupuesto que se ejecutan en el PNSBPT se definen a través de una directiva que se aprueba a inicios de cada año.

a) Formulación de presupuesto

La Jefatura del PNSBPT en el MINSA formula su presupuesto anual dentro del presupuesto del pliego del MINSA sobre la base de la programación de los compromisos contraídos en las SRS (ampliación de horarios y contratos con los CLAS) así como la proyección de nuevas actividades para el próximo año

b) Programación de actividades

Las SRS elaboran sus propuestas de programación para el PNSBPT las cuales incluyen una priorización de los CS y PS que ingresaran mensualmente al programa así como sus necesidades de personal adicional y financiamiento

Los criterios de priorización son los siguientes

- Zonas de mayor pobreza
- Perfil epidemiológico con indicadores negativos
- Difícil accesibilidad geográfica o aislamiento temporal por condiciones climáticas
- Zonas de frontera

Las propuestas son revisadas y aprobadas por la Jefatura del Programa

c) Ejecución

La OGA a través de la Dirección Ejecutiva de Economía del MINSA atiende las solicitudes de Remesas de Fondos por Encargos del PNSBPT Opcionalmente las SRS pueden proponer que algunas UTES ejecuten fondos del PNSBPT en forma directa y en este caso se hace el desembolso a nombre de la UTES

La SRS recibe las remesas y las deposita en una cuenta corriente especial y exclusiva para el manejo de fondos del PNSBPT Los comprobantes de pago de las remesas del MINSA PNSBPT deben ser devueltos debidamente firmados dentro de los 8 días de recibido el cheque La SRS esta obligada a llevar un Libro Auxiliar para el Registro y Control de Fondos recibidos por el Programa asimismo el control y rendición de fondos debe ser por cada comprobante de pago

Se debe rendir cuentas documentadas a los 30 días de recepcionada la remesa de fondos Cada documento debe ser visado por los responsables del gasto (Director General Director de Apoyo Administrativo Contador Director de Logística) y firmados y sellados (en el reverso) por el Coordinador del PNSBPT

d) Seguimiento

El PNSBPT cuenta con unidades coordinadoras en cada SRS y con Supervisores Regionales los cuales evalúan permanentemente la gestión del Programa en el nivel regional subregional y local

En las SRS las unidades coordinadoras del PNSBPT estan encargadas de hacer un seguimiento permanente tanto al Programa de Focalizacion como al Programa de Administracion Compartida

e) Evaluacion

Las directivas del PNSBPT tratan de incorporar explicitamente al epidemiologo como componente importante para realizar las tareas de vigilancia epidemiologica evaluacion de los programas y servicios y apoyo a la supervision del PNSBPT

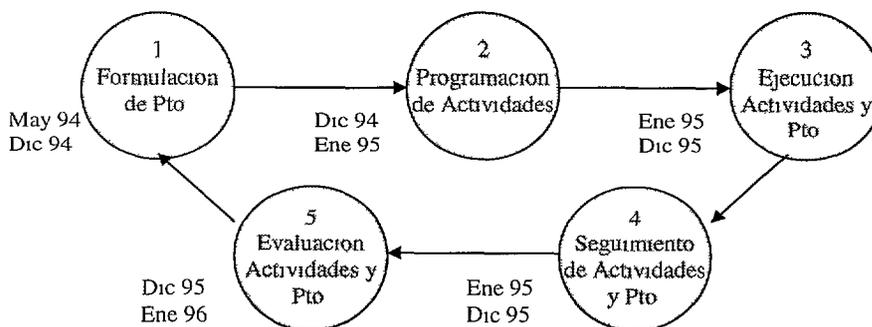
Ademas existe una disposicion segun la cual el Programa debe hacer una evaluacion muy estricta del incremento de la productividad de los establecimientos incorporados donde se estipula que si despues de 60 dias de puesto en vigencia no se registra un incremento de productividad en el establecimiento se reconsiderara su seleccion como parte del PNSBPT

2.4 Procedimientos de programacion y presupuesto en las SRS

En este subcapitulo se presenta un resumen de la forma en que se aplican los procedimientos de programacion y presupuesto en las SRS en terminos generales¹⁷ Los detalles de los procedimientos que se analizan estan contenidos en los informes por SRS

Como se ha mencionado anteriormente los procedimientos de programacion y presupuesto estan conformados por cinco etapas que representan el ciclo completo de operaciones en las SRS y que se dan durante el año

GRAFICO 2.2
ETAPAS DEL CICLO DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO



Estas etapas responden en gran medida a lo siguiente

¹⁷ Este acápite es una síntesis de la sección que se presenta en el informe completo en el cual se realiza un análisis por SRS

- i El marco normativo presupuestal el cual se basa en la técnica de **presupuesto por programas**. El sistema que se utiliza en el Perú tiene como propósito coordinar las actividades físicas con las financieras de tal manera que se formulen ejecuten y evalúen en forma simultánea. Sin embargo en la práctica no se logra identificar la correspondencia de metas físicas con financieras.
- ii El proceso de planificación del sector salud presenta dos áreas claramente definidas la programación de actividades de los PNS que como hemos visto en gran medida responde a las directivas del MINSA y la programación de actividades de los servicios de salud (atención a la demanda) sobre los cuales no existen directivas claras y siguen mecanismos de programación históricos (sobre la base de lo ejecutado en el periodo anterior)

Etapas 1 Formulación de Presupuesto

La Formulación del Presupuesto de la SRS para un año determinado se inicia en el mes de mayo del año anterior con la recepción de la Directiva de Formulación del Presupuesto Público y culmina en el mes de diciembre con la aprobación de la Ley de Presupuesto para el Sector Público.

Las SRS son programas presupuestales del pliego de las Regiones mientras que las UTEs y los hospitales por lo general son subprogramas presupuestales.

En esta etapa participan casi todas las oficinas de las SRS ya que cada una de ellas debe presentar en forma consolidada sus requerimientos anuales.

Los documentos normativos que definen esta etapa son los siguientes:

Ley Marco del Proceso Presupuestario

Directiva de Formulación Presupuestal elaborada por el MEF

Directivas Internas de Formulación Presupuestal elaboradas por las SRS¹⁸

Lineamientos de Política de Salud y planes de desarrollo elaborados por el MINSA

Planes de desarrollo de corto plazo de las SRS¹⁹

Los criterios que se usan para la formulación presupuestal son los que siguen:

¹⁸ Las directivas internas de las SRS son similares en contenido con diferentes grados de detalle transcriben las directivas del MEF.

¹⁹ Los planes de desarrollo de corto plazo o planes operativos de las SRS definen las actividades y metas a realizarse durante el ejercicio presupuestal. Este documento sirve de base para efectuar la evaluación y la comprobación del grado de avance o cumplimiento de las metas establecidas. Generalmente contienen características geográficas, análisis situacional de la salud, características de la demanda y oferta de servicios de salud, lineamientos y objetivos, programación de actividades y presupuesto.

- Techos presupuestales y directivas emitidas por el MEF
Número de atenciones y gasto del presente año que se proyecta para el próximo en función a determinados porcentajes de crecimiento que se plantea la región²⁰
Enfoque de riesgo se prioriza de acuerdo con indicadores de salud (morbilidad y mortalidad) y población (crecimiento)
Planilla vigente al mes de mayo

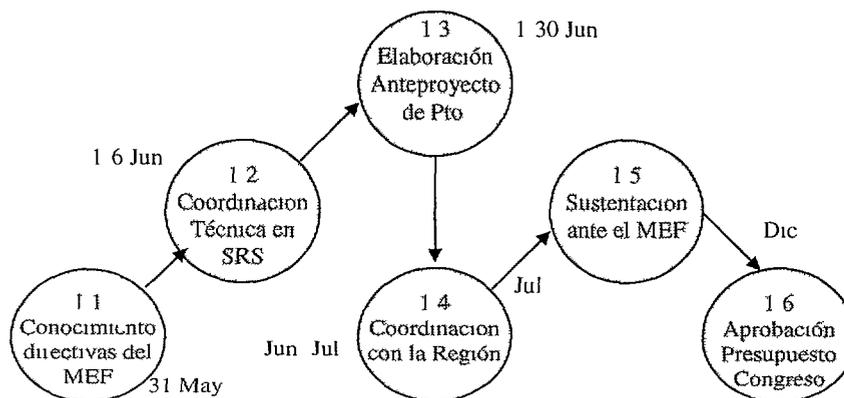
La directiva de formulación presupuestal diferencia muy claramente

Lo que es gasto corriente (operativo) de lo que es gasto de inversión
Lo que es compromiso ineludible (histórico o sustentado con contratos) de lo que es gasto adicional

Los procesos que se realizan en esta etapa son los siguientes

GRAFICO 2 3

PROCESOS DE LA ETAPA DE FORMULACION DE PRESUPUESTO



⁰ La información de la ejecución de actividades que se dispone en el mes de mayo es la ejecución a diciembre del año anterior y la ejecución en el primer trimestre del presente año las cuales sirven para proyectar el gasto del año siguiente

Proceso 1 1 Conocimiento de las directivas y techos presupuestales emitidos por el MEF

En el mes de mayo la DGPP del MEF da a conocer la Directiva de Formulación Presupuestal los techos presupuestales (por pliego programa y subprograma presupuestal así como partidas genericas) y la estructura programatica

El gasto corriente se presupuesta directamente por las unidades sectoriales de la Region dentro de su programa presupuestal en este caso en la SRS El gasto de inversion se presupuesta en un unico componente dentro del presupuesto de la Region el cual se prioriza en forma global por proyectos

Un aspecto importante al inicio de la formulacion presupuestal es la facultad que tiene la SRS de efectuar cambios en la estructura programatica previa aceptacion del MEF modificaciones que deben efectuarse los primeros dias de junio La SRS debe coordinar con la Region si requiere algun cambio en la estructura programatica Si no hubiera solicitud alguna para modificar dicha estructura el MEF resume que es la misma del periodo anterior

Las SRS son muy heterogeneas en cuanto a su Apertura Presupuestal pueden tener entre 1 a 12 subprogramas presupuestales lo que en general guarda relacion con el numero de provincias del ambito geografico que atienden y la dispersion de su poblacion

Proceso 1 2 Coordinacion tecnica en la SRS

La Oficina de Planificacion y Presupuesto de la SRS elabora una directiva interna con las pautas necesarias para que cada subprograma presupuestal determine sus montos de acuerdo con las indicaciones del MEF

A comienzos de junio la Oficina de Planificacion convoca a una reunion a las oficinas de la sede central de la SRS y representantes de los subprogramas presupuestales²¹ En esta reunion la Oficina de Planificacion de la SRS informa sobre las directivas del MEF la directiva interna de la SRS y los techos presupuestales para cada subprograma Asimismo se establecen comisiones de trabajo y los plazos internos para elaborar el Anteproyecto de Presupuesto de la SRS

La Oficina de Planificacion de la SRS en coordinacion con las Oficinas de Logistica y Personal solicita a los Subprogramas presupuestales el desagregado de los techos presupuestales dados por el MEF y la elaboracion de la informacion de sustento

²¹ El responsable del subprograma presupuestal es el Jefe del Subprograma el cual es designado por el Jefe del Programa El Jefe del Subprograma puede delegar en el responsable de planificacion o de administracion la participacion en las reuniones de formulacion presupuestal

Proceso 1 3 Elaboración del Anteproyecto de Presupuesto de la SRS

Cada subprograma presupuestal se encarga de elaborar su propuesta de presupuesto²² tanto de ingresos como de gasto tomando como referencia las indicaciones del MEF los techos presupuestales sus necesidades de gastos de operación y sus proyecciones sobre los ingresos propios

En las SRS las propuestas de presupuesto se canalizan por tres áreas

- i Presupuesto de funcionamiento de la sede de la SRS Incluye remuneraciones bienes servicios transferencias corrientes pensiones y bienes de capital no ligados a proyectos de inversión del subprograma de administración central
- ii Presupuesto de funcionamiento de los otros subprogramas presupuestales Incluye el presupuesto de operación de las UTEs hospitales CS y PS
- iii Gasto de inversión de la SRS Incluye todas las inversiones de la SRS que se plantean para ser incluidas en el presupuesto de inversión de la Región

Con la documentación alcanzada por las oficinas de la sede de la SRS y de sus subprogramas presupuestales la Oficina de Planificación consolida la información y elabora los formatos de formulación así como la justificación económica. Adicionalmente se elabora el Presupuesto de Gasto Adicional y el Presupuesto de Inversión

Se convoca a una reunión de los funcionarios de la SRS en la tercera semana de junio para evaluar el Anteproyecto de Presupuesto y tomar conocimiento de alguna solicitud extra de presupuesto y evaluarla. De existir modificaciones estas son efectuadas por la Oficina de Planificación la cual prepara el documento final del Anteproyecto de Presupuesto de la SRS

El Anteproyecto de Presupuesto de la SRS es aprobado por la Dirección de la SRS y presentado a la Región acompañado de la sustentación correspondiente

Proceso 1 4 Coordinación con el Gobierno Regional

La Oficina Regional de Planificación coordina con la SRS para que esta complete la información que justifica el presupuesto de gasto corriente como por ejemplo Planilla de Haberes del mes de mayo montos aprobados de bienes y servicios del ejercicio interior etc

Las cifras del estudio de gasto indican que lo que se presupuesta en cada subprograma no es lo que se gasta en la operación del subprograma. Así hay transferencias en algunos casos significativas del presupuesto de la sede hacia los establecimientos y de los establecimientos entre sí. Ello hace que no exista correspondencia entre el gasto de operación de una instancia y su presupuesto

Respecto al presupuesto de inversion se priorizan los proyectos de inversion de todos los sectores de la Region considerando la politica del sector salud y del gobierno. La Region prepara el Anteproyecto de Presupuesto de la Region (pliego) lo aprueba mediante Resolucion Directoral y lo presenta al MEF hecho que tiene como fecha limite el 26 de junio (generalmente la fecha de cumplimiento es el 30 de junio)

Proceso 1 5 Coordinaciones con el MEF y sustentacion de presupuesto

El MEF programa reuniones para la sustentacion y la justificacion del Anteproyecto presentado por la Region. Se analiza el presupuesto de gasto corriente e inversiones.

Por lo general respecto al presupuesto que sera aprobado la SRS tiene mayor certeza sobre la parte que corresponde a remuneraciones que aquella sobre bienes, servicios y proyectos de inversion.

Proceso 1 6 Aprobacion de Presupuesto por el Congreso

El MEF elabora el Anteproyecto de Presupuesto de la Republica y lo presenta al Congreso donde despues de un periodo de sustentacion y ajustes es aprobado mediante Ley.

Etapa 2 Programacion de Actividades

En esta etapa se programan las actividades que ejecutaran las SRS, las UTES y los establecimientos de salud en el ejercicio anual y se desagrega el presupuesto aprobado por el MEF. La programacion se inicia en los ultimos meses del año anterior con reuniones de evaluacion de las metas alcanzadas por los establecimientos de salud y dura aproximadamente hasta el primer trimestre del año en curso. Ademas en esta etapa se definen los planes de desarrollo de corto plazo o planes operativos de las SRS.

En la programacion de las actividades participa la Direccion de la SRS, la Direccion Tecnica, la Direccion de Salud de las Personas o Servicios Perifericos, la Oficina de Planificacion y los responsables de las UTES y de los programas de salud de los establecimientos comprendidos en el ambito de la SRS.

Las directivas utilizadas en esta etapa son las siguientes:

- Directiva de Formulacion del Plan de Desarrollo de Corto Plazo del Sector Salud y la Apertura Programatica (R.M. No 710-94 SA/DM para 1995 y R.M. No 95 SA/DM para 1996)
- Lineamientos de politica del MINSA y de las SRS
- Planes operativos de los PNS

Directivas de Normas Presupuestales elaboradas por el MEF
Ley de Presupuesto

Los criterios que se utilizan para la programación de actividades son los que siguen

Políticas de salud elaboradas por el MINSA
Población objetivo estimada sobre la base de datos del INEI
Situación epidemiológica de la zona²³
Disponibilidad de infraestructura de salud y de recurso humano
Tiempo y distancia para el acceso a las comunidades

Hay tres tareas diferenciadas que tienen que ver con la programación de actividades

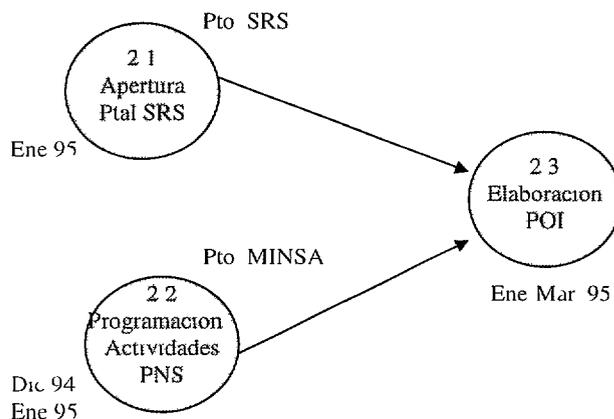
- I La aprobación de la Apertura Presupuestal de la SRS por el titular del pliego la cual tiene lugar a inicios del mes de enero para que la SRS pueda iniciar la ejecución de gastos
- II La participación de la SRS en la programación de actividades de los PNS (la cual se realiza entre diciembre del año anterior y enero del presente año) y la participación en la programación del PNSBPT y de otras instancias de salud del nivel central
- III La elaboración del Plan de Desarrollo de Corto Plazo de la SRS o Plan Operativo Institucional Debería estar listo en enero pero normalmente se termina a fines del primer trimestre del año

Dichas tareas tienen alcances diferentes y se dan en distintos periodos Sin embargo las dos primeras son insumos para la elaboración del Plan Operativo Institucional

²³ Tanto la programación de actividades de los PNS como la elaboración de los planes operativos de las SRS utilizan información epidemiológica de morbi mortalidad y de recursos de salud En el Plan Operativo de cada SRS se elabora un estado de situación de salud de la localidad y se examinan los principales indicadores y sobre la base de dicha información se establecen las actividades del nuevo ejercicio La información epidemiológica se obtiene del sistema HIS de los sistemas de los PNS de Vigilancia Epidemiológica y del Sistema de Egresos Hospitalarios La calidad de la información conseguida difiere según la fuente de información pero si se complementa esta información con otros datos es posible identificar el estado de situación de salud

GRAFICO 2 4

PROCESOS EN LA ETAPA DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

**Proceso 2.1 Aprobacion de la Apertura Presupuestal**

Consiste en la desagregacion del presupuesto aprobado para la SRS hasta el nivel de partidas específicas⁴

Este proceso es sumamente importante porque

- i Sin el no se puede iniciar la ejecución presupuestal del año
- ii La programación mensual de presupuesto servirá de base para la aprobación de los calendarios de compromisos mensuales
- iii Se definen las partidas específicas y los montos aprobados en cada una de ellas lo que servirá de marco presupuestal para la afectación presupuestal

La Dirección Regional de Salud y la SRS toman conocimiento de los cuadros anexos de la Ley de Presupuesto para el año y de la directiva de Normas de Procesos Presupuestarios donde se indica como se aprueba ejecuta y controla el presupuesto público

La Oficina de Planificación de la SRS coordina con las oficinas de Logística Personal y subprogramas presupuestales para hacer los ajustes y elabora los

⁴ La desagregación del presupuesto de gasto corriente de la SRS se realiza por partidas genéricas y meses

cuadros de apertura presupuestal La OPP presenta la Apertura Presupuestal a la Dirección de la SRS quien la remite al Gobierno Regional

El presupuesto de apertura es aprobado mediante Resolución del titular del pliego Se alcanzan al MEF los formatos de Apertura Presupuestal y la justificación del presupuesto vigente

Proceso 2.2 Participación de las SRS en la programación de actividades de los PNS

En el mes de octubre los coordinadores nacionales de los PNS del MINSA envían las directivas para la evaluación de sus respectivos programas Los coordinadores de los programas de salud de las SRS se encargan de distribuirlos a los establecimientos para que cada uno prepare la información sobre producción de actividades

Entre noviembre y diciembre se realizan reuniones en las SRS para evaluar el avance efectuado la población objetivo y las metas para el siguiente año Se analiza lo que se dejó de atender en el año que termina y las razones por las que sucedió ello (falta de tiempo población objetivo sobreestimada falta de recursos etc) Se identifican la población objetivo de acuerdo con las indicaciones del MINSA y de la SRS tomando la información estimada sobre la base de los datos del INEI Se identifican las necesidades de las actividades que se deben realizar mas no cuanto pueden hacer porque no saben cuanto presupuesto les va a llegar y con que oportunidad Es decir se lleva a cabo una programación física de actividades pero no financiera

Se prepara el Informe de Ejecución de Actividades de la SRS por cada Programa de Salud y la correspondiente propuesta de Programa de Actividades para el año siguiente Esta información se remite al MINSA a los coordinadores de los Programas Nacionales de Salud Normalmente y dependiendo de los recursos del PNS los coordinadores de los Programas de Salud de la SRS participan en las reuniones de evaluación y programación de actividades de los PNS que se efectúan en el MINSA Algunas de estas reuniones se organizan por regiones En el MINSA se vuelven a evaluar las actividades realizadas se revisa y aprueba la programación de actividades para el año siguiente

Proceso 2.3 Elaboración del Plan de Desarrollo de Corto Plazo o Plan Operativo Institucional

El MINSA en el mes de diciembre del año anterior aprueba la Directiva de Formulación del Plan de Desarrollo de Corto Plazo y la Apertura Programática la cual es elaborada por la Oficina de Planificación La Directiva es enviada a las SRS para que formulen sus planes de desarrollo a corto plazo

Asimismo las coordinaciones nacionales de los PNS del MINSA preparan sus planes operativos siguiendo las indicaciones de la directiva mencionada lo cual tiene lugar en coordinación con las SRS

Las Oficinas de Planificación de las SRS coordinan con los responsables de los subprogramas presupuestales y oficinas de las SRS la formulación del Plan de Desarrollo de Corto Plazo el que debe basarse en las normas de la directiva de Formulación del Plan de Desarrollo de Corto Plazo y la Apertura Programática que emite la Oficina General de Planificación del Ministerio de Salud. Las SRS dan instrucciones a las UTES y establecimientos para que efectúen la evaluación de las actividades del año que termina y presenten su programación de actividades para el año siguiente

Las UTES elaboran su Plan Operativo siguiendo las instrucciones de la directiva del Plan de Desarrollo de Corto Plazo y la Apertura Programática para lo cual toman como referencia el presupuesto que tienen aprobado a través de las SRS y la programación de actividades realizada por los PNS en cada establecimiento de salud. Algunas UTES logran hacer un análisis de situación de salud en su ámbito de acción para luego programar las actividades, otras solo presentan la programación de actividades que en casi todos los casos es un compendio de las actividades programadas por los PNS a lo cual se añade la programación de los servicios de atención a la demanda. En muchos casos no se costean las actividades y cuando se realiza el costeo este solo corresponde a los recursos financieros que se necesitan para la ejecución de la actividad sin considerar el costo de los insumos

Una vez definidas las actividades y las metas de las UTES y los establecimientos se reúne la información a la Oficina de Planificación de las SRS la cual se encarga de consolidarla

La Oficina de Planificación elabora el Plan de Desarrollo de Corto Plazo de la SRS para lo cual utiliza como información de base el presupuesto aprobado la programación de actividades de los PNS y los Planes Operativos presentados por las UTES y los establecimientos de salud. Las SRS siguen las indicaciones de la directiva del MINSA. Todas las SRS parten del análisis de situación de salud para pasar a los objetivos, las políticas y las estrategias y finalmente a la programación de actividades. Sin embargo en la mayoría de las SRS no hay una cuantificación de las metas de salud ni un costeo real del programa de actividades

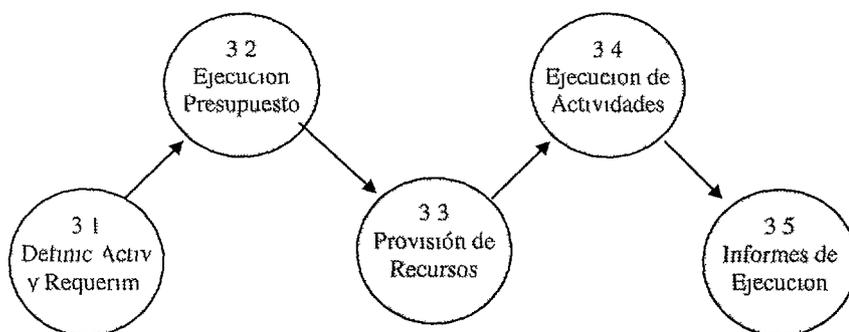
El Plan de Desarrollo de Corto Plazo de la SRS es aprobado por el Director de la SRS quien lo remite a la Región y al Ministerio de Salud. Ambas instituciones se limitan a recibir los planes de desarrollo sin efectuar observación alguna

Etapa 3 Ejecucion de Actividades y Presupuesto

En esta etapa se llevan a cabo las actividades físicas de los establecimientos de salud y se asignan los fondos necesarios para su ejecución. Se inicia después de la Apertura Presupuestal para el nuevo ejercicio, el MEF efectúa los desembolsos correspondientes a cada subprograma presupuestal de la SRS de acuerdo con la programación establecida en la Apertura Presupuestal. El MEF aprueba los calendarios de compromisos trimestralmente sin necesidad de ser solicitados por la región, solo se presentan solicitudes en el caso de que se requieran ampliaciones de calendarios. Con la aprobación de los recursos se procede a la programación definitiva de actividades por parte de los establecimientos de salud.

La ejecución comprende los siguientes procesos:

**GRAFICO 2.5
PROCESOS DE LA EJECUCION DE ACTIVIDADES**



Las directivas utilizadas son las siguientes:

Ley de Presupuesto

Directiva de Normas de Procesos Presupuestales

Directivas del Ministerio de Salud sobre campañas de vacunación, prevención de epidemias, etc.

Normas Técnicas de los PNS para la gestión y ejecución de cada programa en forma descentralizada.

Reglamento Único de Adquisiciones

En la ejecución de actividades y presupuesto participan todos los niveles de la SRS. No obstante, la responsabilidad de la ejecución presupuestal de acuerdo con las normas presupuestales la tienen los jefes de los programas y subprogramas presupuestales, es decir, el titular de la SRS y los jefes de las UTEs y hospitales que son subprogramas.

Si bien la ejecución de actividades y presupuesto es responsabilidad de cada subprograma presupuestal como en cualquier otra entidad pública en el sector salud estos procedimientos tienen mayor complejidad porque no solo se ejecuta el presupuesto del subprograma presupuestal sino que se administran fondos y se realizan actividades con recursos presupuestales provenientes de otros subprogramas (en el caso de las SRS con fondos del MINSA y en el caso de las UTES con fondos del MINSA y de las SRS)

Proceso 3.1 Definición de Actividades y Requerimientos

La decisión de que actividades de salud se van a realizar en la SRS es tomada por diferentes niveles de acuerdo con el tipo de actividad

- a) Sobre la base de la programación anual de los PNS y las indicaciones del nivel central del MINSA los coordinadores de los Programas de las SRS deciden las acciones preventivo-promocionales. Estas decisiones se toman en coordinación con los responsables de los Programas de las UTES definiendo cuanto se va a ejecutar en cada establecimiento.

Los coordinadores de los Programas de la SRS solicitan los requerimientos de insumos, movilidad, refrigerio, etc. los cuales son asignados parcialmente con fondos de la SRS (TP o IP) o con remesas del MINSA.

- b) Las UTES ejecutan las actividades de los PNS de acuerdo con las indicaciones del MINSA y de la SRS.
- c) Para la ejecución de la prestación de servicios de salud (atención a la demanda) en los centros y puestos de salud se plantean los requerimientos de personal e insumos a la Dirección de Salud de las Personas de la UTES.

Proceso 3.2 Ejecución de Presupuesto

Comprende los procedimientos que se siguen para la ejecución del gasto público los cuales se encuentran normados por la Directiva de Normas de Procesos Presupuestarios.

La ejecución de presupuesto público es similar a la de cualquier entidad pública. La Oficina de Economía de cada subprograma presupuestal realiza la afectación presupuestal, el control de las autorizaciones de giro y el pago de cheques.

Los pasos que comprende son los siguientes:

3.2.1 Autorización de calendario de compromisos

La región recibe el Calendario de Compromisos aprobado por el MEF en el nivel de programa y subprograma por fuente de financiamiento y asignaciones generadas. Si se requiere mayor monto que el asignado se efectúan solicitudes de ampliación de calendarios las cuales se presentan a la Región hasta el 05 de cada mes para que sean incluidas en la previsión de la región y sean presentadas al MEF hasta el 10. La Oficina de Planificación de la SRS es la encargada de llevar el control de los calendarios de compromisos y de comunicar a la Oficina de Economía de los montos aprobados. La Oficina de Economía está encargada de efectuar la afectación presupuestal y de elaborar los formatos de ejecución mensual del gasto donde se registra mensualmente los compromisos contraídos. Semestralmente la Oficina de Planificación presenta al MEF la evaluación del presupuesto.

3.2.2 Afectación presupuestal

En la ejecución de presupuesto en los subprogramas presupuestales de las SRS se puede diferenciar el pago de personal nombrado (conducido por la Oficina de Personal) de los pagos de movilidad y refrigerio (a través de la Oficina de Economía) y el resto de la ejecución presupuestal el cual se gestiona a través de la Oficina de Logística.

- a) En el caso del pago del personal nombrado cada CS y PS remite a la Oficina de Personal de la UTES su control de asistencia. La Oficina de Personal de la UTES envía a la SRS la Hoja de Movimientos de Personal del mes para la elaboración de la Planilla. La SRS remite la Planilla elaborada a la UTES la cual procede a su verificación, afectación presupuestal y pago.
- b) En el caso del pago de planillas de refrigerio y movilidad los coordinadores de los Programas en las UTES estiman cuanto es lo que requiere cada establecimiento de salud y la Oficina de Economía efectúa desembolsos provisionales con cargo a rendir cuentas. Si la planilla de movilidad y refrigerio es para personal de la SRS o de la UTES el encargado de realizar las actividades prepara la planilla con nombres específicos de acuerdo con la escala vigente para el MINSA y la tramita en la Oficina de Economía (de la SRS o de la UTES según corresponda) para el pago del personal.
- c) En el caso de adquisiciones de bienes o contratos de personal por servicios no personales el requerimiento es canalizado a la Oficina de Logística la cual lleva a cabo las solicitudes de cotización, el Cuadro Comparativo y la orden de compra (O/C) u orden de servicio (O/S).

Las planillas de remuneraciones, movilidad y refrigerio y los expedientes de adquisiciones son considerados documentos fuentes para el gasto los cuales son canalizados a la Oficina de Economía para su afectación presupuestal.

documentos que son verificados en control previo. Si hay disponibilidad de presupuesto y calendario de compromisos en la asignación solicitada se procede a la afectación presupuestal⁵.

3.2.3 Pago de compromisos contraídos

La Oficina de Economía de la SRS recibe la Autorización de Giro mensual aprobada por el MEF a través de la región y la comunica a cada Subprograma Presupuestal. El pago de los compromisos contraídos se realiza de acuerdo con las prioridades establecidas por la dirección de administración o la dirección de la SRS.

3.2.4 Presentación de información de ejecución

Los formatos con la información de los pagos efectuados son presentados al Tesoro Público del MEF y constituyen un requisito indispensable para la continuidad de la emisión de los fondos por parte del gobierno.

En el caso de las remesas de fondos a las SRS, estas tienen que realizar rendiciones de cuentas que consisten en la presentación de documentos sustentatorios de los fondos provenientes del PNS, del PNSBPT, etc.

Una vez recibidas las remesas, las SRS deben orientar el gasto para los fines y las partidas específicas que estipule el comprobante de pago. Las rendiciones deben remitirse a la OGA MINSA a los 30 días siguientes de recepcionado el fondo.

Los problemas relacionados con la rendición de cuentas de las remesas en las SRS son los siguientes:

La rigidez de los desembolsos que van asignados a partidas específicas, lo cual dificulta la ejecución por partida de las SRS.

La demora en la presentación de la documentación sustentatoria del gasto por parte de los UTES, hospitales, centros y puestos de salud, como consecuencia de ello, la SRS no presenta a tiempo la rendición, lo que perjudica la obtención de nuevos recursos.

Proceso 3.3 Provisión de recursos

En muchos casos, la adquisición de bienes demora mes y medio, debido a los desfases que experimentan la aprobación del calendario de compromisos y la autorización de giro por parte del MEF, así como por la ineficiencia del aparato administrativo.

⁵ Para hacer los ordenes de compra o servicios, no se requiere del giro, tan solo de la aprobación del calendario de compromiso.

Proceso 3.4 Ejecución de actividades

Una vez que se dispone de los recursos necesarios para la ejecución de las actividades, estas se realizan de la siguiente manera:

- a) La ejecución de las actividades preventivo-promocionales es muy activa, pues están reguladas y financiadas por los PNS del MINSA. Las SRS, a través de las oficinas de Salud de las Personas o Servicios Periféricos, coordinan con los centros y puestos de salud las actividades de campaña a efectuarse, para lo cual se procede a remesar fondos desde la sede central del Ministerio hacia las oficinas giradoras. Estos fondos se dirigen a actividades específicas con indicación de partidas presupuestales específicas.
- b) Las actividades recuperativas son ejecutadas con fondos presupuestados en las SRS y en algunos casos son apoyadas con recursos provenientes de los PNS, como es el caso del Programa TBC. Para la ejecución de estas actividades se respeta el proceso administrativo de adquisiciones que hay que efectuar para que sea posible contar con los insumos y materiales necesarios.

Los centros y puestos de salud deben recurrir a la Dirección Administrativa de la UTES o SRS para proveerse de suministros.

Proceso 3.5 Informes de ejecución

Los responsables de las actividades son los que proporcionan información sobre la ejecución de las mismas, sea a través de las Hojas HIS que alcanzan a la Oficina de Estadística de la SRS, o a través de los formatos propios de los PNS, que hacen llegar a los coordinadores de los programas en la SRS.

La información de ejecución presupuestal está a cargo de la Oficina de Economía, la cual se encarga de consolidar los informes de ejecución de todos los subprogramas presupuestales de las SRS en los formatos de ejecución mensual del gasto que se presentan al MEF.

Etapas 4 Seguimiento de Actividades y Presupuesto

En esta etapa se lleva a cabo la medición continua de las actividades de los establecimientos de salud de las SRS con el propósito de controlar el avance físico y financiero de las actividades ejecutadas.

El análisis de la ejecución de actividades (análisis físico) y del presupuesto (análisis financiero) son actividades que se efectúan por separado, sin llegar a realizarse un análisis conjunto. Para el seguimiento de las actividades físicas se

debe diferenciar dos mecanismos existentes los sistemas de informacion de los PNS y el HIS

- a) Los sistemas de informacion de los PNS del MINSA estan basados en directivas individuales las cuales no estan integradas en una directiva regional. Los formatos que deben llenarse para el seguimiento de las actividades son alrededor de 44 ademas de los formatos establecidos por la Oficina de Epidemiologia (VEA) que registran informacion diaria, semanal y mensual.
- b) El HIS es un sistema de informacion que permite llevar el control de todas las actividades asistenciales de consulta externa en un formato unico con el fin de estandarizar la informacion y consolidarla en tiempo optimo.

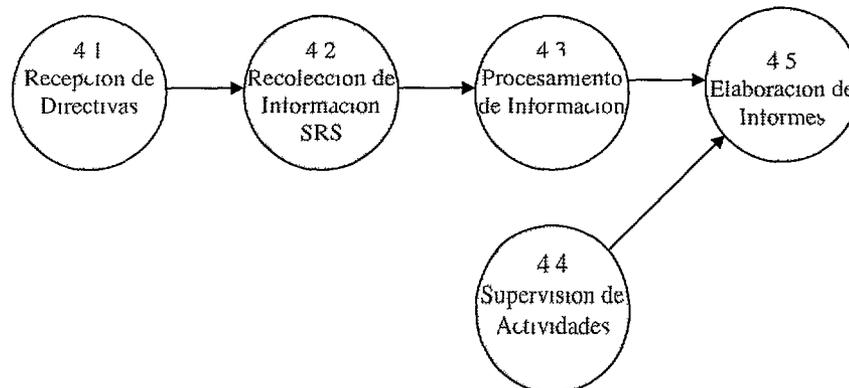
Relacion de directivas

Directiva que norma el Proceso Presupuestario
 Normas Tecnicas y Directivas de Seguimiento de los PNS
 Directivas de la Oficina de Estadistica
 Directiva de la Oficina de Epidemiologia
 Directiva de Formulacion del Plan de Desarrollo de Corto Plazo

Participan en esta etapa la Direccion Tecnica, la Direccion de Salud de las Personas o Servicios Perifericos (coordinadores de programas), la Oficina de Planificacion, la Oficina de Economia y la Oficina de Estadistica.

Los procesos que se realizan en esta etapa son los siguientes:

GRAFICO 2.6 PROCESOS EN LA ETAPA DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES Y PRESUPUESTO



Proceso 4.1 Recepción de directivas

Las directivas recepcionadas por las SRS provienen de los PNS del Ministerio no existe una directiva regional que permita integrar tales directivas en una sola. Además existen las directivas emanadas del MEF para llevar el control presupuestal financiero de los establecimientos de salud.

Proceso 4.2 Recolección de información

La información fluye desde los puestos y centros de salud hacia las UTES quienes consolidan y alcanzan información a la SRS la cual a su vez será consolidada por las oficinas competentes de la SRS. La información que se procesa en los establecimientos se refiere al avance físico y financiero.

La información física está conformada por las actividades asistenciales efectuadas por los responsables de los puestos y centros de salud las que son registradas bajo dos mecanismos:

- i El sistema que consiste en llenar los formatos de seguimiento de los PNS del MINSA y
- ii El HIS sistema que permite llenar la hoja en forma manual para su procesamiento automatizado²⁶

En el caso de los formatos de los PNS la oficina encargada de recolectar la información es la Dirección de Salud de las Personas o Dirección de Servicios Periféricos de las SRS mientras que la Oficina de Estadística de la SRS tiene a su cargo la recolección de la información de la hoja de registro diario HIS para su envío a la OEI MINSA.

Por otra parte se cuenta con las actividades de seguimiento que realiza la Oficina General de Epidemiología del MINSA en forma diaria, semanal y mensual con el propósito de controlar brotes epidémicos en cualquier zona del país.

La información financiera se refiere a los gastos por fuente de financiamiento, nivel de subprograma presupuestal, actividad y asignaciones genéricas. La Oficina de Economía de la SRS es la encargada de consolidar la información proveniente de los establecimientos de menor nivel (UTES, hospital, CS y PS).

La Oficina de Economía de la SRS recibe los fondos remesados por el MINSA y está obligada a efectuar el seguimiento de los mismos. Los coordinadores de los PNS también realizan seguimiento de las remesas que les envían. Aun así, en algunas SRS el seguimiento de las remesas se lleva a cabo en forma irregular, pues no existe un consolidado de cuanto se recibe a lo largo del año.

²⁶ El desfase en la disponibilidad de información del Sistema HIS en las SRS es de 30 a 60 días. El mayor desfase se da en la consolidación de información en el MINSA.

La información de producción de actividades y de presupuesto es analizada por el equipo de gestión de la SRS el cual normalmente está conformado por el Director General y el Director de Salud de las Personas. Con la implementación del Sistema HIS se propició la formación de Comités Técnicos de Análisis de Información donde además debían participar el Planificador, el Epidemiólogo y el Estadístico de la SRS.

- Proceso 4.3 Procesamiento de la información

Una vez recolectada la información de los establecimientos de salud, esta se consolida en el nivel de centros de salud, UTES y SRS.

La Oficina de Economía de la SRS consolida la información financiera con el fin de llevar el control del gasto que se traduce en los compromisos contraídos por establecimiento.

Proceso 4.4 Supervisión de actividades

La supervisión de las actividades de los establecimientos de salud es realizada por la DGSP y por los coordinadores de los PNS de la SRS y tiene los siguientes objetivos: conocer la forma como se están ejecutando las actividades, determinar los problemas que tiene el personal de los establecimientos de salud y llevar el control del cumplimiento de las metas.

La mayoría de SRS no cuentan con planes de supervisión de los establecimientos de salud. Las visitas se realizan en forma aleatoria y de acuerdo con la conveniencia del personal de la SRS o cuando llega personal del MINSA para supervisar actividades específicas como es el caso de los programas de Inmunizaciones, Tuberculosis, Planificación Familiar, etc.

En algunas SRS se elabora un plan de supervisión a los establecimientos de salud de su ámbito a través de los siguientes pasos:

- i Conformación de equipos de trabajo
- ii Determinación de establecimientos a visitar
- iii Plan de seguimiento de actividades

La conformación de los equipos de trabajo es variada en algunas SRS. Los equipos se determinan por programas con apoyo de las Oficinas de Planificación, Economía, Estadística y Dirección de Servicios Periféricos o Dirección de Salud de las Personas. Se identifican las áreas de visita a efectuar. Asimismo, se especifican el periodo y la periodicidad con la que se efectuarán las visitas a los establecimientos de salud. Cada programa cuenta con una guía de supervisión específica y una guía de supervisión general.

El plan de seguimiento o acción indica que establecimientos serán visitados y las fechas aproximadas en que se realizarán las visitas

Estén programadas o no las visitas a los establecimientos de salud en cada una de ellas se verifica el avance de las actividades y el cumplimiento de las metas, así como también se toma conocimiento de los problemas que pudieran existir para la ejecución de las actividades y de las necesidades que pudieran tener para el logro de los objetivos. El equipo recibe la solicitud y deriva las inquietudes a la Alta Dirección. En el nivel de UTEs y CS también se efectúan supervisiones a los establecimientos de menor nivel según sea el caso.

Proceso 4.5 Elaboración y presentación de informes

El equipo de evaluación efectúa un informe de las actividades realizadas y lo envía al Coordinador del Programa de la SRS. En la SRS se consolida la información y se envía a la Dirección de Salud de las Personas o Servicios Periféricos de la SRS.

El Director de la UTEs planifica las actividades de supervisión, seguimiento y monitoreo que deben realizarse. Forma un equipo con personal responsable de los Programas y de Estadística, con el cual va recopilando información y detectando problemas, lo que luego se expondrá en las reuniones de Directores organizadas por la SRS.

Los informes y los reportes presupuestales son remitidos a la Región para su presentación al MEF. Los informes de los programas de salud son alcanzados a la Sede Central del MINSA.

Etapa 5 Evaluación de Actividades

Esta etapa se encuentra muy ligada a la etapa de seguimiento. La evaluación consiste en determinar las metas alcanzadas por establecimiento de salud efectuando un análisis sobre las coberturas logradas, así como la identificación de problemas.

La evaluación de las actividades se realiza en forma trimestral considerando los informes de seguimiento de los establecimientos de salud. Por otra parte se llevan a cabo reuniones en el nivel local (reuniones de los responsables de los programas nacionales en la subregión) y en el nivel central (reuniones de los directores de las SRS y direcciones de servicios periféricos con personal de la sede central del Ministerio).

Las oficinas que participan en esta etapa son la Dirección de Servicios Periféricos o la Dirección de Salud de las Personas, la Oficina de Estadística, la Oficina de Planes y Programas, Coordinadores de los programas.

Las directivas utilizadas en esta etapa son las siguientes

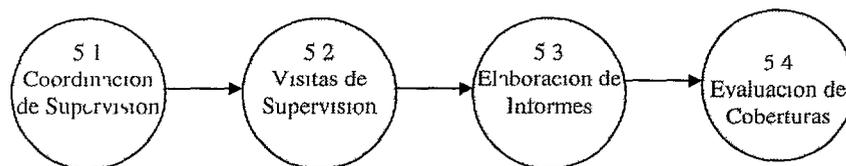
Apertura Programática
Plan Operativo Institucional
Directiva para la evaluación y seguimiento de los programas y proyectos de inversión en salud
Directiva de Evaluación Operacional de actividades de salud formulada por la SRS

Los objetivos en esta etapa son los que siguen

Conocer la cobertura alcanzada por cada programa de salud
Verificar el cumplimiento de las normas técnicas de los PNS en los diversos establecimientos

En el Gráfico 2.7 se pueden observar los procesos de esta etapa

GRAFICO 2.7
PROCESOS EN LA ETAPA DE EVALUACION



Proceso 5.1 Coordinación de visitas de supervisión

La Dirección de Servicios Periféricos o Dirección de Salud de las Personas de la SRS establece y programa las visitas de supervisión y evaluación a los establecimientos de salud para tomar conocimiento del avance de las actividades y poder evaluar las metas alcanzadas

-Proceso 5.2 Ejecución de visitas de supervisión

Estas visitas se realizan con la finalidad de evaluar el logro de las metas propuestas en el Plan Operativo Institucional de la SRS. En muchos casos las visitas para evaluar las actividades son efectuadas con personal de la Sede Central del MINSA.

Proceso 5 3 Elaboración de informes

Para la elaboración del informe cada UTES realiza una reunión de evaluación con los establecimientos de su ámbito en la cual participan los jefes de centros y puestos de salud y los responsables de programas quienes exponen sus avances de metas y dificultades. Las reuniones suelen ser trimestrales y los informes también estos documentos se derivan a la Oficina de Planificación en los primeros quince días una vez concluido el trimestre. Las oficinas de Planificación de las UTES consolidan la información y la presentan a la Oficina de Planificación de la SRS.

Por otro lado existe la información de producción de actividades la cual es provista por los establecimientos de salud y trabajada por la Oficina de Estadística hasta su remisión a la Sede Central. Este es el caso de los reportes consolidados del HIS y los formatos de los PNS los que sirven para registrar cada uno de los servicios y actividades de atención en salud a nivel de establecimiento.

Proceso 5 4 Evaluación de coberturas

La Dirección de la SRS convoca a reuniones trimestrales y semestrales para evaluar las actividades ejecutadas donde participan los directores de las UTES o Centros de Salud dependiendo de la estructura funcional de la SRS.

En las reuniones los directores de las UTES o centros de salud presentan informes sobre el logro de metas (evaluación operacional) y exponen sus avances de coberturas así como las limitaciones y los problemas que deben enfrentar para el cumplimiento de las metas lo que se contrasta con la información enviada oportunamente y con los informes de supervisión efectuados durante la etapa de seguimiento.

2 5 Procedimientos de Programación y Presupuesto en los Clases

2 5 1 Aspectos generales

El Programa de Administración Compartida (PAC) es un componente del Programa de Salud Básica para Todos (PNSBPT) del Ministerio de Salud (creado en abril de 1994) cuyos objetivos son los siguientes:

- a) Garantizar en los centros y puestos de salud la atención básica de salud a la población y al medio ambiente.
- b) Mejorar la calidad y la cobertura de los servicios de salud con criterios de equidad y responsabilidad compartida entre la parte institucional y la comunidad organizada.

Según el dispositivo de creación del PAC (D S N° 001 SA 94) se busca que los establecimientos de primer nivel de atención sean coadministrados con la comunidad a través de Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) para lo cual los Programas Nacionales y los Proyectos Especiales del Ministerio de Salud así como de las SRS deben garantizar los recursos necesarios para la ejecución de los Programas de Salud Local que sustentan la acción de los CLAS

Los CLAS se constituyen como asociación civil sin fines de lucro con personería jurídica de derecho privado inscritos en los Registros Públicos. Están formados por 5 o 7 miembros uno de los cuales es el Jefe del establecimiento que es miembro nato⁷⁷. La mitad de los miembros son elegidos por la autoridad de salud entre los miembros de la comunidad que trabajan en el campo de la salud, el resto de miembros son elegidos por las organizaciones locales.

Los CS y PS que pueden constituirse en CLAS son identificados por las SRS los cuales luego de la aceptación por la comunidad los proponen al MINSA quien finalmente los aprueba²⁸. Para tal efecto en las SRS hay un equipo de trabajo responsable de la identificación, la capacitación, la coordinación y la evaluación de los CLAS.

Una vez que el CLAS es aprobado por el MINSA, el director regional o subregional queda autorizado a suscribir el Contrato de Administración Compartida con el Presidente del CLAS²⁹; dicho contrato es aprobado por Resolución Ministerial por un periodo de tres años. En el contrato se aceptan obligaciones por parte del Ministerio de Salud (prestar las instalaciones del establecimiento de salud y financiar el Programa de Salud Local) y del CLAS (cumplir el Programa de Salud Local, administrar los recursos humanos físicos y financieros, establecer condiciones de gratuidad de los servicios, dar mantenimiento al establecimiento y proveer de la información que solicite la autoridad de salud).

Los recursos del CLAS están constituidos por el personal y los insumos provistos por la SRS y el MINSA, los fondos remitidos por el PAC, los ingresos propios generados por las atenciones y otros (FONCODES, INFES, donaciones, etc.). El PAC a través de las SRS remite en forma mensual un desembolso de fondos para el CLAS con el propósito de financiar los

⁷⁷ La contratación del responsable del establecimiento de salud por el CLAS, así como su remoción, debe contar con la conformidad de la SRS. El responsable del establecimiento está encargado de hacer cumplir las normas técnicas emitidas por el MINSA.

²⁸ Las SRS están encargadas de fomentar la política de administración compartida en el nivel básico de atención de salud. Los CLAS son propuestos por la propia comunidad o por la autoridad de salud local y son seleccionados por la SRS tomando en cuenta las condiciones de organización, compromiso y experiencia en actividades de salud de la comunidad.

²⁹ El Presidente del CLAS es elegido en Asamblea General.

contratos de personal y las ampliaciones de horario de atención así como la adquisición de bienes y servicios. El CLAS cuenta con personal nombrado del sector salud -los cuales mantienen su estabilidad y reciben sus remuneraciones de la SRS- y con personal contratado por el CLAS bajo el régimen de la actividad privada- que es pagado por el mismo CLAS. Se trata de que todo el personal tenga los mismos niveles remunerativos³⁰

2.5.2 Programa de Salud Local

El Programa de Salud Local (PSL) es un documento con el cual el CLAS está obligado a cumplir de acuerdo con los términos del contrato. Se realiza siguiendo la directiva preparada por el PAC. La programación de actividades se lleva a cabo siguiendo la clasificación de actividades de la Apertura Programática del MINSA.

Se establece que las actividades de salud que se efectúan en el CLAS están contenidas en un paquete básico de servicios de salud que se define en función a la presencia de enfermedades más frecuentes, la población sujeta a atención por sexo y grupos étnicos y el enfoque de riesgo. La mayoría de las actividades preventivo-promocionales son extramurales, tales como charlas educativas y las organizaciones de la comunidad, visitas domiciliarias para captar gestantes, enfermos de TBC, niños mal nutridos, entre otras.

En el PSL se programan todas las actividades que realizará el establecimiento conforme lo establece la Directiva Base 01 SA/DM-94. El PSL se prepara antes de la firma del contrato de Administración Compartida, pues es uno de los documentos requeridos para la firma. Se elabora un presupuesto total por toda fuente de financiamiento que puede ser TP, PNSBPT, FONCODES, DIGEMID.

El PSL es la base para el contrato con el CLAS. Allí se establece el presupuesto de ingresos y gastos, incluida la transferencia de recursos por el PAC. Los montos responden a los gastos que demandarán las actividades a ejecutarse, las cuales han sido planteadas por los miembros del CLAS, revisadas por el coordinador del PNSBPT de la SRS y aprobadas por el PNSBPT en el MINSA.

³⁰ Los CLAS reciben los mismos recursos que cualquier establecimiento más las transferencias del PAC y es por ello que pueden ampliar el horario y la cobertura de atención.

2.5.3 Participación de los CLAS en los procedimientos de programación y presupuesto de salud

Los CLAS al igual que los establecimientos de salud tienen una participación muy limitada en el proceso de programación de actividades y formulación de presupuesto. La participación es muy activa en cuanto a los procedimientos de ejecución de actividades de nivel local y pasiva en cuanto al seguimiento y la evaluación de actividades.

a) Etapa de formulación presupuestal

La participación del CLAS en la formulación presupuestal de la SRS es casi nula en la medida en que la SRS realiza esta formulación sobre datos del año anterior. Algo similar ocurre en la formulación del presupuesto de los PNS del MINSA. En cual se hace sobre la población objetivo definida para cada SRS.

En el caso de la formulación de presupuesto del PAC existe una mayor participación por parte del CLAS debido a la elaboración del Programa de Salud Local del presente año la cual es tomada como referencia para el próximo año. Sin embargo aun no se nota una participación decidida por parte de la comunidad dejando la responsabilidad más bien en el Jefe del establecimiento.

b) Etapa de programación de actividades

Hay una mayor participación de los CLAS en la programación de actividades que en los demás CS y PS en la medida en que están obligados a elaborar y ejecutar el Programa de Salud Local requisito para la realización del Contrato de Administración Compartida. Este programa es difícil de obtener en los CS y PS que no son CLAS. En esta medida la implementación del PAC ha significado un avance en cuanto a la transferencia de instrumentos de planificación a los establecimientos de primer nivel.

Se pueden observar algunas dificultades en la programación de actividades en los CLAS.

Los Programas de Salud Local no han sido integrados a los Planes de Desarrollo de las SRS y mantienen una mayor relación con los planes y programas del PAC.

Falta participación de los miembros de los Comités de los CLAS.

Falta de información para hacer el diagnóstico de situación de salud local. No existen censos en el nivel local y se sigue guiando la programación de actividades con información del nivel central.

No cuentan con referencias de costos. Como la mayor parte del personal y de los insumos vienen financiados por la SRS o el MINSA, no pueden saber cual es el financiamiento global que reciben ni cuanto cuestan las actividades que realizan. Sobre la parte que directamente ejecuta el CLAS tienen mayor información de costos individuales, pero son de adquisiciones y no de la prestación de servicios.

La guía de formulación del Programa de Salud Local elaborada por el PAC es útil, pero está sesgada a los aspectos técnico-normativos del MINSA. No incorpora actividades propuestas por la comunidad. Tampoco propone los instrumentos para propiciar las actividades de la comunidad.

Algunos CLAS se han creado en localidades donde no hay experiencias de trabajo con la comunidad y por lo tanto los miembros del CLAS no se sienten promotores de su desarrollo.

c) Etapa de ejecución de actividades

La participación de los CLAS en la ejecución de las actividades locales de salud es decisiva, al igual que en los demás CS y PS, los cuales permiten llegar a los niveles primarios de la atención de salud y sirven además de canal para la referencia a niveles más complejos de atención. La diferencia está en la situación privilegiada de los CLAS para la obtención de recursos adicionales y la participación de la comunidad, que potencia cualquier acción de salud del nivel primario que se quiera realizar.

Sin embargo, se han podido identificar algunas dificultades en la ejecución de actividades de los CLAS:

Desconocimiento de aspectos administrativos y contables, lo que dificulta la ejecución de las actividades y la orientación de gastos hacia aspectos relevantes al Programa de Salud Local. La irregularidad en la contabilidad de los recursos del CLAS hace difícil la estimación de costos y el seguimiento de la ejecución financiera global. Muchas veces los libros de contabilidad del CLAS son informales y se encuentran en la casa del Tesorero o del Presidente del CLAS.

Demora en las transferencias de fondos a los CLAS, lo cual genera desfases en el pago de contratados y en la ejecución de las actividades, y crea malestar en el personal y desorden contable, puesto que se pretende solucionar el problema prestandose dinero de otros rubros.

Se presentan algunos conflictos entre los jefes de los establecimientos y los miembros del Consejo Directivo del CLAS. Esto ocurre con mayor frecuencia en zonas donde hay poca experiencia de trabajo con la

comunidad. No obstante, las funciones están bien definidas y el Consejo Directivo tiene mayor autoridad.

d) Etapa de seguimiento y evaluación de actividades

La operación de los CLAS propicia un mayor acercamiento a la comunidad y permite mejorar el seguimiento de pacientes y de la situación epidemiológica de la zona.

Las dificultades en el seguimiento y evaluación de actividades identificadas en los CLAS son las siguientes:

Debil supervisión técnica y financiera por parte de las SRS.
Según la directiva, la evaluación mensual se hace en forma resumida.

Asimismo, cabe destacar algunas características potenciales muy importantes de la implementación actual de los CLAS:

Un tratamiento preferencial en cuanto a la canalización de recursos adicionales a través del PAC, lo que permite que el establecimiento de salud mejore sus instalaciones, la provisión del recurso humano, la dotación de insumos, etc. Los demás CS y PS no tienen acceso a dichos recursos adicionales. Este trato está asegurado además por el compromiso que representa el Contrato de Administración Compartida y la orientación política de este modelo.

Autonomía por el hecho de constituir una persona jurídica con autoridad para disponer de los recursos físicos, humanos y materiales del CLAS, aun de la designación del Jefe del establecimiento, el cual puede ser removido por el CLAS con la conformidad de la SRS, además de la autonomía para decidir el destino de los ingresos del CLAS.

Flexibilidad en el tratamiento presupuestal de los ingresos transferidos al CLAS, los cuales, a pesar de ser fondos del Tesoro Público, son entregados al CLAS como aporte a la comunidad; desde su entrega, dichos fondos son considerados como ejecutados por la SRS. Obviamente, el CLAS tiene que rendir cuentas a la SRS, pero como los desembolsos son por partidas de transferencias, no están obligados a detallar las partidas específicas, como si está obligado cualquier otro establecimiento que no sea CLAS.

Participación de la comunidad, lo que supone un mayor acercamiento entre el personal de salud y las necesidades de la comunidad, sobre todo para formular el Programa de Salud Local y ejecutar las actividades. Sin embargo, esta integración tiene mejor resultado en zonas con experiencia comunitaria, a diferencia de zonas urbano marginales, donde pueden existir

mayores dificultades entre el personal de salud y los miembros de la comunidad

2.6 Evaluación global

En esta sección se presentan las principales conclusiones sobre los procedimientos de programación y presupuesto y la forma en que estos se aplican en las SRS

- 1 Los procedimientos de programación y presupuesto que regulan el accionar de la SRS están determinados por el marco institucional que norma la acción del sector público en general y del sector salud en particular

En el caso del presupuesto los procedimientos están normados y regulados por las disposiciones que establece el MEF para la formulación, la asignación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación del presupuesto. El MINSA, los gobiernos regionales y las SRS elaboran directivas internas para facilitar la aplicación de estos procedimientos.

En la programación los procedimientos están determinados por las directivas que prepara el MINSA (OGP, PNS, PNSBPT y Proyectos de Salud) y por aquellas que han sido diseñadas por las mismas SRS.

- 2 Las rigideces en los procedimientos de **presupuesto** determinan que el campo de acción en que se mueven las SRS sea muy limitado.

La normatividad presupuestal no solo representa un conjunto de procedimientos rígidos y burocráticos sino que tiende a perpetuar la administración pública de los servicios de salud y la asignación de recursos mediante el control de la estructura programática y de los techos presupuestales³¹.

Las SRS, al igual que el MINSA, pueden solicitar el cambio de la estructura programática al MEF, pero este pone demasiadas objeciones y no lo aprueba. La asignación presupuestal se realiza en forma histórica, aun cuando se señala que el Presupuesto Público se efectúa por Programas. La asignación de presupuesto se realiza siguiendo la estructura del presupuesto del año anterior, primero del mes de mayo del año anterior y un porcentaje adicional sobre el presupuesto de bienes y servicios. Más aun, las normas de presupuesto hacen

³¹ Los procedimientos de formulación presupuestal tienden a mantenerse.

La estructura presupuestal, la cual está muy relacionada con la organización administrativa de las SRS, en cuanto a que según ella se definen las UTEs y hospitales que son subprogramas presupuestales.

La estructura del gasto, debido a que las normas se basan en criterios de asignación histórica que mantienen la composición de partidas. Además, los procedimientos de presupuesto exigen una estructura administrativa al interior de los subprogramas presupuestales para su manejo (necesidad de cargos regimentados, Contralor, Tesorero, Cajero, Pagador, etc.) lo mismo que los procedimientos de adquisiciones.

presupuesto de bienes y servicios. Mas aun las normas de presupuesto hacen necesario que se mantenga y perfeccione una estructura administrativa burocrática para manejar los procedimientos de formulación, ejecución y control presupuestal.

Esto se manifiesta con mayor claridad en el análisis de los procedimientos por cada etapa, sobre todo en la etapa de ejecución, donde las SRS y el Ministerio aprendieron a sacarle la vuelta al sistema. El problema es que los calendarios de compromisos que deberían ser autorizados durante la primera semana de cada mes se dan con un retraso de 15 a 20 días, por lo que en lo que resta del mes se tienen que llevar a cabo todos los procedimientos para las compras de bienes y servicios cumpliendo las normas de adquisiciones. Para tal efecto, las SRS antes de que llegue el calendario de compromisos, tienen ya decididas las compras y si no lograron hacerlo antes de que se termine el mes de la autorización de giro, giran cheques con fecha atrasada. En el caso del Ministerio, esto se soluciona enviando remesas de fondos a las SRS para que ellas realicen las compras en forma individual, debido a que si lo hace el Ministerio se tendría que convocar concursos de precios o licitaciones que demandan varios meses de gestión, con el riesgo de no contar con la provisión de los bienes a tiempo o de perder la autorización de giro si no se ejecuta en su oportunidad.

Estas rigideces también se manifiestan en una tendencia hacia la centralización administrativa en las SRS, la cual, asociada a la falta de calificación del personal, se traduce en ineficiencias en los procedimientos de adquisiciones y manejo de fondos.

Al mismo tiempo, la existencia de normas rígidas para el manejo de ingresos propios genera que en muchos casos estas se obvian y que el manejo sea heterogéneo.

- 3 El presupuesto que se elabora es para atención a la demanda y corresponde a gastos corrientes, remuneraciones, bienes, servicios, transferencias corrientes, pensiones. En promedio, estos recursos representan el 80% del total que manejan las SRS.
- 4 La transferencia de recursos de los PNS a las SRS se lleva a cabo a través de la entrega de insumos o remesas de fondos. En la mayoría de las veces no se cuenta con una programación definida de cuando se van a enviar insumos y menos aun de cuando se van a enviar remesas; esto ocurre principalmente porque la disponibilidad de fondos del MINSA tampoco está garantizada. Mas aun, las remesas de fondos que realiza el MINSA van asignadas hasta el nivel de partidas específicas, muchas veces a partidas que no necesitan las SRS, descuidando otras que sí requieren fondos.

El MINSA podría enviar las remesas en partidas genéricas pero como las SRS se demoran mucho en rendir cuentas tomaron la decisión de enviar las remesas en partidas específicas para darlo como ya ejecutado. Lo cierto es que algunas SRS gastan en partidas distintas a las asignadas y otras no gastan y no saben que hacer con los fondos recibidos y por tanto demoran más la ejecución y la rendición de cuentas.

Las remesas de fondos del MINSA constituyen recursos valiosos para la SRS -a pesar de que no son grandes montos- pues permiten cubrir gastos claves para el trabajo de los PNS. Sin embargo, la verticalidad de los PNS hace que las direcciones de las SRS no tengan manejo sobre estos fondos y que no puedan asignarlos de acuerdo con las prioridades de la región ya que existe el temor de que si se gasta en algo no autorizado el PNS no vaya a autorizar nuevas remesas.

5. Por el lado de la **programación** se ha identificado que las SRS no cuentan con planes de salud regionales y en los casos en los que existen estos son de corto plazo (normalmente de un año).

Los Planes de Salud de Corto Plazo también conocidos como Planes Operativos Institucionales (POI) son elaborados siguiendo la directiva emitida por la Oficina de Planificación del MINSA la cual toma como referencia el Plan de Salud 1995-2000 así como la población objetivo y las características socioeconómicas de la región. En este sentido, el nivel central del MINSA formula el marco general y las orientaciones de política en el nivel nacional e intenta dar el apoyo técnico para que esta tarea sea llevada a cabo por las SRS.

No obstante, a pesar de contar con las indicaciones para su formulación, las SRS difícilmente llegan a formular un Plan de Salud Regional que este de acuerdo con las necesidades de la región y que sea factible de llevar a cabo con los recursos disponibles. Algunas de las razones son las siguientes:

- a) A pesar de que las SRS logran identificar los problemas de salud de la población no consiguen definir la imagen-objetivo de la situación de salud que desean lograr debido a que no cuentan con la capacidad gerencial ni técnica que permita fijar adecuadamente metas de salud como resultado final. Muchas veces este conocimiento es teórico y no se encuentra interiorizado como instrumento de trabajo.
- b) Los planes formulados no tienen relación alguna con el presupuesto ni el financiamiento requerido, con lo cual resultan planes teóricos y modestos en sus posibilidades de realización. Las deficiencias en el manejo presupuestal, la falta de información de costos y la limitada capacidad técnica hacen que los planes estén desligados de los requerimientos financieros y de la disponibilidad de recursos.

- c) La programación de los PNS es un proceso vertical que fluye desde el nivel central hasta el nivel local y que no deja muchos grados de libertad para incorporar nuevas acciones
 - d) La programación de atención a la demanda es mecánica se calcula como un porcentaje adicional de lo programado el año anterior
 - e) En la programación de las actividades se toma como referencia a la población objetivo informada del nivel central (que el MINSA calcula sobre la base de las proyecciones del INEI) la cual presenta distorsiones sobre todo a nivel local y entonces se encuentran dificultades para cuantificar la magnitud de las necesidades y de los requerimientos
 - f) La participación del nivel local es limitada tampoco se identifica la participación de la población organizada excepto en los CLAS
 - g) No hay perspectiva multisectorial de la salud y no se programan trabajos conjuntos con otros sectores
 - h) Las directivas de la OGP son independientes en contenido y plazos de las de los PNS. Se debería emitir las directivas de los PNS y el Plan Operativo en forma consolidada incluyendo lo relacionado con el PNSBPT. Los eventos y las reuniones de programación deben ser conjuntos
 - i) La programación de actividades se realiza después de la formulación de presupuesto
- 6 Los POI constituyen un compendio de actividades identificadas por los Programas de Salud en cada región. En muy pocos casos tienen como referencia los costos de las actividades de salud y esto ocurre por las siguientes razones:
- a) Los SRS no conocen el presupuesto total que se manejará a lo largo del año. Para hacer el plan operativo se necesita contar con un estimado del financiamiento total que recibirá el SRS por todas sus fuentes de financiamiento: Tesoro Público, Salud Básica para Todos, remesas de los Programas de Salud, entrega de bienes de capital y de insumos de los Programas de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, Proyecto 2000 Salud y Nutrición, proyectos especiales con UNICEF, OPS, etc. Sin embargo, dicho estimado no está disponible en ninguno de los SRS y lo más se lleva de manera más o menos informal un consolidado de cuanto se va recibiendo de cada fuente a lo largo del año.
 - b) No se tiene información contable de cuánto costaron las actividades en periodos anteriores. Los sistemas de contabilidad son manuales y están hechos para cumplir con las normas de la administración pública, no para servir de insumo para la toma de decisiones. No existe ni en el organismo

central del MINSA un sistema que pueda dar referencia de los costos de las actividades de salud ni siquiera por centro de costos (por establecimiento o servicio). Desde hace algunos meses se viene trabajando en el MINSA en el nivel piloto la implementación del Sistema de Gestión Financiera (contabilidad y presupuesto) que permite clasificar los gastos y obtener la información por centro de costos.

- c) La mayor parte de los POI están dirigidos a programar las actividades de los PNS y no de los servicios de atención a la demanda de salud. A estos últimos no se les presta la suficiente atención a pesar de que constituyen la mayor parte de la producción de actividades de salud y a los que se les asigna la mayor cantidad de recursos. Lo que sucede es que los servicios de salud no son programados se dan solo como respuesta a la demanda hasta donde se puede. En el mejor de los casos se proyectan cada año con un porcentaje adicional del año anterior.

La programación en las SRS es un proceso estático que finaliza con la elaboración del plan operativo o del programa de actividades. En general las SRS no acostumbra a realizar reprogramaciones ni ajustes a la programación inicial.

7 Por el lado del **seguimiento** y la **evaluación** se han identificado las siguientes características:

- a) Existe un gran número de directivas individuales provenientes de los PNS las cuales no son homogéneas ni se encuentran sistematizadas.
- b) Las SRS no cuentan con directivas internas para realizar las acciones de seguimiento y evaluación. Sin embargo se llevan a cabo acciones de seguimiento periódicamente.
- c) Los objetivos del seguimiento son diferentes para los PNS y para los servicios. En el caso de los PNS el seguimiento se concentra en el avance de las actividades programadas al inicio del año mientras que en el caso de los servicios el foco de la atención está en la capacidad de respuesta que han tenido las SRS para enfrentar los requerimientos de la población.
- d) El seguimiento financiero es manual solo para cumplir con el MEF. No permite tener información de costos ni del gasto global que ejecutan las SRS.
- e) No se realizan evaluaciones sobre el impacto de las acciones de salud en la población.

8 La programación y el presupuesto son procesos que no están integrados. Es necesario que la programación a pesar de sus rigideces sea entendida como un

proceso integrado al de presupuesto mediante el cual se decide la mejor asignación de los recursos disponibles para resolver los problemas de salud de la población. Esto significa que la programación debe llevarse a cabo sobre la base de criterios de eficacia y eficiencia y debe ser vista como un instrumento de gestión. Aquí es donde adquiere trascendencia la utilización de la información de costos.

III Análisis de la capacidad de gestión de las SRS y su relación con los procedimientos de programación y presupuesto

Uno de los objetivos del presente estudio es evaluar la capacidad de gestión de las SRS y su relación con los procesos de programación y presupuesto. El propósito es identificar en qué medida los actuales métodos y procedimientos de programación y presupuesto constituyen instrumentos adecuados para la gestión en salud.

La capacidad de gestión se entiende como la capacidad del equipo directivo de la institución en este caso las SRS para alcanzar los objetivos planteados (eficacia) con una adecuada utilización de los recursos asignados (eficiencia).

El análisis de la capacidad de gestión en las SRS se realiza tomando como base los resultados logrados y su relación con los elementos que los condicionan entre los que se cuentan los procedimientos de programación y presupuesto.

Con el propósito de facilitar la interpretación de los resultados a continuación se presentan algunas consideraciones metodológicas.

3.1 Consideraciones metodológicas

La capacidad de gestión de las SRS debe medirse en función de los resultados que se alcanzan para resolver los problemas de salud de la población optimizando los recursos disponibles. Por esta razón es necesario evaluar la capacidad de gestión tomando en cuenta los criterios de eficacia y de eficiencia.

En el análisis de los resultados debe considerarse que una adecuada capacidad de gestión de las SRS es necesaria pero no suficiente para resolver los problemas de salud debido a que el accionar de éstas en la mayoría de las veces tiene un alcance limitado. Los problemas de salud son de naturaleza multicausal y su solución demanda la participación de otros sectores económicos y sociales.

Al mismo tiempo debe señalarse que la capacidad de gestión en salud también depende de una serie de factores, los cuales con frecuencia condicionan el accionar de las SRS. En el estudio se hace referencia a los factores estructurales y factores condicionantes que se han identificado como relevantes en el análisis de la capacidad de gestión.

No debe dejar de mencionarse las limitaciones que se enfrentan en este tipo de evaluaciones tales como los problemas en la disponibilidad y calidad de la información y la falta de indicadores apropiados para medir la capacidad de gestión

3.1.1 Medición de la eficacia en las SRS

Se entiende por eficacia el logro de las metas propuestas para el mejoramiento de la situación de salud de la población. La imagen objetivo de mejores niveles de salud asociada a una capacidad de gestión eficaz puede entenderse como

la solución de los problemas de salud que afectan a la población (recuperativo)
la prevención en la aparición de los problemas de salud (preventivo) y
el mantenimiento y la conservación del estado de salud alcanzado por la población

Es decir que para medir la eficacia en las SRS se tienen que precisar cuáles han sido las metas establecidas para mejorar la situación de salud (imagen-objetivo) y evaluar cuánto de esas metas se ha cumplido en un periodo de tiempo determinado

Sin embargo como se ha señalado en el análisis de los procedimientos (capítulo II) las SRS por lo general no tienen clara la imagen objetivo que quieren lograr y no tienen definidas las metas de salud a nivel subregional por lo cual no es posible hacer una evaluación en estos términos

Por esta razón en este caso la eficacia en las SRS se evalúa en función del número de atendidos programados con relación al número de atendidos realizados lo que se definirá como un Índice de la Eficacia en cada SRS

Tal como ha sido señalado en el capítulo II los Programas de Salud del MINSA ejercen una gran influencia sobre las SRS en la programación de actividades asignación de recursos y ejecución de las acciones. Por ello se ha tratado de separar esta influencia para evaluar la capacidad de gestión en las SRS por lo cual se calculan dos índices de eficacia uno de gestión por programas y otro por servicios

Asimismo con el propósito de focalizar el análisis de la gestión en las SRS se han seleccionado dos áreas prioritarias del sector salud el Programa Materno Infantil y el Programa de Atención Integral a la Salud con los siguientes indicadores³²

³ La evaluación se realiza sobre la base de los datos de programación y ejecución correspondientes al año 1994. Hay que tener presente que la información se ha utilizado tal como figura en los boletines estadísticos que se han tomado como fuentes de información

**CUADRO 3 1
INDICADORES DE EFICACIA**

Área	Indicadores de Eficacia
Salud Infantil a nivel de programa	Cobertura de vacunación (Polio)
Salud Integral a nivel de servicio	Letalidad por Colera

Inicialmente se seleccionaron indicadores de salud materna salud infantil e incidencia de TBC. No obstante problemas en la disponibilidad de la información y en su confiabilidad limitaron la incorporación de un mayor número de indicadores.

En el Programa Ampliado de Inmunizaciones del MINSA se seleccionó Polio porque es una meta de salud que tiene una alta prioridad en las acciones del sector y cuya información es bastante confiable. Un criterio similar prevaleció para la selección del indicador de letalidad por colera.

La interpretación de los indicadores es la siguiente:

Una mayor cobertura de vacunación significará mayor eficacia de los Programas Nacionales de Salud en las SRS.

Una menor letalidad por colera significará también una mayor eficacia de los Servicios en las SRS.

Con el propósito de obtener un índice de eficacia agregado (Programa y Servicio) se ha procedido a estandarizar los valores de cada uno de los indicadores de esta forma es posible realizar una combinación lineal de esos valores.

3 1 2 Medición de la eficiencia en las SRS

Se entiende por eficiencia el adecuado manejo de los recursos que permite lograr mejores resultados al menor costo posible dentro de los estándares de la tecnología vigente.

Una capacidad de gestión eficiente debe ser aquella que optimiza el uso de los recursos para el logro de los objetivos. Por lo tanto la eficiencia en las SRS se evalúa a través de la relación que existe entre los resultados obtenidos y el uso de los recursos disponibles.

Habitualmente esta relación se establece en función de los costos asumidos. Es decir que para medir la eficiencia en las SRS se necesita conocer la producción de actividades de las SRS y el costo global de esas actividades en un período de tiempo determinado. Frente a la dificultad que se presentó para conseguir información de costos se decidió utilizar la información de gasto ejecutado.

Luego la eficiencia se mide en función al número de atenciones por sol gastado

$$\text{Índice de Eficiencia} = f \left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones}}{\text{Gasto total}} \right)$$

Las **atenciones** se refieren al número total de consultas externas realizadas por los establecimientos de salud en cada subregión. La fuente de información han sido los reportes del HIS y los datos corresponden a 1994. El **gasto** se refiere al gasto total ejecutado por cada subregión en 1994 e incluye la mayoría de fuentes de financiamiento que trabajan en salud, además incluye todas las partidas genericas excepto pensiones³³

El indicador debe ser interpretado de tal manera que un mayor número de atenciones por sol gastado significa una mejor capacidad en la administración de los recursos y una mayor eficiencia de las SRS.

Es necesario precisar que de acuerdo con el método de estimación utilizado la denominación de eficaces y eficientes es en términos relativos. Esto quiere decir que al comparar los resultados de los índices de gestión entre las SRS se puede afirmar que una SRS es eficaz o eficiente en comparación con otra SRS debido a que los índices de gestión son mejores en la primera que en la segunda. El estudio no analiza si una SRS es eficiente porque tiene indicadores de gestión aceptables internacionalmente a pesar de que un análisis de este tipo también es válido.

Finalmente para obtener un índice resumen de la capacidad de gestión (eficacia + eficiencia) se ha realizado una combinación lineal de los índices de eficacia y eficiencia.

3.1.3 Factores estructurales que afectan la capacidad de gestión de las SRS

Las SRS seleccionadas para el estudio presentan grandes diferencias en cuanto a sus características económicas, sociales, geográficas y culturales (factores estructurales).

Por ejemplo, por un lado hay SRS que presentan buenos indicadores de salud, las cuales se caracterizan por ser urbanas, estar ubicadas en la costa, tener fácil acceso a medios de transporte y de comunicación. Por otro lado hay SRS que se caracterizan por ser andinas, básicamente rurales, presentar condiciones de salud precarias y ubicarse en el estrato de pobreza extrema.

Es evidente entonces que los factores estructurales de las SRS son totalmente distintos, por lo que el análisis de la capacidad de gestión de las SRS no debe

³³ Para mayor detalle ver el Anexo I de "Análisis del gasto público en Salud" Macroconsult S.A. Abril 1996.

dejar de lado estas disparidades. Con tal fin las SRS se han agrupado en tres estratos de tal manera que las SRS que se ubican en un determinado grupo se consideren relativamente homogéneas y sean analizadas con similares criterios de evaluación.

La clasificación de las SRS se ha llevado a cabo utilizando los resultados del estudio Mapa de Salud del Perú³⁴ el cual se elaboró con los siguientes indicadores:

- Porcentaje de viviendas con luz, agua y desagüe
- Porcentaje de población urbana
- Tasa bruta de mortalidad
- Tasa de mortalidad infantil
- Tasa global de fecundidad
- Esperanza de vida al nacer
- Tasa de analfabetismo
- Número de médicos por habitante
- Número de camas por habitante
- Gasto per cápita en salud

Las 12 SRS del ámbito del Proyecto 2000 quedaron agrupadas de la siguiente manera:

CUADRO 3.2
AGRUPACION DE SRS POR NIVEL DE SALUD

GRUPOS	SUBREGIONES
Grupo 1	Lima Este Ica Tacna Moquegua
Grupo 2	La Libertad San Martín Chavín Ucayali
Grupo 3	Chanka Ayacucho Puno Huancavelica

En el Grupo 1 se incluyen las SRS que se caracterizan por estar ubicadas en la costa, tener una alta densidad poblacional, predominancia urbana, mayor acceso a medios de comunicación y los mejores indicadores sociales de la muestra. En el Grupo 2 están las SRS que se ubican en costa y selva, que presentan baja densidad poblacional, buen acceso a medios de comunicación e indicadores sociales aceptables. En el Grupo 3 se encuentran las SRS que se caracterizan por estar ubicadas en la sierra, ser eminentemente rurales (dispersas) y presentar los peores indicadores sociales no solo de la muestra sino del país.

3.1.4 Factores condicionantes

Hay muchos factores que afectan los resultados de la gestión de las SRS, los cuales pueden ser de naturaleza externa e interna. Los factores externos son

³⁴ Ministerio de Salud, noviembre 1993.

aquellos que se definen y operan más allá del ámbito de las SRS por lo que las posibilidades de ser afectados por estas son muy reducidas. Por el contrario, los factores internos son aquellos que inciden y operan dentro del ámbito de las SRS sobre los cuales las SRS tienen mayores márgenes de manejo aunque no totalmente.

Entre los factores externos que mayor fuerza ejercen sobre las SRS, además de los factores estructurales tratados en el acápite anterior, está el marco institucional del sector público y en particular del sector salud. El marco institucional regional y el local son de menor impacto y están supeditados a las directivas establecidas por el Gobierno Central.

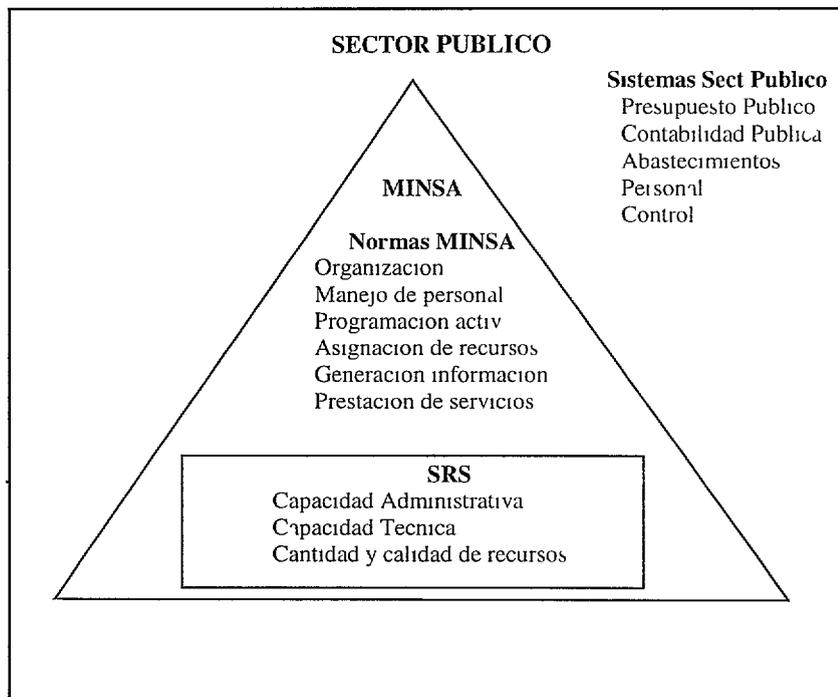
La importancia del marco institucional del sector público está presente en todas las SRS a través de los sistemas de presupuesto público, contabilidad pública, abastecimientos, personal, control, entre otros. Estos sistemas ejercen una influencia determinante en las SRS ya que establecen los procedimientos que se tienen que seguir para programar, obtener presupuesto, ejecutar, realizar compras, controlar, etc.

El marco institucional del sector público se complementa con las disposiciones dadas por el sector salud (MINSA) en cuanto a las normas técnicas de organización de las SRS, manejo de personal, programación de actividades, asignación de recursos, generación de información y prestación de servicios de salud (Ver Gráfico 3.1).

Los procedimientos de Programación y Presupuesto en las SRS están determinados por el marco institucional del sector público y del sector salud.

En cuanto a los factores internos, estos se refieren a la capacidad gerencial de sus directivos, la capacidad técnica de sus profesionales y a la cantidad y calidad de los recursos disponibles.

GRAFICO 3 1
MARCO INSTITUCIONAL EN EL QUE SE DESENVUELVEN LAS SRS



3 2 Analisis de la capacidad de gestion de las SRS

De acuerdo con la metodología expuesta en el acápite anterior y utilizando información de las SRS y del Ministerio de Salud por el 1994 se han estimado los índices de eficiencia (de PNS y de Servicios) de eficiencia y de capacidad de gestión de las SRS

CUADRO 3 3
INDICADORES DE GESTION EN SALUD

SRS Ambito Proy 2000	Polo %	Letalidad Colera	At/Gasto (1000 S/)	Índices de eficacia y eficiencia				Capacidad Gestion
				PNS	Serv	Eficacia	Eficiencia	
				Polo	Colera	PNS+Serv		
San Martín	93.49	1.14	35.20	0.69	0.62	0.65	2.37	1.51
Moquegua	91.80	0.94	24.22	0.50	0.63	0.57	0.53	0.55
Tacna	96.68	1.34	19.16	1.04	0.60	0.82	0.32	0.25
Lima Este	85.83	0.73	21.33	0.15	0.65	0.25	0.04	0.15
Ica	99.70	0.55	15.24	1.37	0.67	1.02	0.98	0.02
Ucayali	98.76	3.40	16.09	1.26	0.44	0.85	0.84	0.01
Huancavelica	80.04	40.60	28.93	0.78	2.56	1.67	1.32	0.17
La Libertad	70.70	2.09	20.96	1.80	0.54	0.63	0.02	0.32
Chavin	85.98	4.28	16.44	0.13	0.37	0.12	0.78	0.33
Chankay (1/)	85.66	23.81	21.06	0.17	1.21	0.69	0.00	0.34
Puno	81.46	16.32	18.34	0.63	0.60	0.61	0.46	0.54
Ayacucho	76.27	10.71	15.92	1.19	0.15	0.67	0.87	0.77
Promedio	87.20	8.83	21.07					
Desviación Estándar	9.16	12.43	5.95					

1/ Chankay n d letalidad colera se toma el de Apurimac
Elaboración Macroconsult enero 1996

3 2 1 Analisis de la eficacia de las SRS

De acuerdo con los resultados del Cuadro 3 3 se puede observar que las SRS que registran los mayores niveles de eficacia son Ica Ucayali Tacna San Martín y Moquegua. Esto indica que estas SRS tienen mejores resultados en cuanto al logro de las metas de salud.

CUADRO 3 4
SRS CON MAYORES INDICES DE EFICACIA

Eficacia	Eficacia por programas	Eficacia por servicios
Ica	Ica	Ica
Ucayali	Ucayali	Lima Este
Tacna	Tacna	Moquegua
San Martín	San Martín	San Martín
Moquegua	Moquegua	Tacna

En los casos de Ica, Tacna y Moquegua se han observado adecuados niveles de gestión institucional³⁵

Cabe señalar los casos de Ucayali que alcanzó la mayor cobertura de vacunación en Polio y de San Martín que registró una de las más bajas letalidades de cólera entre las SRS estudiadas. En el caso de San Martín destaca la gestión institucional implementada en los últimos años³⁶

Al comparar los resultados por programa y por servicio se observa que en las SRS más eficaces los índices de gestión del programa son superiores a los del servicio. Ello estaría indicando que una buena gestión del programa se manifiesta en una buena gestión en la SRS. Esto podría ser explicado entre otras razones por el hecho de que buena parte de los instrumentos de gestión que tienen las SRS se debe al soporte técnico y financiero que reciben de los PNS desde el nivel central del MINSA.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) constituye uno de los Programas Nacionales de Salud más exitosos en el país. Cuenta con apoyo político, existe una adecuada gestión desde el nivel central, tiene una buena organización, es altamente participativo y recibe un gran apoyo logístico. Los resultados nos muestran que en la mayoría de las SRS se alcanzan coberturas de vacunación superiores al 80%. Sin embargo, en 1994 en La Libertad se registró uno de los resultados más bajos del país debido a que, según se pudo conocer en la SRS, en ese año se cambió al responsable del Programa de Inmunizaciones, lo cual afectó sustancialmente los resultados de las campañas de vacunaciones.

3.2.2 Análisis de la eficiencia de las SRS

Por el lado de la eficiencia, los mayores niveles los registran las SRS de San Martín, Huancavelica, Moquegua, Lima Este y La Libertad, lo cual indicaría que estas SRS presentan un mejor manejo de sus recursos financieros para la atención de la demanda.

CUADRO 3.5
SRS CON MAYORES INDICES DE EFICIENCIA

Eficiencia
San Martín
Huancavelica
Moquegua
Lima Este
La Libertad

³⁵ Ver informes de las SRS

³⁶ Ver informe de la subregión

Las SRS de San Martín y Moquegua además de resultar ser las más eficientes también se mostraron como las más eficaces. En los casos de Lima Este y La Libertad registraron buenos resultados en la eficacia de sus servicios.

En el caso de Huancavelica los resultados estarán reflejando que la SRS está aprovechando al máximo los escasos recursos que les llegan. No obstante se debe tener cuidado con la interpretación de los resultados puesto que ellos se sustentan en la veracidad de la información de producción de actividades y gasto.

3.2.3 Capacidad de gestión de las SRS

Las SRS que presentan mayor capacidad de gestión entendida como la combinación de eficacia y eficiencia son San Martín, Moquegua, Tacna, Lima Este e Ica.

CUADRO 3.6
SRS CON MAYORES INDICES DE CAPACIDAD DE GESTIÓN

Eficacia	Eficiencia	Capacidad de gestión
Ica	San Martín	San Martín
Ucayali	Huancavelica	Moquegua
Tacna	Moquegua	Tacna
San Martín	Lima Este	Lima Este
Moquegua	La Libertad	Ica

En el caso de San Martín y Moquegua el resultado era predecible debido a que estas SRS son al mismo tiempo eficaces y eficientes. Como se mencionó líneas arriba San Martín cuenta con un modelo organizacional que le viene dando buenos resultados.

Las SRS que registran los mejores resultados se caracterizan por haber desarrollado adecuados métodos y procedimientos organizativo institucionales, presentar una buena capacidad operativa, contar con una apropiada capacidad gerencial, entre otras condiciones. Entonces la presencia de estos atributos podría facilitar la adopción de un Sistema de Programación y Presupuesto (SPP) descentralizado en estas SRS.

Debe señalarse que el análisis de los resultados de la Capacidad de Gestión entre las SRS se realizó en forma relativa, lo cual significa que aun las SRS que presentan los mejores resultados pueden no estar obteniendo resultados deseables, o estar trabajando con algunas deficiencias.

En efecto, si se decidiera desarrollar el SPP descentralizado en San Martín se podría esperar mayores resultados en su aplicación en comparación con otras SRS. Sin embargo, San Martín todavía adolece de algunas deficiencias que podrían limitar su desarrollo, entre las que se cuentan las siguientes: no se trabaja

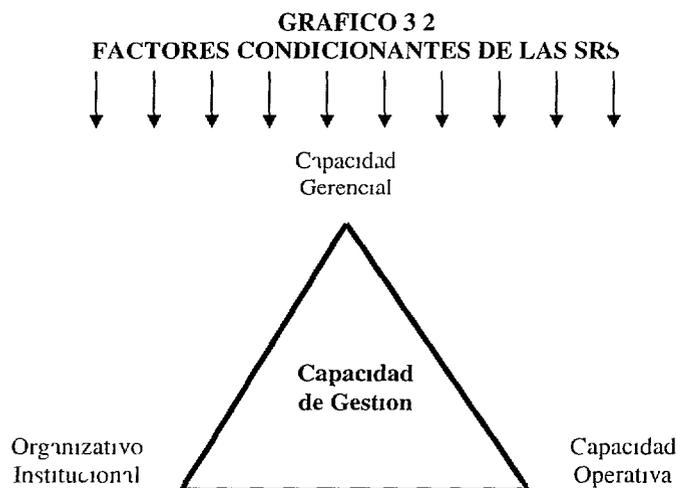
con información de costos no cuentan con sistemas de información de apoyo a la gerencia ni con métodos de seguimiento no realizan evaluaciones de impacto entre otras. Estas son áreas que habría que fortalecer previamente a la implementación del sistema.

Si se decidiera aplicar el sistema descentralizado en Moquegua y Tacna debe señalarse que una limitación para su implementación podría constituir el hecho de que el modelo de gestión predominante en estas SRS tiene una orientación básicamente vertical y está altamente centralizado.

En la siguiente sección se analizan estos resultados a la luz de los factores condicionantes que en algunos casos son adversos y afectan la capacidad de gestión en las SRS.

3.2.4 Análisis de los factores condicionantes

Como se ha mencionado en las consideraciones metodológicas, los resultados de la gestión de las SRS dependen de múltiples factores, algunos de origen externo a la SRS y otros propios de la SRS. En este acápite se analizan tres factores que influyen sobre la capacidad de gestión de las SRS: los factores organizativos/institucionales, la capacidad operativa y la capacidad gerencial.



3.2.4.1 Factores organizativos institucionales

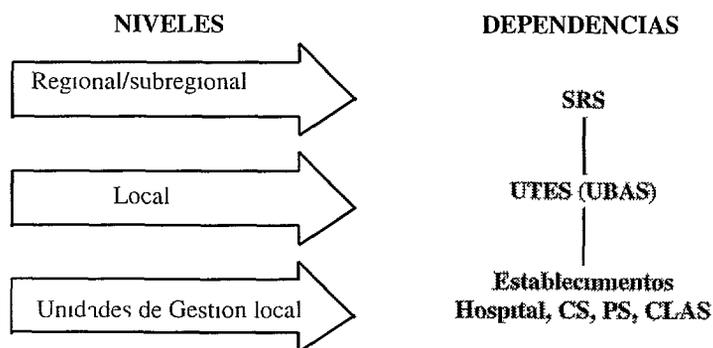
Los elementos organizativos-institucionales que enfrentan las SRS y que limitan su capacidad de gestión son los siguientes³⁷

a) Organización de las SRS

La organización de las SRS responde en gran medida a la organización del sector público de servicios de salud el cual se divide en niveles administrativos que corresponden al proceso de desconcentración administrativa iniciado en 1990 y que está dirigido a focalizar la atención en los ámbitos regional y local.

Internamente las SRS se organizan en tres niveles: regional o subregional, local y unidades de gestión.

**GRAFICO 3.3
ORGANIZACION DE LAS SRS**



Las SRS dependientes presupuestal y administrativamente de las regiones son el canal administrativo y funcional para administrar los servicios de salud en forma descentralizada. De ellas dependen UTES, hospitales, centros y puestos de salud.

Las UTES son el nivel local de administración de salud. Su propósito es concentrar los labores administrativas de los hospitales, centros y puestos de salud (los cuales no tienen administración propia) y dirigir funcionalmente las actividades normadas por el MINSA y las SRS. Los Hospitales son establecimientos prestadores de servicios de mayor complejidad; sus condiciones técnicas hacen que sean de carácter recuperativo, aunque simultáneamente realizan actividades preventivo-promocionales.

³⁷ El análisis de los procedimientos de programación y presupuesto se presenta en la sección 3.3 de este capítulo.

Los Centros y Puestos de Salud son los establecimientos del primer nivel de atención y sus actividades están dirigidas a asegurar la atención primaria de la salud y a realizar actividades preventivo promocionales.

La organización interna de los SRS se ve afectada constantemente por los intentos de reorganización del Ministerio de Salud encontrándose en la actualidad formas de organización diversas a pesar de que en términos funcionales algunas no guardan grandes diferencias.

Así de acuerdo con la reorganización realizada en 1992 se inició la conformación de las Zonas de Desarrollo Integral de la Salud (ZONADIS) en algunas SRS con el propósito de constituir el sistema local de atención de la salud. El núcleo de las ZONADIS iba a estar constituido por las Unidades Básicas de Atención de la Salud (UBAS). Posteriormente en 1994 con el cambio de dirección del Ministerio de Salud se prueba el modelo de Comités Locales de Atención de la Salud (CLAS) que tiene por objetivo administrar los establecimientos de salud en forma compartida con la comunidad. Así en la actualidad se encuentran diferentes formas de organización incompletas o en proceso de implementación de esta forma en los SRS existen ZONADIS, UBAS y CLAS. Los cuales algunas veces se incluyen en forma conjunta en los organigramas de los SRS.

Como se puede apreciar la organización de los servicios de salud es marcadamente vertical con una gran injerencia del MINSA sobre las SRS que se transmite hasta el último nivel. En este contexto los márgenes de acción de las SRS están circunscritos a la implementación con mayor rapidez y eficiencia de las disposiciones del MINSA y no a la creación o al cambio de formas de organización por iniciativa propia.

b) Estructuras orgánicas de las SRS

Las estructuras orgánicas de las SRS presentan similares configuraciones a la de la sede central del MINSA y responden a una típica estructura organizativa del sector público excepto en los órganos de línea donde las oficinas son especializadas. Los organigramas de las regiones y SRS, UTES, Hospitales, Centros y Puestos de Salud son similares.

En general cuentan con órganos de dirección, de control, de asesoría, de apoyo y de línea como se puede apreciar en el Cuadro 3.7.

CUADRO 3 7
CONTENIDO DE LAS ESTRUCTURAS ORGANICAS DE LAS SRS

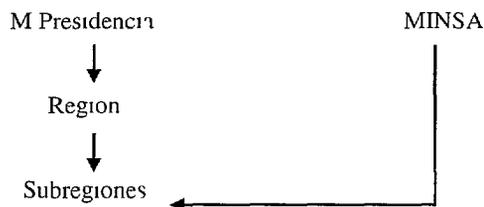
<p>Órganos de Dirección - Dirección Regional o Subregional de Salud - Dirección Adjunta</p> <p>Organos Consultivos - Consejos Consultivos</p> <p>Organos de Control Oficina de Control Interno</p> <p>Organos de Asesoría Oficina de Planificación Oficina de Asesoría Jurídica Oficina de Epidemiología</p> <p>Organos de Apoyo Oficina de Administración Oficina de Estadística e Informática Laboratorio Regional/Subregional</p> <p>Organos de Línea Técnico Normativos Oficina de Salud de las Personas Oficina de Salud Ambiental Oficina de Participación Comunitaria</p>
--

Se trata de una estructura departamentalizada donde los niveles de integración funcional y de coordinación se dejan a iniciativa de los funcionarios que participan. Un órgano novedoso es el Consejo Consultivo que tiene como propósito la concertación con los demás organismos del Poder Ejecutivo con los Gobiernos Locales y la Sociedad Civil para mejorar la atención integral de la salud. Sin embargo se debe señalar que estos Consejos en la mayoría de las SRS no funcionan.

c) La doble dependencia funcional en las SRS

Las SRS están sometidas a una doble dependencia funcional. De un lado, desde el punto de vista administrativo presupuestal, dependen de la región de la cual forman parte como subregión administrativa y como programa presupuestal. De otro lado, desde el punto de vista técnico normativo, dependen de las políticas directivas y normas sobre atención de la salud que imparte el Ministerio de Salud.

GRAFICO 3 4
DOBLE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LAS SRS



La duplicidad en la línea de autoridad de las SRS en su relación con la región y con el MINSA y la falta de armonización entre estas instituciones ha generado algunos problemas que han afectado la capacidad de gestión en las SRS. A continuación se presentan algunos casos:

La definición de las acciones que deben ser priorizadas en el ámbito de la subregión. En estos casos prevalece el criterio del MINSA (PNS).

La estructura programática establecida por el MEF canalizada a través de la región y aquella definida por el MINSA. Esta doble estructura no permite establecer una adecuada correspondencia entre los recursos que se asignan a través del presupuesto y la determinación de costos por actividad o servicio.

d) La inestabilidad institucional en las SRS

La inestabilidad institucional constituye un elemento perturbador en la capacidad de gestión de las SRS.

En los últimos años el sector ha estado inmerso en una serie de procesos de reorganización los cuales muchas veces han estado asociados a los cambios de Ministros. Las modificaciones en la delimitación territorial, la implementación de los ZONADIS, UBAS y CLAS son solo una muestra de la inestabilidad institucional. Así también es normal la rotación de funcionarios de salud cuya selección y cambio obedece más a factores políticos que técnicos, con lo cual se carece del tiempo necesario para desarrollar y mejorar la gestión institucional.

e) Operatividad de las oficinas en las SRS

La operatividad de las oficinas en las SRS presenta grandes diferencias. En general las oficinas que tienen que ver directamente con los procesos de Programación y Presupuesto (Planificación Salud de las Personas y Administración) se encuentran operativas con personal calificado y con experiencia en el manejo de los procedimientos del sector público.

Sin embargo en algunas SRS la fragilidad operativa constituye una limitante para una adecuada capacidad de gestión

f) Instrumentos de gestión de las SRS

Las SRS cuentan con elementales instrumentos de gestión entre los que destacan Reglamento y Manual de Organización y Funciones Cuadros de Asignación de Personal Presupuestos Analíticos de Personal Normas de Abastecimiento entre otras

No obstante se ha observado que adolecen de instrumentos de gestión que conduzcan la Programación y Presupuesto en forma adecuada Por lo general las SRS no cuentan con Planes de Salud de mediano y largo plazo pero sí tienen planes de salud a corto plazo (a excepción de Huancavelica y Chanka) y planes operativos institucionales anuales los cuales son elaborados tomando como base el presupuesto asignado y la directiva que prepara la OGP del MINSA En el Cuadro 3.8 se presentan los principales instrumentos de gestión en las SRS

**CUADRO 3.8
EVALUACION GLOBAL DE LOS INSTRUMENTOS DE GESTION DE
LAS SRS**

INSTRUMENTOS	EVALUACIÓN
1 Plan de Desarrollo de Mediano Plazo Analisis de situacion de salud Imagen objetivo Politicas de salud regional Estrategias Programacion de metas de situacion de salud por años Programacion de actividades por años -Evaluacion de los recursos Ajuste de metas y actividades Factores condicionantes	<p>No se han encontrado planes de desarrollo de mediano plazo en ninguna de las SRS El unico plan de mediano plazo es el Plan de Desarrollo de Salud 1995 2000 elaborado por el MINSA</p> <p>Las SRS a pesar de tener diagnosticos de situacion de salud no identifican la imagen objetivo de salud que quieren lograr no fijan metas cuantificables y en este sentido estan trabajando con rangos muy amplios con lo cual podrian estarse generando esfuerzos y gastos innecesarios (los niveles de eficiencia son muy heterogeneos) y limitan la atencion de salud de la region (los niveles de eficacia son muy variados)</p> <p>La falta de planes de desarrollo de mediano plazo en las SRS hace que las estrategias de atencion y las actividades sean dispersas y que gran parte de los esfuerzos que se realizan en el nivel de los establecimientos respondan a iniciativas o mistica y no se encuentren contenidos en un plan de salud</p>

<p>2 Plan de Desarrollo de Corto Plazo o Plan Operativo Institucional</p> <p>Análisis de la situación de salud</p> <p>Objetivos de situación de salud en el año</p> <p>Programación mensual de actividades</p> <p>Requerimientos humanos físicos financieros</p> <p>Presupuesto mensual</p> <p>Planes Operativos de UTES y establecimientos de salud</p>	<p>En general las SRS cuentan con Planes de Desarrollo Anuales o Planes Operativos</p> <p>Los Planes de Desarrollo de Corto Plazo por lo general son elaborados tomando como base el plan del año anterior. No llegan a identificar las metas de salud de la SRS partir del análisis de la situación de salud y la programación de actividades. Tampoco incluyen los costos reales de las intervenciones. Se elaboran sin la participación de los establecimientos ni de la comunidad (en el mejor de los casos en algunas SRS se incluyen los listados de las actividades de algunas UTES). Las principales limitaciones para hacer planes útiles para la gerencia de la SRS son:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hay poco personal capacitado en la SRS para asumir estas funciones, en particular en el área de planificación (OPP) no se otorga importancia a la planificación como instrumento de gestión. No cuentan con información adecuada. Deficiencias en los sistemas de información de producción de actividades. No existen sistemas que provean información de costos. Las normas de presupuesto definen parámetros históricos de gasto para la asignación de recursos. Se define el presupuesto antes que las necesidades de salud sin tener en cuenta los planes de salud.
<p>3 Informes trimestrales de Avance del Plan de Desarrollo de Corto Plazo</p> <p>Informe Ejecutivo</p> <p>Cuadros Avance Físico Financiero</p> <p>Resumen de nudos críticos y propuestas de soluciones</p> <p>Requerimientos para cumplir con las metas anuales</p> <p>Reprogramación de actividades</p> <p>Informes de Supervisión de la SRS en formato definido</p>	<p>No se efectúan evaluaciones ni informes de actividades del Plan de Corto Plazo se llevan a cabo evaluaciones periódicas de las actividades en función de las visitas de supervisión y/o control que se realizan.</p> <p>No se cuenta con personal capacitado para efectuar funciones de seguimiento y evaluación de las actividades.</p>

<p>4 Informes de evaluación de impacto Informe Ejecutivo Evaluación de la situación epidemiológica de la región Evaluación del avance de las metas de salud Conclusiones y recomendaciones</p>	<p>No se elaboran evaluaciones de impacto en la SRS Se cuenta con algunos indicadores de la situación epidemiológica tomados de la información que se consolida en los formatos HIS o de los programas Las metas de salud se reflejan más en el número de casos atendidos y/o las atenciones prestadas</p>
<p>5 Instrumentos administrativos Organigrama ROF Manuales de procedimientos CAP y PAP</p>	<p>Se cuenta con muchos instrumentos de gestión administrativa. En la medida en que las regulaciones son más estrictas (por ejemplo en personal con el CAP y PAP) los instrumentos no son útiles para la gestión</p>
<p>6 Sistemas</p>	
<p>Sistema de programación y presupuesto</p>	<p>Sistema que se encuentra normado por el MEF Según las SRS es uno de los principales escollos para lograr una gestión eficiente. Es un sistema rígido en los plazos, no cumple con los montos de Calendarios de Compromisos, diferencia en cuanto a los montos aprobados en la Ley de Presupuesto y los consolidados de fin de año entre otras limitaciones</p>
<p>Sistemas administrativos</p>	<p>En la SRS existen sistemas administrativos similares en la medida en que los mismos han sido formulados o se basan en la normativa vigente, muestran diferencias en su funcionamiento y muy pocos presentan niveles aceptables de eficiencia</p>
<p>Sistema de Información de Salud</p>	<p>Existen dos sistemas de información paralelos, el Sistema de Información HIS y los Sistemas de Información de los PNS, lo que hace que el Sistema de Información de Salud se caracterice por excesiva concentración de información en la sede central del MINSA, duplicidad de información (y de esfuerzos) y mala calidad de información (no es oportuna ni confiable) Las SRS no tienen mucha confianza en la información del HIS en la medida en que lo registrado adolece de una serie de fallas que produce indicadores erróneos del estado de salud Los directores de las SRS identifican que la mala calidad de información del HIS se debe a las deficiencias en el registro de los diagnósticos</p>

g) Estructuras organizativas centralizadas en las SRS

En las SRS en general prevalecen estructuras organizativas centralizadas que concentran los niveles de decisión. No existe delegación para la toma de decisiones en el nivel local. Esta situación limita la capacidad gerencial de los niveles directivos de los establecimientos y a su vez afecta la capacidad de gestión para resolver los problemas de salud.

En la mayoría de las SRS se viene realizando una reorganización en su estructura organizativa que apunta principalmente a una mayor descentralización en la toma de decisiones. Esto se viene llevando a cabo mediante la transferencia de la administración de los Centros y Puestos de Salud y los CLAS, los cuales cuentan con una mayor autonomía para la ejecución de sus gastos. Los CLAS constituyen un nuevo ensayo del MINSA para la descentralización administrativa; su implementación requiere de la asignación de recursos adicionales y experiencias de trabajo con la comunidad, por lo cual es difícil replicarlas a nivel nacional.

h) Limitada participación de la población en los procesos de programación

En sus estructuras organizativas las SRS presentan oficinas de participación comunitaria, sin embargo estas oficinas por lo general no se encuentran operativas. Esto se traduce en que la participación de la población en los procesos de Programación y Presupuesto es débil. La mayor participación de la comunidad se logra en los centros y puestos de salud al facilitar la ejecución de las actividades preventivo-promocionales.

La población tiene mayor injerencia en la gestión de los Comités Locales de Administración Compartida (CLAS) con la formulación y ejecución del Programa de Salud Local. No obstante se ha observado que los CLAS tienen limitada participación en el proceso de Programación y Presupuesto de las SRS.

i) Insuficiente coordinación intersectorial

Otra de las deficiencias que se ha observado en la estructura organizativa institucional de las SRS es que no se promueve una adecuada coordinación intersectorial en los procesos de Programación y Presupuesto. En principio esta tarea recae en los Consejos Consultivos, sin embargo como se ha señalado anteriormente, estos no se encuentran operativos en las SRS.

Esta situación prevalece en las SRS a pesar de que se reconoce que los problemas de salud por su naturaleza multicausal deben ser analizados desde una perspectiva multidisciplinaria y que por lo tanto solo se puede conseguir una eficaz atención a la salud mediante la acción multisectorial del sector público y del sector privado.

En resumen se puede afirmar que los aspectos organizativos de naturaleza externa (duplicidad funcional centralización administrativa influencia del MINSA inestabilidad de los directivos) afectan en gran medida la capacidad de gestión de las SRS. Los aspectos de naturaleza interna (insuficientes instrumentos de gestión limitada participación de la población falta de coordinación intersectorial) también afectan la capacidad de gestión pero se prevé que estos pueden ser superados por las SRS mediante decisiones dirigidas a mejorar la capacidad de gestión de las SRS.

3.2.4.2 Capacidad operativa en las SRS

La capacidad operativa en las SRS es evaluada en función de la disponibilidad de recursos humanos físicos financieros y técnicos³⁸.

a) Recursos humanos

En el siguiente cuadro se presenta la asignación de personal que tienen las SRS en términos del número de médicos. Las SRS que registran la mayor disponibilidad de médicos por habitante son Ica Moquegua Tacna y La Libertad. Este es uno de los elementos que entre otros puede estar explicando el hecho de que las SRS de Ica Moquegua y Tacna presenten los mayores índices de eficacia.

**CUADRO 3.9
DISPONIBILIDAD DE MÉDICOS**

Subregión de Salud	Nº Médicos Por 10,000 Hab	Índice de Eficacia
Ica	5.30	1.02
Moquegua	4.22	0.57
Tacna	3.89	0.82
La Libertad	3.06	0.63
Chivilin	2.54	0.12
San Martín	2.22	0.65
Puno	2.16	0.61
Ucayali	1.90	0.85
Lima Este	1.82	0.25
Huancavelica	1.07	1.67
Chankay	1.05	0.69
Ayacucho	0.84	0.67

Fuente: Censo de infraestructura y recursos humanos 1993. MINSA.

³⁸ La mayor disponibilidad de recursos hace que se tenga una mayor infraestructura de servicios de salud a largo plazo lo cual permite dar una mayor cobertura de atención de salud a la población.

Con el propósito de obtener una mejor estimación de la capacidad de atención a la salud en las SRS se ha calculado un índice que relaciona el número de personal asistencial en cada SRS (oferta total) con el número de atendidos (demanda efectiva).

En los casos de Ica Tacna La Libertad y Chavin se confirman los resultados anteriores. Con estas SRS aparece Lima Este ocupando el lugar de Moquegua como una de las SRS que cuenta con una mayor capacidad de atención de la salud. No deja de llamar la atención el bajo resultado de San Martín en comparación con el anterior indicador lo cual dado el buen nivel de eficiencia que registra podría estar indicando una alta productividad del recurso humano.

CUADRO 3 10
DISPONIBILIDAD DE PERSONAL ASISTENCIAL

SRS	Personal Asist / Atendidos x 1,000
Ica	4.7
Lima Este	4.3
Tacna	3.6
Chavin	3.5
La Libertad	3.2
Puno	2.8
Moquegua	2.6
Ayacucho	1.5
Ucayali	1.5
Chanka	1.0
Huancavelica	1.0
San Martín	1.0

b) Recursos físicos

Los recursos físicos por habitante (Hospitales Centros Puestos de Salud y Cúmulos) que registran las SRS también presentan grandes desigualdades. Por ejemplo el número de cúmulos por habitante en la SRS de Moquegua es 10 veces mayor que el de Huancavelica. Respecto al número de establecimientos en general se observa una distribución más uniforme. Las SRS que presentan la mayor asignación son Chanka Ucayali San Martín Moquegua y Chavin.

CUADRO 3 11
DISPONIBILIDAD DE ESTABLECIMIENTOS

SRS	Nº estab por 10,000 hab	Nº camas por 10,000 hab	Índice de Eficacia
Chanka	5 93	3 74	0 69
Ucayali	5 24	6 75	0 85
San Martín	4 53	5 87	0 65
Moquegua	4 07	14 06	0 57
Chavín	3 55	3 45	0 12
Puno	2 83	2 34	-0 61
Tacna	2 68	4 60	0 82
Huancavelica	2 67	1 32	1 67
Ayacucho	2 07	5 52	-0 67
Ica	1 92	3 18	1 02
Lima Este	1 45	6 00	0 25
La Libertad	1 43	5 97	0 63

Fuente Censo de infraestructura y recursos humanos 1993 MINSA

Las SRS de San Martín Moquegua y Ucayali son las que registran los mayores niveles de recursos físicos lo cual podría estar explicando su mayor capacidad de gestión

c) Recursos financieros

En el Cuadro 3 12 se observa que si bien La Libertad registra el mayor gasto en términos absolutos en el nivel per capita se ubica entre las SRS más desfavorecidas junto con Huancavelica Puno y San Martín El nivel de gasto per capita en estas SRS es la mitad del que se registra en Moquegua Ica y Tacna

CUADRO 3 12
GASTO EN SALUD EN NUEVOS SOLES

	Gasto total	Gasto per capita
Moquegua	9 298 000	71 42
Ica	35 961 000	62 13
Tacna	13 202 000	59 00
Ucayali	17 513 000	52 78
Ayacucho	26 274 000	51 27
Chanka	6 506 000	48 72
Lima Este	38 219 000	45 88
Chavin	36 275 000	36 88
San Martin	19 471 000	34 02
La Libertad	42 885 000	33 31
Puno	36 507 000	33 08
Huancavelica	12 287 000	30 69

Nota: Se tomo la poblacion de 1993

Fuente: Macroconsult S.A. *Analisis del gasto publico en salud* abril 1996

d) Recursos tecnicos

Los recursos tecnicos se han evaluado en funcion del numero de equipos de computo que poseen las SRS y el uso de Sistemas de Informacion. Respecto al uso de computadoras se ha estimado la capacidad operativa de las SRS a traves del numero de personal administrativo que registran las SRS en relacion al numero de equipos disponibles. Las SRS de Moquegua, Tacna y Lima Este son las que registrarían los mejores resultados.

CUADRO 3 13
PERSONAL ADMINISTRATIVO POR EQUIPO DE COMPUTO

SRS	N Personal Adm / Equipo
Moquegua	10 2
Tacna	25 7
Lima Este	27 3
Chanka	29 5
Ucayali	30 5
Huancavelica	38 4
San Martin	44 1
Ayacucho	61 1
Puno	67 9
La Libertad	77 5
Ica	105 3
Chavin	147 4

El manejo de la información en las SRS es incipiente y difícilmente se podría considerar como herramienta de gestión

El conocimiento de la situación de salud que requiere información de mortalidad morbilidad y características socioeconómicas se encuentra restringido porque gran parte de la información es procesada en el nivel central (por el MINSA o por el INEI) y no se dispone de ella en la oportunidad y frecuencia necesarias. Esto ocurre a pesar de algunos intentos del MINSA por descentralizar los sistemas de Registro de Defunciones Control Perinatal HIS los cuales aun no llegan a funcionar plenamente en las SRS

Así también las SRS cuentan con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Activa (VEA) el cual mantiene el control de las principales enfermedades transmisibles y de notificación inmediata. Unas enfermedades son de notificación diaria algunas semanal y otras mensual dependiendo de su trascendencia. En el MINSA dicho sistema está dirigido por la Oficina General de Epidemiología. La mayoría de las veces la información de VEA es un instrumento de gestión para acciones inmediatas de salud en las SRS. Sin embargo otras veces el sistema responde más a los requerimientos del nivel central del MINSA suministrándole la información antes que a los propios directores de las SRS³⁹

Para el manejo de la información de producción de actividades de salud se cuenta con dos sistemas

Los sistemas de información de los PNS, uno por cada Programa consisten en la recopilación de información de los establecimientos de salud y su procesamiento manual (mediante paloteo). Estos sistemas se aplican desde hace varios años y ocupan gran parte del tiempo de trabajo del personal asistencial estadísticos y coordinadores de Programas de Salud. A pesar de la irregularidad de su recolección y proceso constituyen la fuente de información más creíble para los PNS y los directores de las SRS

El sistema de información HIS consiste en un sistema computarizado de información de actividades de salud a través del registro de un formato la HOJA HIS Registro Diario de Atención de Salud la cual es completada por el personal asistencial de todos los establecimientos de salud. Sirve para registrar todo tipo de actividades de salud constituyendo una gran base de datos que luego de ser procesada permite obtener indicadores y reportes para cada uno de los programas de salud (los mismos reportes que se obtienen en forma manual y otros adicionales)

³⁹ El Sistema de Vigilancia Epidemiológica se encarga de hacer la notificación inmediata de 15 enfermedades principales y está dirigido a realizar acciones preventivas para reducir los brotes epidémicos. No está dirigido a obtener información de producción de actividades

En forma regular desde 1993 el sistema HIS se encuentra implementado en todas las SRS recolecta información de cada establecimiento de salud procesa y consolida información en UTES y SRS. Sin embargo los directivos de las SRS no creen en la validez de su información y le dan preferencia a la información que se obtiene en forma manual de los PNS. Incluso en algunas SRS donde el sistema HIS habría conseguido niveles significativos de producción de información los directores de las SRS han creado nuevamente sistemas paralelos constituidos por los formatos de registro de información manual de los programas de salud. La explicación que brindaron algunos directores que no creen en la validez de la información del Sistema HIS es que el personal asistencial no llena adecuadamente las hojas HIS lo cual constituye un problema grave porque el llenado de la hoja HIS corresponde al diagnóstico que se le hace al paciente y entonces hay un problema de servicio más que de estadística.

La falta de solución al problema del Sistema de Información es promovida por el mismo MINSA donde los coordinadores de los Programas abogan por tener sistemas independientes aun cuando sean manuales y esto es reforzado por los Proyectos Especiales los cuales al tratar de solucionar particularmente los problemas de información crean mecanismos paralelos. Esta situación hace que en todo el ámbito del MINSA y de las SRS se realicen esfuerzos excesivos para contar con la información de producción de actividades superponiéndose sistemas y duplicándose acciones lo que dificulta su utilización como herramienta de gestión de salud⁴⁰.

Se requiere realizar una evaluación profunda de las razones de este retroceso en el desarrollo del sistema de información de salud y evaluar la viabilidad de un sistema como el HIS o de otro sistema que permita contar con la información de producción de actividades. El punto principal es definir si para la gerencia de salud es necesario un sistema de producción de actividades y en que nivel se requiere. Es posible que sea inviable como un proceso de consolidación en el nivel central del MINSA. Es posible que sea indispensable para que las unidades de gestión puedan evaluar la productividad de sus acciones.

El manejo de la información administrativa es totalmente rudimentario. No se cuenta con sistemas de información computarizados. Como parte del sector público las SRS llevan a cabo los sistemas de Presupuesto Público, Contabilidad Gubernamental, Abastecimientos y Personal. Al igual que en la mayor parte de las instituciones públicas el manejo de estos sistemas es rígido y anticuado y no es posible obtener información útil para la gerencia. La única excepción es el Sistema de Planillas de Personal que fue desarrollado por el MINSA y que se lleva a cabo en forma regular por las SRS.

⁴⁰ En el nivel de las SRS se consolida la información de producción de actividades tanto del Sistema de Información HIS como de los sistemas de información de los PNS. El retraso del proceso de información no es muy grande (entre 1 a 2 meses) pero su mayor dificultad radica en la calidad de la información.

El resto de procedimientos administrativos se lleva en forma manual por lo que es difícil obtener información. Asimismo, tales procedimientos ocupan gran parte del tiempo del personal de las SRS, inclusive de sus directores, los cuales han manifestado que la mayor parte de su tiempo de trabajo lo destinan a atender problemas administrativos. La dificultad para obtener información administrativa afecta otros aspectos de la gestión de salud, entre ellos, la obtención de fondos, ya que el MEF reduce las autorizaciones de giro debido a la falta de información oportuna. Lo mismo ocurre con el MINSA, pues las SRS no rinden cuentas y esto dificulta la remisión de nuevas remesas de fondos. Obviamente, este no es un problema solo de información; las formas como están estructurados los procedimientos de ejecución de presupuesto contribuyen al problema y exigen sistemas administrativos muy complejos y burocráticos.

El MINSA es consciente de este problema y por ello ha desarrollado un conjunto de sistemas administrativos: Sistema de Gestión Financiera, Sistema de Gestión Logística, Sistema de Gestión de Personal y Sistema de Admisión e Historias Clínicas, que constituyen los sistemas de nivel operativo de las SRS. Estos sistemas ya han sido terminados y se encuentran en la etapa de implementación piloto.

En resumen, se puede afirmar que la capacidad operativa (disponibilidad de recursos) ejerce una gran influencia sobre la capacidad de gestión. En el siguiente cuadro se puede observar la relación que existe entre los resultados de la capacidad de gestión y la capacidad operativa.

CUADRO 3 14
CAPACIDAD DE GESTIÓN Y CAPACIDAD OPERATIVA

Capacidad de Gestión	Numero de Medicos por 10,000 Hab	Numero de Establecimientos por 10 000 Hab	Numero de Camas por 10 000 Hab	Gasto Per Capita (Soles)
San Martín	Ica	San Martín	Moquegua	Moquegua
Moquegua	Moquegua	Ucayali	Ucayali	Ica
Tacna	Tacna	Moquegua	Lima Este	Tacna
Lima Este	La Libertad	Huancavelica	La Libertad	Ucayali
Ica	Chavin	Ayacucho	San Martín	Ayacucho

Las SRS de Moquegua, Tacna e Ica presentan los mayores niveles de disponibilidad en casi todos los recursos. Al mismo tiempo, en estas SRS se ha observado la existencia de personal calificado, lo cual es determinante para una buena capacidad gerencial. Luego, la existencia de una mayor capacidad operativa asociada a una buena capacidad gerencial, que se analiza en el siguiente acápite, son factores que deben estar explicando buena parte de la capacidad de gestión en estas SRS.

3.2.4.3 Capacidad gerencial

De la misma forma en que la capacidad gerencial se desarrolla en el sector privado la capacidad gerencial en las SRS debe estar referida a un proceso continuo de toma de decisiones que permita secuencialmente el cumplimiento de las siguientes acciones:

- Identificación y análisis adecuados de los problemas de salud de la población
- Identificación de posibles soluciones acordes con la realidad de cada subregión
- Selección de las mejores alternativas sobre la base de los recursos disponibles y
- Concreción de las decisiones en acciones efectivas que conlleven a la resolución de los problemas de salud identificados

La capacidad gerencial en general se expresa a través de la habilidad que tienen los directivos de las SRS para administrar adecuadamente los recursos de que disponen y que permiten convertir la decisión en acción en el momento oportuno.

Los resultados de las encuestas nos muestran que si bien los directivos de las SRS tienen un adecuado conocimiento de las funciones, responsabilidades y deberes relacionados con el cargo que desempeñan el cumplimiento de estos se ve limitado por las deficiencias y las limitaciones del personal que dirige las SRS. Estas se expresan a través de la falta de personal calificado y capacitado por ejemplo algunos directivos no cuentan con experiencia en funciones de gerencia.

En las SRS el manejo de los recursos financieros se realiza de manera centralizada lo cual en algunas ocasiones restringe su capacidad gerencial para una adecuada asignación de los recursos. Sin embargo en algunas SRS se ha observado que con el propósito de atender situaciones de emergencia los recursos se utilizan provisionalmente para fines distintos de los que fueron inicialmente asignados.

En conclusión se podría afirmar que la capacidad gerencial en las SRS con algunas excepciones es limitada debido a que por un lado no se logra una adecuada direccionalidad en su conducción lo cual afecta la capacidad de gestión de las SRS para la resolución de los problemas de salud de la población y a que por otro lado existe una inadecuada administración de los recursos disponibles.

3.3 Procedimientos de programación y presupuesto y capacidad de gestión de las SRS

En esta sección se evalúa en que medida los procedimientos de programación y presupuesto constituyen instrumentos de gestión adecuados para las SRS.

De acuerdo con lo descrito en el capítulo II las principales características de los procedimientos de programación y presupuesto en las SRS son las siguientes

a) Programación y formulación de presupuesto

Rigidez en los procedimientos de programación y formulación de presupuesto
 Primero se formula el presupuesto y cuando este se aprueba se realiza la programación. Lo correcto es que el presupuesto deba resultar de un proceso de planeamiento de las actividades que se requieren para lograr las metas de salud planteadas en un periodo determinado

Mecanismos de formulación presupuestal históricos mantienen una situación de ineficiencia en la asignación del gasto

Excesivos procedimientos de formulación y programación que emplean gran parte del tiempo del personal de las SRS

La programación de los PNS es un proceso vertical que fluye desde el nivel central hasta el nivel local y que no deja muchos grados de libertad para incorporar nuevas acciones

La programación de atención a la demanda es mecánica un porcentaje sobre la ejecución del año anterior

La participación del nivel local es limitada la población participa a través de los CLAS

No hay perspectiva multisectorial de la salud y no se programan trabajos conjuntos con otros sectores

b) Ejecución de actividades y presupuesto

Rigidez y complejidad de las normas presupuestales no permiten administrar recursos de acuerdo con las necesidades de las SRS

Desfases y reducciones en las autorizaciones de giro del TP

Asignación rígida de las remesas enviadas por los PNS y desfase en las fechas programadas

Ineficiencia en los procedimientos de adquisiciones y manejo de fondos producto de la centralización administrativa en las SRS y de la falta de capacitación del personal

Los IP se destinan a cubrir los déficit presupuestales y a solucionar emergencias

Normas rígidas para el manejo de ingresos propios hacen que se obtienen casi totalmente y que el manejo sea heterogéneo

c) Seguimiento y evaluación

Un gran número de directivas individuales provenientes de los PNS las cuales no son homogéneas ni están sistematizadas. Al interior de las SRS no se cuenta con directivas internas para realizar las acciones de seguimiento y evaluación.

Los objetivos del seguimiento son diferentes para los PNS y para los servicios. Los PNS tratan de ver el avance de las actividades programadas al inicio del año mientras que los servicios evalúan la capacidad de respuesta que han tenido las SRS para enfrentar los requerimientos de la población.

Existen sistemas de información paralelos los cuales producen información de mala calidad con mucho esfuerzo.

El seguimiento financiero es manual solo para cumplir con el MEF. No permite contar con información de costos ni del gasto global que realizan las SRS.

No se efectúan evaluaciones sobre el impacto de las acciones de salud en la población.

Tomando como base esta breve descripción se puede afirmar que los procedimientos de Programación y Presupuesto hacen que estos no constituyan adecuados instrumentos de gestión y están limitando la capacidad de gestión de las SRS. Sin embargo se ha observado que en algunas SRS se han desarrollado modelos organizacionales propios que les permiten muchas veces superar con éxito las rigideces y limitaciones de estos procedimientos.⁴¹

La formulación del presupuesto no resulta de un proceso de planeamiento de las actividades que se requieren para lograr las metas planteadas. La programación y el presupuesto son procesos que no están integrados.

Si bien las rigideces asociadas al presupuesto pueden constituir una seria limitación para una adecuada asignación de recursos, debe asumirse como una variable conocida ya que siempre habrá más necesidades que atender que recursos disponibles. Esta es una restricción que deberá ser asumida por el equipo directivo de las SRS en el momento de la programación para tratar de dimensionar adecuadamente el alcance de sus acciones y lograr los mayores resultados al menor costo posible. No obstante la programación en las SRS se lleva a cabo como una actividad de rutina y mecánica que se debe cumplir cada año.

La falta de recursos financieros y los problemas en su disponibilidad (retraso) también afectan a la capacidad de gestión en las SRS. Sin embargo estas han adoptado procedimientos administrativos propios para la ejecución de sus actividades optimizando el uso de los recursos disponibles. Uno de estos se refiere a las transferencias transitorias (prestamos) de recursos entre los PNS o el

⁴¹ Ver informes de las SRS de San Martín y Moquegua.

uso de los ingresos propios para realizar las actividades programadas y en ocasiones para evitar perder el material biológico disponible

La falta de imagen objetiva no permite establecer las necesidades de información ni los criterios de evaluación que se requieren para efectuar un adecuado proceso de seguimiento y evaluación de las SRS. Esto también limita la capacidad de gestión de las SRS para conocer en qué medida se avanza en la resolución de los problemas de salud de la población.

En el capítulo IV se presenta un conjunto de recomendaciones relacionadas con los procedimientos de programación y presupuesto orientados a mejorar la capacidad de gestión en las SRS.

3.4 Evaluación global

En esta sección se muestran las conclusiones relacionadas con el efecto de los procedimientos de programación y presupuesto sobre la capacidad de gestión en las SRS.

1 La capacidad de gestión de las SRS medida a través de los resultados de eficacia y eficiencia está influida además de los factores estructurales por una serie de factores condicionantes de naturaleza externa o interna, entre ellos los factores organizativo-institucionales, la disponibilidad de recursos y la capacidad gerencial. Entre los organizativo-institucionales se encuentran los procedimientos de programación y presupuesto.

Un ejemplo de esta variedad de elementos explicativos de la capacidad de gestión lo constituye Puno, donde se ha observado una adecuada capacidad gerencial que se caracteriza por cumplir adecuadamente con los procedimientos de presupuesto, realizar una programación de actividades participativa, realizar estimaciones de costos (todavía parciales), aplicar censos en grupos específicos, disponer de indicadores para las evaluaciones de impacto y tener voluntad de descentralización administrativa⁴². Sin embargo, los resultados que presentan al medirse eficacia y eficiencia los ubican por debajo del promedio de las SRS.

Si bien en este caso los factores estructurales constituyen una fuerte limitación (Puno se ubica en el Grupo 3), adicionalmente los factores condicionantes tienen una importante influencia sobre la capacidad de gestión. En Puno hay una deficiente asignación de recursos para bienes y servicios y el número de médicos que hay en la SRS es insuficiente para atender la demanda de la población.

2 Por el lado de las deficiencias organizativas institucionales se puede afirmar que los factores de naturaleza externa (inestabilidad institucional, duplicidad

⁴ Han creado 4 UTES pero el MEF no les asigna recursos.

funcional influencia del MINSA) afectan significativamente la capacidad de gestión de las SRS y deben ser considerados como factores limitantes porque las SRS no tienen capacidad de modificarlos

Puede afirmarse también que los aspectos de naturaleza interna (insuficientes instrumentos de gestión centralización administrativa limitada participación de la población falta de coordinación intersectorial) afectan de manera importante la capacidad de gestión de las SRS aunque pueden ser superados por la subregión

3 La falta de recursos también afecta a la capacidad de gestión en las SRS. Algunas SRS no cuentan con oficina de administración por lo que las oficinas de economía logística y personal administran los recursos de la SRS y deben coordinar directamente con el director de la región. En tal SRS hay cargos importantes (Contador Jefe de Informática) que no están cubiertos

Se ha observado que las SRS solo pueden influir parcialmente en el manejo de los recursos. A continuación se presenta una matriz donde se visualizan los márgenes de decisión de los directivos de las SRS que limitan su capacidad de gestión

CUADRO 3 15
MARGENES DE DECISION DE LAS SRS SOBRE SUS RECURSOS

	Personal	Insumos	Infraestructura	Información
Cantidad	Cantidad fija de personal nombrado Personal adicional por PNSBPT	Dependen de la disponibilidad de TP IP y envíos del MINSA	Dependen del presupuesto También dependen del MINSA	Mucha información sobre productividad pero no de costos
Calidad	Limitaciones para contar con personal calificado	Calidad técnica establecida por el MINSA	Deterioro de instalaciones y equipos	Mala calidad duplicidades y excesivo esfuerzo
Asignación	Restricciones para rotación de personal	Flexibilidad en la asignación de recursos a los establecimientos	Se está dando preferencia de Rehab a CS y PS con el PNSBPT	Normada por el MINSA podría ser mejorada por las SRS

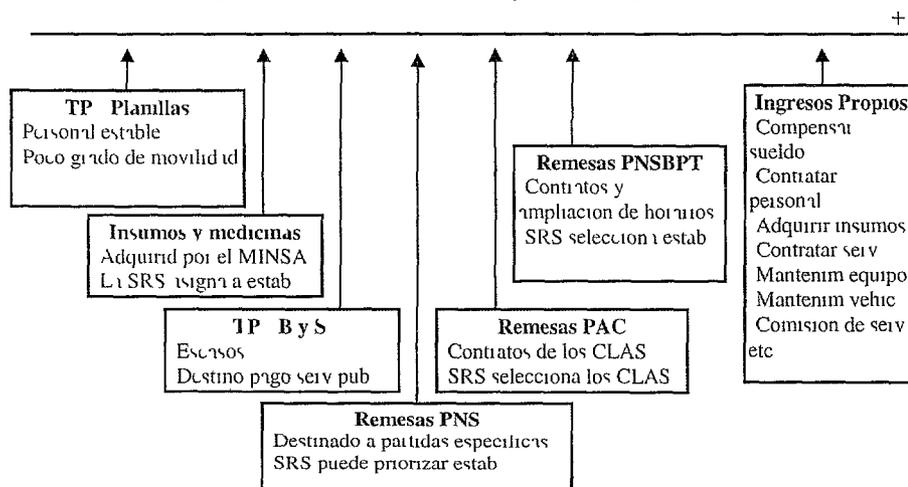
4 Con respecto a la capacidad gerencial se ha observado que las SRS presentan una limitada capacidad para la administración de los recursos de que disponen

- 5 Los procedimientos de Programación y Presupuesto también limitan la capacidad de gestión en las SRS y no constituyen adecuados instrumentos de gestión.

La falta de imagen objetiva no permite establecer las necesidades de información ni identificar los criterios que se requieren para realizar un adecuado seguimiento y evaluación de las SRS. Esto también limita la capacidad de gestión de las SRS para conocer en qué medida se avanza en la resolución de los problemas de salud de la población.

- 6 Las limitaciones identificadas en las SRS y las rigideces inherentes a los procedimientos de programación y presupuesto determinan que los grados de libertad que tienen las SRS para el manejo de sus recursos sean reducidos. Esto puede ser representado a través del siguiente diagrama.

GRAFICO 3 5
GRADOS DE LIBERTAD EN EL MANEJO DE RECURSOS DE LAS SRS



Finalmente en la evaluación de los procedimientos de programación y presupuesto es necesario puntualizar dos aspectos de la capacidad de gestión que se consideran de especial relevancia en el accionar de las SRS: el marco institucional y la información.

IV Propuesta de mejora de los procedimientos de programación y presupuesto⁴³

4.1 Marco conceptual

Los procedimientos de programación y presupuesto influyen en la capacidad de gestión de las SRS y a su vez la capacidad de gestión de una SRS influye en la forma como se llevarán a cabo los procedimientos. Como ha sido señalado en el estudio, el accionar de las SRS está condicionado por factores externos a ellas y también por factores internos, por lo que las propuestas para mejorar su capacidad de gestión deben ser definidas en relación al contexto en que se inscriben (modelo de gestión de salud) y deben estar dirigidas a mejorar las condiciones internas de las SRS.

Es decir, hacer una propuesta de cambio, ajuste o mejora de los procedimientos de programación y presupuesto coincide con el replanteamiento de aspectos esenciales de la gestión en salud, muchos de los cuales está revisando el Ministerio de Salud como parte del Proceso de Modernización del Sector. En este sentido, la revisión de conceptos y el replanteamiento de lo que debe ser la gestión de salud incidirán en el planteamiento de cuáles son los procesos que se utilizarán para la prestación de los servicios de salud y dentro de ellos, como es que se enfoca la gestión de salud en sus niveles estratégicos.

Desde este punto de vista, se descubre que hay diversas opciones para mejorar los procedimientos de programación y presupuesto que van a ser parte de las alternativas de mejorar la gestión en salud, las cuales van desde el perfeccionamiento del modelo actual de gestión en salud hasta el cambio total del modelo, lo que significaría un cambio radical en la cultura institucional del sector. Obviamente, la decisión dependerá de que es lo que quiere lograr el Estado en cuanto a la salud, los plazos y los costos (no solo financieros) que se piense destinar a ello.

El enfoque que se utiliza en este estudio para analizar la mejora de la gestión de salud se describe en el Cuadro 4.1 y en el Gráfico 4.1. Es necesario desarrollar un proceso de gerencia estratégica para que la institución, a partir de la situación de salud actual, dirija sus acciones hacia la imagen, objetivo de situación de salud deseada. Así, la gestión de salud estará orientada hacia la mejora estructural de los problemas de salud, donde intervienen todos los agentes de salud y la comunidad.

⁴³ En mayo de 1996, el Proyecto 2000 contrata el Diseño de un Sistema de Programación y Presupuesto (SPP) con Alpha Consult S.A., el cual busca dotar de un instrumento de soporte administrativo a los gerentes de los niveles descentralizados de salud.

CUADRO 4 1

PROPUESTA PARA MEJORAR LA GESTION DE SALUD

Postulados

Centrar el objetivo en la atencion de la salud de la poblacion y no en los servicios que actualmente se estan ofreciendo. Es posible que se necesite otra canasta de servicios con diferente composicion y calidad.

Buscar eficiencia con eficacia. Evaluar efectividad vs costos.

No tomar como restricción la normatividad actual si es necesario se debe cambiar la estructura de gobierno o la normatividad de presupuesto.

Estrategia

Mirar al futuro. Identificar imagen objetivo.

Identificar roles. ¿Quién hace qué?

Identificar los procesos necesarios para avanzar hacia la imagen objetivo.

Autonomía de las unidades de gestión. Delegación de responsabilidad y de autoridad.

Cambiar la cultura institucional. Capacitar para la toma de decisiones generalizada en las unidades de gestión.

Recursos

Capacidad Gerencial	Líderes		promuevan enseñen tengan iniciativa
---------------------	---------	--	-------------------------------------

Equipos de profesionales que realicen en forma integral funciones esenciales		fijan estrategias analizan informan atienden la salud
--	--	---

Sistemas de soporte para las unidades de gestión

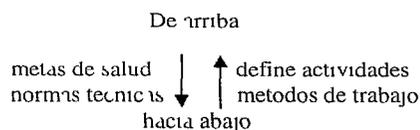
Información para la toma de decisiones

Comunicación

Obtener mayores recursos y optimizar el uso de los recursos disponibles.

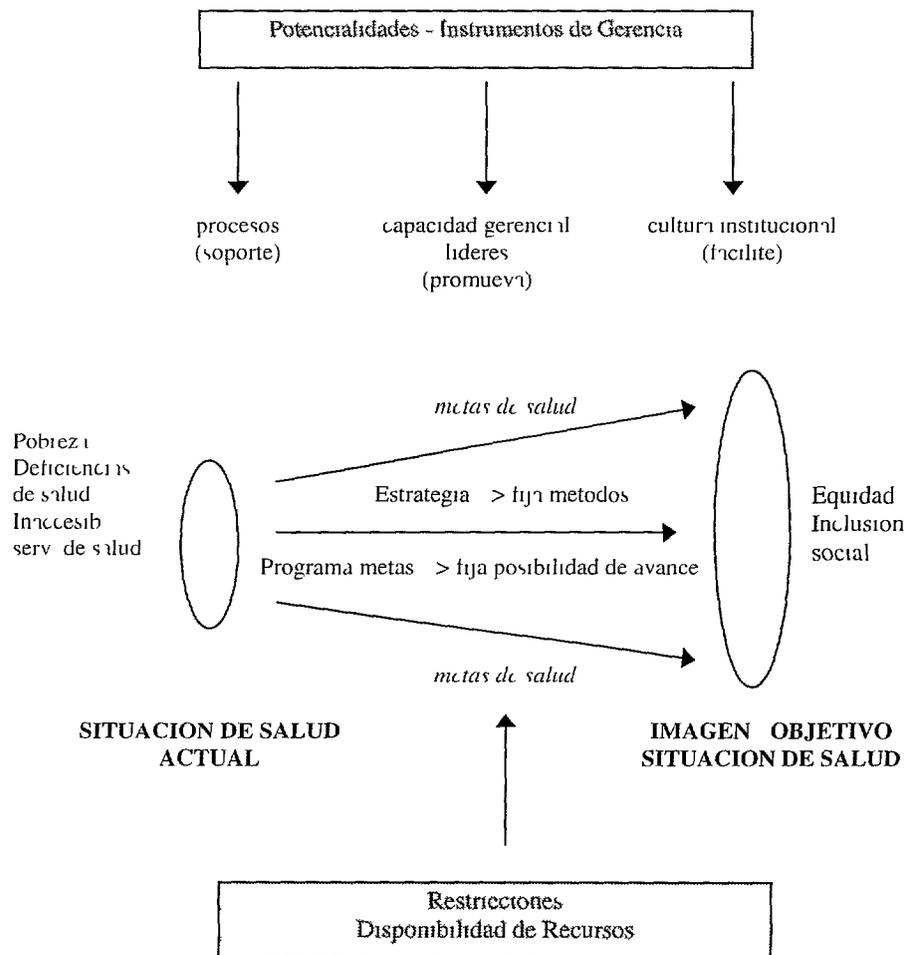
Resultado

Estructura funcional



Desaparece la burocracia. Estructura orgánica reducida dirigida por líderes e integrada por equipos de profesionales.

GRAFICO 4 1
ENFOQUE DE ANALISIS PARA MEJORAR LA GESTION EN SALUD



La recomendación fundamental es mirar al futuro que se quiere lograr y poner todo el esfuerzo en ello. El mayor cambio tiene que ser del enfoque no amarrarse a estructuras pasadas.

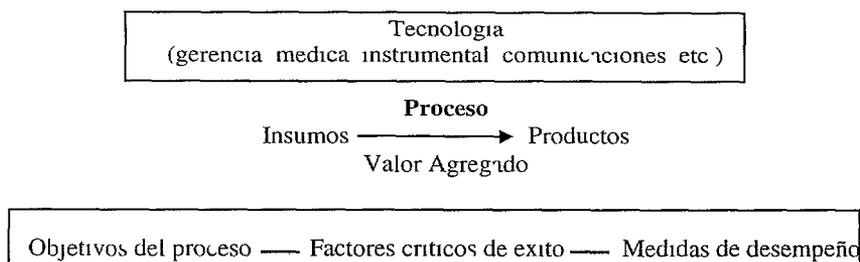
La atención tiene que estar centrada en las necesidades de la población: el cliente tanto en su aspecto social como individual.

Identificar roles ¿quién hace qué? Centralización y descentralización no son excluyentes, hay que determinar quién hace qué. La alternativa no es cambiar la toma de decisiones de arriba hacia abajo por de abajo hacia arriba; todos deben tomar decisiones y estas deben tomarse en el nivel más conveniente en el momento oportuno.

Es necesario definir en qué nivel es más conveniente identificar la **imagen objetivo**. Por su carácter estratégico es recomendable que se haga de arriba hacia abajo que las metas de salud serán fijadas por los niveles estratégicos de cada nivel de salud: nacional, regional y local. En cambio la definición de las actividades debe ser realizada de abajo hacia arriba. Se debe aprender a acercarse a la comunidad a partir de las experiencias locales.

Los **procesos** son medios para alcanzar la imagen objetivo de la situación de salud. Mediante los procesos se transforman insumos (recursos humanos, materiales, físicos, etc.) en productos (servicios de salud) utilizando la tecnología (gerencia médica, instrumental, comunicaciones, etc.). Así, los procesos son las actividades que soportan la producción de servicios y sus posibilidades de éxito dependerán de la forma adecuada en que se emplee la tecnología. Los procesos generan valor agregado y las medidas de su desempeño inciden en cuanto valor agregado se genera con determinado esfuerzo.

GRAFICO 4.2 ANÁLISIS DE GESTIÓN A TRAVÉS DE LA IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS



Los resultados de los procesos estaran en funcion de las tecnicas de gerencia empleadas entre ellas las tecnicas de **programacion y presupuesto**. En este sentido los procedimientos de programacion y presupuesto tienen que transformarse en instrumentos que faciliten las funciones de las unidades de gestion y no en procesos intocables que tienen que ser cumplidos a la letra a pesar de que dificultan el logro de las metas de salud. La principal tarea del MINSA debe ser conseguir el apoyo politico para cambiar las reglas de juego.

Debe modificarse el rol que desempeñan los procedimientos de presupuesto publico los cuales fueron hechos dentro de otro contexto. La estructura del gobierno esta cambiando y las normas de presupuesto publico son arcaicas fueron hechas desde una optica de reduccion del gasto publico acompañadas de un afan controlista dirigido a evitar la malversacion de los fondos publicos.

El Estado y el MEF tienen que comprender que el efecto de tratar de controlar hasta partidas especificas no reduce el gasto publico sino que lo incrementa. No se erradica la malversacion pero si aumenta la ineficiencia de los procedimientos para la ejecucion de las actividades. Habria que evaluar cuanto se pierde en un año por malversacion y cuanto por ineficiencia de los procedimientos aun desde la optica del gasto. Alguna vez se ha efectuado el calculo preciso para un proceso de compra el resultado fue que por tratar de que los procesos de compras alcanzaran con oportunidad a los procesos de ejecucion de presupuesto se perdio el 25% del valor real del presupuesto inicial es decir se tuvo que renunciar a compra en terminos fisicos 25% menos en solo tres meses sin que se pudiera garantizar que en la compra final no hubiera dolo. Al contrario el exceso de procedimientos y restricciones hace que los procesos sean mas complejos y que brinden mayor oportunidad para sacar la vuelta al sistema.

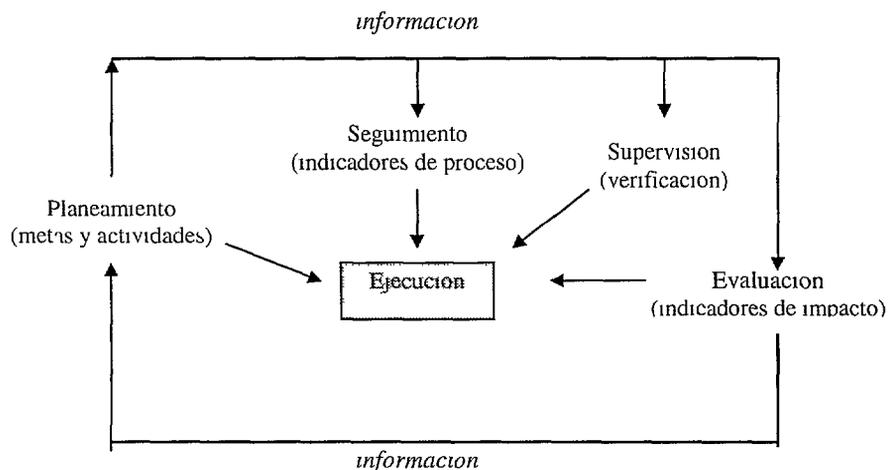
Es mas como se ha señalado antes, para poder cumplir con las actividades de salud (y cualquier otra del sector publico) todos los dias se tiene que sacar la vuelta al sistema es la unica forma de poder compatibilizar calendarios de compromisos autorizaciones de giro rendiciones de cuenta (para nuevos desembolsos) y procesos de adquisiciones.

Los procedimientos de programacion y presupuesto deben incluir las funciones de planeamiento ejecucion, seguimiento supervision y evaluacion de las actividades de salud. Estas actividades deben ser interiorizadas como actividades innatas de toda unidad de gestion. El **planeamiento** consiste en el desarrollo de las estrategias y la identificacion de los medios para realizarlas es la toma de decisiones anticipada e integrada de los aspectos relevantes de la organizacion. Es la decision de que procesos se llevaran a cabo para lograr la imagen objetivo. El planeamiento debe incluir la fijacion de indicadores cuantificables que permitan realizar un seguimiento permanente del avance de las metas programadas.

El **seguimiento** es una actividad continua de medicion del cumplimiento del programa de actividades, que permite contar con informacion fisica y financiera para identificar ritmos de avance desfases obstaculos necesidades de ajustes o acciones especiales. El seguimiento permite realizar los ajustes necesarios para

asegurar la ejecucion de las actividades o en su defecto su reprogramacion. El seguimiento permite ver cuan factible es la realizacion de las metas planteadas y mejorar la programacion para el siguiente periodo. El seguimiento se sustenta en informacion proveniente de todas las unidades de gestion en los niveles establecidos. Se debe hacer un seguimiento permanente y periodico de todo el programa en su conjunto asi como una supervision de los componentes especificos en momentos especiales.

GRAFICO 4 3
IDENTIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO



La **supervision** es una tarea puntual. Es la verificacion de la aplicacion de normas tecnicas (de salud, presupuestales, administrativas, etc.) de la veracidad del avance informado (correspondencia entre el avance fisico y financiero) de la aplicacion de las tecnicas medicas y de las condiciones de las instalaciones fisicas. Se supervisa una unidad de gestion en particular o un componente de la unidad de gestion en un momento determinado. El momento debe ser totalmente sorpresivo para verificar el avance informado en la documentacion de seguimiento.

La **evaluacion** es el analisis del avance de las metas de salud a traves de indicadores de impacto. Se requiere analizar como las acciones de salud estan afectando a las caracteristicas de la poblacion y en que dimensiones. La evaluacion utilizara la informacion de seguimiento (indicadores de proceso) y de supervision, pero necesita tambien informacion de situacion de salud (morbimortalidad, demografia, condiciones sociales, geograficas, etc.) proveniente de fuentes internas y externas a la organizacion.

Las actividades de seguimiento supervisión y evaluación son componentes esenciales de la labor de control que debe estar dirigida a mejorar en forma permanente y dinámica la programación de actividades de salud

Al igual que los procesos de producción se debe evaluar el desempeño de los procedimientos de programación y presupuesto en función al valor agregado que aportan. Los procedimientos que no generan valor agregado deben ser eliminados. Todo procedimiento significa un costo y si no genera valor agregado no se puede justificar su permanencia. El valor agregado de los procedimientos de programación y presupuesto reside en la fijación de las metas y en el incremento de la productividad de los servicios al dar información de donde y como reducir costos, tiempos y desfases.

Se necesita dotar a las unidades de gestión de salud de **capacidad gerencial**. La capacidad gerencial es la capacidad del equipo directivo de la institución para alcanzar los objetivos planteados con una adecuada utilización de los recursos asignados.

La capacidad gerencial es uno de los principales recursos de la organización que va a determinar que unidades similares dentro de un mismo contexto institucional con las mismas dotaciones de recursos puedan tener resultados diferentes. La capacidad gerencial hace que con los mismos recursos y procesos se pueda generar mayores valores agregados. Se tiene que lograr que los directivos de las unidades de salud sean **líderes** que promuevan que enseñen que tengan iniciativa que se constituyan en el motor y la amalgama del desarrollo de la organización.

Se tiene que lograr que el personal de salud se organice en **equipos de profesionales**, que realicen en forma integral funciones esenciales de la institución que fijen estrategias que analicen información que mejoren las técnicas de atención a la salud. Ir más allá de la asignación de funciones departamentalizadas la cual puede mantenerse como organización de base para establecer objetivos, metas y funciones por proyectos encargados a equipos específicos que puedan compartir y aprovechar las cualidades y capacidades de sus integrantes. Un nuevo modelo de gestión en salud tiene que sustentarse en un cambio de **cultura institucional** que logre una actitud favorable del personal hacia las funciones asignadas. La cultura institucional está constituida por valores compartidos que facilitan la cooperación y el compromiso y que mejoran la eficiencia de las unidades de gestión.⁴⁴

⁴⁴ La cultura organizacional es un sistema de valores y creencias compartidas, la gente, la estructura organizacional, los procesos de toma de decisiones y los sistemas de control interactúan para producir normas de comportamiento. Una fuerte cultura puede contribuir sustancialmente al éxito a largo plazo de las organizaciones al guiar el comportamiento y dar significado a las actividades. Las culturas fuertes atraen, recompensan y mantienen el apego de la gente que desempeña roles esenciales y cumple con metas relevantes. Una de las responsabilidades más importantes de la administración es dar forma a los valores y normas culturales. (F. Kast y J. Rosenzweig, *Administración en las organizaciones: enfoque de sistemas y de contingencias*)

La cultura institucional afecta muy fuertemente la eficiencia de los procedimientos de programación y presupuesto pudiéndose apreciar en las SRS una actitud de resistencia del personal administrativo hacia los procedimientos de programación y presupuesto y una actitud de apoyo incondicional del personal asistencial en la ejecución de las actividades de salud⁴⁵. Existen diferentes matices en la cultura institucional de salud que tienen que ser adecuados para garantizar el éxito del nuevo modelo de gestión.

El cambio de cultura institucional como todo proceso también debe generar valor agregado. Tiene que ser un cambio decidido por los directivos de la institución que se materializa a través de nuevos procedimientos, capacitación, organización de equipos, asignación de responsabilidades y delegación de autoridad.

4.2 Propuesta de sistema de programación y presupuesto basado en costos para las SRS

Teniendo en cuenta la importancia de los procedimientos de programación y presupuesto en la gestión de las SRS y el estado actual de dichos procedimientos se manifiesta la necesidad de contar con un Sistema de Programación y Presupuesto basado en costos que de soporte a la gerencia de salud en las SRS. Sin embargo, como se vio en el acápite anterior, las posibilidades de mejorar estos procedimientos tienen que inscribirse en el modelo de gestión de salud y por lo tanto solo cuando se defina la dirección de la Modernización del Sector será posible hacer una propuesta en este contexto.

Aun así, creemos que el desarrollo de un Sistema de Programación y Presupuesto basado en Costos que regule los procedimientos de programación, ejecución, seguimiento, supervisión y evaluación y que este orientado a mejorar la capacidad gerencial de los principales directivos y profesionales de salud contribuirá a crear condiciones favorables y obtener información adecuada para optimizar el Proceso de Modernización.

⁴⁵ La actitud de resistencia del personal administrativo hacia los procedimientos de programación y presupuesto se observa en la demora excesiva para ejecutar los procesos, el exceso de visas para aprobar gastos, la falta de orden en la documentación y una apatía para desarrollar nuevos mecanismos. En lo que respecta a la programación de actividades hay más dinamismo e interés por desarrollar nuevos instrumentos y hacer estudios de población, costos y análisis de situación de salud. Obviamente, esta apreciación tiene rasgos diferentes en cada SRS.

La propuesta de un sistema de programación y presupuesto basado en costos debe incluir los siguientes aspectos

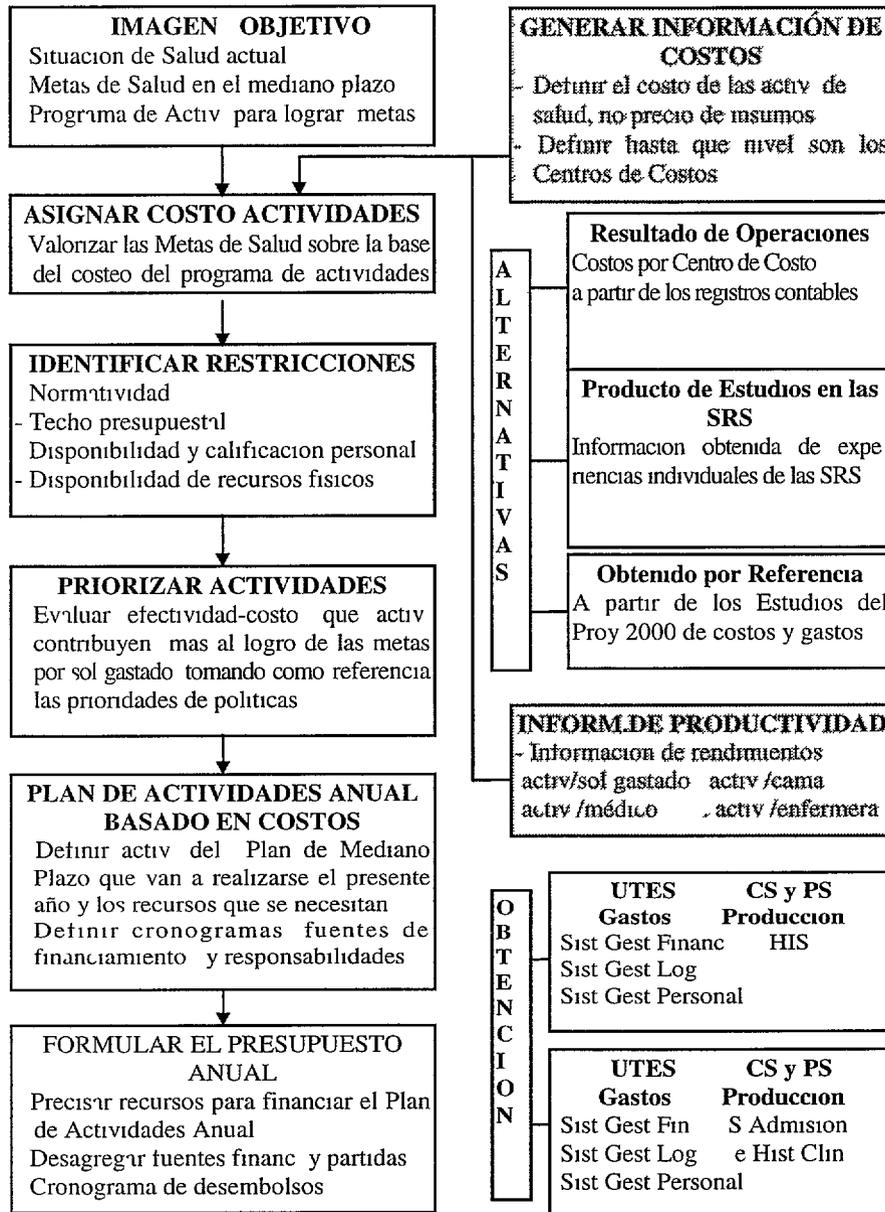
- 1) Alcance del sistema ámbito de implementación y diferenciación por niveles
- 2) Normatividad técnica que lo sustentará directivas que serán necesarias para su implementación que definan procesos responsables y resultados esperados
- 3) Descripción de procesos y su relación con sistemas y procesos actualmente en operación
- 4) Aspectos computarizados y no computarizados del sistema identificar qué parte del sistema se hará con ayuda de computadoras y qué parte del sistema tendrá que ser producto de la interacción de los profesionales que participan en él
- 5) Identificación de los recursos necesarios para su implementación capacitación de personal adquisición de equipos soporte técnico (por lo menos para la etapa inicial) requerimientos para su mantenimiento y operación Entre otros, el costo que implicaría poner el sistema en operación
- 6) Plazos en los que se proyectan los resultados

Un avance de lo que puede ser la **Propuesta de Sistema de Programación y Presupuesto basado en Costos** se presenta en el Gráfico 4.4 que está dirigido a reforzar el nivel de decisión de las SRS y que se fundamenta en tres aspectos claves

Reordenamiento de los procedimientos de programación y presupuesto desde un punto de vista lógico y práctico (definir qué es lo que debe ir primero)
Desarrollo de la capacidad gerencial y técnica del personal de las SRS
Generación de información para la toma de decisiones información de costos y de productividad

A continuación daremos algunos alcances de cómo puede ser viable el SPP de cómo se puede generar la información de costos y cómo se puede aproximar a la información de productividad

GRAFICO 4 4
PROPUESTA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO
BASADOS EN COSTOS



4.2.1 Reordenamiento de los procedimientos de programación y presupuesto

¿En qué nivel de unidades de gestión se debe implementar el SPP?

En la prestación de servicios públicos de salud las unidades de gestión son de diferentes niveles: de nivel nacional (Ministerio de Salud y sus organismos descentralizados), de nivel regional (SRS) y de nivel local (UTES y establecimientos de salud: hospitales CS y PS). De acuerdo con la conformación de las redes de servicios de salud, los CS y PS son las unidades de gestión de primer nivel de atención.

El SPP puede implementarse en los diferentes niveles de unidades de gestión con distintas funciones. Se podría subdividir el sistema en dos subsistemas: uno para unidades político-administrativas (Subsistema SPP gestor) y otro para unidades administrativo-operativas (Subsistema SPP operativo).

El objetivo general del SPP en los dos subsistemas es el mismo: ser un instrumento técnico para apoyar la gestión de salud, facilitando las tareas de planeamiento, presupuesto, ejecución y control de las actividades de salud, tomando como base la optimización de procedimientos y el análisis de información (de productividad y costos). El alcance de cada subsistema es diferente, tanto en el ámbito institucional como en el geográfico.

Los objetivos específicos de cada subsistema serían los siguientes:

El Subsistema SPP Gestor tendría por objetivo específico constituir un instrumento de gestión estratégica para el planeamiento nacional y regional de las acciones de salud, facilitando la asignación de recursos, la canalización de cooperación externa y la consolidación de información estratégica que permita la evaluación y la retroalimentación con información procesada a las unidades operativas.

El Subsistema SPP Operativo tendría por objetivo específico constituir un instrumento de gestión administrativa que permita operar a los establecimientos de salud, optimizando la asignación de recursos para el logro de una mejor atención. Debe asegurar la producción de información y su análisis en primera instancia por parte de los establecimientos de salud, y posteriormente por parte de los UTES, para reasignar recursos y tomar acciones correctivas.

Bajo el modelo actual de funcionamiento de la prestación de servicios públicos de salud, el Subsistema SPP Gestor debería implementarse en el MINSA y en los SRS, mientras que el Subsistema SPP Operativo se debería implementar en los UTES, hospitales CS y PS.

Bajo un nuevo modelo dependerá de cómo se reasignen las funciones dentro del proceso de Reforma. De cualquier forma es necesario que exista el nivel político-administrativo que pueda encargarse de la planificación nacional y regional, dictar

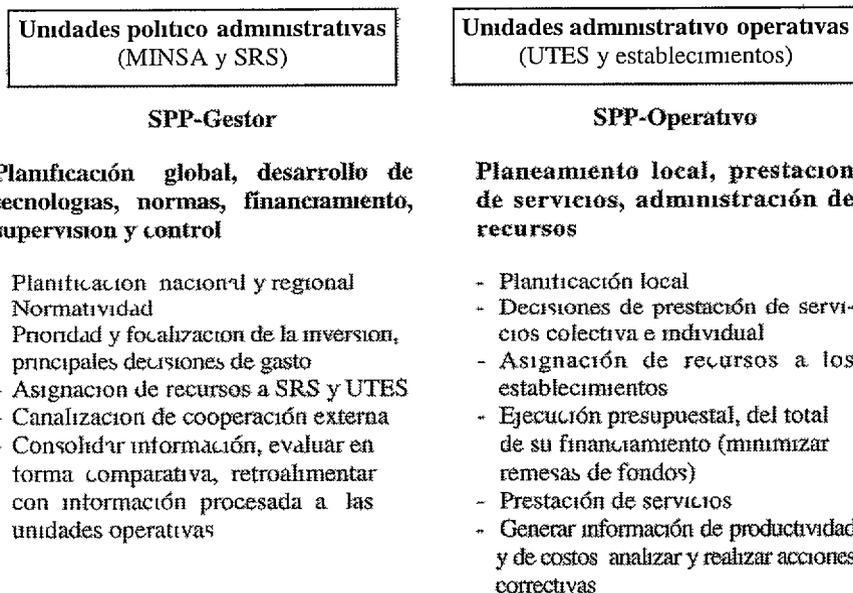
la política de salud nacional y regional establecer las normas técnicas y supervisar su implementación. Mas aun es necesario contar con organismos de nivel regional que además permitan la coordinación de las unidades operativas al interior de la región. En este sentido es necesario reforzar la capacidad de conducción planeamiento evaluación de la capacidad de gestión del MINSA y de las SRS (ver Grafico 4 5)

En cambio en las UTES y en los establecimientos de salud es necesario desarrollar la capacidad de análisis de productividad con un enfoque de costo-beneficio para lo cual se requiere asegurar la generación de información de costos y producción de actividades

En todos los niveles es necesario desarrollar la capacidad de administración teniendo como referencia indicadores de eficacia y eficiencia como parte del cambio de cultura institucional

GRÁFICO 4 5 FUNCIONES DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN DE SALUD DENTRO DEL SPP

Propuesta



¿Que ajustes importantes es necesario llevar a cabo para mejorar el sistema?

La necesidad de uniformar los procedimientos establecidos por los PNS en cuanto a programación seguimiento supervisión información y evaluación los cuales si bien tienen los mismos propósitos y mecanismos en la práctica obedecen a indicaciones individualizadas

Se requiere establecer una normatividad común para la realización de estas funciones que debe incluir la programación y el seguimiento de los servicios de atención a la demanda. Es decir la Directiva de Formulación del Plan de Desarrollo de Corto Plazo debe ser complementada con una Directiva de Seguimiento Supervisión y Evaluación de las Actividades de Salud. Es necesario que esta directiva establezca indicaciones sobre instrumentos de gestión sobre los cuales se presentan algunos alcances en el Cuadro 4.2 que deben ser perfeccionados bajo el marco institucional actual⁴⁶

Estas funciones deben ser encargadas a un equipo estratégico en la SRS el cual debe ser definido por la propia SRS a partir de la identificación de profesionales con capacidad de líderes⁴⁷. De esta manera se podría mejorar el análisis de información orientándolo a la toma de decisiones y reducir las duplicidades y desperdicios de recursos

Algunos ajustes en cuanto a los procedimientos de programación y presupuesto son imprescindibles y necesitan ser incluidos en la directiva antes mencionada

El proceso de programación y presupuesto anual debe inscribirse en un proceso de planeamiento a mediano plazo que fije la dirección en la que se está avanzando

Integrar los procesos de programación y presupuesto

Costear los programas de actividades utilizando la información de gasto y costos que existe actualmente como una primera aproximación para luego formular presupuestos basados en costos

Se debe tratar de que las SRS conozcan la disponibilidad total de recursos que reciban desde el inicio del año mas aun asegurarse de que conozcan el valor de los insumos que reciben de la sede central del MINSA para que puedan formular el Plan Operativo en forma mas realista y evaluar la eficiencia de las actividades de sus establecimientos. Los establecimientos tambien deben conocer el valor de los insumos y materiales que reciben y por intermedio de las SRS saber cuanto estan gastando en comparacion con los demas establecimientos

⁴⁶ Actualmente el Ministerio de Salud lleva a cabo el Sistema de Evaluación Operacional el cual opera de manera ineficiente debido a que no se encuentra adecuadamente normado y a que no se relaciona con los sistemas de seguimiento y evaluación de los PNS

⁴⁷ Se requiere que participen como mínimo las áreas de Salud de las Personas, Epidemiología, Planificación y Estadística

Se requiere mejorar la capacidad gerencial y técnica del personal estratégico de las SRS a través de la capacitación en técnicas modernas de gerencia y en el manejo de información para la toma de decisiones

El MEF debe asegurar los recursos presupuestados en la oportunidad establecida y no reducir ni fragmentar las autorizaciones de giro. El MINSA debe obtener un tratamiento favorable por parte del MEF sustentado en el conocimiento de las necesidades de salud.

En la medida en que el MINSA continúe financiando en forma directa servicios de salud ejecutados por las SRS (o sus establecimientos) estas transferencias deben formalizarse a través de convenios que se sustenten en programas de trabajo definidos y acordados por ambas partes. Es decir se debería trabajar con un tratamiento similar al que se está empleando para el PAC sustentado por un Programa de Salud a ejecutar y respaldado por un convenio que es la figura legal para entregar recursos por encargo de un organismo público a otro. Esta forma de trabajar ofrecería ventajas en varios aspectos: se tendría un compromiso formal para sustentar el presupuesto ante el MEF en la medida en que existe el compromiso de realizar determinadas acciones; las SRS conocerían de antemano el aporte financiero del MINSA para determinado convenio y su cronograma de desembolsos; el MINSA podría mejorar su ejecución presupuestal en la medida en que habrían obligaciones formales con las SRS y se podría controlar mejor la rendición de cuentas.

Es necesario que cada CS y PS elabore su Plan Operativo. Consideramos que cada unidad de gestión por más pequeña que sea debe realizar una labor de planeamiento para orientar la asignación interna de sus recursos al mejor cumplimiento de sus metas. En el caso de los establecimientos de primer nivel de atención (CS y PS) es indispensable que elaboren su plan operativo local que tendría las siguientes ventajas:

Permitiría formalizar el reconocimiento de las necesidades de su localidad y los requerimientos para atenderlas con un cambio de actitud que les impulse a salir a la comunidad y no esperar que ella se acerque al establecimiento.

Permitiría presentar en forma más clara sus requerimientos humanos, físicos y financieros sea para gestionar recursos ante la UTEC, SRS o MINSA.

Permitiría dimensionar el trabajo que se realizaría durante el año sus limitaciones, establecer los cronogramas de trabajo.

Permitiría efectuar un seguimiento permanente de si se está cumpliendo lo programado y evaluar periódicamente si se mejora la atención de salud.

La implementación de los CLAS, los cuales sustentan el contrato de administración compartida en un Programa de Salud Local, ha permitido desarrollar el nivel de gestión del establecimiento.

CUADRO 4 2
INSTRUMENTOS DE GESTION PARA EL SPP
Propuesta de Contenido

1 Plan de Desarrollo de Mediano Plazo (1996 2000)

Análisis de situación de salud de la SRS Conocimiento del estado actual de la salud sobre la base de información demográfica socioeconómica medio ambiental epidemiológica de producción de servicios y recursos de salud

Imagen objetivo de la situación de salud que se quiere lograr cuantificación de metas de situación de salud Identificación del estado de salud que se espera lograr en un periodo de tiempo

Políticas de salud regional tomando como referencia las políticas de salud a nivel nacional e introduciendo políticas específicas para la realidad regional

Definición de estrategias mediante un proceso de optimización por el cual se identifiquen los posibles caminos que se pueden seguir para lograr la imagen objetivo y se seleccione el camino más adecuado

Proyección de cuanto se desea avanzar en la meta de situación de salud cada año Definición de cuáles son las actividades que se tienen que realizar para cumplir las metas de salud y cuál es su programación por años y por establecimientos

Evaluación de los recursos necesarios y disponibles humanos físicos y financieros Estimación de los recursos necesarios para la realización de las actividades por años y su comparación con los recursos disponibles Se identifican superavit o déficit de disponibilidad de recursos y se plantea la forma de obtener estos últimos

Ajuste del programa de metas y actividades de acuerdo con la disponibilidad de recursos

Factores condicionantes para el adecuado desarrollo del Plan de Mediano Plazo Identificar los factores que pueden poner en riesgo el plan y los factores facilitadores de su implementación

2 Plan de Desarrollo de Corto Plazo o Plan Operativo Institucional

Revisión del análisis de la situación de salud Cada año se debe revisar el Plan de Desarrollo de Mediano Plazo observar el avance de las metas de salud y las limitaciones y potencialidades para su desarrollo

Objetivos de situación de salud en el año cuantificados Se debe establecer la meta de salud que se quiere lograr el presente año la cual debe contribuir al logro de la meta de salud a mediano plazo

- Programación mensual de actividades Definir las actividades que se tienen que llevar a cabo para el logro de la meta anual de salud indicando cuanto se tiene que realizar cada mes y cuanto debe realizar cada establecimiento
- Requerimientos de recursos humanos físicos y financieros Definir los recursos necesarios para la realización de las actividades e indicar el requerimiento mensual Se necesita información de costos por actividad
- Presupuesto anual Se tiene que presupuestar los requerimientos financieros indicando la fuente de financiamiento las asignaciones y la periodicidad necesaria El Presupuesto anual debe ser real en función de las actividades programadas y de sus costos La parte que corresponde a recursos de la SRS debe coincidir con el Presupuesto de la SRS y la parte que constituye transferencias del MINSA debe formalizarse a través de convenios
- Planes Operativos de UTES y establecimientos de salud

3 Informes Trimestrales de Avance del Plan de Desarrollo de Corto Plazo (Seguimiento de Actividades)

- Informe ejecutivo
- Cuadros de Avance Físico-Financiero Consolidado del avance de la ejecución del POI de las UTES y de los establecimientos de salud
- Evaluación de presupuesto
- Limitaciones en la ejecución y propuesta de soluciones
- Requerimientos adicionales para cumplir con las metas anuales
- Reprogramación de actividades
- Informes de Supervisión de la SRS en formato definido

4 Informes Semestrales de Evaluación del Plan de Desarrollo de Mediano Plazo (evaluación de impacto)

- Informe ejecutivo
- Evaluación de la situación epidemiológica de la región
- Evaluación del avance de las metas de salud
- Reprogramación del cronograma de metas de salud
- Reprogramación de actividades del año
- Conclusiones y recomendaciones

5 Sistemas de Soporte para la Toma de Decisiones

Sistema de programacion y presupuesto

Que organice y facilite los procesos de programacion y presupuesto sobre la base de la informacion proveida por los sistemas administrativos y de informacion de salud para programar metas de salud programar actividades sustentadas en costos dar informacion de disponibilidad financiera hacer seguimiento fisico financiero de los Planes Operativos y posibilitar la evaluacion del cumplimiento de metas de salud El sistema debe permitir hacer el seguimiento por unidad de gestion y tipo de actividad con informacion rutinaria y con informacion coyuntural producto de la supervision Es decir debe ser un sistema inteligente que por ingreso directo de informacion o por relacion con otras bases de datos pueda relacionar informacion para analizar la eficacia y eficiencia de los establecimientos de salud y de los programas de salud

Sistemas administrativos personal logistica y financiero

Sistemas que en forma simultanea a la ejecucion de los procesos brinden apoyo a la administracion publica y provean de informacion estrategica a la gerencia de salud

El sistema de personal debe proveer la informacion de disponibilidad de recurso humano asignacion y rendimiento

El sistema de logistica debe proveer la informacion de disponibilidad de recurso fisico (insumos materiales instrumentos infraestructura etc) su estado y asignacion

El sistema financiero debe brindar en forma automatica la informacion de costos por centro de costos (establecimiento y tipo de atencion preventivo promocionil y recuperativo etc)

Sistema de Informacion de Salud el cual debe ofrecer en forma confiable y oportuna la informacion necesaria para la gestion en salud informacion socioeconomica de la zona epidemiologica (morbimortalidad) de recursos de salud y de produccion de actividades en la SRS

4 2 2 Generar informacion de costos

Para obtener informacion de costos en forma periodica es necesario que esta se genere a partir de las operaciones contables de las SRS. Es decir que cada vez que se realice la ejecucion de un compromiso este sea asignado a un centro de costo previamente establecido.

Esta es una de las funciones del Sistema de Gestion Financiera que esta implementando el Ministerio de Salud, el cual tiene como proposito registrar en forma simultanea:

- Contabilidad presupuestal
- Contabilidad patrimonial
- Contabilidad por centros de costo

En cuanto a esto ultimo habria que precisar algunos aspectos:

¿Que son los ‘centros de costos’?

Se define como centros de costos a las unidades minimas a las que se quiere atribuir los gastos de las actividades que se realizan en las unidades de gestion.

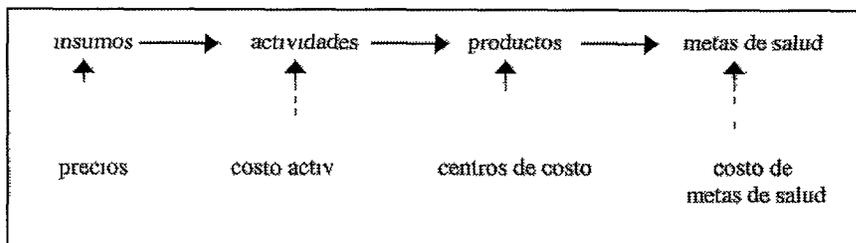
¿Por que ‘centros de costos’?

Por dos razones:

- 1) Una de las razones es que existe un gran numero de actividades que se realizan para poder cumplir con una meta de salud.

La contabilizacion por centros de costos es un proceso de aproximacion no al costo de las actividades individuales sino mas bien al costo de cumplir la metas propuestas.

GRAFICO 4 6
VALORIZACION DE PRODUCTOS POR CENTROS DE COSTOS



De esta manera queda entendido que los centros de costos son paquetes de servicios que prestan las unidades de gestion dirigidos a lograr una meta de salud en forma transitoria a lograr un resultado o producto de salud

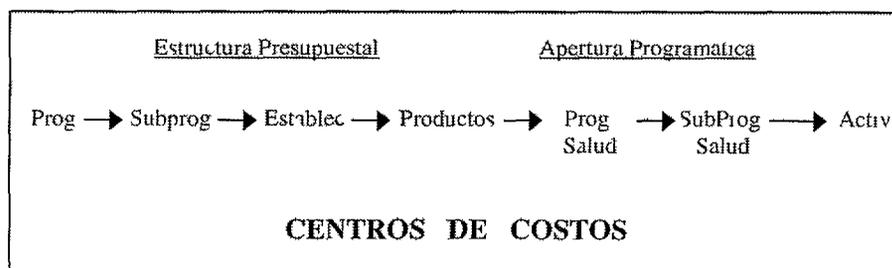
En este sentido la contabilidad del sector requiere obtener la informacion de costos por centros de costos para poder evaluar que paquetes de servicios son los que contribuyen mejor al logro de las metas propuestas

- 2) La utilizacion de centros de costos hace viable la formulacion de programas de actividades y presupuestos basados en costos que a nivel de cada actividad no seria factible. Asi tambien los centros de costos permiten que el nivel central pueda monitorear la eficiencia de las unidades de gestion descentralizadas y que cada unidad de gestion pueda evaluar la productividad de sus servicios

La definicion de centros de costos es la siguiente **el puente entre la programacion de actividades y el presupuesto basado en costos**

Los centros de costos harian posible que una estructura presupuestal tan estrecha (programas y subprogramas) se relacione con una apertura programatica de salud tan amplia (cientos de actividades). Para ello es necesario que cada subprograma presupuestal se divida por lo menos en presupuestos por establecimientos de salud. Adicionalmente las actividades de la Apertura Programatica de Salud tienen que agruparse en paquetes de actividades dirigidos a obtener productos especificos. Ambas direcciones tienen que encontrarse en un punto comun factible de llevar a cabo

GRAFICO 4 7 VINCULO ENTRE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO



Así cada vez que se genere un gasto, este deberá ser atribuido a un centro de costos de esta manera se contabilizaran los costos directos. Por otro lado al finalizar el mes se hará una imputacion de los gastos indirectos ocasionados por la administracion global del establecimiento o de la SRS

¿Que tipo de costos son los que se obtienen por ‘centros de costos’ ?

Los costos que se obtienen por centros de costos son de tipo contable los resultados historicos de la ejecucion del gasto en las unidades de salud los cuales permitiran construir costos totales promedios y marginales. Es decir que a partir de la generacion de informacion por centros de costos se podra obtener diferentes tipos de informacion de costos cuya utilidad estara en funcion del proposito y el nivel en el que se necesiten

¿Que se requiere para generar informacion por ‘centros de costos’ ?

Las SRS y en general las unidades de gestion necesitan definir los centros de costos sobre los cuales quieren obtener informacion de costos

Se tiene que definir como se quiere conseguir la informacion de costos

- 1) por establecimientos de salud
- 2) por cada programa de salud de cada establecimiento de salud
- 3) por cada subprograma de salud de cada establecimiento de salud
- 4) diferenciar por actividades preventivo-promocionales (atencion a la salud colectiva) y por actividades recuperativas (atencion a la salud individual)
- 5) cualquier otra definicion a partir de la cual las unidades de gestion crean necesario contar con informacion de costos

Es posible que en los hospitales los centros de costos se definan de manera diferente que en los CS y PS. Tal vez en ellos se definan por departamentos o unidades de servicios mas aun es posible que se quiera definir los centros de costos a niveles mas especificos por intervenciones

La definicion del nivel de centros de costos estara en funcion de lo que se quiere hacer y de la factibilidad de llevar esto a la practica. Lo mas aconsejable sera avanzar en su desarrollo en forma progresiva

- Para que se genere la informacion por centros de costos esta tiene que resultar del registro de las operaciones contables lo cual tiene que realizarse de forma computarizada. Obviamente dicha computarizacion requiere de equipos y de capacitacion por tanto la disponibilidad de fondos para su implementacion es una condicionante para definir el numero de centros de costos que se quiere administrar

Inicialmente el sistema puede funcionar en cada SRS y obtener informacion por establecimiento y programa de salud. Posteriormente en la medida en que se pueda implementar el sistema en los hospitales se podria definir niveles mas detallados de centros de costos

4.2.3 Generar informacion de productividad

La informacion de productividad es indispensable para evaluar si el esfuerzo que realiza una unidad de gestion es proporcional a las metas que consigue. Esta evaluacion debe llevarse a cabo en terminos relativos para lo cual deberan compararse los resultados de las demas unidades de gestion tomando en cuenta los condicionantes estructurales en los cuales se inscriben. Es importante que los niveles administrativos (MINSA, SRS y UTEs) evaluen el rendimiento de los establecimientos de salud y que permitan compartir los resultados y las experiencias obtenidas por las unidades de gestion principalmente para elaborar los planes de salud.

Asimismo es importante evaluar la productividad en terminos del tipo de recursos que se manejan: cuantas actividades se producen por sol, gastado, por medico, por enfermera, por cama, etc. Actualmente no se realiza este tipo de analisis y por tanto no se toma en consideracion para la asignacion de recursos ni para el establecimiento de prioridades de salud.

Para obtener informacion de productividad es indispensable contar con informacion de utilizacion de recursos y produccion de actividades. Sin embargo en un sector tan grande como salud es dificil contar con esta informacion. Respecto a la utilizacion de recursos no hay ningun sistema implementado en las SRS, no obstante el MINSA ha desarrollado cuatro sistemas administrativos que estan en implementacion piloto en Lima para luego ser instalados en todas las SRS. Los sistemas son los siguientes:

Sistema de Gestion Financiera (contabilidad y presupuesto)

Sistema de Gestion Logistica (administracion de recursos fisicos)

Sistema de Gestion de Personal (administracion de recursos humanos)

Sistema de Admision e Historias Clinicas (administracion de atenciones en hospitales)

Estos sistemas permitiran a las unidades de gestion obtener en forma automatica los resultados de la organizacion incluyendo la disponibilidad de recursos y ademas de facilitar los procedimientos para cumplir con las normas del sector publico.

Sobre produccion de actividades la implementacion del Sistema HIS ha significado mucho esfuerzo aunque no ha llegado a cristalizarse en la disponibilidad de informacion confiable y oportuna. El punto central es que si las unidades de gestion no llegan a identificar como esencial el analisis de productividad, entonces tanto la informacion de utilizacion de recursos como la de produccion de actividades no seran utiles para la administracion de los establecimientos de salud.

La generación de información de utilización de recursos y de producción de actividades tiene que ser realizada en el nivel de las unidades de gestión técnicas y administrativas es decir en el nivel mínimo donde se administran los recursos de salud y donde al mismo tiempo se tiene el control de las actividades realizadas. Esto quiere decir que para los establecimientos de primer nivel CS y PS el análisis de productividad debe ser realizado en las UTES desde donde se administran los recursos la cual debe recolectar la información de producción de actividades de los establecimientos a su cargo. En cambio en los hospitales estos deben generar tanto la información de utilización de recursos como la de producción de actividades.

En ambas unidades de gestión UTES y hospitales la generación de información de utilización de recursos (gasto personal recursos físicos etc) se podrá garantizar si se implementan los sistemas administrativos ya disponibles en el MINSA. Obviamente la implementación de estos sistemas tendrá que realizarse de manera progresiva de acuerdo con la prioridad que se les asigne y los recursos financieros disponibles.

Sin embargo en una primera etapa debe priorizarse su implementación por lo menos en todas las direcciones de las SRS donde se puede obtener la información para entregarla a las UTES y hospitales. Esto es factible porque las SRS que son programas presupuestales engloban a los subprogramas presupuestales de las UTES y hospitales gran parte de la información de gasto y administración de recursos se canaliza finalmente hacia ellas.

La generación de información de producción de actividades tiene que ser obtenida de manera diferente en los mismos establecimientos de salud donde se realizan las atenciones. Por esta razón para los establecimientos de primer nivel de atención CS y PS el Sistema HIS o una alternativa de registro de información de producción de actividades debe estar operativo. En cambio en los hospitales en la medida en que se implemente el Sistema de Admisión e Historias Clínicas este sistema podrá ir reemplazando al Sistema HIS en el registro de producción de actividades. Más aun con algunos ajustes el Sistema de Admisión e Historias Clínicas puede generar los mismos indicadores que se obtienen a través del Sistema HIS no obstante su implementación no es factible en el nivel de los CS y PS.

Anexo N° 1**METODOLOGIA PARA LA SELECCION DE LA MUESTRA****1 Tamaño de la muestra**

De acuerdo con la propuesta presentada por Macroconsult S A al proyecto 2000 el tamaño de la muestra abarca

Nivel Central 10 instancias
 Nivel Descentralizado 118 instancias

Nivel descentralizado	Total ambito Proy 2000	Muestra	
		N°	%
Subregiones	12	12	100
UTES	59	20	34
Hospitales	63	24	38
Centros de Salud	277	30	11
Puestos de Salud	1294	32	2

En el ambito del Proyecto 2000 hay 168 CLAS de los cuales la muestra considera 11 CLAS entre CS y PS

2 Metodología para la selección de la muestra

La selección se realiza en forma estratificada y por niveles al interior de cada Region y Subregion de Salud del ambito del estudio

2.1 Selección de UTES

La selección de UTES considera los siguientes factores

Factor 1 Situación de Salud

Se incluyen UTES con diferentes niveles de salud Para tal efecto se estratifican las UTES de la Subregion en tres niveles de salud

Nivel 1 menor nivel de salud
 Nivel 2 nivel intermedio de salud
 Nivel 3 mejor nivel de salud

El nivel de salud se define sobre la base de la Tasa de Mortalidad Infantil

Factor 2 Tamaño de la población atendida

Se busca alcanzar el mayor porcentaje de población en el ámbito del estudio

Al interior de cada nivel de salud se da prioridad a las UTES con mayor participación en la población de la Región o Subregión de Salud

Factor 3 Accesibilidad al área geográfica en el periodo de ejecución del estudio

A las UTES accesibles se les asigna el valor de 1 y a las no accesibles el valor de 0

El resultado se define en forma progresiva primero se analiza el factor 1 y luego el factor 2. El factor 3 es concluyente en razón de poder o no realizar el levantamiento de información. A las UTES seleccionadas para la muestra se les asigna el valor de 1 y a las que no participan en la muestra el valor de 0

2.2 Selección de hospitales

En la gran mayoría de los casos los hospitales se definen simultáneamente a las UTES ya que hay un hospital por UTES. En los pocos casos en que esto no es así se selecciona el/los hospitales más importantes

2.3 Selección de centros y puestos de salud

Dado que es interés del Proyecto 2000 el análisis de CLAS se toma el 6% de los CLAS que existen en el ámbito del proyecto en función de su dependencia de las UTES seleccionadas

Para los restantes establecimientos de salud la selección de CS y PS se hace en las UTES seleccionadas. El criterio de selección involucra que el análisis central se desarrollará a nivel de establecimientos pertenecientes a una misma rama y si bien se han identificado algunos establecimientos específicos la determinación de los demás se desarrollará en campo de acuerdo con las coordinaciones a realizar con los funcionarios de la subregión. Excepcionalmente se trabaja con CS y PS que no dependen de las UTES seleccionadas

3 Selección de la muestra

La muestra abarca una rama de servicios de salud completa por cada subregión en UTES con diferentes niveles de situación de salud. De esta manera se trabaja en 12 subregiones 12 UTES 12 hospitales 12 CS y 12 PS

El trabajo de campo se circunscribe a las regiones/subregiones UTEs y hospitales seleccionados en la muestra teniendo cierta flexibilidad en cuanto a las dificultades de acceso físico. En cuanto a centros y puestos de salud la selección es preliminar y se define en la misma región/subregión.

Anexo N°2

CAMBIO DE NORMATIVIDAD PRESUPUESTAL EN 1997

AÑOS 1995 1996		AÑO 1997			
ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA		CADENA INSTITUCIONAL			
Organización de las entidades estatales por sectores		Se eliminó el nivel de volumen convirtiéndose el Sector en el nivel más alto de organización			
Desagregación de la Estructura Program Volumen Sector Pliego Prog Subprog		Desagregación de la Cadena Funcional Sector Pliego Unidad Gestora Unidad Ejecut (UG) (UE)			
Las decisiones de programación de actividades y proyectos de las entidades estatales se centraban en el pliego el cual consolidaba la información de los programas y subprogramas presupuestales		El pliego distribuye la asignación presupuestal entre las UG y aprueba las modificaciones presupuestarias de las entidades bajo su cargo El Programa es reemplazado por la UG que centraliza y decide los niveles de gasto El Subprograma se reemplaza por la UE que ejecuta el presupuesto En 1997 disminuye el número de entidades estatales giradoras con el fin de mejorar el control del gasto			
Comentario					
La capacidad de gestión no se ve afectada pues las UE se mantienen como oficinas giradoras papel que cumplen los subprogramas En el nivel de Lima las UTES que antes eran subprogramas (oficinas giradoras) no fueron designadas como UE En las provincias las UTES se convirtieron en UE					
AÑO 96					
	Volumen	Sector	Pliego	Prog Pptal	Sub prog Pptal
Lima	01 Gob central	11 Salud	11 MINSA	MINSA	Subreg salud Hospital UTES
Prov	02 Gbnos Reg	25 MIPRE	001 Reg	D Reg Salud	Subreg salud Hospital UTES
AÑO 97					
		Sector	Pliego	UG	UE
Lima		11 Salud	11 MINSA	01 MINSA	Subreg salud Hospital
Prov		25 MIPRE	001 Region Grau	Dir Reg Salud	Subreg salud Hospital UTES

AÑOS 1995 1996	AÑO 1997																				
<p>DESCOMPOSICIÓN FUNCIONAL</p> <p>La descomposicion funcional se realizaba sobre la base de la organizacion sectorial sin diferenciar en funciones a su interior Si una entidad realizaba funciones de otro sector (por ej El MINSA realizaba funciones de educacion) no se podia diferenciar cuanto del gasto se estaba destinando a esta funcion</p> <p>El presupuesto de los Subprogramas se diferenciaba por actividades y proyectos</p> <p>Desagregacion en los proyectos Pliego Prog Subprog Proyecto Generica del gasto</p> <p>Desagregacion en las actividades Pliego Prog Subprog General Especifica del gasto</p>	<p>CADENA FUNCIONAL (CF)</p> <p>Es el medio por el cual se determinan las funciones que realiza el Estado independientemente de su estructura organizacional Se persigue conocer las diversas acciones en que estan involucradas las entidades estatales</p> <p>La CF presenta la siguiente desagregacion Funcion Prog Subprog Activ Proy Compl Meta</p> <p>Las diversas funciones asignadas a cada sector pueden ser representadas a traves de una matriz</p> <table border="1" data-bbox="958 611 1412 760"> <thead> <tr> <th></th> <th>Funcion</th> <th>Funcion</th> <th>Funcion</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sector</td> <td>14</td> <td>09</td> <td>03Adm</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Salud</td> <td>Educacion</td> <td>Planeam</td> </tr> <tr> <td>Salud</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Educacion</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>El nivel de programa esta dirigido a agregar acciones relacionadas con la funcion mientras que el subprograma presenta niveles mas desagregados de acciones que deben efectuarse para dar cumplimiento al programa</p> <p>Las actividades/proyectos son las acciones que debe efectuar la entidad estatal para el logro de sus objetivos dependiendo si son operativas o de desarrollo</p>		Funcion	Funcion	Funcion	Sector	14	09	03Adm		Salud	Educacion	Planeam	Salud				Educacion			
	Funcion	Funcion	Funcion																		
Sector	14	09	03Adm																		
	Salud	Educacion	Planeam																		
Salud																					
Educacion																					
<p>Comentario</p> <p>La relacion de la cadena funcional con la cadena institucional permite conocer las acciones diversas en las que estan involucrados cada uno de los elementos de la cadena institucional esto es Sector Pliego UG y UE Por ejemplo el Sector Salud desarrolla funciones de Administracion y Planeamiento Asistencia y Prevision Social Educacion y Cultura Salud y Saneamiento</p>																					
<p align="center">OGA CENTRAL MINSA (En millones de S/)</p>																					
<p align="center">Funcion 14 Salud y Saneamiento 469</p>				<p align="center">Funcion 09 Educ 3</p>																	
<p>Prog 003 Admin</p>	<p>Prog 46 Salud</p>	<p>Prog 47 Saneam</p>	<p>Prog 48 Protec del medio amb</p>	<p>Prog 29 Educ superior</p>																	
<p align="center">90</p>	<p align="center">362</p>	<p align="center">9</p>	<p align="center">1</p>	<p align="center">3</p>																	

AÑOS 1995 1996	AÑO 1997
<p align="center">CLASIFICADOR DEL GASTO</p> <p>El CG incluía 2 conceptos Partida generica Partida especifica</p> <p>Con la partida especifica se detallaban los diversos tipos de gastos que podia realizar una entidad estatal</p>	<p align="center">CLASIFICADOR DEL GASTO (CG)</p> <p>El clasificador presenta diferentes connotaciones <u>Categoría economica del gasto</u> identifica su caracter permanente o regular <u>Grupo generico del gasto</u> segun su objeto <u>Modalidad de aplicacion</u> quien efectuara el gasto <u>Especifica del gasto</u> individualiza el gasto pero a niveles mas agregados</p>
<p align="center">MEDIOS UTILIZADOS</p> <p>Formatos para ser llenados en forma manual</p>	<p align="center">MEDIOS UTILIZADOS</p> <p><i>Software</i> para registrar el presupuesto formulado por las entidades del Estado Informacion que permite a DGPP aprobar las cifras del presupuesto Sistema de ejecucion presupuestaria (dirigido a autorizar el calendario de compromiso y registrar los compromisos) Sistema Integrado de Administracion Financiera (SIAF) (dirigido a registrar la ejecucion del gasto en todas sus fases compromiso devengado y pagado)</p>
<p align="center">ETAPA DE FORMULACIÓN</p> <p>Determina el presupuesto sobre la base de las metas que se proponen los organismos del Estado (presupuesto por programas) El MEF emite procedimientos formatos y techos presupuestales Los subprogramas presupuestales elaboran sus proyectos de presupuesto y luego son consolidados en el nivel de Programas y Phegos</p>	<p align="center">ETAPA DE FORMULACIÓN</p> <p>Determina las metas que deben lograr los organismos del Estado para cumplir con sus funciones La DGPP MEF entrega un <i>software</i> a cada UG en el cual las UES desagregan su presupuesto La UG consolida la formulacion presupuestal de las UES en el nivel de meta y partida especifica del gasto</p>
<p align="center">ETAPA DE APROBACIÓN</p> <p>Utilizacion de formatos para ser llenados en forma manual El criterio para completar estos formatos es la diferenciacion entre compromiso ineludible y gasto adicional Ademas se requiere de informacion detallada sobre la ejecucion de los proyectos y actividades en el nivel de las unidades ejecutoras</p>	<p align="center">ETAPA DE APROBACIÓN</p> <p>El MEF aprueba el presupuesto en el nivel de UE y meta En este nuevo presupuesto se empieza a diferenciar el gasto fijo de los gastos variables permitiendose así un enfoque dirigido al planeamiento plurianual de los niveles de gasto de las UES Los gastos fijos son los gastos prioritarios como planillas continuas tarifas de servicios publicos alimentos medicinas</p>

AÑOS 1995 1996	AÑO 1997
	<p>combustibles etc) Primero se programan los gastos fijos y luego los variables</p> <p>Nuevos mecanismos Uso de <i>software</i> Programacion mensual del gasto (PMG) Asignacion trimestral Calendario de compromiso</p> <p>Las UES presentan su presupuesto a la UG quien los consolida para luego alcanzarlo al pliego para su posterior envio al MEF</p>
<p align="center">ETAPA DE EJECUCIÓN</p> <p>Se concretó el flujo de los ingresos y gastos mediante los desembolsos efectuados por el ente rector (MEF) considerando las diversas instancias</p> <p>Ejecucion dirigida en el nivel de subprograma presupuestal no considera el nivel de meta</p>	<p align="center">ETAPA DE EJECUCIÓN</p> <p>Flujo de los ingresos y gastos mediante los desembolsos efectuados por el MEF</p> <p>Cada registro de gasto e ingreso que realiza la UE debe ser en el nivel de meta y asignacion especifica del gasto</p> <p>El registro del gasto se hace en el <i>software</i> del (SIAF)</p> <p>Se establecen conceptos que permitan distribuir los recursos adecuadamente como <u>Asignacion trimestral del gasto</u> La DNPP aprueba en el nivel de pliego la asignacion trimestral 20 dias antes del inicio de cada trimestre</p> <p><u>Programacion mensual del gasto</u> Debe ser elaborada por la UG y alcanzarse a DNPP 10 dias antes del inicio de cada trimestre</p> <p><u>Calendario de compromiso mensual</u> Aprobados por DNPP dentro de los 5 primeros dias de cada mes basados en la PMG</p>
<p align="center">ETAPA DE EVALUACIÓN</p> <p>Se realizaba la evaluacion de presupuesto en funcion a la informacion de ejecucion de gasto mensual e informacion de ejecucion semestral de metas fisicas de las entidades ejecutoras</p>	<p align="center">ETAPA DE EVALUACIÓN</p> <p>Aun no se publica la directiva de control y evaluacion del gasto</p> <p>El proceso como tal si esta indicado en la Ley de Gestion Presupuestaria del Estado (capitulo IV) señalando que el control presupuestal consiste en el seguimiento de los niveles de ejecucion de los ingresos y gastos respecto al Presupuesto autorizado y sus modificatorias</p>

AÑOS 1995-1996	AÑO 1997
	La etapa de evaluación se realiza sobre El logro de los objetivos metas y resultados La ejecucion de las estimaciones de ingresos y gastos
Conclusion La capacidad decisiva de la UE se ve reducida por el aumento de un nivel mas en la estructura jerarquica organizacional del Estado teniendo mayor fuerza de decision la UG La UG tiene la potestad de refrendar la supresion total o parcial de las metas asi como la creacion o ampliacion de metas considerando la priorizacion del gasto el flujo anual del gasto y el comportamiento financiero de los ingresos	

(1) Una operacion de gastos normalmente incluye las siguientes etapas

- Calendario o techo presupuestal a cargo de la DNPP
- Compromiso realizado por la UE
- Autorizacion a cargo de la DGTP
- Devengado realizado por la UE
- Girado realizado por la UE
- Pagado realizado por la UE

Marco Legal de 1997

- 1 Ley N° 26703 - Ley de Gestion Presupuestaria del Estado
- 2 R D N° 064-96 EF/76 01 - Formulacion del Presupuesto 1997
- 3 R D N° 117-96-ef/76 01 - Aprueban clasificadores presupuestales para 1997
- 4 R D N° 168 96 ef/76 01 Directiva para el proceso presupuestario del sector publico correspondiente al ejercicio 1997 (Directiva 001-97-EF/76 01)
- 5 R D N° 145-96 ef/76 01 - Aprueban el clasificador de ingresos para los diversos organismos del sector publico correspondiente al ejercicio 1997

INDICE DE CUADROS
Capítulo II Descripción de procedimientos de programación y presupuesto

Cuadro 2 1	Programas Nacionales de Salud	23
Cuadro 2 2	Objetivos de los programas de salud	24
Cuadro 2 3	Componentes de los programas de salud	25
Cuadro 2 4	Criterios utilizados por los PNS para la elaboración de los programas de actividades	26
Cuadro 2 5	Dificultades encontradas por los PNS en la elaboración y cumplimiento De los procedimientos de programación y presupuesto	30

Capítulo III Analisis de la capacidad de gestión de las subregiones de salud y su relacion con los procedimientos de programación y presupuesto

Cuadro 3 1	Indicadores de eficacia	66
Cuadro 3 2	Agrupación de SRS por nivel de salud	68
Cuadro 3 3	Indicadores de gestión en salud	71
Cuadro 3 4	SRS con mayores índices de eficacia	71
Cuadro 3 5	SRS con mayores índices de eficiencia	72
Cuadro 3 6	SRS con mayores índices de capacidad de gestión	73
Cuadro 3 7	Contenido de las estructuras orgánicas de las SRS	77
Cuadro 3 8	Evaluación global de los instrumentos de gestión de las SRS	79
Cuadro 3 9	Disponibilidad de médicos	83
Cuadro 3 10	Disponibilidad de personal asistencial	84
Cuadro 3 11	Disponibilidad de establecimientos y camas e índice de eficacia	85
Cuadro 3 12	Gasto en salud	86
Cuadro 3 13	Personal administrativo por equipo de cómputo	86
Cuadro 3 14	Capacidad de gestión y capacidad operativa	89
Cuadro 3 15	Margenes de decisión de las SRS sobre sus recursos	94

Capítulo IV Propuesta de mejora de procedimientos de programación y presupuesto

Cuadro 4 1	Propuesta para mejorar la gestión en salud	97
Cuadro 4 2	Instrumentos de gestión para el SPP	110

INDICE DE GRAFICOS**Capítulo II Descripción de procedimientos de programación y presupuesto**

Grafico 2 1	Procedimientos de programación y presupuesto en los PNS	27
Grafico 2 2	Etapas del ciclo de programación y presupuesto	33
Grafico 2 3	Procesos de la etapa de formulación de presupuesto	35
Grafico 2 4	Procesos en la etapa de programación de actividades	40
Grafico 2 5	Procesos de la ejecución de actividades y presupuesto	43
Grafico 2 6	Procesos en la etapa de seguimiento de actividades y presupuesto	48
Grafico 2 7	Procesos en la etapa de evaluación	52

Capítulo III Análisis de la capacidad de gestión de las subregiones de salud y su relación con los procedimientos de programación y presupuesto

Grafico 3 1	Marco institucional en el que se desenvuelven las SRS	70
Grafico 3 2	Factores condicionantes de las SRS	74
Grafico 3 3	Organización de las SRS	75
Grafico 3 4	Doble dependencia funcional de las SRS	78
Grafico 3 5	Grados de libertad en el manejo de recursos de las SRS	95

Capítulo IV Propuesta de mejora de procedimientos de programación y presupuesto

Grafico 4 1	Enfoque de análisis para mejorar la gestión en salud	98
Grafico 4 2	Análisis de gestión a través de la identificación de procesos	99
Grafico 4 3	Identificación de los procedimientos de programación y presupuesto	101
Grafico 4 4	Propuesta de programación y presupuesto basados en costos	105
Grafico 4 5	Funciones de las unidades de gestión de salud dentro del SPP	107
Grafico 4 6	Valorización de productos por centros de costos	113
Grafico 4 7	Vínculo entre programación y presupuesto	114