

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

EL CASO DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE
BUENOS AIRES DURANTE LA CRISIS POLÍTICA, ECONÓMICA E
INSTITUCIONAL DEL PERIODOD 2001-2002

Autor: Arslanian Juan Jorge
Director de Tesis: Schiavone, Miguel Angel
Director del curso: Profesor Dr Lemus, Jorge
Buenos Aires 30 de mayo del 2006

Índice de contenidos

Título	1
Índice de contenidos	2
Introducción	5
Objetivos de tesis	8
Capítulo 1. Marco teórico	9
1.1 La Secretaría de Salud como sistema de gobierno	10
1.2 Hipótesis	14
Capítulo 2. Metodología	15
2.1 Tipo de investigación realizada	16
2.2 Diseño	16
2.3 Variables	16
2.3.1 Universo de estudio	17
2.3.2 Unidad de observación	17
2.4 Recolección de datos	17
Capítulo 3. La crisis y su impacto en el sistema sanitario local	18
3.1 El contexto de la crisis	19
3.2 Agenda de objetivos para la coyuntura	21
3.3 El gasto en la Ciudad y el modelo de compras	24
3.4 Hospitales	26
Capítulo 4. Sistema de compras	30
4.1 Observaciones sobre el estado de situación y los límites en la capacidad de compra	31
4.2 Herramientas implementadas para la gestión de compras	32
4.3 Evaluación de los mecanismos centrales de control. Estudio sobre la dispersión de precios y ahorro potencial a marzo/02	33
4.4 Una gestión integral de medicamentos	34
4.5 La cooperación internacional	36
4.6 Reforma planteada en términos de objetivos y acciones	41
4.7 Normas técnicas especiales para la compra de medicamentos por PNUD	41
4.8 Intervenciones que justificaban el Proyecto PNUD	42
Capítulo 5. Mecanismos de control	44
5.1 Metodología implementada	45
5.2 Diagnóstico al mes de junio de 2002	46
5.3 Diagnóstico al mes de agosto de 2002	47
5.4 Evaluación del cumplimiento de la ley de obligatoriedad de la publicación de compras en la página web - ley 755/02	49
5.5 Evolución del nivel de implementación del sistema de Compras (SISCOM)	51
5.6 Selección de insumos de mayor incidencia en el gasto del abastecimiento al mes de julio de 2002. Evolución de precios desde enero 2002	51
5.7 Evolución del alcance de la base de datos de la Dirección de Desarrollo Organizacional (DDO)	52
5.8 Evolución del desvío de precios y del Ahorro Potencial a diciembre 2002	52
5.9 Cumplimiento de la ley de publicación de compras (755/02)	53

5.10 Cálculo del impacto relativo de cada insumo sobre el gasto anual	53
5.11 Medidas adoptadas en la incertidumbre	54
Capítulo 6. Herramientas de información y control: tablero de gestión	58
6.1 La justificación de un tablero de gestión	59
6.2 La construcción del tablero de gestión	63
Sistema de apoyo a la toma de decisiones. Indicadores seleccionados	65
6.4 Esquema de la nómina de indicadores	65
6.5 Descripción del diseño funcional del sistema de información	66
Variables del tablero de gestión	71
Periodicidad de la actualización	72
Análisis particular de cada variable	73
1. Nivel de adhesión a las políticas centrales	73
1.a Envío de compra centralizada	73
1.b Envío de datos de compra a la Secretaría por sistema informático (SISCOM)	73
1.c Cumplimiento de la ley 755/02	73
1.c.1 Cumplimiento del envío de la información mensual	73
1.c.2 Publicación en página web	74
2. Gestión del abastecimiento	74
2.a Stock de farmacia-insumos críticos	74
3. Gestión presupuestaria	74
3.a Ejecución presupuestaria	74
3.b Precios	75
3.c Endeudamiento por fondos de emergencia	75
4. Producción (consultas, egresos, cirugías y partos)	75
Diseño del tablero de gestión	77
Capítulo 7. Conclusiones	79
7.1 Conclusiones de la tesis	80
7.2 Consideraciones finales	82
Anexos	84
1. Organigrama de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires	85
2. Egresos hospitalarios (enero-octubre 2001-2002)	86
3. Consultas Externas (enero-octubre 2001-2002)	86
4. Cirugías (enero-octubre 2001-2002)	87
5. Partos (enero-octubre 2001-2002)	87
6. Evolución de precios de insumos hospitalarios entre nov/01 y sept/02	88
7. Análisis del gasto 2001-2002 en consumo de hospitales	89
8. Discriminación del gasto por tipo de insumo	89
9. A. Información para jefes de servicio y departamento	90
9. B. Información para Directores y Sub Directores	95
Bibliografía	99
Bibliografía consultada	100
Bibliografía de referencia	101

Introducción

Los fenómenos aleatorios

“llevado a condiciones extremas, un sistema en equilibrio inestable puede alcanzar un equilibrio muy superior al inicial.”

Ilya Prigogine

Premio Nóbel de Química

El presente trabajo de investigación analiza un proceso de gestión económica-financiera en salud dentro de un contexto de crisis, a través de la identificación de las estrategias para el logro de la equidad y la mejor utilización de los recursos.

El propósito del trabajo es enumerar y analizar las acciones desarrolladas para el uso eficiente y racional de los insumos y, a la vez, describir el instrumental empleado para la administración y la gestión del abastecimiento hospitalario en una coyuntura de fuerte inestabilidad. A lo largo de estas páginas, se irán exponiendo las acciones dentro de los hospitales, previstas para el cumplimiento de este propósito, y se presentarán las distintas herramientas de información y control apropiadas para la toma de decisiones.

Cabe aclarar, a modo introductorio, que en un contexto tan convulsionado como fue el que caracterizó el final del 2001 y todo el 2002, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a través de la Secretaría de Salud, se abocó tanto a instrumentar políticas de equidad, como a racionalizar los recursos escasos, orientar correctamente la demanda y trabajar sobre la disminución de los fallos de mercado, ayudando a garantizar en lo peor de la crisis un sistema solidario con prestaciones universales.

A los fines de una mejor comprensión de la temática, es preciso sustanciar y diferenciar los aspectos superadores de la racionalización económica y socio-sanitaria de una prestación integral de salud, sobre el habitual racionamiento cortoplacista o la restricción de los servicios en forma inequitativa.

Racionalidad significa elegir entre diferentes alternativas, de forma eficiente y adecuada. Por ende, una *racionalidad económica sanitaria* significa organizar la producción de salud para aumentar los rendimientos del sistema y el desempeño organizacional, mejorar los resultados y reducir los costos, aplicando las lógicas de la calidad social y económica.

Racionar, en cambio, apunta al hecho de repartir los recursos escasos, sobre la base de una directiva que determine la distribución de acuerdo con un criterio centralizado. Este accionar encuentra su justificación en situaciones de gravedad e inesperadas, de escasos recursos, de dificultad en la conformación de precios, o de efectos en el funcionamiento del mercado, con evidencias de prácticas corporativas u oligopólicas.

La *restricción*, por su parte, significa simplemente acotar o limitar las prestaciones o las indicaciones con criterios de ordenamiento del gasto. Así la tesis en este sentido, intenta explicar las acciones desarrolladas por el Gobierno de la

Ciudad dentro de una estrategia de racionalidad económica sanitaria con el fin de poder superar la restricción y el racionamiento de la necesidad.

La *formación y el perfeccionamiento de la función gerencial* son un paso fundamental, limitante del cambio, para contar con los activos de gestión necesarios. A través de la formación y el perfeccionamiento, no sólo se pueden adquirir conocimientos y habilidades, sino también generar y compartir inquietudes, visiones y compromisos institucionales ante los agentes sanitarios y la sociedad. Esta formación hace a la necesidad de adquirir el suficiente conocimiento de los nuevos paradigmas de la complejidad. La función gerencial, entonces, para este caso en particular significa el poder dar respuestas a problemas de alta complejidad en ámbitos muy desconcentrados de decisión.

Cuando se analiza el gasto en salud, se manejan conceptos de microeconomía intermedia y macroeconomía que, alejados muchas veces de las necesidades de los usuarios, explican los comportamientos del mercado y la metodología de las cuentas de salud. Por este camino, se introduce la economía de la salud como elemento referencial importante, pero no único, ya que es comúnmente factible poder obtener conclusiones relativas, como la falacia de los números y porcentajes. Antes de hablar de gasto y cuentas en salud, es pertinente referirse a los costos para satisfacer necesidades. Por lo tanto, siempre es conveniente determinar cuáles son las necesidades y cómo pueden resolverse.

Este abordaje, entonces, intenta solucionar un par dual contradictorio de expansión asistencial, con postergación y limitaciones. Por ello, siempre es necesario conocer la actividad proyectada, el costo de las acciones y su incidencia, para de esa forma poder hacer un cálculo presupuestario correcto. De esa manera, se hace posible vencer el concepto restrictivo para reemplazarlo por el de racionalidad (Díaz Carlos, 2003). A partir de esta complejidad, en el período mencionado, el Gobierno de la Ciudad fijó la pauta de establecer un ordenamiento de la oferta para la prestación de servicios en su ámbito de competencia, ya que las necesidades en el ámbito de la salud tienden a ser infinitas, mientras que los recursos son siempre limitados. La tarea de la gestión consistía, entonces, en incrementar las prestaciones a los usuarios, sin incrementar exponencialmente el gasto sanitario, proporcionando, así, servicios eficientes con mayor calidad y efectividad, dentro de las expectativas de los pacientes y la población en general.

Objetivos de tesis

Objetivo general:

- ❖ Analizar el desempeño de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires durante el marco político-económico-institucional del período 2001-2002 como caso de un proceso de gestión económica-financiera en salud, en situación de crisis.

Objetivos específicos:

- ❖ Describir las acciones desarrolladas para la gestión, la adquisición, la provisión y el uso tanto eficiente como racional de los medicamentos y los insumos hospitalarios.
- ❖ Describir el instrumental empleado para la administración y la gestión del abastecimiento hospitalario.
- ❖ Analizar el rol desempeñado en la coyuntura por la cooperación técnica internacional en el contexto local, recurriendo al caso específico del PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo).
- ❖ Identificar y analizar las herramientas de información y control de gestión apropiadas para la toma de decisiones: diseño e implementación de un tablero de gestión.

Capítulo 1

Marco teórico

1.1 La Secretaría de Salud como sistema de gobierno

Gobernabilidad, como tal, en un sistema público de salud, significa la capacidad de mantener o hacer crecer la organización dentro de un medio cambiante, sin tener que renunciar a su misión ni ignorar las necesidades y los reclamos de la población. En este sentido, y tomando en cuenta la dimensión de la coyuntura adversa mencionada en la sección anterior, se puede inferir como un elemento clave que permite hablar de la continuidad en el tiempo del sistema sanitario porteño el hecho de que la Secretaría de Salud haya sabido procesar, en lo peor de esta crisis, todo tipo de perturbaciones sin que su legitimidad se viera afectada. A este proceso se lo denomina "*función de transformación del sistema*". En términos de S. Beer, mediante esta función "*el sistema logra la absorción de la variedad ambiental*", enfrenta la incertidumbre y puede atenuar los efectos de sucesos y acontecimientos imprevisibles. No es una reiteración burocrática, sino que implica la capacidad de elaborar respuestas coherentes frente a las demandas inciertas y cambiantes. La crisis en este temperamento operó como una ventana de oportunidades para implementar cambios en la gestión, tendientes a volverla más eficiente. No obstante ello, la necesidad de dar respuesta a una demanda creciente, cumpliendo con la garantía constitucional de dar asistencia universal, y enmarcada en principios tanto de solidaridad como de equidad, exigió al sistema de salud un esfuerzo mayor de recaudación, agilizado mediante circuitos más eficientes.

Se trata de explicar, entonces, un proceso de toma de decisiones en un marco de complejidad, entendida ésta como la interacción del orden y el desorden, y potenciada por el factor incertidumbre.

Un primer acercamiento a la problemática organizacional de este estudio se da a partir de la consideración de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires como un sistema socio-técnico, complejo y adaptativo. La definición de sistema parte de un análisis no desde la óptica de un orden predefinido, sino desde el conjunto que conlleva un comportamiento cambiante a efectos de la interacción de variables controlables y no controlables. En un sistema de salud como el de la ciudad, una de las variables más importantes que se deben considerar es el mecanismo para reconocer, dar representación y articular las diferentes fuerzas (grupos de interés y poder) que confluyen en la organización. Esto hace que un sistema pueda sostenerse y, a su vez, conducir la organización en un sentido o en una dirección que sea aceptada y compartida. El *gobierno*, al fijar las políticas (como guías y prioridades), orienta las decisiones tanto para satisfacer las demandas de sus grupos internos como de los usuarios externos. Por un lado, *el gobierno* debe ser efectivo pero, por otro lado, debe también cuidar el frente interno para que en su camino no se desintegre el propio *sistema de gobierno*. Por tomar un caso, éste debe servir de instrumento para enfrentar las tendencias al aislamiento de los sectores empeñados en imponer sus posiciones al resto de la organización. El *gobierno*, en busca de equilibrios de poder, suele actuar en varios frentes a la vez, lo que resulta una tarea compleja porque resuelve ciertos problemas, al tiempo que posterga otros:

decidir ajustes presupuestarios puede significar dejar a un lado la prestación de servicios esenciales que la sociedad reclama.

La actividad de *gobierno*, por ende, tiene que ver con la articulación de fines diversos detrás de proyectos comunes. Es también en la *función de gobierno* donde se tratan las contradicciones que son parte de la realidad organizacional, no como efecto del enfrentamiento entre sectores, sino como elementos de relaciones complejas. Esta contradicción tiene que ver con las dualidades en la relación entre los fines de los individuos y la organización, entre las funciones de los grupos que la integran, o entre la organización y los actores sociales en su contexto. En este marco, el sentido de la dualidad se refiere a los efectos contradictorios de las decisiones de política: por ejemplo, para el caso donde unos avanzan y otros retroceden, dentro de una política financiera tendiente a reducir las remuneraciones o quitar servicios para equilibrar el presupuesto. Esta búsqueda de equilibrio en las cuentas puede generar fisuras en las relaciones humanas, que requieren de nuevas negociaciones. Al decir que las decisiones de política originan brechas, puede afirmarse que, con el fin de superar conflictos, se hace necesaria una fuerte actividad integradora capaz de ensamblar en la complejidad.

Lo trascendente, entonces, es la búsqueda de acuerdos, pero reconociendo que los proyectos tienen ambivalencias o efectos duales por la presión de diferentes grupos y sectores. La articulación no es el mero ejercicio de la autoridad o la aplicación de reglas, sino que requiere métodos, lenguajes y tiempos que son propios de la actividad de *gobierno*: por ejemplo, las formas para el debate abierto, la visualización de las oposiciones, la negociación, la confrontación y la síntesis de posiciones son actividades que se realizan en un marco cambiante de apoyos y resistencias, de consensos y divergencias, de afinidades y diferencias. El poder político del *gobierno* tiene un sentido activador o movilizador, pero no represivo. De este modo, este concepto de *gobierno* es opuesto a la idea de un comportamiento errático. Refiere a la función de fijar el rumbo y mantener el control de las relaciones con los actores externos, en escenarios cambiantes. Las decisiones de política expresan los propósitos más generales y conforman la guía para las unidades de ejecución. Analizadas desde un contexto social, éstas comprometen y hacen previsible la organización. La gobernabilidad incide hasta dónde la organización puede cumplir con esos compromisos en el marco de las reglas de juego del sistema.

La incertidumbre sobre los hechos en el contexto es el primer factor de complejidad para una organización. Esta influencia de la incertidumbre en el contexto junto con la reacción de otros actores sociales hace que los efectos de las decisiones no sean frecuentemente tal como se piensan. En este sentido, J. Elster se refiere a las "*consecuencias no intencionales que surgen de la interacción y las perturbaciones sociales*". Este proceso no intencional también es conocido como "*contrafinalidad*". En su trabajo sobre estrategias en tiempos de incertidumbre, Courtney y Kirkland enseñan que hay distintos niveles de incertidumbre. También señalan que es indefectible llegar al error de análisis tratando la incertidumbre en

forma binaria, para aquellos supuestos donde el mundo se presenta únicamente con dos posibilidades: o es cierto (conocible) o es incierto (por lo tanto, no previsible).

Consecuentemente, es posible distinguir entre: a) un “futuro bastante claro”, donde la cuestión es reunir información sobre un escenario cambiante pero específico; b) los “futuros alternativos”, donde las posibilidades dependen de los movimientos de actores conocidos pero no predecibles; c) un “abanico de futuros”, cuando existe un espacio o los límites a la variación, y dentro de ese rango pueden ocurrir muchas cosas; d) la “auténtica ambigüedad”, donde no se conocen ni el abanico de resultados posibles ni los escenarios. Los mencionados autores sostienen que, una vez realizado el “mejor análisis posible”, a los funcionarios les queda una incertidumbre residual (no resuelta) que difiere según los ambientes descritos. La gestión de la complejidad, por ende, no corresponde a un solo tipo de decisiones. Los funcionarios, en este marco, pueden elegir una “postura estratégica” entre varias, por ejemplo: a) intentar influenciar o fijar condiciones al ambiente desde una posición de liderazgo; b) adaptarse para reaccionar con rapidez a los cambios que se vayan produciendo; c) reservarse el derecho a participar, o sea, estar bien posicionado para cuando llegue el momento de actuar. Por ello, se afirma que las organizaciones, en un ambiente incierto, actúan reaccionando o bien anticipándose a los cambios. Es una cuestión de actitud y de recursos.

Por otro lado, el concepto de organización refiere a una toma de posición respecto del tiempo, lo cual implica saber cuándo hay que actuar y qué cantidad de recursos se deben inmovilizar. No sólo importan los contenidos de las decisiones sino también la elección de los tiempos, así como también los adelantos o las demoras en actuar respecto del entorno. El concepto de gestión hace referencia al Estado como un sistema construido por la sociedad para prestar servicios con el criterio del interés común. En su construcción están presentes valores sociales que superan el interés específico de sectores o grupos aislados. En este marco, la gestión no es sólo el producto final, el servicio público o la prestación. Con la gestión de los organismos públicos se produce igualdad, justicia, equidad, solidaridad. Esta presencia de valores se manifiesta en la misión asignada a la institución pública, lo cual, en el plano del deber ser, debe siempre orientar al gobernante.

La *función del gobierno* tiene la responsabilidad de tratar con la inestabilidad en lo interno y la incertidumbre externa. En este sentido, el concepto mismo de organización, aquí mencionado a la Secretaría de Salud en su conjunto refiere a la búsqueda de acuerdos y propósitos compartidos. Pero también las propias estructuras y los procesos plantean en los hechos desigualdades que las partes muchas veces no están dispuestas a aceptar. Además de las diferencias de criterio y opinión, en una organización también suelen darse las oposiciones de intereses, que se ponen de manifiesto en los conflictos intergrupales. Esto funciona como un claro elemento para tomar en cuenta cuando se analizan contextos primados por la inestabilidad. Tampoco se puede soslayar que la organización es un concepto que, en sí mismo, concibe la forma de tratar la incertidumbre, estableciendo límites temporales y espaciales para los individuos y sus actividades. La organización tiene

claros puntos de apoyo internos (sus recursos) y externos (proveedores y usuarios). Lo complejo es, entonces, que la organización intenta ser continua y previsible pero, al mismo tiempo, debe tratar con un entorno cambiante. Cualquier intento de agregar rigidez a las relaciones o los procesos internos permite especializar el conocimiento y programar las actividades futuras. A partir de allí, lo complejo significa tener que estar preparado para las condiciones presentes, así como también para enfrentar lo imprevisto. Lo incierto hace necesarias las predicciones, a la vez que lo imprevisto hace que esas predicciones no se cumplan. Tratar la crisis como actividad recurrente de los gobernantes implica reconocer que la propia estructura de la organización plantea en sí misma contradicciones que afloran de tiempo en tiempo. Se trata de oposiciones que están presentes no por error o por mala voluntad, sino debido a la diversidad de grupos existentes que presionan para avanzar en la estructura de poder o para instalar sus ideas. No obstante, las crisis no siempre son una imprevisión, sino que representan la emergencia de fuerzas que han estado postergadas o ignoradas; por ejemplo, las diferentes ideologías que, a su vez, pueden haber estado discriminadas o reprimidas desde el poder. También muestran la existencia de criterios disímiles que pueden estar actuando sobre la misma realidad, como cuando se avanza en la uniformidad y la especialización de tareas, al tiempo que se demanda creatividad en los individuos. No son estos criterios complementarios, sino contrapuestos.

Frente a esta realidad dual, en donde se instalan criterios inconciliables y crean ansiedad e incertidumbre en la faz individual y grupal, la *función del gobierno* se torna necesaria para canalizar las tensiones. En una organización dentro del cambio, la *función de gobierno* refiere a la instancia donde se atienden esas fisuras o esos desajustes en la estructura porque también allí (en el rol de los gobernantes) se supone que reside la visión de futuro y de conjunto. Por ejemplo, las divergencias entre sectores tradicionales y renovadores no se disuelven fácilmente, pero pueden darse a la luz, o sea, ponerse de manifiesto y debatirse. La idea es desplazar las oposiciones hacia el plano de lo aceptable, hacia una realidad con diferencias y no con oposiciones irreductibles. Esta visión de futuro referida a la organización en conjunto y los intereses más generales, antes que la protección de sectores de privilegios, es propia de la *función de gobierno*.

A partir de lo anterior, es pertinente decir que el andamiaje por donde pudieron canalizarse las acciones de la Secretaría implicó un fuerte proceso de comunicación, el cual permitió mantener ese mínimo de interdependencia entre los distintos elementos (individuos, grupos, servicios, talleres, oficinas, etc.) que la organización necesitaba para el mantenimiento de su sistema interno. Estos procesos de comunicación funcionaron como “herramientas sociales”, permitiendo la efectiva interacción humana. Y, desde ya, ocupan un lugar privilegiado en las organizaciones pues condicionan su existencia y eficacia (Flament Claude, 1965).

1.2 Hipótesis

La hipótesis que guía este trabajo supone que en un contexto de crisis el uso eficiente y racional de los recursos, así como la implementación de herramientas apropiadas de gestión permiten reducir las externalidades negativas propias de estos escenarios.

Capítulo 2

Metodología

2.1 Tipo de Investigación realizada

A partir de los objetivos planteados, este trabajo presenta, en una primera etapa, características de estudio de tipo descriptivo. Se presentará el contexto social, político y económico que operó como marco de la crisis y las acciones emprendidas por la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires como respuestas dentro de un escenario de alta incertidumbre. Posteriormente a esta etapa descriptiva, el trabajo apuntará a aportar elementos explicativos que permitan identificar y relacionar los factores que intervinieron e intervienen en el modelo de gestión desarrollado por la Secretaría, con el fin de llegar a determinar de qué modo se asocian estos factores entre sí y cómo intervienen en la toma de decisiones.

2.2 Diseño

El abordaje propuesto es cuali-cuantitativo. El trabajo, así, responde a las características de un diseño no experimental y retrospectivo. Se pretende revisar las decisiones tomadas en el período de tiempo seleccionado para el estudio e identificar las características y los factores intervinientes en el proceso de gestión de dicho período. Dentro de esta categoría se trata de *un estudio de caso*, ya que circunscribe su abordaje a un caso particular: la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2001-2002).

2.3 Variables

En el período de tiempo que abarca este trabajo, se consideraron las siguientes variables de análisis:

Variables cuantitativas:

Evolución del gasto en hospitales.
Evolución de precios de medicamentos e insumos.
Comportamiento de la demanda de servicios de hospitales públicos.
Evolución de la producción hospitalaria.
Evolución de la capacidad de compra.
Ejecución presupuestaria.
Ahorro potencial estimado.

Variables cualitativas:

Modalidad de gestión del medicamento: modalidad de compra de medicamentos e insumos/modalidad de provisión y asignación de medicamentos e insumos.
Modalidad de gestión de procesos asistenciales.
Modalidad de implementación de mecanismos de control de compras.
Nivel de adhesión de hospitales a las políticas centrales.

Rol de la cooperación técnica internacional.

Modalidad de diseño e implementación de herramientas de información y control de gestión.

2.3.1. Universo de estudio

Sistema Público de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

2.3.2. Unidad de observación

Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

2.4. Recolección de datos

Tipo de fuentes: secundarias.

La recolección de datos fue realizada a través de registros y estadísticas del área. En los registros constan los datos remitidos a la Secretaría por cada efector del sistema (hospitales). El modo de documentar estos datos se sintetiza en términos de estadísticas, resúmenes, documentos validados y memoria de gestión, entre otros.

Capítulo 3

La crisis y su impacto en el sistema sanitario local

3.1 El contexto de la crisis

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con 2.970.750 habitantes, según estadísticas del INDEC del período de la Ciudad de Buenos Aires, es el centro urbano de mayor población del país y representa el 8,2% de la población nacional. La tasa media anual de crecimiento de la población es del 1,2% y la densidad de 14.827 habitantes por kilómetro cuadrado, según la misma fuente. El sistema sanitario de la Ciudad de Buenos Aires constituye una de las ofertas más variadas y completa de la República Argentina y es un referente insoslayable del sistema público de salud. En su haber cuenta con 33 hospitales de los cuales 13 son hospitales generales de agudos y el resto son especializados, con un promedio de 3.706 camas disponibles para los agudos, 601 para los niños y 3.856 para los especializados. Ahora bien, a partir de diciembre de 2001 el contexto económico, social y político del país cambió cualitativamente. El mes de enero de 2002 presentaba un cuadro dramático para la Argentina. La vertiginosa caída de la administración electa en 1999 fue sólo el punto culminante de dos años de intentos de gestión, en donde la ausencia de un plan signó la derrota de un gobierno que había llegado al poder con una fuerte legitimación popular, pero que al cabo de pocos meses de mandato había generado amplias desilusiones. La recesión económica que el país arrastraba desde 1998 no pudo ser revertida y las crisis recurrentes comenzaron a acelerarse, generando una creciente inestabilidad política y bajos niveles de gobernabilidad. Los flujos financieros comenzaron a retirarse de la región y el estrangulamiento de financiamiento agudizó este panorama. La disminución de la actividad económica precipitó la situación fiscal nacional y provincial, aumentó el endeudamiento y, paulatinamente, el Estado, en todos sus niveles, comenzó a disminuir las prestaciones de sus diferentes políticas y programas. Esto se tradujo en fuertes barreras de accesibilidad a los bienes y los servicios esenciales para gran parte de la población más necesitada. Los sectores medios también fueron golpeados de manera importante, con la caída de la actividad económica en general y con el aumento de las tasas de desempleo y subempleo. Asimismo, los hechos daban cuenta de la ruptura del último contrato importante asumido con nuestra sociedad: la convertibilidad. El denominado “corralito” financiero de principios de diciembre de 2001 eclosionó el malestar, impulsando a la población a expresiones hasta ese momento desconocidas. No sólo el gobierno estaba a la deriva, sino que la sociedad urbana estaba partida y fragmentada. El rechazo a “lo político” y a cualquier tipo de medida proveniente del Estado era constante, de modo tal que se sucedían leyes y decretos que a las pocas horas ya eran incumplidos o contrariados. La sucesión de diferentes presidentes en pocos días sólo reflejó, superestructuralmente, la situación general del país. Así, a partir de la ejemplificación del impacto de esta realidad en la Ciudad de Buenos Aires, se pueden analizar los datos provenientes de registros locales, los cuales, a su vez, resultan más que elocuentes a la hora de realizar el siguiente diagnóstico: disminución de los ingresos de los contribuyentes, disminución del

consumo de los habitantes de la ciudad, virtual situación de rebelión fiscal y desfinanciamiento secundario a la no actualización de tasas por ajuste a la inflación, entre otros. Esta situación y sus emergentes económico-sociales fueron pegando sobre la estructura del sistema de salud, y moldeando las características de la demanda y las capacidades de atención, así como también sus formas de abastecimiento.

Cuatro factores principales pueden explicar los graves efectos de la crisis en el sector:

- 1) un progresivo deterioro del financiamiento de los distintos subsistemas (caída de aproximadamente 15,5% durante los primeros 8 meses de año 2002);
- 2) un crecimiento en el costo de medicamentos e insumos biomédicos importados por la devaluación;
- 3) un incremento en la demanda de los servicios de hospitales públicos;
- 4) y riesgos epidemiológicos considerables.

Los primeros dos factores reducen la efectividad de los servicios, mientras que los dos últimos incrementan su demanda.

Comparando datos del 2001 con el 2002, se puede observar que en este último año los egresos se vieron incrementados en un 3,7%, verificándose un incremento aún mayor en cirugías y partos (4,2% y 4,8% respectivamente). A su vez, el aumento del número de consultas superó estos porcentajes con un 7,5%. (ver anexo). Desde el punto de vista del perfil de la demanda, se observó una mayor concurrencia del vecino de la ciudad a la consulta externa, que pasó del 60% al 63%, en detrimento de los oriundos de otros distritos del país, los cuales centraron preferentemente su demanda de atención en las prestaciones de alta complejidad.

La consulta externa de residentes del conurbano se mantuvo en un 34%. Con respecto a los egresos, se produjo una situación inversa: se incrementó fuertemente la atención de la población del conurbano (de 35% a 45% del total de los egresos), mientras que disminuyó proporcionalmente la de los habitantes de la ciudad, esto es, del 60% al 49%.

El primer nivel de atención, por su grado de inserción local, participaba del mayor porcentaje de prestaciones a los vecinos de la ciudad. En este contexto, dicho nivel reforzó su lugar estratégico en la atención sanitaria. Tanto el aumento de la demanda local y la desconcentración de la oferta del sistema como la proximidad geográfica fueron algunos de los elementos catalizadores para tener que afrontar una demanda tal, que le permitiera a la Secretaría de Salud contener el incremento del acceso a la salud a sectores que ya no podían afrontar los gastos de desplazamiento a otros centros asistenciales.

3.2 Agenda de objetivos para la coyuntura

En este momento del advenimiento de la crisis, el primer objetivo pasaba por contener el incremento del gasto sanitario para luego poder empezar a reducirlo. Esto era: trabajar en un marco de plena atención, pero con racionalidad prescriptiva, compromiso y participación de todos los actores, con un abordaje en todas las dimensiones y en todas las áreas del proceso, desde una visión sistémica y heurística.

El segundo objetivo se orientó a la atención de la mayor cantidad de usuarios sin acarrear un déficit de provisión. Así, esta política implicaba una revisión de la solicitud, un análisis de la indicación, de la perentoriedad, de la implicancia, del establecimiento de un orden de prioridades. El criterio planteado consistió en ordenar la oferta en función de las necesidades de la población, identificando los principales factores que estaban influenciando la utilización de la gestión de medicamentos.

En tercer lugar, se priorizó reordenar inmediatamente los pedidos y la distribución, así como también el control de la prescripción. De no controlarlos, podía ocurrir lo habitual: que la demanda interna y la referida se comportaran de forma inelástica. De ahí la política de la Secretaría de Salud, de trabajar sobre acciones que hicieran elástico el control.

Como cuarto punto, se optó por desarrollar una mejora en el acceso de los medicamentos en cuanto a lo ambulatorio. Con ello se buscaba mejorar la equidad en el sistema que, desde la óptica económica, implicaba para este caso un ejercicio de justicia social en la valoración del funcionariado. La equidad en salud es entendida como justicia distributiva, para ser más precisos, es el equivalente sectorial de la justicia social. De esa forma, se materializa la eficiencia asignativa del gasto en salud, responsabilidad de quien regula, financia, fiscaliza y controla. Esto se logra aumentando la accesibilidad al recurso terapéutico, debido a que éste es uno de los gastos más regresivos, de este modo que lo utilizado sea esencial, tenga el menor costo posible, se disponga cuando la necesidad del paciente lo requiera y no provoque efectos colaterales.

Los precios en la Secretaría de Salud comprendían un capítulo de análisis específico para la gestión de la Secretaría. Quedaban conformados en función de la demanda, el volumen de compra, los plazos y los instrumentos de pago, el mecanismo de adjudicación, así como también de los tiempos, desde la licitación hasta la entrega. La Secretaría, por ende, asumió la tarea de fomentar la interacción con proveedores que pudiesen minimizar el costo en un volumen determinado de la producción, con tecnologías concretas y materia prima adecuada, sin altos costos de promoción pero con los más estrictos controles de calidad: costos adicionales de envase y troquelados, con identificación de códigos de barras. Se necesitaban empresas de costos mínimos que buscaran la maximización de los beneficios en volumen de ventas y menor gasto en el *marketing*, así como rendimientos de escala; y que los costes aumentaran menos en relación con la producción, o sea, que

estuviesen trabajando en unos sectores por encima del punto de equilibrio en la curva de costos, de modo tal que el problema de la minimización de los costos pudiese formularse de la siguiente manera: hallar el punto de isocuanta que se encontrara en la recta isocosto lo más baja posible. También se contempló: consolidar un listado de proveedores que reunieran criterios de calidad, establecer los consumos anuales, efectuar un listado de precios ponderados, realizar concursos de precios, llamar a licitaciones internacionales, desarrollar mecanismos de sustitución para disminuir la presión oligopólicas. Es allí donde la presencia de un organismo internacional, que luego se materializó en el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), empezaba a tomarse en cuenta como un aval para recuperar la confianza de los oferentes. La estrategia, así, apuntó a establecer un compromiso de suministro de lotes por presentaciones en las compras anuales, la compra a granel de medicamentos identificados y el hecho de adquirir una gama de producto de laboratorio que permitiera una baja más importante de los precios sobre la base de ofertas. Estas acciones conducían al logro de los objetivos propuestos, dado que los laboratorios suelen preferir este mecanismo en lugar de dar a conocer precios unitarios. Adicionalmente, se buscaba la adjudicación anual con entregas trimestrales, compras de medicamentos con un año de vencimiento y el trabajo con promociones de los laboratorios. Los métodos de compras, por lo tanto, significaban un cambio importante en la inercia con la cual se venía trabajando. Operaban como un esquema capaz de lograr la adaptación al producto que se demandaba y a las ventajas comparativas.

Debían utilizarse todos los instrumentos posibles desde:

- ❖ el concurso de precios,
- ❖ la licitación nacional e internacional,
- ❖ la compra de lotes enteros de medicamentos,
- ❖ los compromisos de compra en producción de medicamentos esenciales con precios acordados a la baja,
- ❖ la cotización permanente *on line*,
- ❖ los procesos de mejora de oferta y bonificaciones,
- ❖ la apertura a nuevos competidores,
- ❖ la apertura de un registro permanente de productores.

También se presentaba la situación de tener que fijar pautas para la asignación de medicamentos y su vinculación con los procesos. La situación ideal no pasaba por la asignación, sino por esta vinculación a los procesos. Esto requirió la ligazón permanente, directa y relacionada con la prescripción; con las recetas y las indicaciones. El control cruzado de los pacientes atendidos y las prescripciones realizadas. Así como se hizo necesaria la validación de recetas en la Secretaría de Salud, hubo que trabajar sobre una provisión “justo a tiempo” que permitiera actuar sobre *stocks* dinámicos de un listado de medicamentos para la provisión ante la solicitud en un corto plazo. Ello implicaba encontrar pautas adecuadas entre consultas, egresos, morbilidad para poder asignar sólo los medicamentos

ambulatorios y limitar la libre prescripción, especialmente para los antibióticos en pediatría en infecciones virales. Era importante dejar en claro dos cuestiones: la vigencia del efecto centinela y la estipulación de cantidades de prescripción en función de los pacientes atendidos (con apoyo en las leyes de los grandes números). El indicador, en consecuencia, tenía que poseer una base poblacional y las necesidades básicas insatisfechas, cantidad de consultas realizadas y su discriminación según síndromes atendidos, cantidad de egresos, discriminación entre partos, patología quirúrgica y clínica, pacientes día; en un agrupamiento por zonas que permitiera discriminar que monto del gasto en medicamentos sería por atención ambulatoria y cuanto sería destinado a internados, debido a que ello modifica siempre una ecuación de gastos. La construcción de esta base de datos tendría que realizarse en situaciones de flujos estables de provisión de medicamentos y de control de los procesos asistenciales. Esta construcción podía ser realizada prospectivamente desde la solicitud a los jefes de servicio y directores de hospitales, jefes de compras, jefes de farmacia y relacionar esto con la producción deseada. Esto implicaba desde ya, una aproximación capaz de controlar los egresos, los consumos y los gastos.

Ahora bien, la economía de la salud, como concepto, debe estar permanentemente relacionada con la medicina, con sus exigencias de arte y ciencia en el sentido clásico. Un eje de trabajo para este momento entonces, fue poner a esta disciplina dentro de un marco adecuado de la atención médica y de la salud. Era necesario abordar la investigación de los resultados para involucrar costos con calidad; poder evaluar costo efectividad de las intervenciones. Surgía, pues, como un tema de agenda política: evitar el abuso y el consumo innecesario de medicamentos y descartables. Además, era sumamente necesario asegurar un consumo seguro y eficaz. Esto implicaba la selección de medicamentos y productores. Significaba una faceta del concepto de eficacia y seguridad del medicamento apropiada para este escenario y complementaria a la concepción desde el lado de la oferta, lo cual atañe a la forma como se consume, o sea, al uso apropiado por parte del consumidor médico y el consumidor paciente; necesidad y oportunidad; la forma en que se respetan las indicaciones y se completan los tratamientos. Son, en definitiva, acciones de fármaco-vigilancia sobre el uso, la sobreutilización y la mala utilización de los medicamentos. Ahora bien, mejorar la utilización de los insumos hospitalarios y de las prestaciones ambulatorias del sistema prestador público, implicaba un cambio en la organización y el aumento de la competencia de todos los actores.

La importancia de establecer una coordinación de los procesos asistenciales con los insumos de procesos se sustentaba en el hecho de evitar la falta de medicamentos, de forma tal de establecer calidad y disponibilidad de los procesos asistenciales, mejorando el suministro de asistencia sanitaria. Así, las autoridades sanitarias creyeron necesario establecer una estrategia de coordinación en las actuaciones de todos los niveles asistenciales: fijar los consumos habituales, la periodicidad y la distribución, de modo tal que la atención primaria, la

especializada y la internación fueran parte de un proceso continuo. Ello debido a que no se podía hablar de uso racional de estos recursos, en un solo sector, en un solo nivel, sino que se debía actuar en todos los niveles. Esa estrategia debía ser difundida, consensuada, respetada y cumplida. Mediante ella, todos ganaban, tanto los productores como los distribuidores, ya que las reglas de aumento de la competencia no se centrarían exclusivamente en el precio, sino también en la calidad y, de esta forma, sería posible realizar la cobranza en un muy corto plazo. Esta estrategia de generación de ganadores múltiples tenía como protagonistas al que prescribe, al que dispensa y, fundamentalmente, a los usuarios. El que prescribe, porque tenía fármacos para tratar a sus pacientes. El que dispensa, porque cumplía con su función de proveedor. Y los usuarios, porque disponían de medicamentos para tratar sus afecciones.

3.3 El gasto en la Ciudad y el modelo de compras

El gasto en salud de los argentinos representó en el año 2001 aproximadamente U\$S 24.000.000.000 o, lo que es igual, U\$S 650 por persona por año (Tobar, 2001). En ese gasto, la participación del sector conformado por medicamentos ascendía a U\$S 7.500.000.000, lo que significaba también una gran cifra, aproximadamente un tercio del total. A consecuencia de la devaluación operada en el primer cuatrimestre de 2002 y las restricciones previstas, el gasto en salud de los argentinos pasó a ser durante ese año de U\$S 184 por año por persona, por lo que, considerado con valor dólar, su magnitud se reducía a la tercera parte.

La elasticidad-precio de las asignaciones del sistema de salud permite forzosamente suponer por qué el componente salarial y retributivo del recurso humano y profesional fue capaz de aceptar tal decremento pero, obviamente, esto no resulta posible en lo que a provisión de insumos respecta. Esto no ocurre de igual manera, habida cuenta de la alta dependencia del sector de insumos de procedencia extranjera, ya sea como productos finales o no.

Análogamente, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires destinaba en el año 2001 aproximadamente el 25% de su presupuesto total (\$/U\$S 840.000.000 pesos-dólares) al sector salud. El 75% de estos recursos estaban comprometidos al pago de remuneraciones al personal profesional, técnico y administrativo del sector. De ese monto, \$/U\$S 80.000.000 fueron destinados a la compra de insumos. Para el año 2002, se visualizaba un crédito presupuestario de \$ 93.629.274 (un incremento de tan solo el 14% en pesos). La modalidad del régimen de compras utilizado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires durante la crisis implicaba que los proveedores a sus productos, le adicionaran un costo financiero implícito asociado a diversos factores. Estos determinantes incidieron en la necesidad por parte de la Secretaría de Salud, de estructurar una política de gestión de medicamentos. En este sentido, se optó por comenzar a cuantificar las necesidades de salud para, de esta manera, poder planificar en función de dos variables primordiales: necesidades que debían satisfacerse y recursos disponibles.

El primer condicionante se imponía por la necesidad de ordenar la gestión interna de los hospitales en cuanto a soportes insoslayables de las prestaciones médico-asistenciales, en materia del uso racional de medicamentos e insumos hospitalarios. En este sentido, los aspectos atinentes a la provisión de insumos a los hospitales públicos no se agotaban en una mera prescripción y un proceso de compra. La competencia imperfecta (derivada del comportamiento de los oferentes concentrados y cartelizados del mercado en el que intervienen la marca comercial, los procesos de investigación y desarrollo) y la existencia de patentes farmacéuticas hacían que el gasto en medicamentos revistiera características particulares. Las restricciones presupuestarias, el aumento de los precios, la retracción del mercado y el acortamiento en los plazos de pago afectaron la gestión de compras y demandaron un trabajo sistemático para mejorar la asignación de recursos financieros, físicos y humanos. Las estrategias de adquisición de medicamentos presentaban dificultades expresadas en los plazos que mediaban entre el inicio de un proceso licitatorio y el suministro físico de los productos, de aproximadamente dos meses. La gestión del abastecimiento, al verse así alterada, llevó a las autoridades de la Secretaría de Salud a trabajar de modo diferente a como lo venían haciendo, en un marco de relacionamiento complejo con el mercado de medicamentos; lo que, a su vez, conlleva un alto ritmo innovativo, gran diversidad de productos, asimetría de la información y gran diferenciación. Este rubro no sólo presentaba una estructura de competencia imperfecta, sino una priorización del efecto de reputación por el de marca sujeta a patrones de incorporación, transferencia, sumatoria y sustitución, sin criterio ni planificación regulada, en cuanto a la relación necesaria y equitativa entre la distribución de los recursos y el peso relativo de la demanda. A esta realidad hay que adicionarle las prácticas oligopólicas, a través de las cuales se puede optar por la taxonomía de producto y, a la vez, permitir la existencia de una fuerte relación de agencia capaz de determinar la necesidad de una demanda indeterminada. Consecuentemente, el mercado de los servicios y los bienes para la salud estaba condicionado en gran parte por la acción de un agente (médico, enfermero o prescriptor) que tomaba las decisiones. Éste, por su parte, raras veces se preocupa por el costo de los servicios o de los insumos necesarios para el tratamiento. Además, suele estar influenciado por la oferta de los laboratorios, al tiempo que debe actuar mitigando el riesgo de incurrir en una mala *praxis*. Por ese motivo, el cambio de actitud de los prescriptores desde el punto de vista de la racionalización terapéutica y económica en este punto resultaba sencillamente imperioso (Antezana, Fernando S. y Vázquez, Germán 2002).

Por otro lado, se sabe también que el paciente busca maximizar su beneficio en un contexto signado por la asimetría de información. Así, el financiador, como es lógico, siempre trata de evitar que los gastos excedan sus previsiones definidas en forma abstracta.

La distorsión verificable en los precios relativos de la economía argentina se tradujo en un incremento del valor de dichos insumos que, si bien expresado en dólares tendía a una leve reducción, su valorización en pesos revelaba porcentajes

muy elevados, antojadizos y, en todos los casos, superiores a lo racionalmente esperable.

Tabla N° 1: Incrementos observados. Productos seleccionados
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.

Producto	Descripción	Precio unitario promedio 2001	Precio unitario abril 2002	%
Midazolam	Psicofármaco de alta prescripción	\$ 1,17	\$ 5,02	327%
Vancomicina	Antibiótico	\$ 2,41	\$ 13,5	461%
Cefalotina	Antibiótico	\$ 0,90	\$ 6,90	665%
Cefalexina	Antibiótico	\$ 0,10	\$ 0,56	444%
Jeringas	5 cc.	\$ 0,07	\$ 0,21	228%

En esta tabla puede observarse la magnitud del aumento en pesos de un año a otro en productos esenciales para la atención médica. Este mayor porcentaje no acompañaba simétricamente las variaciones del dólar, por lo cual se puede observar el impacto de la incertidumbre en un componente tan sensible como el precio.

3.4 Hospitales

Las compras de insumos del sistema de salud de la ciudad hasta el año 2001 se realizaban en su casi totalidad a través de los distintos hospitales. Este sistema de compras que se puede calificar como “atomizado” evidenciaba una dispersión de los precios abonados por los distintos efectores de resolución compleja. Si bien en todos los sectores sociales impactaron el cambio de las variables económicas, la incertidumbre de los mercados, la crisis de gobernabilidad y representatividad, entre otros factores, fue en el sector salud donde se asumieron las fuertes consecuencias derivadas de la crisis, esto es: profundización de la vulnerabilidad y exclusión social; caída de las obras sociales; desafiliación creciente de los servicios de medicina prepaga; crisis del P.A.M.I. y de otros efectores de los sistemas de salud del país; colapso financiero de empresas prestadoras de servicios esenciales como comida y limpieza, así como también dificultades para mantener en operación tecnologías dependientes de insumos importados.

Cabe aclarar, a los fines de la tesis, que el riesgo y la incertidumbre son ingredientes significativos en la realidad de la prestación de cuidados médicos.

El sistema de salud, del mismo modo que el resto de la economía, se encontraba en este momento ante una real ruptura de la cadena de pagos. Esta particularidad, sumada a los pagos diferidos que el Gobierno de la Ciudad

mantenía con sus proveedores, hacía que éstos transformaran en discontinua la provisión de sus productos, particularmente ante el riesgo potencial de soportar sobre sus espaldas el quebranto financiero producto de la modificación en la paridad cambiaria de la deuda exigible. La Ciudad de Buenos Aires, por lo tanto, no estaba en condiciones de ejercer plenamente su carácter de operador monopsónico en un mercado distorsionado, con lo cual no sólo resultaba complicado imponer su carácter de fijador de precios, sino incluso el de comprador principal del sistema. Las pretensiones de pago al contado por parte de los oferentes complicaban aún más esta situación.

La ausencia de una cultura prescriptiva alineada en torno a un formulario terapéutico también impedía el efectivo ordenamiento del gasto desde el pleno control de la oferta. Por otro lado, la producción local, tanto de material descartable como de medicamentos, representaba, en el mejor de los casos, una promesa a futuro y de relativamente baja significación económica. En el caso particular del material descartable, la producción nacional era cercana a cero, por lo menos en lo que a insumos críticos se refería, y en el caso de la elaboración de medicamentos, a pesar de los esfuerzos realizados por las diferentes jurisdicciones (particularmente, Ciudad de Bs. As. , Provincia de Bs. As., Santa Fe, etc.) no se había logrado una producción de calidad uniformemente garantizada por el órgano regulador ni se contaba con un vademécum capaz de dar una respuesta sustitutiva a la industria convencional y/o económicamente relevante. La política de sustitución de genéricos, en el caso de Ciudad de Buenos Aires, tenía relativamente poca significación, dado que la ciudad compraba por DCI (Denominación Común Internacional) medicamentos genéricos en un alto porcentaje de sus adquisiciones.

La demanda del Plan de Médicos de Cabecera, sistema de cobertura integral por parte de la Seguridad Social para los vecinos de la Ciudad de Buenos Aires sin cobertura, también presentaba un incremento notable de sus prestaciones, como consecuencia de la creciente migración poblacional secundaria debida al crecimiento de la desocupación y al empleo informal, sumado al desfinanciamiento de las obras sociales, en el caso de aquellos que conservaban su empleo.

Tabla N° 2: Evolución mensual de producción de egresos, consultas externas, cirugías y partos

**Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.
Hospitales de la Secretaría de Salud / Enero - octubre 2001 - 2002**

Mes	Egresos		C. Externas		Cirugías		Partos	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002
Enero	14.863	14.541	653.498	672.880	12.642	11.654	2.529	2.559
Febrero	14.120	13.755	600.313	603.587	11.222	11.145	2.272	2.449
Marzo	15.220	15.106	707.353	667.855	11.542	12.090	2.315	2.531
Abril	14.584	15.485	681.492	760.847	11.272	12.834	2.370	2.436
Mayo	15.013	16.258	725.157	801.274	11.955	12.989	2.350	2.402
Junio	15.375	15.203	708.043	753.788	11.414	12.078	2.348	2.451
Julio	15.675	16.790	699.436	788.588	12.034	13.050	2.343	2.405
Agosto	15.690	16.335	718.856	783.827	13.103	12.977	2.316	2.442
Setiembre	14.588	15.945	709.843	798.984	12.164	13.366	2.239	2.423
Octubre	15.591	16.717	754.002	820.108	13.199	13.744	2.271	2.415
Total	150.719	156.135	6.957.993	7.451.738	120.547	125.927	23.353	24.513
		+ 5.416		+493.745		+ 5.380		+ 1.160

En la tabla de arriba, puede observarse la mayor actividad hospitalaria que afrontaron los agentes de salud con la obligada necesidad de acompañar esta mayor demanda de todos aquellos elementos pertinentes para la atención de la salud.

Tabla N° 3: Residencia habitual de pacientes egresados y de consultorios externos

**Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.
Hospitales de la Secretaría de Salud / Primer semestre de 2002**

Residencia Habitual	Egresos
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	44.954
Conurbano	40.563
Otros pcia Buenos Aires	1.230
Otras provincias	1.393
Sin especificar	2.297
Total	90.437

Del total de los egresos producidos durante el primer semestre del año 2002, el 51% (45.483) correspondía a personas no residentes en la Ciudad de Buenos Aires.

Hospitales de la Secretaría de Salud / corte semanal del mes de mayo de 2002

Residencia Habitual	C. externas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	102.125
Conurbano	55.078
Otros pcia Buenos Aires	2.037
sin especificar	3.398
Total	162.638

Del total de las consultas externas correspondientes al corte semanal del mes de mayo del 2002, el 37% (60.513) correspondía a personas no residentes en la Ciudad de Buenos Aires.

En este particular contexto de crisis, una dificultad mayor para las autoridades sanitarias, pasaba por el hecho de abordar la complejidad que merecía la recepción de la demanda de prestaciones de alta complejidad no financiadas por la seguridad social o por el usuario mismo. La afirmación precedente se apoya en la simultánea limitación de la alta complejidad verificable en el subsector de la seguridad social como consecuencia del Decreto Nacional de Necesidad y Urgencia (D.N.U) N° 486/02 de Emergencia Sanitaria y la resolución ministerial 239/02 del Programa Médico Obligatorio de Emergencia y la progresiva desaparición de la capacidad de pago por parte de los pacientes carentes de terceros pagadores. Como consecuencia de esta modificación cualitativa, se pudo observar un incremento del costo unitario de las prestaciones y, por ende, del costo marginal de cada nuevo demandante. Al respecto, se presenta como ilustración la demanda contenida verificada en hospitales seleccionados de la Ciudad de Buenos Aires en materia de cirugía cardiovascular.

Tabla N° 4: Demanda contenida cirugía cardiovascular. Hospitales seleccionados

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud de Ciudad de Bs. As. - mayo de 2002

Hospital	Pacientes en lista de espera	Procedencia	
		Residentes	Otras provincias
Argerich	420	62%	38%
Gutiérrez	197	21%	79%
Durand/Santojanni	50	S/D	S/D

Capítulo 4

Sistema de compras

4.1 Observaciones sobre el estado de situación y límites en la capacidad de compra

Para poder analizar la incidencia de la situación adversa sobre la política de compras durante el período de estudio, se hace menester realizar una lectura desagregada de este impacto en la capacidad de abastecimiento, desde tres ópticas diferentes (la del mercado, la de los proveedores, la del sistema de salud como *superestructura*) y desde el conjunto de los hospitales como *mezzoestructura*.

El impacto desde la óptica del mercado en función de: un importante aumento en la evolución de precios de medicamentos y descartables desde diciembre 2001; una fluctuación diaria de cotizaciones y precios en relación con la cotización del dólar; desfasajes importantes en las cotizaciones durante los feriados bancarios.

El impacto desde el lado específico de los proveedores: se daba una situación particular de falta de cotización, único oferente, ofertas parciales por límites de los propios proveedores debido a dificultades en el capital de trabajo; transferencia del riesgo financiero por parte de los laboratorios centrales a nuevas distribuidoras producto de la incertidumbre lo cual implicaba que hubiera marcadas diferencias sobre el nivel de precio final cotizado o cobrado a los hospitales; condiciones de pago inaccesibles para los hospitales en las condiciones del momento (pago al contado, cláusula dólar, cotizaciones por 48 h., en efectivo sin aceptación de cheques, etc.); cotizaciones diferenciadas en función de las estrategias de las empresas relacionadas con el *stock* disponible; diferentes cotizaciones sobre un mismo producto a distintos efectores y en la misma fecha, en relación con el distinto nivel de deuda en cada hospital; mayores precios en compras de mayor volumen (paradoja de la crisis), en función del riesgo financiero; comportamiento especulativo por parte de ciertos proveedores; aumento considerable de precios, incluso de los desvinculados de la cotización del dólar, de las cantidades y de los períodos considerados.

El impacto desde la mirada del sistema de salud en su conjunto: límites en la disponibilidad de fondos secundarios en el nivel de recaudación; falta de información al día sobre precios y cotizaciones logradas por el conjunto del sistema; limitaciones en la implementación del SISCOM (Sistema Único Informático de Compras) por alguna o varias de las siguientes causas: actualización del *hardware*, dificultades en la conectividad, dificultades remanentes del *software* referido a las compras por Fondos de Emergencia (FE), capacitación del RR.HH., resistencias de índole cultural, coexistencia de sistemas informáticos propios, etc.; limitación respecto del marco normativo ante compras por FE (Resolución 323/SS/02); limitación en la modalidad de compras por licitación individual o por consorcio de compras; falta de una adecuada información para la articulación de las compras centralizadas, *clearing* y compras descentralizadas, *stockeo*, depósito, logística de distribución, etc.; falta de desarrollo previo de un sistema de compras centralizado.

El impacto desde el lado específico de los hospitales: compras exclusivamente por Fondos de Emergencia (FE), limitación económico-financiera de ellos en relación con la disponibilidad de cupos autorizados por la Secretaría de Hacienda, su acreditación bancaria. A esto se puede agregar la obligatoriedad de pago en orden a las deudas pendientes; imprescindibilidad y urgencia en el abastecimiento hospitalario de insumos esenciales; marco normativo que permitía una compra a precios *Kayros* menos el 30%; necesidad de compras unitarias para pacientes del programa de médicos de cabecera; compra de escasas unidades, en función de las urgencias médicas; necesidad de compras de un mismo producto en varias oportunidades en períodos cortos de manera reactiva a la planificación de compras exclusivamente por Fondos de Emergencia; selección de productos por marca en base a la impresión profesional sin base científica avalatoria y sin denuncia formal al ANMAT; exigencia de sello IRAM en productos descartables; límites en las partidas presupuestarias de “ayudas sociales a personas carenciadas” para la adquisición de prótesis, marcapasos, etc.

4.2 Herramientas implementadas para la gestión de compras

Al inicio del año 2002 en la Secretaría de Salud no existía en el nivel central un registro universal, totalizador y oportuno de las compras realizadas por el conjunto de efectores de la red. La Secretaría de Salud no podía incorporar en su base de datos la información referida a ninguno de los rubros de consumibles, como era el caso de reactivos de laboratorio, por no estar incorporados al catálogo vigente. A mediados del año 2000, por primera vez, la Secretaría comenzó a recibir información correspondiente a las compras por Fondos de Emergencia (FE) y recién a principios del 2002 pudo sumar alguno de los insumos biomédicos descartables. Se trabajaba así, con algo más de 2000 productos, los que, en términos económicos, representaron aproximadamente el 35% de los consumibles que se adquirieron por la red sanitaria en el 2001. Los hospitales generalmente enviaban información a destiempo y, como consecuencia de ello, un informe a un corte determinado tenía implícito el riesgo de ser inconsistente debido al hecho de tener que incorporar *a posteriori*, información relegada en los mismos hospitales. También debía tenerse en cuenta que la información de muchas de las Órdenes de compra (OC) emitidas por los distintos efectores del sistema no era enviada al nivel central de la Secretaría. Con esta modalidad de trabajo, se detectaban errores de volcado en la información enviada por el conjunto de hospitales a la Secretaría: por ejemplo, en la descripción de los insumos, en la codificación según Nomenclador Nacional de Efectos (NNE) o en la identificación por el CUIT de los proveedores. Asimismo, a principios del 2002 se seguían observando importantes diferencias en los precios pagados por un mismo producto, a un mismo proveedor, por distintos efectores, con igual modalidad de compra, independientemente de las cantidades adquiridas y la cotización del dólar.

Otro factor de peso en el análisis de esta coyuntura fue la verificación del no cumplimiento de la Ley 755/02, la cual establecía la publicación de las compras de insumos en la página web de la ciudad. Además, aquellos hospitales que si publicaban sus compras, sólo podían incluir información hasta el momento de la preadjudicación, ya que el sistema adolecía del *software* pertinente a las siguientes etapas (como adjudicación, por ejemplo). Faltaba actualizar la habilitación de los usuarios para los distintos hospitales. Si a todo ello se le sumaba que a esa fecha no se había implementado el uso real del **SISCOM (Sistema Único Informático de Compras)** en la red ni la unificación del envío de información al nivel central de la Secretaría sobre precios y cotizaciones, se ponía más en evidencia la insuficiencia de los mecanismos de control y evaluación implementados. A principios del año 2002, en plena crisis, no funcionaba ningún sistema de compras informatizado en los 33 efectores de la red asistencial de la Ciudad de Buenos Aires.

En este marco, la Secretaría de Salud priorizó la profundización de los siguientes mecanismos de control de compras: fiscalización de las normas específicas vigentes; definición de nuevas pautas para la adquisición de consumibles y control de su cumplimiento (por ejemplo: margen de desvío aceptado en relación con los precios de referencia); dictado de directivas sobre la implementación y el uso universal del SISCOM; obligación de envío semanal de información sobre precios y cotizaciones por parte de los hospitales a la Secretaría y su permanente control; envío de información compilada y actualizada por parte de la Secretaría a los distintos efectores (hospitales) sobre precios y/o cotizaciones menores; establecimiento de un análisis primario por parte de la Secretaría al momento de la carga de la información enviada por los hospitales vía *mail*, con el señalamiento de los datos inconsistentes; implementación de un *software* de alarma que favoreciera el señalamiento automático de aquellos precios que sobrepasaran un 15% los valores de referencia y su consecuente informe cotidiano al *staff* de la Secretaría; elaboración de informes para la intervención del nivel central de la Secretaría y la Unidad de Auditoría Interna (UAI); seguimiento, en el nivel central, referido a la documentación disponible (órdenes de compra, asientos contables, etc.); auditorías en terreno; etc.

4.3. Evaluación de los mecanismos centrales de control

Estudio sobre la dispersión de precios y ahorro potencial a Marzo del 2002

El diagnóstico a marzo de 2002 se realizó sobre datos del mes de enero del mismo año. *Ahorro potencial* significa, para este trabajo, el hecho de conocer cuánto pudo haber ahorrado el sistema de salud en su conjunto, en el hipotético caso en que todos los hospitales hubieran podido comprar el mismo producto al precio más bajo de los posibles para ese momento. Funcionaba como una suerte de *índice de la ineficiencia*: cuanto más alto se mostraba, más reflejaba la ineficiencia de la gestión de compras en cuanto al uso de los fondos públicos.

Se estudiaron los precios relativos de 48 renglones de descartables y 38 renglones de medicamentos, adquiridos por Fondo de Emergencia (FE) en 8 y 9 hospitales de agudos, respectivamente. Para el caso de los medicamentos, los resultados fueron similares a lo expuesto anteriormente: el promedio de diferencias entre precios mayores y menores fue del 82,2%, con un rango del 0,54% hasta un 556,67%. En este caso el promedio ponderado del ahorro potencial era del 28,3%.

En el primer caso, el promedio de diferencia porcentual entre los precios mayores y menores fue del 108%, con un rango del 0,53% al 630%. Cuando ello se ponderaba, se detectaba un ahorro potencial de casi un 30%.

Con el objeto de magnificar la observación y poder mensurar el impacto presupuestario a partir de este *déficit* en la gestión de compras, se toma el monto total para el gasto anual en consumibles del ejercicio 2001. Este monto era de \$81.777.597, lo que implica, *en un ejercicio teórico*, aceptar un monto de posible ahorro del orden de los \$ 21.752.840. Esta cifra, en lo global, corresponde al abastecimiento de un año de tres hospitales de la envergadura del Argerich, el Durand y el Fernández juntos que, en términos de producción, sumaban en el 2001 el 30% de egresos y las consultas ambulatorias brindadas por el conjunto de hospitales generales de agudos.

La Secretaría de Salud inició la comparación de precios aceptados por los distintos hospitales en un mismo período, de iguales renglones y ante la situación de tener que ponderar importantes niveles de dispersión. Para ello, solicitó en cada caso una fundamentación a cada hospital interviniente.

4.4 Una gestión integral de medicamentos

La base de la asistencia farmacéutica es el *medicamento*. Entonces, es necesario señalar que con los medicamentos se produce un par dual contradictorio:

- ❖ En muchísimos casos, es el único paliativo del dolor o el recurso necesario para la curación. Por eso, se lo trata con profundo respeto y consolida socialmente la atención médica.
- ❖ Además, es un producto industrial, una mercancía con marco legal que supone una inversión considerable en investigación y desarrollo, con un falso ritmo innovativo, que se rige por las leyes del mercado. Por lo tanto, la fijación del precio a través de las prácticas que se realizan dentro del mercado puede limitar su accesibilidad por parte de la población con menores recursos.

Esta dualidad es un hecho clave, en el sentido de que para algunos (pacientes, médicos y responsables sanitarios) el medicamento es un bien esencial, mientras que para otros (productores y farmacéuticos) significa un producto de mercado. Es menester también reforzar la idea de que los medicamentos requieren un determinado volumen de ventas a los fines de propiciar la recuperación de un cierto nivel de inversión dado en investigación y desarrollo. Este comportamiento

se ha ido incrementando en los últimos años, al amparo de la ley de patentes y por la necesidad de los laboratorios de transformar el mercado de los medicamentos. En las prescripciones, se han reemplazado varios medicamentos por otros más costosos, sin mejorar la calidad de los tratamientos. No obstante, es criterioso no posicionarse en el extremo del máximo beneficio para el paciente ni exclusivamente en la reducción del gasto que exigen los financiadores. Es deseable, en cambio, mantenerse en el equilibrio: pensar en cada monodroga, en cuanto a su aplicación vinculada con la necesidad, la eficiencia, la ausencia de efectos colaterales, la difusión del tratamiento, la normatización y la reducción de los costos. Por lo tanto, dentro de un sistema de salud, se hace imperiosa la necesidad de que sus gestores, sus ejecutivos, y sus prescriptores posean el conocimiento suficiente en el campo de los medicamentos, la farmacoterapia y el uso racional de los medicamentos. Para que su utilización sea correcta, la oferta tiene que ser adecuada y para que la promoción sea ética, la información debe ser no intencionada para difundir las virtudes terapéuticas para la correcta utilización en los pacientes. Además, quien prescribe tiene que tener actualizados los conocimientos, la información y los medicamentos deben estar disponibles para evitar que los procesos terapéuticos sean más lentos. Paralelamente, se debe fomentar el desarrollo de programas educativos y de capacitación para que los profesionales puedan prescribir según normativas, utilizando medicamentos esenciales y principios activos dirigidos al tratamiento de la enfermedad. Deben tener por objetivo el cambio de comportamiento, de acuerdo con el estado del conocimiento objetivo y de forma consensuada con los formadores de opinión. Es el modo de establecer un sistema de control de gestión que impida la utilización inadecuada desde la dispensación, la protección y el almacenamiento de los medicamentos. También es importante la utilización de medicamentos sobre la base de epidemiología, en relación con las enfermedades prevalentes, en la detección precoz y en la gestión de la enfermedad, adecuando el listado terapéutico a las necesidades específicas de la población.

En la época mencionada, la gestión de los recursos apuntaba a reforzar programas farmacéuticos de la ciudad, maximizar la difusión de pautas clínicas de tratamiento, fomentar el uso seguro de la medicina tradicional y medicamentos esenciales, aumentar los conocimientos para enfrentarse a la difusión intencionada de la información, aumentar el acceso a los medicamentos y su calidad. En los asuntos relacionados con los medicamentos se dice que: *“para que un medicamento no sea ni mucho ni poco, ni bueno ni malo, ni costoso ni barato, debe ser simplemente racional”*.

La política de la Secretaría de Salud en la crisis apuntaba, fundamentalmente, a garantizar la equidad mediante el aumento de la accesibilidad a los medicamentos en la atención ambulatoria de los pacientes y la internación. La concreción de la eficiencia se efectuaba mediante la reducción de los costos, manteniendo la calidad y extendiendo la cobertura. La eficiencia se sustentaba en la mejora de la asignación del gasto y en el aumento de cobertura con menor inversión. Se buscaba trabajar con un marco de juego del tipo comprador primario, como comprador principal y entrega directa. Esto consistía en tomar un enfoque centralizado de compra a

pedido, con esquema de sistema multiusuario, con el fin de poder generar volumen y descentralizarlo para la cuestiones de la entrega, utilizando para ello a los proveedores sin generar costos adicionales.

4.5 La cooperación internacional

En el caso específico del **Proyecto PNUD** (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), se trataba de un instrumento de cooperación técnica, definido éste como el conjunto de actividades encaminadas a lograr la transmisión de conocimientos y de tecnologías a través de la provisión de servicios profesionales, la capacitación de los recursos humanos y la provisión de equipos y suministros. También apuntaba a fomentar la creación y el desarrollo de la investigación pura y aplicada. El objeto del proyecto de cooperación técnica, por consiguiente, consistía en mejorar la calidad y la eficiencia en la atención de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mejorando la provisión de insumos médicos mediante la consolidación de los listados terapéuticos, perfeccionando procedimientos de adquisición de medicamentos, material descartable e insumos esenciales para optimizar la relación costo-efectividad, costo-eficiencia y costo-beneficio, profesionalizando, a su vez, la logística y la relación de agencia. El proyecto se justificaba en la eficiencia de la función de compras, la estrategia de adquisición, el estoqueo, la distribución y el control del consumo de insumos médicos, atención primaria y la gestión hospitalaria. De esta manera, el proyecto PNUD permitiría contribuir significativamente a mejorar e implementar el conocimiento sistemático de los procesos involucrados en el gerenciamiento de insumos, mejorar la política de monitoreo y control de la función de compra y dotar oportunamente al sistema sanitario de los medicamentos necesarios para una efectiva administración de la salud.

En tiempos como éstos, es un imperativo ético establecer políticas activas de inclusión y equidad, las que, al mismo tiempo, resulten reasignativas. En el contexto de los nuevos paradigmas de la modernización del Estado, de las reformas de la administración pública y de los sistemas de salud, es necesario que no se pierda su condición característica de universalidad, legitimidad, calidad y eficiencia. Estas acciones pueden implementarse con la decisión política, desde una planificación estratégica que permita desarrollar un plan de acción adecuado a la realidad, orientado por la oportunidad de la transformación sectorial, mediante un cambio en la cooperación internacional enfocada desde la cooperación técnica conducente al logro de impactos reales. Esta última debe siempre centrarse en el aporte concreto de personal técnico especializado, equipos de gestión, mejoras en los procesos asistenciales, organización de las redes asistenciales, mejora de la logística y de las compras. Las acciones se enfocan hacia la reducción del gasto y el mejoramiento de la calidad, con transparencia metodológica en las negociaciones. Las ventanas competitivas del proyecto se construirían desde: la reingeniería de los procesos, la organización en red, la mejora en las compras y la reducción de los gastos. Todos

desarrollos puntuales que podían implementarse con generación de políticas de mediano plazo. La reforma del sector salud debe garantizar el acceso, la calidad y la eficiencia del sistema prestador. Éstos deben ser la respuesta directa a los estímulos que destacan las deficiencias de los modelos existentes, para satisfacer las necesidades actuales y futuras.

Para el sector salud, en particular, la mejora en la gestión constituye el puente entre la política y la economía. No obstante, ocurre que en Argentina no se puede mostrar para el sector un programa de transformaciones que abarque de manera articulada un conjunto de reformas orgánicamente orientadas hacia objetivos que impliquen el desarrollo de un sistema equitativo, universal, de calidad y capaz de transformar el modelo prestador preservando la justicia social. La modernización sectorial debe, entonces, dirigirse a incrementar la eficiencia y la efectividad, propendiendo al desarrollo humano. La equidad es el área que permite conjugar armónicamente la economía de mercado con la democracia política, los principios sanitarios y el sistema de salud. Una equidad basada en la mejora en el acceso a la prestación y en asegurar el mismo tratamiento para la misma patología. Los más pobres soportan más carga de morbilidad que los habitantes con mejores ingresos familiares y menores posibilidades de adquirir medicamentos. Por lo tanto, se debe solucionar la accesibilidad y mantener la calidad de los medicamentos. De esta forma se erige y se constituye como un programa que actúa sobre la desigualdad social de acceso a los medicamentos y la problemática de la pobreza. No con discusiones tecnocráticas estériles ni miopía social, sino con medidas concretas dirigidas a mejorar la accesibilidad a prestaciones integrales de salud, medicamentos esenciales y con la disponibilidad de los insumos utilizados en los procesos asistenciales. El Estado debe reservarse un rol con relación a los mercados farmacéuticos centrado en la formulación de políticas, legislación de medicamentos, prescripción, genéricos y sustitución, normas profesionales y debe definir niveles de acceso a medicamentos y fomentar un consumo racional de medicamentos, no sólo por costos, sino por los efectos colaterales o adversos de los medicamentos. Debe asegurar la difusión imparcial y la disponibilidad de los medicamentos, así como la educación permanente a los profesionales de la salud. También debe garantizar el acceso equitativo a los medicamentos para las necesidades esenciales, apoyar el desarrollo de sistemas de suministros que sean eficaces y procurar que todos los segmentos de la sociedad pero, en particular, los más necesitados, puedan acceder a los medicamentos esenciales. Siempre se necesitará financiación pública para conseguir que las personas con menos recursos o más enfermas tengan acceso a los medicamentos, por lo cual la financiación de los medicamentos debe ser una parte explícita de la política pública, basada en las necesidades de la población en cuanto a la atención y el gasto en medicamentos. Los esfuerzos que se pueden realizar para completar el volumen de recursos con financiación externa consisten en no permitir que se sustituyan los esfuerzos por mejorar el financiamiento de la salud por la utilización de los recursos. Todo esto, incorporando los caracteres de asequibilidad y eficiencia porque la clave para lograr los objetivos de la política farmacéutica

comprende la elección y el uso apropiado de los medicamentos para conducir a la eficiencia económica. El empleo de medicamentos genéricos y el control de precios de compra son los mecanismos que más se emplean en el programa. Los gastos de medicamentos en cifras absolutas por habitante son tan elevados como en los países desarrollados y, en relación con el porcentaje que significan dentro del gasto sectorial, la Argentina es uno de los países con menor desarrollo equitativo de su sistema de salud. Por un lado, se consume mucho y se gasta mal; por el otro, se distribuye incorrectamente el gasto, excediendo el aporte a la medicina curativa y utilizando mal la tecnología farmacológica. Los productos farmacéuticos, entonces, son mucho más decisivos para el sector salud de lo que se podría prever.

Los medicamentos, con frecuencia, forman parte de la primera línea de intervención en respuesta a una enfermedad. Los productos farmacéuticos son fundamentales en el tratamiento de muchas enfermedades, por lo cual una falta de medicamentos puede paralizar los sistemas de salud. Además, debe reconocerse que más allá de su utilidad terapéutica, son elementos tangibles de una prestación de servicio de consulta externa. En consecuencia, la disponibilidad de medicamentos a menudo sirve como un indicador para medir la eficacia y la equidad en los sistemas de salud. Los gastos que no son de salarios al personal, como ocurre con los medicamentos, son a menudo los primeros en sufrir el racionamiento durante las restricciones fiscales. Se debe evitar, pues, la segmentación que se ha producido en el sector salud a lo largo de los últimos años, en función del nivel de ingresos. Estos objetivos en una gestión participativa (traducidos en metas de un diagrama de Gantt) obran en pos de un propósito claro: transformar la utilización de los recursos sanitarios para el aumento de la productividad, la mejora en la eficiencia y el aumento de la equidad. Eso requiere integración, pensamiento sistémico, políticas sectoriales, medidas preventivas y responsabilidad de los equipos y la prestación de los servicios integrales posibles cuando los agentes requieran. Es importante no olvidar estos conceptos, ya que el PNUD esencialmente apunta a un sistema sanitario, una fuerte lógica humanitaria porque las soluciones fragmentarias se ocupan sólo de los síntomas.

El plan de acción, por lo tanto, se encontraba orientado al desarrollo y la incorporación a la cultura institucional de un sistema competitivo para el suministro público de insumos y medicamentos utilizados en la prestación sanitaria. Entendiendo que debía asegurar procesos de compra rápidos, controlados, que no demoraran, en un ciclo completo, desde la formulación hasta la entrega, más de cinco semanas, para disminuir los *stocks*, la inmovilización de recursos, el aprovisionamiento preventivo, la falta de sinergia interna. Los pedidos debían ser efectuados con verificación y certificación de *stocks*, estar relacionados con los procesos de consulta externa y de internación, así como también los programas verticales. El proceso de compra debía empezar por el pedido de los responsables de cada área, con la observancia de su utilización. Si bien la descentralización era creciente para que las decisiones se adaptaran a las necesidades de los usuarios, en el caso de los medicamentos, debía ser selectiva. Era

útil para la cuantificación de las necesidades, la vigilancia de las existencias, la prescripción, la dispensación, la sustitución, la utilización de medicamentos esenciales y la normalización de los tratamientos.

Era necesario, para el momento de crisis, fijar metas que tendieran a que las compras, la garantía de calidad, el proceso de negociación y la organización de sistemas multihospitalarios fuese centralizado. En ese razonamiento resultaba imparable la idea de la participación de otra organización en el sistema público, como por ejemplo el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (organismo del tercer sector), como un actor con valor agregado que preservara la transparencia de los procesos y ayudara a generar una sinergia sistémica.

Las compras centralizadas podían generar un volumen que permitiera modificar las estrategias de ventas de los oferentes y los productores de la maximización de beneficios. La calidad debía estar preservada por la autoridad. Establecidos el marco político y el apoyo decisivo a la gestión, la reforma implicaba cambios en las estructuras organizativas, la participación de los actores, la reevaluación de la función del sector público, la disminución de los desequilibrios de información y la generación de un sistema de medicamentos que permitiera utilizar correctamente estos recursos tecnológicos. La otra dimensión de la reforma era la dinámica del proceso, el aumento de la participación de todos sus integrantes, lo que generaba relaciones interactivas, entre proveedores de atención, funcionarios y usuarios.

Las preguntas que debía responder el programa eran las siguientes:

- ¿Se producirá una competencia real?
- ¿Habrá financiación suficiente y se hará a tiempo?
- ¿Mejorará realmente la eficiencia?
- ¿Se puede mantener la calidad de los medicamentos?
- ¿Podrá un nuevo actor negociar y supervisar las compras?
- ¿Se mantendrán los ahorros en el mediano plazo?

Era importante resolver todos estos interrogantes y, para ello, era necesario evaluar efectivamente los consumos y determinar las necesidades, así como la demanda no satisfecha y la modalidad de interrelación de los programas verticales. Los ahorros financieros del 35% surgían como un valor eficiente y posible con esta dinámica.

La meta principal de este programa era mejorar el estado de salud de la población mediante el perfeccionamiento del acceso al sistema y la extensión de la cobertura, enfatizando las cuestiones de equidad en el acceso a los medicamentos esenciales y su uso racional, de modo tal que se pudiera desarrollar un plan de acción consistente en un avance medible de un mayor nivel de salud para la población, una mejor distribución de los servicios en los distintos sectores sociales, una aplicación correcta de la tecnología y un mejoramiento en el tratamiento de las enfermedades. No debía soslayarse de ningún modo que lo importante siempre es

el paciente y lo más “económico” es que se cure bien, sin efectos adversos y sin producir trastornos ecológicos; lo demás es secundario y, por demás, caro.

El PNUD, en conjunto con la Secretaría de Salud, elaboró a modo de definiciones estratégicas las siguientes ideas fuerza que guiaron la implementación del proyecto para la concreción de sus objetivos propuestos:

- ❖ La medicina y la atención de la salud tienen siempre necesidades crecientes basadas en función de responder a la vulnerabilidad humana. Por esta razón es menester generar abordajes efectivos que permitan sostener la legitimidad del sistema, aumentar la equidad y la justicia. En consecuencia, es necesario desarrollar instrumentos capaces de asignar correctamente los recursos escasos y reasignarlos en las poblaciones más vulnerables.
- ❖ Contener el aumento del gasto sanitario es una tarea fundamental para un funcionario, así como evitar el abuso y el consumo innecesario de medicamentos.
- ❖ Desarrollar un proceso de gestión, no del tipo racionamiento, que produzca racionalidad en el gasto, los consumos y las indicaciones.
- ❖ Generar conciencia en los actores gubernamentales y profesionales sobre la necesidad de una política de uso racional de medicamentos e insumos de procesos.
- ❖ Desarrollar una política de genéricos, de monodrogas y evitar la polifarmacia. Incrementar los conceptos farmacológicos, de fármaco economía y de medicina basada en la evidencia científica.
- ❖ Buscar la eficiencia valorada por los costos totales del sistema bajos en relación con un determinado nivel de servicio.
- ❖ Buscar de la equidad política para los integrantes del programa en sus dos vertientes: la económica, con reducción de los gastos porque la sociedad financia su provisión con los impuestos; y la provisión, es decir que el acceso a los medicamentos debe tener relación con las necesidades de los individuos.
- ❖ Mejorar el acceso a los medicamentos esenciales, detallando su indicación, su utilidad y la importancia en la salud pública.
- ❖ Generar una visión sistémica y de un programa integral que abarque la función de la demanda, la compra, la logística, la relación de agencia y el control de gestión.
- ❖ Construir los consensos sectoriales sobre la base de la participación multidisciplinaria y el desarrollo de la interacción.
- ❖ Los cambios que desean implementarse deben generar confianza, sobre la base de no tener objetivos ocultos ni compromisos sectoriales.
- ❖ Generar ahorros considerando que los precios de los medicamentos se basan en una fijación no lineal de ellos.

- ❖ Aumentar la competencia con la apertura de oferentes del exterior. Trabajar compras en empresas con rendimiento marginal y compras con cantidades de gran volumen, compras anuales comprometidas.
- ❖ Traducir los ahorros en mejoras sectoriales. Los ahorros deben invertirse en las prioridades sanitarias.
- ❖ Cambiar la percepción de la población y del cliente interno sobre su sistema, mediante la estructuración de una cobertura esencial de medicamentos e insumos con enfoque de riesgo y principios de costo minimización.
- ❖ Mejorar la formación profesional de médicos y odontólogos. Asegurar la actualización permanente de los profesionales.
- ❖ Otorgar un alto nivel de servicio, medido por los bajos niveles de escasez y el control del agotamiento de las existencias.

4.6 Reforma planteada en términos de objetivos y acciones

OBJETIVOS	Caracterización de la reforma	Acción específica
Acceso universal y equidad	Disminuir los costos unitarios y globales. Establecer esta prestación como un derecho social. Informar a la población.	Asegurar los medicamentos esenciales y su accesibilidad.
Uso racional y eficiencia social	Organizar eficazmente de los servicios farmacéuticos, y la demanda. Fortalecer la relación de agencia.	Controlar los <i>stocks</i> . Dispensar y utilizar nombres genéricos y formularios terapéuticos.
Calidad y eficacia	Controlar la calidad de producción de los medicamentos y de su utilización	Asegurar oferentes de calidad. Controlar la prescripción mejorar su calidad. Controlar los desvíos. Someter a auditoría las recetas

4.7 Normas técnicas especiales para la compra de medicamentos por el PNUD

La compra de lotes de medicamentos en el marco del proyecto debía realizarse según las normas establecidas en el manual del PNUD para la adquisición de equipos y suministros y el procedimiento que correspondiera debía aplicarse de acuerdo con el monto (solicitud de cotización o licitación pública internacional).

Se podían utilizar las siguientes modalidades:

- a. Precalificación técnica de los laboratorios o los distribuidores y de los medicamentos a comprar en un período determinado (nunca más de seis meses), mediante selección previa, procediéndose luego solicitud de cotización en la oportunidad y por la cantidad de medicamentos necesaria según las necesidades.
- b. Orden de compra abierta: adjudicación de la compra por la cantidad fijada y el precio ofertado como el más conveniente y, luego, emisión de distintos órdenes de compra según los requerimientos, hasta la cantidad tope fijada. Estos pedidos sucesivos debían realizarse con la periodicidad y por el plazo máximo establecidos (seis meses) en el pedido de cotización o pliego de licitación.
- c. Mejora de ofertas: podría solicitarse mejora de ofertas a los oferentes que hubieran presentado los precios más bajos, cualquiera fuera el procedimiento utilizado, en caso de que la solicitud de cotización o pliego de licitación así lo estipularan, debiendo especificarse, además, en dichos documentos la cantidad o porcentaje de oferentes que habrían de invitarse. Con tal fin, debería primeramente ponerse en conocimiento de todos los oferentes el cuadro comparativo de precios de la primera cotización y solicitarse a los que ofrecieron las tarifas más bajas una nueva cotización. En dicha solicitud se establecería la nueva fecha de apertura, la que se celebraría con todas las formalidades previstas en el manual según el monto involucrado.

4.8 Intervenciones que justificaban el proyecto PNUD

<p>Desarrollo del proceso de compra, dirigido a la mejora en el funcionamiento del mercado de medicamentos y orientado a la baja de los costos, la disminución de los tiempos de entrega y el mantenimiento de la calidad, mediante el concurso de precios, la licitación pública internacional y el proceso de mejora de ofertas. La compra de lotes enteros de medicamentos implicaba compromisos de compra en producción de medicamentos esenciales con precios acordados que los disminuyeran en un cincuenta por ciento. Eran necesarios la cotización permanente <i>on line</i>, los procesos de mejora de oferta, la apertura a nuevos competidores y de un registro permanente de productores.</p>
<p>Selección de los medicamentos a comprar y cantidades, a través de la construcción de consensos y de la elaboración de una tabla de precios indicativos que sirvieran como referencia al tablero de control.</p>
<p>Selección inicial de fármacos que integran un formulario terapéutico y un listado de genéricos consensuado con todos los actores. Era fundamental la capacidad para desarrollar y poner en práctica una política de medicamentos en la Ciudad.</p>
<p>Acceso mejorado a los medicamentos, con información de disponibilidad en los centros de atención.</p>

Educación sobre la utilización de los medicamentos , mediante la capacitación a los formadores de opinión y la población en general, en aspectos de fármaco-economía y medicina basada en la evidencia científica.
Desarrollo de un estudio con metodología Delphi que permitiera identificar los inconvenientes del proceso, las necesidades de los clientes internos del programa, y sobre la inclinación de los prescriptores.
Desarrollo de un programa informático y su aplicación para la gestión integral.
Continuidad en la provisión , lo que racionalizaba los pedidos y disminuía los <i>stocks</i> periféricos.
Talleres de capacitación para profesionales en procesos de gestión asistencial hospitalaria.
Difusión de los medicamentos utilizados incorrectamente con más frecuencia.
Identificación de los excesos de consumos habituales.
Énfasis en aquellos grupos de la sociedad que consumen la mayor cantidad de medicamentos
Agrupación de los profesionales por especialidades.
Desarrollo de programas de información sobre la prescripción de los medicamentos
Implementación de una receta para la prescripción de los medicamentos con cobertura
Generación de procesos de limitación racional de la prescripción.
Difusión de los productos genéricos evaluados para su futura inclusión.
Establecimiento de indicadores para la medición del cumplimiento de la estrategia.
Realización de un tablero de gestión

Capítulo 5

Mecanismos de control

La crisis económico-financiera del segundo trimestre del 2002 limitó fuertemente la implementación de los mecanismos de control ya enunciados precedentemente; no obstante, a partir del mes de julio, la Secretaría fue concretando alguna de las acciones descriptas.

5.1 Metodología implementada

Cada sector o area de trabajo enviaba semanalmente una parte de los distintos ítems necesarios con las respectivas cantidades. Se desconocía si ello representaba el total de las necesidades de ese período o sólo una parte de ellas y por ello la Dirección fomentó el uso de auditorías de terreno junto a la Unidad de Auditoría Interna y Arancelamiento, cruzando información entre la producción y lo consumido. Por otro lado, en ese momento, no todos los renglones podían ser incorporados en las bases de datos de la Dirección de Desarrollo Organizacional (DDO) dependiente de la Subsecretaría de Gerenciamiento Estratégico, por límites en la codificación en el Nomenclador Nacional de Efectos (NNE).

Estos precios enviados por cada hospital se ordenaban y comparaban con los de otros efectores enviados en el mismo período, separándose aquellos que presentaban sólo un valor. Recién entonces se establecía un informe consolidado en el que figuraban listados de renglones informados y comparables con sus respectivos NNE, sus descripciones técnicas, las cantidades adquiridas, los proveedores y las fechas de emisión de las órdenes de compra. Se listaban los precios menores y los mayores en dicho período, renglón por renglón, e identificado el hospital actuante en cada caso. Una vez por semana, y con carácter de orientación, dicha información era reenviada como información agregada desde la DDO hacia los distintos hospitales, señalándose los precios menores obtenidos por el sistema en dicho período. Cabe aclarar que dicha información podía variar *a posteriori*, producto de un envío tardío desde algún efector de salud. Mensualmente, más allá del pedido ocasional de justificación sobre significativos desvíos de precios, de este subconjunto, a su vez, se focalizaba en aquellos cuya diferencia porcentual superaba el 15% del precio menor obtenido por el sistema en igual período. Se agregaba por hospital y se calculaba para cada renglón el desvío porcentual respecto del precio menor obtenido en el período por algún efector del sistema; se calculaba el porcentaje de desvíos superiores al 15% en relación con el total de información comparable enviada por cada hospital, el ahorro potencial y el porcentaje de este ahorro potencial para cada rubro adquirido por cada hospital, tomando a estos últimos como indicadores de gestión de compras.

Con el conjunto de los datos se realizaban para el sistema los mismos cálculos y se observaba su evolución (ver anexo).

Como producto de ello, podía suceder que en un hospital se detectara una *alta* proporción de insumos con precios mayores al 15% sobre el total informado (y comparable), lo cual significaba un impacto económico con un importante potencial de ahorro. También como resultado podía detectarse una *alta* proporción de

insumos con precios mayores al 15% sobre el total informado y con un impacto económico de *escaso* potencial de ahorro. Podía suceder también que en otro hospital se detectara *baja* proporción de insumos con precios mayores al 15% sobre el total de renglones informados, lo que de por sí significaba un impacto económico con *importante* potencial de ahorro, o bien también que como resultado del trabajo, en un hospital se detectara *baja* proporción de insumos con precios mayores al 15% sobre el total informado y que implicara un impacto económico con *escaso* potencial de ahorro.

Es relevante señalar que el hecho de que en un hospital no surgieran desvíos de precios orientativos podría haberse debido a la simple razón de que éste no enviara la información o que ésta fuera parcial o selectiva (por caso, no enviar los de mayor desvío) y que paradójicamente, a consecuencia de ello, se diera el efecto inverso en los hospitales que si enviaran la información.

5.2 Diagnóstico al mes de junio de 2002

En esta oportunidad, para la evaluación del grado de dispersión de los precios, se tomó una muestra de insumos y sus respectivos precios informados por los hospitales entre el 01/06 y el 30/06 a la DDO. Éstos involucraban 804 renglones, de los cuales 374 eran comparables por existir en el mismo período dos o más precios. La suma total del gasto ascendió en dicha muestra a \$ 959.877. Es importante señalar que en el primer estudio, a marzo de 2002, no estaba incluida el área central de la Secretaría de Salud, ya que no existían compras centralizadas en la muestra.

Se calcularon, entonces: desvíos de precios por renglón, diferencias porcentuales, promedio y rango, cantidad de renglones con desvíos por encima del 15% y su proporción por hospital, respecto de los renglones comparables enviados, y ahorro potencial y porcentaje de ahorro potencial por renglón y por hospital, así como del sistema en su conjunto. Se confeccionó, de esta forma, un *ranking* según porcentaje de precios altos en función del número total de renglones informados por cada hospital y un *ranking* según porcentajes de ahorro potencial.

Al respecto, los resultados fueron:

Sobre un total de 804 renglones disponibles, se pudieron comparar 374, ya que éstos eran los únicos que tenían más de un precio en el período relevado (del 01/06 al 30/06). Ello involucró la información enviada por 24 hospitales.

De dicha muestra se obtuvo lo siguiente:

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.

Promedio en la diferencia de precios	rango	gasto realizado	gasto potencial (a menor precio)	ahorro potencial	porcentaje de ahorro potencial
62%	del 0,27% al 566.67%	\$ 959.877	\$821.936	\$137.941	14,37%

5.3 Diagnóstico al mes de agosto de 2002

En esta oportunidad, para la evaluación del grado de dispersión de los precios, se tomaron una muestra de insumos y sus respectivos precios, informados por los hospitales entre el 08/07 y el 09/08 a la DDO. Éstos involucraban 524 renglones, de los cuales 201 eran comparables por existir en el mismo período dos o más precios. La suma total del gasto ascendía a \$ 1.345.232.

Al respecto, los resultados fueron:

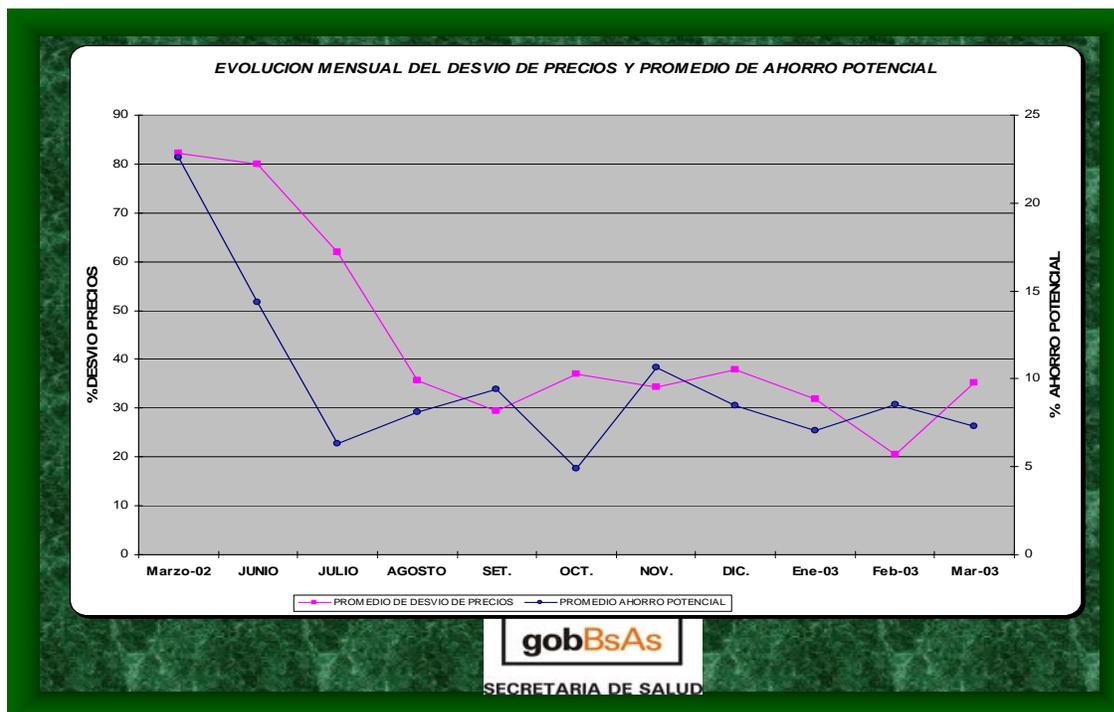
Sobre un total de 524 renglones disponibles, se pudieron comparar 201, ya que éstos eran los únicos que tenían más de un precio en el período relevado (del 8/7 al 9/8). Ello involucró la información enviada por 24 hospitales.

De dicha muestra se obtuvo lo siguiente:

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.

Promedio en la diferencia de precios	rango	gasto realizado	gasto potencial (a menor precio)	ahorro potencial	porcentaje de ahorro potencial
62%	del 0,06% al 491.55%	\$ 1.345.232	\$1.260.605	\$84.627	6,29%

Gráfico de tendencia del desvío de precios y el ahorro potencial



Fuente: datos generados en la Secretaría de Salud - GCABA

El desvío de precios y el promedio de ahorro potencial evidenciaron un claro descenso en el término de un año como consecuencia de las políticas adoptadas. Cabe destacar el hecho de que la transparencia en las adquisiciones de los insumos fue una política central encarada por las autoridades de la Secretaría de Salud para este período de análisis. Con los datos, expuestos puede inferirse que la sola difusión de la información de los precios a los que compraban los efectores significó un incentivo tanto para su baja como para la disminución de la dispersión de estos valores. Según estudios realizados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), los sistemas de adquisiciones eficientes y transparentes son necesarios tanto para acreditar la credibilidad del sistema democrático como para la eficiencia del mercado. sistemas de adquisiciones inadecuados, ineficientes y corruptos distorsionan el sistema de incentivos del mercado, alteran las reglas de la competencia y disminuyen la credibilidad de la política y el sistema democrático. Los sistemas de adquisiciones deben formar parte de los programas de reforma del Estado que, precisamente, apuntan a fortalecer la eficiente relación Estado-mercado, Estado-democracia y Estado-ciudadanos. Según Francisco Suárez y Marcela Jabbaz (2001), todo sistema no transparente está basado en alguna diáda fundante y un conjunto de as de roles ocupacionales y organizacionales a los cuales esta diáda da lugar. Conocer la lógica de las diádas y los ases de roles permite entender las lógicas subyacentes y, por lo tanto, es posible actuar sobre ellas. Los sistemas no transparentes no son sistemas ahistóricos, sino que, muy por el contrario, fueron

construyéndose en el tiempo sobre la base de las coyunturas que facilitaron su accionar. Es necesario hacer una etnografía de los sistemas de corrupción para conocer sus condicionantes históricos y poder desarticularlos, así como también aquellos elementos que ayudaron y ayudan a la corrupción a perpetuarse. Los sistemas no transparentes son dinámicos y las alianzas van cambiando con el tiempo y es necesario estar muy atento a las nuevas formas y los actores que van emergiendo para poder actuar sobre ellos.

El tema de las adquisiciones públicas, en general, ha estado ausente en los procesos de reforma del Estado. Esto no debe ser visto como un simple proceso de compras, sino como parte integral del proceso de cambio, por medio de una planificación estratégica adecuada dentro del marco de las políticas de un Estado. Los procesos de adquisiciones modernos deben formar parte de sistemas integrales e integrados según los principios que guían una buena administración financiera, como la centralización normativa y la descentralización operativa. Estos sistemas integrados proveen mayor responsabilidad (*accountability*) y transparencia y un uso más eficiente y más efectivo de los recursos. Sin embargo, para poder ser aplicados adecuadamente, el uso de estos sistemas requiere de capacitación de funcionarios y de políticas de recursos humanos específicas. La capacitación bien podría ser el método menos costoso para ayudar al cambio. La revolución tecnológica de la información presenta grandes oportunidades para mejorar sustantivamente los sistemas de adquisiciones. La rapidez, la precisión y la actualización de la información son cruciales para la eficiencia de esos sistemas. También la tecnología de la información ofrece grandes potenciales para incrementar la competencia en el sector, toda vez que más usuarios, por un lado, y proveedores, por otro, pueden ser alcanzados, pero también por la posibilidad de actuar en red y aumentar la capacidad de control. La apertura de la información ofrece la posibilidad del mayor control por parte de la ciudadanía, haciendo más factible la exposición de las autoridades a la rendición de cuentas. Pero la tecnología de la información, para ser incorporada apropiadamente (hacer de manera más eficaz aquello que se está haciendo mal) para que no se convierta en la automatización de prácticas obsoletas requiere, por un lado, de una apropiada definición del rol del Estado en materia de adquisiciones y, por otro, de un adecuado diseño institucional y de procesos operacionales que los hagan efectivos y que apoyen el rol del Estado adecuadamente definido (Kaufman, Daniel y Gray Cheryl W, 1998).

5.4 Evaluación del cumplimiento de la ley de obligatoriedad de la publicación de compras en página web - ley 755/02

Con el propósito de evaluar el grado de cumplimiento de la Ley 755/02 y en función de promover la transparencia del sistema de salud, se realizaron las siguientes acciones.

Estudio sobre el estado de situación a junio de 2002

En dicho momento, no todos los efectores habían publicado sus compras y contrataciones. No lo habían hecho, por ejemplo, el Hospital Alvear, el Odontológico Nacional y el Banco Nacional de Datos Genéticos (BNDG). De los que si publicaban llamaba la atención, en primera instancia, el número, ya que éste, 382, parecía ser muy pequeño, incluyendo el año 2000, el 2001 y parte del 2002, en relación con las órdenes de compra que al momento se emitían por mes en toda la red. Era extraño, sobre todo, si se tenía en cuenta que sólo uno de los hospitales había publicado 139 y que los tres que más habían publicado sumaban 239 casos, equivalentes a casi el 64% de la muestra. Dentro del mismo conjunto, además, era escaso el número de compras por Fondos de Emergencia (FE), sobre todo en lo referente al 2002, ya que la amplia mayoría de las compras de insumos por parte de los hospitales se estaba realizando por dicha modalidad. A su vez, de éstas, un gran porcentaje estaba “pendiente” de publicación, ya que la DDO, si bien había recibido una primera versión o sus modificatorias, por parte de los hospitales nunca había recibido el *mail* de autorización sobre la base de la versión definitiva. No existía un mecanismo central de control y seguimiento y, por ende, el correspondiente reclamo oportuno para que la información fuera publicada en tiempo y forma. Ninguna dependencia controlaba diariamente que las publicaciones en el Boletín Oficial tuvieran su correlato en la página web de la ciudad. De un total de 382 órdenes de compra publicadas en dicha página sólo 92, o sea el 24% del total, correspondían a FE. De ellos, cabe destacar que casi el 100% eran publicaciones del mes de julio de 2002; el resto eran de mayo o junio. Un 17,28% (66 casos) se hallaba “pendiente” de publicación; un 73% (280 casos) en la etapa de “publicación”; y sólo un 11% (42 casos) en etapa de “preadjudicación”; *ninguna* de las publicaciones en página *web* se hallaba en etapa de “adjudicación”.

Quedaba fielmente documentado, entonces, que a dicha fecha no existía cumplimiento de la Ley 755/02, en parte también, por incumplimiento de la mayoría de los hospitales y en parte por no disponerse del *software* que habilitara la incorporación de las actuaciones referidas a las etapas de adjudicación. Aún faltaba a esta fecha habilitar varios usuarios de la red.

Los resultados mostraron al 30/06/02:

<i>OC publicadas</i>	<i>OC pendientes</i>
433	75

Igual observación al 30/07/02 mostró:

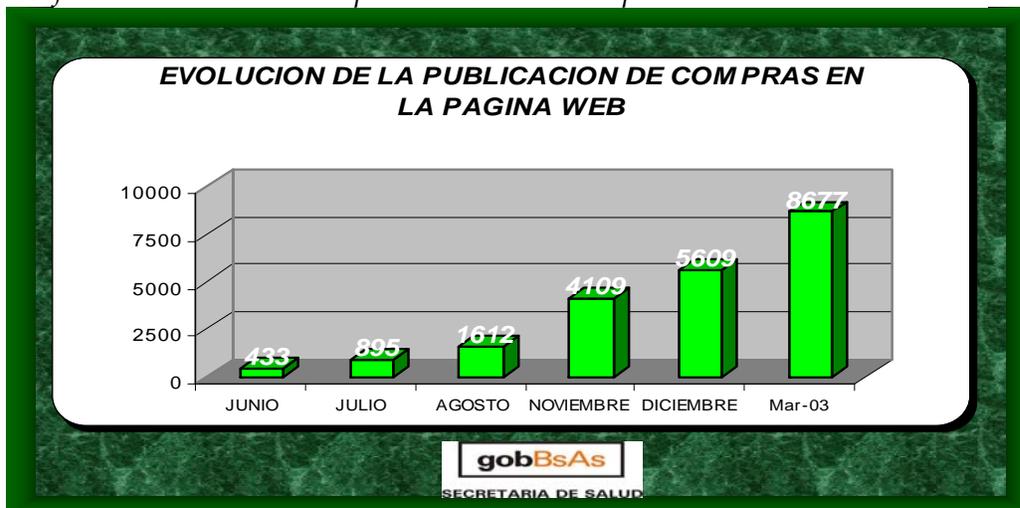
<i>OC publicadas</i>	<i>OC pendientes</i>
895	224

La misma observación al 24/08/02 mostró:

<i>OC publicadas</i>	<i>OC pendientes</i>
1612	352

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.

Gráfico de tendencia de las publicaciones de compras en la web



Fuente: registros propios de la Secretaría de Salud-GCABA

Una política clara y sostenida en el tiempo genera resultados más que elocuentes de cómo a partir de un cambio cultural una modalidad no frecuente (publicación de las compras) pasa a ser la norma de referencia.

5.5 Evaluación del nivel de implementación del Sistema de Compras (SISCOM)

Con el propósito de contar con información precisa y actualizada para la adecuada y oportuna toma de decisiones y, en particular, para la gestión del abastecimiento hospitalario en el marco de la crisis económica y financiera del momento, se determinó la obligatoriedad del uso de un *sistema informático de compras*, llamado SISCOM, para todas las dependencias de la red, salvo para aquellos hospitales que tuvieran desarrollo informático compatible.

Se abordaron junto con la Dirección General de sistemas de Información en Salud (DGSIS) problemáticas de instalación del *software*, del *hardware* y de la conectividad, así como aquellos problemas relacionados con la capacitación del personal actuante y se dispuso, de esta forma, el control de gestión en terreno.

La Secretaría de Salud realizó el análisis del nivel de implementación del SISCOM o sistema equivalente. Los resultados para los hospitales mostraron a junio lo siguiente:

Sistema propio	No uso del SISCOM	Uso del SISCOM
9 (25%)	26 (72%)	1 (3%)

Con el propósito de evaluar la intervención se realizó un relevamiento a agosto 2002, a partir de lo cual surgió lo siguiente:

Sistema propio	No uso del SISCOM	Uso del SISCOM
9 (25%)	10 (28%)	17 (47%)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.

5.6 Selección de insumos de mayor incidencia en el gasto del abastecimiento al mes de julio 2002. Evolución de precios desde enero 2002

Se analizó el gasto en insumos del sistema sanitario de enero a julio de 2002, según cantidades y precios promedios abonados por los distintos hospitales de la red. Se utilizó la muestra total disponible en la Dirección de Desarrollo Operativo (DDO) que llegaba a 1.689 productos, cuyo gasto total ascendió a \$19.185.972. De ellos, se seleccionaron, según cálculos de ponderación, los primeros 30 insumos, lo que representó un gasto de \$8.196.964, equivalentes a casi el 43% del gasto de la muestra.

De dicha información puede señalarse lo siguiente: la incidencia individual y de la muestra seleccionada sobre el total del gasto, la orientación para establecer un límite viable para compras centralizadas, la orientación para focalizar auditorías en terreno sobre gestión de insumos, la orientación particular para estudios de consumos y el estudio de evolución de precios sobre insumos trazadores y el comportamiento de la oferta. Al respecto, es muy ejemplificador el estudio sobre algunos trazadores en la evolución de precios pagados por el sistema, en los cuales se ven reflejados períodos como los de “atomización”, “crisis”, y el de inicio de “estabilización” (Ver gráficos adjuntos).

5.7 Evolución en el alcance de la base de datos de la Dirección de Desarrollo Organizacional (DDO)

A junio de 2002:

Registros	Productos incluidos	Grupos de insumos incorporados	Peso relativo de los insumos disponibles en el gasto del 2002
12.000	2.000	Medicamentos, descartables (algunos), material de curación	25%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.

A octubre de 2002

Registros	Productos incluidos	Grupos de insumos incorporados	Peso relativo de los insumos disponibles en el gasto del 2002
32.000 (rechazos: 10.900)	5.239	Medicamentos, descartables, reactivos, material de curación	62%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.

Cabe aclarar que a partir del 1/08/02 la base de datos se alimentó a través de un sistema de captura de los archivos enviados vía *mail* por la red de hospitales, lo que anulaba la carga manual y evitaba errores de transcripción.

5.8 Evolución del desvío de precios y del ahorro potencial a diciembre de 2002

El cálculo de la dispersión de precios y del ahorro potencial se realizó mensualmente y su progresión se muestra en siguiente tabla. A mediados de año se estabilizan los datos. Si tomamos en cuenta los cálculos desde junio de 2002 hasta diciembre de 2002 se observa lo siguiente:

Promedio en la diferencia de precios	Ahorro potencial (%)	Gasto realizado en el sistema hospitalario	Gasto potencial anual (al menor precio)	Ahorro potencial (\$)
40,34%	8,5%	\$108.000.000	\$98.820.000	%9.180.000

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.

Fueron significativas las diferencias respecto de los hallazgos de marzo de 2002, cuando el cálculo del porcentaje de ahorro potencial ascendía a casi el 25% sobre aproximadamente \$82.000.000, equivalente a casi \$22.000.000 de Ahorro Potencial. Incluso, en marzo de 2002 no se realizaban compras centralizadas, con lo que puede suponerse que, de haber existido, las dispersiones de precios halladas y el ahorro potencial, hubieran sido mayores a los calculados. Respecto de la evolución constatada, si bien se pudo observar *a priori* un mayor control y un acompañamiento del nivel central, se cree oportuno señalar que pudieron haber interactuado otros factores como: mayor estabilidad cambiaria, atenuación del comportamiento *aleatorio* de los proveedores, disminución del riesgo, mejora en las condiciones y capacidad de pago por parte de los hospitales (FE con acciones

tendientes a la disminución de las deudas), implementación de mecanismos de control central, mecanismos de control externos, disponibilidad de información oportuna, mayor racionalidad e involucramiento de los equipos de gestión en cada hospital, límites presupuestarios y presión desde la demanda.

5.9 Cumplimiento de la ley de publicación de compras en la página web (755/02)

A finales del 2002, todos los hospitales publicaban sus órdenes de compra en la página web de la ciudad. Se contabilizaban 8098 publicaciones, de las cuales 2.893 (35,7%) se hallaban en etapa de adjudicación publicada. Cabe destacar que a junio, fecha de inicio del control central, se contabilizaban sólo 382 órdenes de compra publicadas (se incluyen las OC publicadas desde el 2001 por todo el sistema), de las cuales el 64% correspondían a sólo 3 hospitales y ninguna había llegado a la etapa de adjudicación.

5.10 Cálculo del impacto relativo de cada insumo sobre el gasto anual

Se tomó la muestra disponible en la base de la DDO que incluía las cargas de agosto de 2002 a diciembre de 2002. Esto implicó un número de productos del orden de los 3904. (Se eliminaron los correspondientes a reactivos de laboratorios por alta incidencia de errores en la descripción, en la codificación o en el uso de las unidades adecuadas).

Monto del gasto en dichos insumos: \$29.766.559

Primeros 10 productos	Primeros 50 productos	Primeros 100 productos
\$4.760.000 (14,36%)	\$10.514.574 (35,40%)	\$14.090.687 (47,33%)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.

5.11 Medidas adoptadas en la incertidumbre

Como primeras medidas ante la incertidumbre, la Secretaría de Salud optó por garantizar los **servicios esenciales** de los hospitales (prestaciones relacionadas con la conservación de la vida o que buscan evitar mayores deterioros de la salud de las personas, la alimentación, la limpieza, la seguridad, etc.). Los funcionarios competentes redefinieron la función de compra de la Subsecretaría de Gerenciamiento Estratégico, con aplicación particular a los siguientes ítems:

- ❖ **Compra centralizada** con periodicidad quincenal o mensual y por la modalidad de compra más conveniente.
- ❖ **Importación de insumos** prioritariamente por productos finales.
- ❖ **Importación de principios activos.** Habida cuenta de la escasa relevancia económica del tema, se avanzó en su implementación como vía de optimización de la negociación con proveedores.
- ❖ **Intercambio con otras jurisdicciones.**

- ❖ **Asociación con compradores oligopsónicos** del sistema (Ministerio de Salud, PAMI, APE, etc.).
- ❖ Formulación de un **formulario terapéutico**.
- ❖ **Presencia activa en los hospitales**, gestión asistida en los términos de los compromisos de gestión establecidos y monitoreo y control del gasto en cada centro de costo.

En el año 2001 se le solicita a la Secretaría de Hacienda un sistema informatizado de compras para su aplicación universal en todos los efectores del sistema de salud. En octubre de 2001 se convocó a representantes de cada uno de los hospitales para compartir el nuevo sistema desarrollado en conjunto con la Dirección de Catalogación y abreviar en sus opiniones. A partir de las observaciones del caso, se adoptó el SISCOP, aclarando que ya entonces los hospitales proponían flexibilidad para poner ellos los números de órdenes de compra (OC), permitir el borrado y la posibilidad de ser abierto, sin trabas para la descripción de renglones, en pos de viabilizar las compras cuando no existía el insumo en el Nomenclador Nacional de Efectos (NNE). Se implementa la obligatoriedad de uso del catálogo de NNE. La revisión y la implementación obligatoria del uso de un Catálogo General de Efectos que hicieron comparables los datos, procurando minimizar las distorsiones producidas por comparaciones de productos diferentes o unidades de medida incorrectas. Se comenzó a exigir la adecuada catalogación, la descripción de productos y unidades, la justificación de compras por “marca” y el envío semanal de dichos datos de cada una de las compras realizadas por cada hospital. Se obligó el uso del SISCOP, sistema equivalente o envíos por planilla *Excel*. Se comenzó con un seguimiento sistemático de precios y cálculos de desvíos y ahorro potencial. Se compartió con hospitales los análisis de la información tanto del sistema como de cada hospital. Se enviaban mensualmente planillas de orientación de precios según compras de los distintos efectores y de la misma Secretaría. Se promovía la más amplia publicidad de cada llamado a cotización como así también de las distintas etapas de los procesos de compra a través de su publicación por Internet en la página *web* del gobierno y simultáneamente la verificación del cumplimiento de la Ley N° 755/2002.

Así, la Secretaría de Salud de la Ciudad fue una de las primeras jurisdicciones en publicar vía Internet la totalidad de sus compras por cualquier modalidad. A la Dirección de Desarrollo Organizacional (DDO) se le adjudicaba el rol de facilitador, impulsor en el cumplimiento de la Ley por parte de los hospitales y nexo técnico con la Dirección de sistemas de Información de la Secretaría de Hacienda, quedando a entera responsabilidad de los efectores la consistencia de lo publicado. Paralelamente se obligaba la publicación diaria de cada proceso de compra, en todas sus modalidades y en todas sus etapas. Se realizaba junto con la Dirección General de sistemas un seguimiento estadístico pormenorizado de Información en Salud (DGSIS). Ante las limitaciones del catálogo disponible, se inició en paralelo la

evaluación y la reformulación del catálogo NNE correspondiente a salud por parte de farmacia. Se diseñó y operativizó en la DDO un tomador de información de precios para evitar errores de transcripción manual de datos. Se envió al personal de cada hospital a cursos de capacitación sobre el uso adecuado del NNE. Se realizaron varias reuniones de intercambio con los hospitales respecto de las observaciones sobre el SISCOM orientadas a la producción de un nuevo *software* de compras. Se realizó un relevamiento y la adecuación del *hardware, software* y la conectividad en cada uno de los hospitales del sistema por parte de la DGSIS. Finalizado el desarrollo, se comenzó a implementar el nuevo *software* llamado "*compras salud*", que tenía como característica diferencial un catálogo cerrado sin posibilidades de modificación. Se estableció una unidad central de orientación y autorización para la incorporación de insumos no contemplados en el NNE disponible. Esto facilitó el procesamiento y la captación de los datos y su posterior relación, incorporándose el Catálogo General de Efectos, en pos de minimizar los errores. Se realizaron permanentes controles y reenvíos por *mail* o vía telefónica, fax o memos, de la información enviada por los hospitales a DDO respecto de la página *web*, SISCOM y precios. Se implementó el seguimiento y la supervisión en terreno. Se desarrollaron trabajos de agregación de la información mensual o semanal de las distintas variables analizadas que se enviaban para ser incluidos en el tablero de control manejado por la DGSIS. Paralelamente se enviaba la información de dispersión de precios a la Unidad de Auditoría Interna (UAI) para solventar eventuales auditorías en terreno. Se involucró a la UAI en el control del desvío de precios en las compras de insumos hospitalarios (resolución 781/02 SS). De esta manera, se consiguió aumentar considerablemente el número de datos disponibles: hasta el 2001, se manejaban en DDO aproximadamente 2.000 productos con casi 11.000 registros anuales, mientras que al momento de análisis, por el hecho de ser obligatorio el uso de catálogo, se contemplaban potencialmente más de 55.000 insumos catalogados en el NNE y se contabilizaban aproximadamente 32.000 registros. Se creó por decreto, en el nivel central de la Secretaría, una unidad de compras, la Dirección General Adjunta de Abastecimiento Hospitalario, que encaró aquellas adquisiciones de mayor incidencia, ya sea por su alto costo o por su tasa de utilización, a fin de potenciar las ventajas de la compra en escala y la concentración en la entrega, con efecto directo en el precio de adquisición. Se redefinió en este sentido durante el año 2002 un listado básico de insumos que debían adquirirse por ese nivel de 90 productos de alta significación económica. Se adquirieron medicamentos a través de la Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos y de Uso Hospitalario y de la Cámara Empresaria de Laboratorios Farmacéuticos en uno de los momentos más críticos del abastecimiento (\$ 524.000). Esto generó ahorros en más del 45% de lo comprado por el sistema desconcentrado en su conjunto. Además, se puso en marcha del mecanismo de *clearing hospitalario*; tomando como punto de partida los niveles de *stock* con que se había iniciado el año 2002, para atender necesidades prioritarias. De esta forma, la Secretaría pudo racionalizar el abastecimiento de modo eficiente, ya que se evitaron vencimientos innecesarios,

disparidades e inequidades en la distribución. Se renegociaron contratos con empresas proveedoras de oxígeno, fijando un precio de corte para el año 2002 de \$ 1,19 por m³ de oxígeno líquido. Por este insumo, en el año 2001 se abonaba desde \$ 1,40 a \$ 2,76 el m³ según el hospital; también, se renegociaron el servicio de lavado de ropa con un ahorro del 18% promedio y el servicio de recolección, tratamiento y disposición final de residuos patológicos con una reducción de precios del 26% con respecto al año anterior. Se canalizaron las importaciones de insumos básicos, tales como agujas hipodérmicas, catéteres endovenosos, hojas de bisturí y jeringas, a través del Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Juan P. Garrahan. Se incorporó equipamiento, así como el hecho de encarar el reacondicionamiento de los Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica para la producción de medicamentos (antiepilépticos, etc.). Se compraron una tableteadora rotativa, un equipo para cromatografía desmineralizador de agua y un mezclador granulador.

Por último, a fines del 2002, la Secretaría de Salud también impulsó un proyecto de decreto sobre "sanción de maniobras distorsivas y/o especulativas a los proveedores de insumos hospitalarios", con el fin de evitar y sancionar tales acciones.

En cuanto a las acciones tendientes a ejercer un seguimiento y control sobre las compras de insumos de hospitales, se destacaron las siguientes medidas:

- gestión de insumos para establecer trazadores que relacionaran gasto y producción;
- protocolización de los tratamientos;
- vademécum cerrado;
- mayor recuperación económica de prestaciones efectuadas a población cubierta por terceros pagadores.

Capítulo 6

Herramientas de información y control: tablero de gestión

6.1 La justificación de un tablero de gestión

La actividad diaria del hospital origina la producción de grandes cantidades de información que ha de ser registrada adecuadamente, con el fin de asegurar su utilidad tanto para la actividad fundamental del centro, que es la atención de personas enfermas, como para la tarea de gestión. La información es, sin duda, una de las herramientas básicas para el gestor y de su relevancia y su oportunidad depende en gran medida el resultado de su trabajo. Tradicionalmente en un hospital, se han diferenciado dos tipos de información: la de tipo administrativo-financiero y la información asistencial, entre las cuales no ha habido hasta hace poco demasiada relación. Sin embargo, con la progresiva informatización de los hospitales y la incorporación de la cultura de la gestión hospitalaria, con sus técnicas e instrumentos, una brecha importante se ha ido abriendo diluyendo esa dicotomía. Es una idea generalmente aceptada que una gestión moderna de un hospital requiere, para ser eficiente, un conocimiento profundo del resultado de la actividad que en él se realiza, lo que se ha dado en llamar el *producto hospitalario*, no sólo en términos cuantitativos, sino también cualitativos. Históricamente, la gestión hospitalaria ha consistido en la administración de los recursos disponibles basados en la cuantificación de los productos intermedios consumidos por el paciente (días de estada, radiografías, pruebas de laboratorio, productos de farmacia, etc.); es decir, ha estado basada en una información desagregada del proceso asistencial y en la utilización de indicadores globales, como el porcentaje de ocupación o el promedio de días de estada.

Hoy día un gestor hospitalario basa sus decisiones en la medida y el análisis del resultado de la actividad asistencial, habida cuenta de que en una organización compleja como el hospital no es posible una correcta gestión de los recursos si los agentes del gasto (los profesionales sanitarios) no participan incorporando criterios de eficiencia (la máxima eficacia al menor costo posible) a sus decisiones diagnósticas y terapéuticas. Se hace cada vez más difícil separar las decisiones médicas del consumo de recursos que comportan y, a partir de este supuesto, la información sobre la tipología de los procesos atendidos en un hospital resulta un elemento indispensable en cualquier instrumento de medida de dicho consumo que se pueda planear. La elección del proceso de diagnóstico y tratamiento de los enfermos es el núcleo esencial de la actividad médica y el sistema de información debe permitir su evaluación. Las decisiones de elección de un proceso de diagnóstico y tratamiento se basan en el análisis que el profesional realiza de la situación de deterioro de la salud del enfermo y, por tanto, los datos sobre los síntomas, diagnósticos y grados de afectación son los básicos para disponer de sistemas de medidas útiles. El gran avance realizado por la información para la gestión clínica tiene su inicio en la recolección sistemática y el estándar de datos médicos de los pacientes atendidos. El registro sistemático de un conjunto de variables básicas de todos los pacientes se inició en algunos países hace más de 40 años y es hoy un estándar internacional, conocido como *conjunto mínimo básico de*

datos (CMBD). Su implementación ha permitido disponer de datos de las características de los pacientes, los diagnósticos, el proceso de cuidado hospitalario y los datos administrativos del ingreso. A partir de ellos, se han construido los sistemas de medida del producto hospitalario que han hecho avanzar el conocimiento sobre la actividad de los hospitales.

Los *sistemas de clasificación de pacientes* permiten describir el producto de la hospitalización de un centro, un departamento, un servicio o un médico, como el volumen y los distintos tipos de pacientes tratados, lo que expresa de forma descriptiva la casuística de ellos. El valor del sistema como predictor del costo deriva de la similitud clínica de los pacientes en cada clase, lo que permite asumir que cada una de las clases podría desglosarse en otro vector que expresara el proceso de cuidado esperado. Estos sistemas de clasificación, basados en clasificar pacientes en grupos clínicamente homogéneos, son pertinentes para aquellos pacientes del mismo grupo que presenten similares resultados. Se han desarrollado múltiples sistemas, con diversos criterios, objetivos y metodología; de ellos, el más difundido y validado es *Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD)*. Los contenidos y las definiciones del conjunto mínimo básico de datos de hospitalización y los GRD constituyen hoy un estándar internacional, lo que permite disponer de bases de datos muy amplias de numerosos países, con un gran potencial de evaluación y mejora de los hospitales. Con ello, la información para la gestión que hoy día pueden disponer los médicos ha ganado en objetividad, contenido y precisión y, por lo tanto, se ha transformado en un poderoso instrumento de soporte para la mejora en la calidad. Este conjunto de información dirigida a pacientes hospitalizados está en igual sentido desarrollado para la atención ambulatoria, donde los consensos internacionales están en menor grado de desarrollo. La amplitud del sistema prestador dependiente de la Secretaría de Salud, y una política de descentralización, sin estar acompañados de una planificación de conjunto, entre otras causas, condujo a un desarrollo desigual en la informatización y los modelos de gestión en el sistema. De esta forma, al momento de estudio, eran deficitarios la utilización de información y los datos producidos para la toma de decisiones.

La descentralización, por su parte, es un medio que permite adquirir al sistema y a sus componentes mayor flexibilidad y dinamismo, necesarios para convivir con ambientes complejos y cambiantes. Como contrapartida, se requiere implementar controles que comprueben los cumplimientos de los objetivos en cada área.

Los controles se fundamentan desde varias ópticas, entre ellas:

- a- existencia de recursos escasos;
- b- convivencia de diferencias en los objetivos;
- c- complejidad y multiproducto;
- d- realidad organizativa
- e- cumplimiento de los planes.

Las mediciones del desempeño, que se originan en los controles, son necesarias, para:

- a- diagnosticar una situación;
- b- comunicar una situación;
- c- confirmar prioridades;
- d- alinear y movilizar;
- e- conocer lo que sé esta haciendo bien;
- f- conocer las demandas de los ciudadanos.

Los **tableros de gestión** permiten:

- a- descentralizar las decisiones;
- b- contener los costos;
- c- trabajar con recursos escasos y demandas de los usuarios;
- d- aumentar la equidad;
- e- tener una concepción sistémica de la organización;
- f- demostrar el compromiso con la eficiencia y la eficacia.

El tablero es una herramienta de carácter periódico que permite implantar el uso de la información para la toma de decisiones en materia de gestión de recursos. Para ello, debe contener la información imprescindible y adecuada a cada nivel de responsabilidad, en forma sencilla, de fácil lectura e interpretación, destacando las informaciones relevantes con relación a los objetivos definidos. Su contenido, para cumplir con estas premisas, debe incluir un número reducido de variables que garanticen una información general y de apoyo en la toma de decisiones y que contengan información transversal y longitudinal, así como también la posibilidad de comparación con períodos anteriores y metas prefijadas. El nivel de agregación de la información contenida en los tableros depende de los destinatarios, dado que cada nivel de actuación requiere de indicadores ajustados a sus necesidades de decisión. Así, en términos generales, se pueden plantear tres niveles básicos de gestión y análisis de la problemática de salud:

- 1- nivel central: la Secretaría de Salud;
- 2- nivel de dirección de hospitales;
- 3- nivel de responsables de servicios.

Las dificultades más frecuentes en la implementación de este instrumento son:

- a- ocultamiento de información;
- b- resistencia de la organización al cambio;
- c- resistencias por pérdida de autonomía en los núcleos operativos;
- d- resistencia por parte de las personas a ser controladas;
- e- dificultad de encontrar indicadores;
- f- dificultad de integrar datos con proceso.

Estos tableros se construyen a partir de un conjunto de *indicadores* (expresión matemática) para manifestar de forma sencilla fenómenos muy complejos. Así, resultan útiles para observar relaciones con otros fenómenos, apreciar su desarrollo, su procesamiento y comparación a través del tiempo y el espacio. Es una dimensión definida de la calidad o la idoneidad de un aspecto del servicio o de los cuidados. Es un parámetro –sobre cuyo manejo existe un consenso– que sirve como referencia para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria. La construcción de un indicador es un proceso de complejidad variable, desde el recuento directo hasta el cálculo de proporciones, razones, tasas, o índices más sofisticados. La calidad de un indicador depende fuertemente de la calidad de los componentes utilizados en su construcción, así como de la calidad de los sistemas de información, recolección y registros de tales datos. Los indicadores deben seguirse y evaluarse para determinar si los aspectos de la asistencia a los que hacen referencia están de acuerdo con una práctica aceptable.

Específicamente, la calidad y la utilidad de un indicador están primordialmente definidas por su:

- a- validez, esto es, si efectivamente se mide lo que se intenta medir;
- b- confiabilidad en función del conocimiento de si su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados;
- c- sensibilidad al evaluar los cambios en el fenómeno que se quiere medir;
- d- mensurabilidad basada en datos disponibles o fáciles de conseguir;
- e- relevancia que sea capaz de dar respuestas claras a los asuntos más importantes;
- f- costo-efectividad, esto es, que los resultados justifiquen la inversión en tiempo y otros recursos.

Los indicadores deben ser fácilmente utilizados e interpretados por los analistas y comprensibles para los usuarios de la información, como los gerentes y los tomadores de decisión.

Un atributo importante de calidad para el conjunto de indicadores es:

- a- integridad (que no falten los datos);
- b- consistencia interna, esto es, que vistos solos o en grupo, los valores de los indicadores sean posibles y coherentes y no se contradigan.

En este sentido, la aplicación sistemática de definiciones operacionales y procedimientos de medición y cálculo estandarizado se hace fundamental para garantizar la calidad y la comparabilidad de los indicadores. Un conjunto de indicadores con atributos de calidad apropiadamente definidos y mantenidos provee información para la elaboración de un perfil relevante y de otros tipos de análisis de la situación estudiada. La selección de tal conjunto de indicadores y sus niveles de desagregación puede variar en función de la disponibilidad del sistema de información, las fuentes de datos, los recursos, las necesidades y las prioridades específicas.

El mantenimiento del conjunto depende también de la disponibilidad de las fuentes de datos y de la operación regular de los sistemas de información, así

como de la simplicidad de los métodos e instrumentos utilizados. El monitoreo de la calidad de los indicadores se hace también importante, ya que ésta condiciona el nivel de confianza de los usuarios en la información y, aún más, su uso regular. Generados de manera regular y manejados dentro de un sistema de información dinámico, los indicadores constituyen una herramienta fundamental para los tomadores de decisión en todo los niveles de gestión, facilitando el monitoreo de objetivos y metas, estimulando el fortalecimiento de las capacidades analíticas en los equipos de salud y sirviendo como plataforma para promover el desarrollo de sistemas de información en salud intercomunicados.

Los indicadores estaban dirigidos a:

- a- evaluación de los establecimientos y el personal actuante, para establecer el rendimiento de las unidades de producción;
- b- evaluación de las políticas de salud y/o comportamiento de los sistemas de salud, como tasas de mortalidad, incidencia y prevalencia de diversas patologías, etc.;
- c- evaluación de eficiencia y efectividad clínica, como la medición de la gestión clínica y/o los resultados de un programa de atención de salud.

El conjunto de indicadores que se seleccionaron para construir el tablero de gestión estaba íntimamente relacionado con los objetivos estratégicos de la conducción del sistema. Si bien no reflejaban la estrategia organizacional, para la Secretaría de Salud fueron elementos de gran importancia para la correcta toma de decisiones.

El tablero de gestión facilita:

- a- la evaluación de situaciones, no responsables;
- b- la identificación de procesos claves;
- c- la comunicación y la motivación;
- d- la alineación de todos los objetivos con los de la organización;
- e- La comunicación y el control;
- f- El reflejo de la información cuantificable.

De acuerdo con la selección y el agrupamiento de los indicadores, el tablero permite la visualización de la organización desde varias dimensiones, por ejemplo: desde el usuario, desde los procesos internos, desde los recursos humanos, desde lo económico y financiero.

6.3 La construcción del tablero de gestión

La Subsecretaría de Gerenciamiento Estratégico realizó un relevamiento general acerca de las necesidades de información para la toma de decisiones de los distintos niveles que componen la organización primaria, es decir el hospital y los componentes del nivel central de conducción (Secretaría de Salud). Es importante

señalar aquí, el recorte del objeto de análisis que se realizó, dadas la extensión, la variabilidad y la complejidad del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tanto por su: cantidad de efectores (más de 70 entre Centros de Atención Primaria y Hospitales); calidad, (hospitales generales de agudos con especializados, dentro de los cuales hay agudos y crónicos, distintos de los de atención primaria); los procesos de reformulación del área de salud mental, que estaba en sus inicios en el sistema; las modificaciones que se fueron introduciendo en el área de atención primaria; y la concentración de la demanda de atención de los ciudadanos, como la de recursos económicos y humanos en los hospitales generales de agudos.

Se trabajó, fundamentalmente, con la perspectiva de los hospitales de agudos, es decir: Argerich, Penna, Durand, Santojanni, Álvarez, Piñero, Pirovano, Tornú, Fernández, Gutiérrez, Elizalde, Ramos Mejía, Rivadavia, Vélez Sarsfield y Zubizarreta. Del relevamiento surgió un conjunto de necesidades que se fueron traduciendo en indicadores, de los cuales algunos eran expresiones comunes en la literatura existente y otros habían sido creados para expresar particularidades del sistema. Luego, se realizó un ordenamiento de dicho relevamiento, según las líneas estratégicas enunciadas por los niveles de conducción, las posibilidades de información contenida en esta etapa de construcción del sistema de información gerencial, y las dimensiones del sistema que se pretendía reflejar. A partir de ellas, se produjo un reanálisis de los indicadores y se comenzaron a construir modelos de tableros para ser considerados conjuntamente con los responsables de las distintas áreas en el nivel de conducción central. Se buscaba contar con un primer tablero, que expresara lo deseado y lo posible. Así, se seleccionaron seis hospitales, a partir del siguiente criterio: a) niveles de complejidad, b) tamaño, c) tradición en gestión. Tratando de abarcar las distintas variables del sistema, se realizó la presentación del tablero inicial, el cual, a la vez, fue sometido a discusión interna en cada institución: Ramos Mejía, Durand, Fernández, Zubizarreta, Vélez Sarsfield y Pirovano (ver anexo).

Construir un tablero de gestión sustentado en un conjunto de indicadores adecuados a la realidad organizacional y a las necesidades de la Secretaría de Salud constituyó uno de los propósitos más relevantes del Proyecto de Desarrollo de un sistema de Información Gerencial en Salud. La tarea consistió, básicamente, a partir de una serie de variables seleccionadas por la Subsecretaría de Gerenciamiento Estratégico en el diseño de un tablero concebido para monitorear los aspectos vinculados con la crisis de ese momento.

SISTEMA DE APOYO A LA TOMA DE DECISIONES INDICADORES SELECCIONADOS

La conducción, el gerenciamiento, la rectoría, la administración o el monitoreo de políticas, sistemas, servicios, establecimientos, unidades de salud, como cualquier estructura productora de bienes o servicios, requieren de métodos y procesos racionales. Cuando, además, los resultados (sean éstos finales o intermedios) pueden ser objeto de medición, se agrega un elemento importante: una evaluación cuantitativa, sobre la cual pueden construirse deducciones e interrogantes, comparaciones en tiempo y espacio y mucho más precisas y menos dependientes de la subjetividad del observador. Si bien el avance de la herramienta informática permite hoy día disponer de productos derivados que posibilitan un análisis mayor y más racional de los procesos que se gestionan, sólo el conocimiento global de tales procesos permite la selección y el desarrollo de indicadores adecuados y, como consecuencia, la aplicación de procesos correctores más poderosos, mejor validados por la experiencia o la investigación previas. Por ello, hubo que poner énfasis en la metodología de construcción de los indicadores y su utilización, más allá de las consideraciones de tecnología informática requeridas.

Los indicadores han sido clasificados en función de una serie de criterios que se enumeran a continuación. Se ha llegado a identificar el sector y, eventualmente, el sistema transaccional (*software*) desde donde provendrían los datos necesarios para su construcción.

6.4 Esquema de la nómina de indicadores

Para la utilización de jefes de servicio y/o departamento:

1. Producción
 - a. Internación
 - b. Actividad quirúrgica
 - c. Consultorios externos

2. Calidad
 - a. Internación
 - b. Consultorios externos

3. Producción y calidad de los servicios intermedios
 - a. Laboratorio
 - b. Diagnóstico por imagen
 - c. Farmacia

Para utilización del director y los subdirectores

1. Internación
2. Generales
3. Recursos humanos-productividad
4. Recursos humanos-costos
5. Costos generales

6.5 Descripción del diseño funcional del sistema de información

A partir de los relevamientos efectuados durante la primera etapa del proyecto, fue posible establecer, de modo genérico, el flujo del tránsito de un paciente por un hospital. En esta línea, y siguiendo el esquema presentado en anexo, se analizaron las principales puertas de ingreso a estos efectores: la guardia y el sector de consultorios externos. A partir de allí es donde se disparaban los diferentes eventos médico-asistenciales, los que eran generados por el transcurso de un paciente desde el servicio de guardia o los servicios de consultorios externos hacia los servicios de internación y/o los servicios intermedios o de apoyo. Estos eventos médico-asistenciales originaban, a su vez, distintos eventos administrativos, tales como la utilización de servicios intermedios, el consumo de medicamentos (departamento de Farmacia), la utilización de otros servicios del hospital o la emisión de una factura (departamento de facturación). En este sentido, la situación observada en los hospitales, a partir de los relevamientos realizados tanto en efectores como en el nivel central y de la lectura de diferentes informes de situación, surgió la inexistencia de conexión entre los distintos sectores de los hospitales, con la consecuente fragmentación y parcialidad, tanto en la producción como en el análisis y el manejo de la información. Un ejemplo ilustrativo de ello fue el hecho que aunque en los establecimientos (sector de admisión y egresos) se solicitaban datos filiatorios provenientes de los documentos de identificación del paciente (DNI, LE., CI., etc.), estos datos no eran relacionados con registros médicos ni utilizados en sistemas estadísticos. De la misma manera, se detectaron diferentes niveles de información o registración para los cuales no existía un criterio homogéneo adoptado por los efectores del sistema. En el mismo sentido, la transferencia de información entre sectores tan vinculados entre sí como farmacia y compras, se veía dificultada, en muchos casos, por la inexistencia de sistemas que apoyaran la gestión administrativa y, en los casos en que éstos sí existían, se trataba de sistemas no integrados, lo que generaba demoras innecesarias en la realización de la tarea.

Teniendo en cuenta el análisis de situación precedente, el proyecto de Desarrollo de un sistema de Información Gerencial en Salud perseguía el propósito de lograr una mejora sustancial en la calidad de la información basada en la integración, la interoperabilidad y la interconexión de datos. En este sentido, y partiendo desde la base de que la oferta de servicios de salud de la ciudad implicaba la disposición de una determinada capacidad instalada, se consideraba cada demanda de un usuario (paciente) como el elemento central que disparaba la

puesta en marcha de distintas prácticas médicas y el consumo de los servicios disponibles. Este elemento otorgaba un carácter central a la identificación cierta y unívoca de cada usuario y la posterior articulación de los distintos registros en base a cada demanda que los usuarios realizaran. En esa coyuntura, el paciente se transformó en un potente agente de presión. El registro de los motivos de consulta, las patologías, los servicios utilizados, las prácticas médicas realizadas, entre otros factores, debían articularse detrás de la identificación mencionada. La gestión de los *stocks* y la oportuna realización de pedidos de reposición, la gestión de compras y la facturación correcta y oportuna de los servicios brindados a pacientes con cobertura completaron este esquema.

A continuación, y a los fines de integrar el conjunto de los elementos que conformaban los servicios de un hospital, surgió la necesidad de vincular y articular la información estática y dinámica antes señalada. Esta integración ocurre tanto en sistemas que apoyan la toma de decisiones (indicadores de gestión, tablero de control y estadísticas) como en los sistemas transversales de presupuesto por programas, costos, recursos humanos y gestión contable y económico-financiera. Siguiendo el “esquema funcional de los sistemas” presentado en el anexo, podemos visualizar cómo fue concebido el proyecto a partir de la necesidad de generar “diálogo” entre los diferentes sectores y áreas de los hospitales, el cual estuvo basado en el reconocimiento del flujo del tránsito de un paciente y de la detección de los principales eventos generados. En este esquema, se encuentran graficados en forma dinámica los distintos módulos que integraron el sistema de Información Gerencial, así como también su interrelación. Con un círculo se representan los sistemas que intervinieron en alguna de las instancias del tránsito del paciente por el hospital, mientras que en las flechas inferiores se encuentran representados los sistemas generales vinculados a la gestión de recursos y aquellos vinculados a la toma de decisiones. Continuando con el análisis del diseño general presentado en el anexo mencionado, se muestran en forma esquemática los distintos componentes del proyecto, de los cuales los principales son el tecnológico y el de desarrollo del sistema. Existieron, sin embargo, otros dos pilares básicos para el desarrollo exitoso del proyecto: por un lado, la capacitación y sensibilización de los actores clave y, por otro, su “involucramiento” en el diseño y la implementación del sistema. El primer aspecto mencionado se desarrolló a través de la realización de diversos seminarios y talleres, así como también a través de la capacitación específica en la utilización de los sistemas, mientras que la participación de los principales actores involucrados se desarrolló a través de los contactos generados a partir de los relevamientos realizados, las reuniones de prevalidación de los diseños de los sistemas, las presentaciones generales y sus pruebas.

En cuanto al componente tecnológico, el proyecto consistió originalmente en desarrollar un “sistema de Información Gerencial en Salud” basado en el concepto de sistema propietario del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Como ya fue comentado, la principal estrategia de desarrollo de un sistema de información

gerencial en salud estaba sustentada en la integración, la interoperabilidad y la interconexión de datos de los diversos sistemas transaccionales, enfocados específicamente en el paciente. Como solución tecnológica a esta necesidad, la Secretaría de Salud desarrolló un *data center* que tuvo como objetivo, elaborar un *data warehouse*, implementando un MDDBS que pudiese soportar *vistas particionadas* (*sql server* u *oracle*).

Básicamente el modelo tecnológico desarrollado estuvo pensado para ser implementado con servidores locales por hospital. Estos servidores debieron utilizar también un MDDBS que pudiera soportar *vistas particionadas*, y para ellos se pensó en *sql server* como servidor de datos. Siguiendo una estrategia propuesta por la Dirección General de sistemas de Información, se estableció que las aplicaciones debían ser desarrolladas en formato *web enabled*. Como soporte a esta estrategia y considerando los recursos disponibles en ese momento, se determinó que las capas de negocio fueran desarrolladas en componentes *actives* de *Visual Basic* y que la capa cliente se desarrollara en ASP, utilizando el *Internet Information Server (IIS)* como servidor de ASP. Además el proyecto propuso un modelo de datos soportado bajo el estándar HL7 (*Health Level 7*), que es, básicamente, un modelo para compartir información médico-asistencial entre organizaciones (hospitales, secretaría, organizaciones externas, etcétera). Además, se propuso un modelo de clases (adaptado como modelo de datos) que definiera el conjunto de datos y los tipos de datos utilizados en los sistemas hospitalarios.

Por otra parte, el proyecto contempló dentro de sus objetivos específicos el diseño, la programación y la implementación de los siguientes sistemas transaccionales para la gestión hospitalaria:

1. **Identificación de usuarios.** Este módulo permitió contar con un único registro actualizado de información de usuarios del sistema de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires e identificar a los potenciales usuarios del sistema de salud. Esta información resultó relevante tanto para el registro de la información que se produciría a la hora de la prestación de servicios, como para la determinación de políticas sanitarias y la identificación de pacientes con cobertura de terceros pagadores. Ello contribuyó tanto a mejorar el impacto de las políticas implementadas como a incrementar la facturación a los distintos agentes de seguro.
2. **Admisión y egresos.** Este sistema tuvo como objetivo el registro de los pacientes internados en el hospital, su egreso por alta médica o defunción y el registro de otros datos básicos relacionados con su ubicación, su estado, sus acompañantes, etc. Proporcionó también conocimiento acerca de la distribución de la producción hospitalaria, para la efectiva utilización de los recursos. Esto permitió mejorar la oferta a partir del conocimiento de la demanda, así como también optimizar los circuitos administrativos integrados a facturación, a fin de acelerar los procesos que incluirían a pacientes o a sus familiares.

3. **Hoja de consumo.** Este módulo permitió conocer todos los eventos médico - asistenciales practicados a un paciente. Aportó mayor información a la estructura de costos a través del conocimiento pormenorizado de los servicios prestados. Además, este sistema se constituyó en el puntapié inicial para el desarrollo, en un futuro, de la historia clínica única e informatizada de acuerdo con lo indicado en la Ley Básica de Salud.
4. **Farmacia.** El objetivo de este sistema transaccional fue el registro de los medicamentos que eran entregados a los pacientes internados o ambulatorios, la administración del *stock* de insumos y medicamentos hospitalarios y su integración al proceso de compras hospitalarias, para garantizar la provisión de insumos en el momento oportuno.
5. **Compras.** En este caso, el objetivo fue volver más eficiente el proceso de adquisición de insumos para contar con los recursos necesarios en el momento en que fueran solicitados por un profesional o sector. Se contemplaron las medidas de transparencias en relación con el proceso de compras y la posibilidad de realizar el seguimiento de la gestión.
6. **Facturación.** El objetivo de este módulo fue dotar de eficacia y eficiencia al proceso de facturación, de forma tal de incrementar los recursos genuinos del sistema de salud provenientes del recupero del gasto producido por las prestaciones brindadas a beneficiarios que tuvieran algún tipo de seguro de salud.
7. **Costos y presupuesto.** Aquí, el objetivo principal fue el conocimiento de la estructura de costos hospitalarios asociados a los pacientes y a los servicios, lo cual, a su vez, permitió una mejor asignación del gasto.
8. **Tablero de gestión e indicadores.** Estos módulos conformaron lo que se conoce como sistema de Información Gerencial. A partir de ellos, se obtuvo la información integrada que contribuyó a la toma de decisiones de los principales actores del sistema.

1. Diseño de una hoja de consumo informatizada (e-HdC)

Se procedió a realizar un diseño de lo que se denominó hoja de consumo informatizada (e-HdC). Sintéticamente, sus objetivos y funcionalidades pueden ser descriptos de la siguiente forma.

La hoja de consumo tenía como objetivo el registro de los eventos médico-asistenciales brindados a un paciente en un efector. Sus funciones principales eran:

- a) constituirse, junto con el sistema transaccional de identificación de usuarios, como el eje articulador del sistema de información gerencial;

- b) brindar información detallada y en tiempo real para la toma de decisiones de políticas sanitarias;
- c) contribuir a la obtención de costos por paciente y costos por servicio;
- d) brindar datos necesarios para la facturación a terceros pagadores.

Además, la hoja de consumo informatizada se implementaba como sustituta de los sistemas transaccionales para el registro de los eventos generados en los distintos servicios hospitalarios.

A continuación, y siguiendo el diseño realizado para la e-HdC (ver anexo), se describen los registros de los eventos médicos asistenciales que debieron efectuarse en cada servicio.

- a) Consultorio externo: consulta;
- b) Farmacia: insumos brindados a un paciente, sala o servicio;
- c) Laboratorio: prácticas por paciente;
- d) diagnóstico por imágenes: prácticas por paciente;
- e) otras prácticas no incluidas anteriormente: prácticas por paciente;
- f) quirófano: intervenciones quirúrgicas por paciente (ambulatorias o de internación);
- g) terapia: prácticas por paciente;
- h) guardia: consultas y prácticas por paciente;
- i) internación: prácticas por paciente propias y prácticas no registradas en otros servicios.

Estos conceptos fueron presentados a las autoridades del Hospital Vélez Sarsfield a partir de su definición como hospital piloto para la implementación del SIGS. Dadas la complejidad y la novedad de la e-HdC, se decidió realizar la pre-validación de su diseño directamente con los actores que serían los primeros usuarios de este sistema. A tal fin, se desarrolló una presentación (ver anexo), para que funcionara, a su vez, como material de trabajo que podía ser utilizado a modo de taller.

Variables del tablero de gestión

Para el desarrollo de un tablero de gestión de la Secretaría de Salud (específicamente, para el ámbito de la Subsecretaría de Gerenciamiento Estratégico), se definieron cuatro variables principales, las cuales se encontraban conformadas por una serie de otras variables de menor nivel de desagregación (variables secundarias). También fue necesario establecer para cada subvariable, un indicador que permitiera su medición. Para poder establecer mediciones homogéneas, que a su vez permitieran la construcción de un indicador integrado para cada hospital, se realizó una ponderación de cada una de las sub-variables, cuya sumatoria estaría proporcionando el peso relativo de cada variable principal.

A continuación se presentan las variables establecidas, los indicadores asociados y las ponderaciones asignadas en cada caso:

Variable Principal	Pond.	Variable Secundaria	Pond.	Indicador
1. Nivel de adhesión a las políticas centrales	0,56	a) Envío de compra centralizada	0,14	Cumplió (1) / No Cumplió (0)
		b) Envío datos de compra a la S.S.	0,14	Cumple (1) / No Cumple (0)
		c.1) Cumplimiento del envío de información mensual de compras.	0,14	Cumple (1) / No cumple (0)
		c.2.) Publicación WEB	0,14	Cumple (1) / No cumple (0)
2. Gestión de abastecimiento	0,15	a) <i>Stock</i> de farmacia – Insumos críticos	0,15	Total de insumos <i>stock</i> crítico Total de insumos informados
3. Gestión presupuestaria	0,29	a) % Ejecución presupuestaria	0,14	Ejecución preventiva Crédito actual (inciso 2)
		b) Precios	0,15	% Ahorro potencial generado por compra de artículos por encima del valor más bajo
		c) Endeudamiento por fondo de emergencias*	-	▫ Monto del endeudamiento ▫ N° de fondos adeudados
4. Producción (consultas, egresos, cirugías y partos)*	-	Variación respecto del mismo mes del año anterior	-	Producción del mes 2002 Producción del mes 2001

* Se contempla solamente el dato observado, sin que esta variable forme parte del indicador ponderado.

Asimismo, se definió un grupo de hospitales considerados críticos, sobre los que se constituyó en principio el tablero. Estos hospitales fueron: **Argerich, Durand, Fernández, Rivadavia, Gutiérrez, Elizalde, Álvarez, Santojanni, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía, Penna, Tornú, Muñiz y Sardá.**

❖ Periodicidad de la actualización

La periodicidad establecida para la actualización del tablero fue semanal. Dado que, en su mayoría, los responsables de proveer la información recibían los datos correspondientes los días lunes de la semana posterior a la de análisis, se

consideró adecuado que los datos consolidados fueran remitidos los días martes de cada semana.

❖ **Análisis particular de cada variable**

1. Nivel de adhesión a las políticas centrales

1.a. Envío de compra centralizada

A través de esta variable se midió el cumplimiento con el envío de la información para efectuar las compras centralizadas.

Información necesaria: por hospital, si cumplió o no cumplió con el envío.

Ponderación: si = 14% - NO = 0%

Período de análisis: mensual

Responsable de la información: Dirección Gral. Adj. de Abastecimiento Hospitalario de la Secretaría de Salud.

1.b. Envío de datos de compra a la Secretaría por sistema informático (SISCOM u otros)

Se deseaba observar el grado de utilización de algún sistema informático avalado por la Secretaría de Salud por parte de los hospitales para las compras efectuadas.

Información necesaria: por hospital, si cumple o no cumple con la utilización de algún sistema informático aprobado por la Secretaría de Salud para el trámite de compras y última fecha de envío de la información efectuada por ese medio, registrada en la Dirección de Desarrollo y Organización de la Secretaría de Salud. Se consideraba cumplimiento al envío por medio informático del 100% de las compras realizadas por el hospital.

Ponderación: si = 14% - NO = 0%

Período de análisis: quincenal

1.c. Cumplimiento de la Ley 755/02

1.c.1. Cumplimiento del envío de la información mensual

Se deseaba conocer si cada hospital cumplía con el envío de un resumen de todas las compras realizadas en el mes a la Subsecretaría de Gerenciamiento Estratégico. Para evaluar el cumplimiento de esta variable, se consideró como fecha límite las 48hs pasadas desde la finalización del mes correspondiente.

Información necesaria: listado, por hospital, si cumplía o no con el envío de información mensual de compras realizadas.

Ponderación: SÍ = 14% - NO = 0%

Período de análisis: mensual

1.c.2. Publicación en página web

Se deseaba conocer, en cada caso, si se cumplía con la publicación de la información de compras realizadas por Fondo de Emergencia de Salud en la página web de la Secretaría. Se consideró cumplida la publicación del 100% de las compras efectuadas en el período de análisis.

Información necesaria: listado, por hospital, si publicaba o no en la página. En caso afirmativo, cantidad de cargas semanales y cantidad de compras efectuadas.

Ponderación: SÍ = 14% - NO = 0%

Período de análisis: semanal

2. Gestión del abastecimiento

2.a. Stock de farmacia-insumos críticos

A través de este ítem, se esperaba contar con información de la cantidad de insumos para contar con un *stock* suficiente y abastecer al hospital por un período de un mes. La especificación de dichos productos se obtuvo a través del aplicativo diseñado para controlar el *stock* de medicamentos ("*stock* de farmacia").

Información necesaria: cantidad de insumos en estado de *stock* crítico y cantidad de insumos informados por hospital.

Indicador seleccionado:
$$\frac{\text{Total de insumos con stock crítico} \times 100}{\text{Total de insumos informados de c/hosp.}}$$

Valor crítico: $\geq 10\%$

Período de análisis: semanal

Ponderación: SÍ = 15% - NO = 0%

3. Gestión presupuestaria

3.a. Ejecución presupuestaria

Se deseaba observar el porcentaje de ejecución presupuestaria de cada hospital y su evolución en el tiempo. En una primera instancia, dadas las características de la operatoria del momento (más del 90% de las compras por fondo de emergencia), se consideró la ejecución *preventiva* (reserva de fondos presupuestarios).

Información necesaria: ejecución presupuestaria preventiva y total de créditos presupuestarios vigentes a la misma fecha (sólo inciso 2 del presupuesto), por hospital.

Indicador seleccionado: $\frac{\text{Ejecución presupuestaria inc. 2} \times 100}{\text{Créditos presup. - Inciso 2}}$

Valor crítico: Indicador $\geq 90\%$

Período de análisis: semanal

Ponderación: SÍ = 14% - NO = 0%

3.b. Precios

Se deseaba conocer el ahorro potencial generado por los artículos adquiridos por un hospital cuyo precio se encontrara por encima del más bajo registrado durante las últimas cuatro semanas de la fecha de compra.

Información necesaria: porcentaje del ahorro potencial representado por la sumatoria de las diferencias existentes entre el valor de adquisición de aquellos artículos cuyo precio de compra superara el valor más bajo definido y este valor de referencia, por hospital.

Valor crítico: ahorro potencial $\geq 15\%$

Período de análisis: semanal

Ponderación: SÍ = 15% - NO = 0%

3.c. Endeudamiento por fondos de emergencia

Como un dato adicional que permitiera aportar información al estado económico - financiero de los hospitales seleccionados, se consideró relevante observar el nivel de endeudamiento de los fondos de emergencia. Los datos seleccionados para evaluar esta variable fueron:

- Monto del endeudamiento (\$)
- N° de fondos de emergencia adeudados. Se consideró el valor crítico la existencia de más de dos (2) fondos de emergencia adeudados.

4. Producción (consultas, egresos, cirugías y partos)

Se deseaba observar el porcentaje de variación de las consultas, egresos, cirugías y partos respecto del mismo mes del año anterior. Esta variable se midió mensualmente y fue *considerada solamente a efectos informativos*, sin haber sido ponderada su variación.

Información necesaria: producción mensual del año de análisis y producción mensual del año anterior, por hospital.

Indicador seleccionado: $\frac{\text{Producción mes}_1 / \text{año}_1 \times 100}{\text{Producción mes}_1 / \text{año}_0}$

Período de análisis: mensual

La información de un mes estuvo disponible el día 20 del mes subsiguiente.

El concepto de *transición* puede tomarse en esta organización como los cambios que se fueron introduciendo en el plano de las estructuras y los procedimientos, en el marco de un plan o proyecto de reforma. La transición instala la problemática de la dualidad porque en ella coexisten criterios tradicionales con ideas renovadoras. La organización como concepto y como fuerza debe ser predecible porque es lo opuesto al caos o la incertidumbre. La transición no es interrupción, sino que demuestra la voluntad de seguir creciendo. Es un reacomodamiento de fuerzas, un camino hacia las nuevas estructuras que no debería afectar los rasgos constitutivos. En este sentido, se observó una transición ordenada, no por ser impuesta sino por ser gobernable. El proceso de cambio también requirió un marco de referencia mínimo y un proyecto reconocido. Esto fue vital para que la organización no desapareciera junto con los problemas de dualidad ni las tensiones propias del cambio de funcionamiento. La transición ordenada fue, entonces, el proceso que debió acompañar la idea de un cambio continuado.

DISEÑO DEL TABLERO DE GESTIÓN

Cálculo de Indicadores

Seleccione el Período

Anual
 Semestral 1 2
 Trimestral 1 2 3 4
 Mensual Enero Mayo Setiembre
 Febrero Junio Octubre
 Marzo Julio Noviembre
 Abril Agosto Diciembre

Efactor

Hospital Durand
 Hospital Fernandez
 Hospital Ramos Mejía
 Hospital Argerich

 (n)

Selecciona todos los indicadores

Seleccione el/los indicadores a calcular

IND 1 - Tasa de Mortalidad Infantil
 IND 2 - Tasa de
 IND 3 - Porcentaje de

 IND N - Porcentaje de Ahorro Potencial

IND	DESC	Num	Den	Valor
1	xxxx	10	20	50%
2	xxxx	30	90	30%
...
N	xxxx

Calculando ...

52

Calcular Imprimir Exportar

a) Comparativo de indicadores desagregado por efector.

Indicadores - Comparativo por Efactor

Período 2000S02

EFACTORES

Hospital Durand

Hospital Argerich

Hospital Fernandez

INDICADORES

I

II

III

IV

V

b) Comparativo de indicadores desagregados por período

Indicadores - Comparativo por Período

Hospital Durand

PERIODOS	INDICADORES				
	I	II	III	IV	V
1999S0					
2000S01					
2000S02					

c) Comparativo de indicadores por período desagregados por efector

Indicadores - Comparativo por efector y período

INDICADOR I

EFECTORES	PERIODOS		
	2000M01	2000M02	2000M03
Hospital Durand			
Hospital Fernandez			
Hospital Argerich			

Indicadores - Comparativo por Efector

Período 2000S02

EFECTORES	INDICADORES				
	I	II	III	IV	V
Hospital Durand					
Hospital Argerich					
Hospital Fernandez					

Capítulo 7

Conclusiones

7.1 Conclusiones de la tesis

Ante un escenario de alta incertidumbre como el que se vivió en el ámbito de la Secretaría de Salud en el año 2002, las autoridades establecieron una agenda de objetivos que les permitiera poder afrontar dicha coyuntura adversa con los menores costos sociales posibles. Hubo una actitud muy proactiva por parte de la gestión sanitaria avanzando en la conformación de líneas de trabajo orientadas al paciente y la contención de costos económicos con los proveedores de por medio. La escasez de insumos y la tensión vivida producto de la falta de oferta para el abastecimiento de diferentes insumos críticos hacía más que necesario pensar lateralmente y paliar los efectos no deseados de una crisis generalizada de confianza. Las dificultades para la compra hicieron posible un cambio de proporciones en el sentido del abastecimiento entre los hospitales y la Secretaría. Se buscaba ejercer desde el gobierno un poder monopsónico dentro de un mercado atomizado para encontrar mayores posibilidades de negociación con los oferentes.

La necesidad de una gestión integral de medicamentos surgía como un proceso altamente beneficioso tanto para el Estado como para los profesionales, los usuarios y la industria misma. Para el Estado, por el impacto positivo que siempre genera una disminución de costos en el sector salud. Para los profesionales, porque les permite incorporar los conceptos de medicamentos esenciales y de genéricos de la misma forma que propicia la internalización de conceptos farmacológicos y de costo eficiencia. Para los usuarios, por el hecho de que ella permite la misma una extensión de la cobertura. Y para la industria, porque de esta forma se desarrollan reglas de juego seguras. De este modo, se podía pensar en articular una estrategia moderna de desarrollo de una prestación de servicios, donde todos ganasen.

Esta gestión integral constituía una asignación adecuada del gasto, la vinculación acertada a procesos y una acción reasignativa sobre la población extendiendo la cobertura. Por ende, era menester mejorar aspectos microeconómicos vinculados a la gestión clínica, a la mejora de la medicina tradicional, a la extensión del modelo curativo por uno más integral e integrado con la promoción, la prevención y la rehabilitación. Todo ello reconociendo la necesidad de que el médico comprometido asumiera la responsabilidad en la distribución de los recursos como estrategia para conservar su autonomía pero, a la vez, la necesidad de que esto implicara replantear el contrato entre el profesional y la sociedad; generando procesos de administración más ágiles, más transparentes, sin componentes transaccionales: con una logística interna que manejara los *stocks* y las reposiciones adecuadamente; con una farmacia que se vinculara activamente con los procesos asistenciales para aportar continuamente conocimientos farmacológicos, especialmente en aquellos casos en que se habilitara un producto nuevo o fuera una marca que los clientes internos del equipo de salud desconocieran; con la aplicación de costos para evaluación de alternativas y de costo utilidad para su aplicación; y también incorporando la efectividad como un factor de corrección por calidad, preferencia y valuación. Así, se volvía necesario

contar con farmacias hospitalarias y públicas con un adecuado control del gasto y desarrollar guías fármaco-terapéuticas y sistemas de unidosis, desarrollo de una receta única, mejorando la formación de los farmacéuticos, los profesionales y los jefes de compra.

También es cierto que las dificultades en la provisión llevan a una limitante prescriptiva, mientras que una buena gestión de almacenes y farmacia aumenta el gasto de medicamentos. Por lo tanto, era necesario, además de mejorar la provisión, identificar la asignación al proceso y concientizar a los profesionales. En condiciones de igual cantidad de producción y de medicamentos, la reducción tomada como objetivo tiene que estar como mínimo al 30%, de los cuales un porcentaje muy pequeño, casi un 10% del ahorro generado, insumiría el costo del proceso, de modo tal que el resto pudiera ser reinvertido en el sector salud. De dicha apreciación se desprende que la eficiencia genera un círculo virtuoso de aumento de la competencia administrativa y de gestión. Para que estos ahorros pudieran ser sostenibles en el tiempo y se trasladaran a otros ámbitos de la prestación sanitaria, como la utilización de los procedimientos de diagnóstico, la elección de la terapéutica, la utilización del recurso cama y también las normativas de tratamiento, se debían generar cambios en la cultura sectorial, en las normas y en los paradigmas. El proyecto PNUD era importante porque permitía la integración de una política de insumos utilizados en la prestación de salud y de medicamentos esenciales a la política sanitaria de la ciudad para mejorar el acceso, disminuir los gastos, asegurar la calidad y la seguridad.

En este contexto y durante este período de tiempo, en el sistema de salud porteño, como se puede observar, se intensificaron las acciones tendientes a obtener la mayor transparencia en las compras y la obtención de las mejores cotizaciones *posibles* del mercado. En consecuencia, el nivel de respuesta alcanzado puede visualizarse a través de la comparación del gasto en bienes de consumo y la producción del sistema en su conjunto durante los años 2001-2002, teniendo particularmente en consideración los aumentos en los precios de comercialización de los insumos del sector. Los datos subsiguientes ponen de manifiesto los parámetros de desempeño de los efectores de la Ciudad.

Ejecución presupuestaria y producción 2001/2002

Ejecución presupuestaria-Inciso 2	
Bienes de consumo-Secretaría de Salud	
Año 2001	\$ 79.728.691.-
Año 2002	\$ 107.413.397.-

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.

- ❖ Incremento de la ejecución presupuestaria: **34,72%**
- ❖ Incremento promedio precios de medicamentos: **80%**
- ❖ Incremento promedio precios de material descartable: **150%**
- ❖ Índice de precios internos al por mayor – Nivel general a diciembre 2002: **218,44**
(Base Dic. 01 100)

Por último, y como herramienta de información y control de gestión apropiada para la toma de decisiones, la Secretaría también avanzó en la **creación de un tablero de gestión**, de modo tal que le permitiera sentar las bases para un mayor control de la calidad de la gestión. Este control de calidad se sustentaba en la comparación de aquello que se debía hacer con lo que realmente se había hecho. Este proceso comparativo era aplicable tanto a la estructura de la organización como a los procesos empleados y a los resultados obtenidos. El control de calidad necesitaba un patrón de referencia que, en este caso, lo constituía el armado de indicadores para el monitoreo del cumplimiento en los hospitales de las políticas centrales referidas al manejo de la información, la implementación de los mecanismos de transparencia de la gestión de compras, los niveles de abastecimiento respecto de la orientación de las compras centralizadas y la ejecución presupuestaria. Entonces, avanzar en la construcción de este tablero, basado en un conjunto de indicadores que reflejaran la realidad organizacional, las necesidades de los efectores y la conducción de la Secretaría, además de la implementación de un proyecto PNUD, en el período 2001-2002, fue un objetivo de gran trascendencia para el desarrollo futuro del sistema.

7.2. Consideraciones finales

Hay factores que hacen al buen gobierno, que definen un rumbo. Esto es, cuando se dispone de políticas concertadas, se articulan los esfuerzos de los agentes y se hace eje en las necesidades de los destinatarios finales o beneficiarios del sistema. En este sentido, no se trata de entronizar una función dominante en la estructura para imponer sus decisiones sobre las restantes unidades, sino de orientar y arbitrar en un marco de respeto por la autonomía que requieren las unidades operativas. El respeto a las formas de autonomía en los centros de operación se relaciona con el *concepto del buen gobierno*, que implica, como tal, no imponer ni delegar la coordinación a las fuerzas de mercado. La idea de buen gobierno se refiere a la gestión y las formas de coordinación que se orientan a resolver las interdependencias entre grupos vinculados a un proyecto común. Incluye la tarea de arbitrar en las crisis y los conflictos que surgen de las relaciones intergrupales. Es una búsqueda de formas superadoras y sinergia para los esfuerzos diferenciados. El gobierno actúa sobre la base del diálogo, la comprensión y las negociaciones. La buena gestión requiere, así, una función de monitoreo por medio de macro-indicadores que permitan visualizar los efectos de las decisiones de los agentes sobre la estabilidad y el crecimiento de la organización o el proyecto en

conjunto. En la versión de una gestión afirmada y efectiva, el gobierno representa a los grupos involucrados en la organización, en términos de un sentido compartido, donde las políticas son tomadas como guía útil por las unidades ejecutoras que, en este caso, han sido los hospitales públicos de la ciudad.

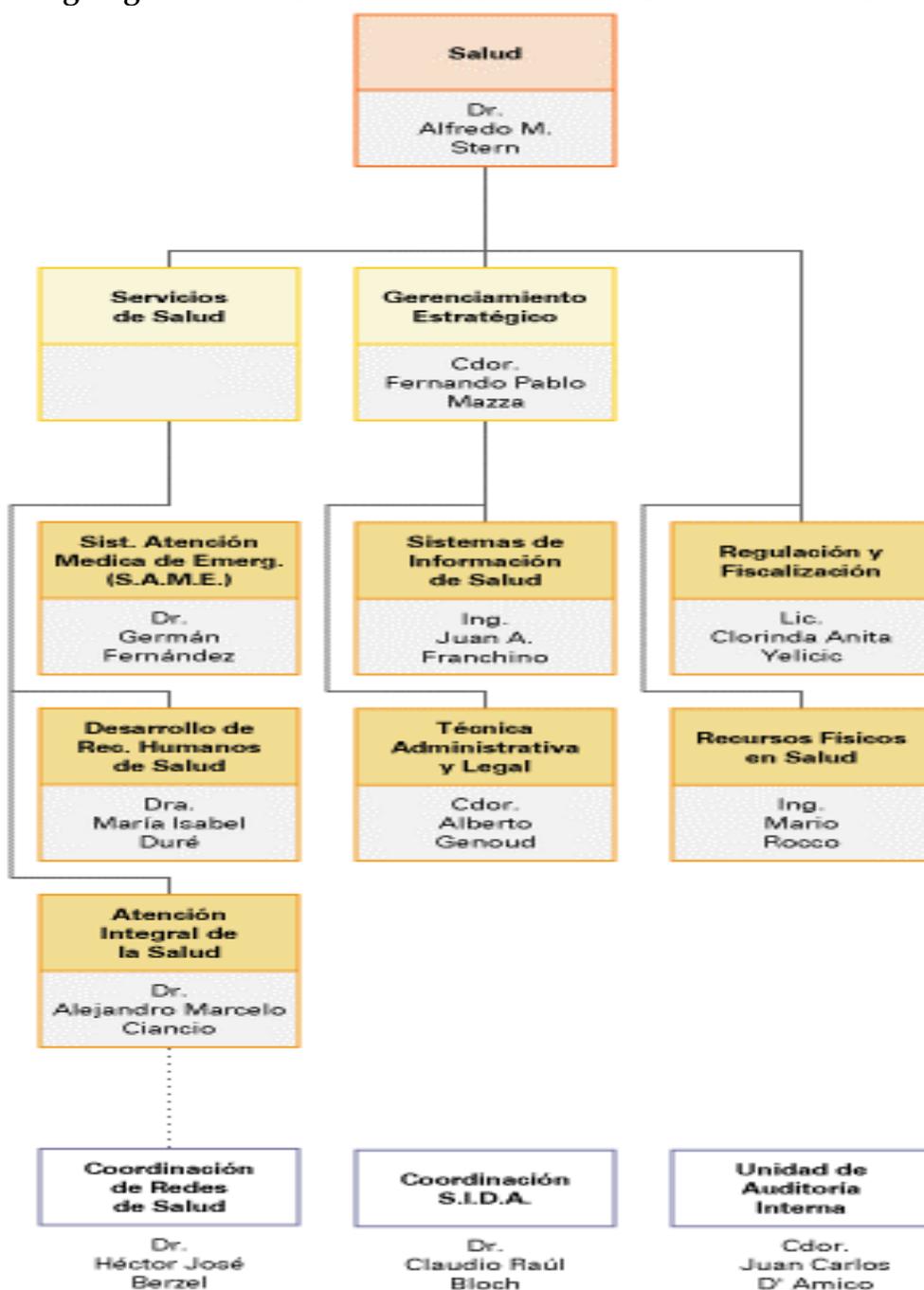
En un contexto de crisis institucional como fue el período estudiado, el peligro propio del desgobierno era la desintegración o la ruptura del tejido social en lo interno y la ausencia de apoyo externo para tener una “organización viable o sustentable”. En ese caso, cada área tendía a defender sus posiciones y achicar las posibilidades de hacer avances de conjunto. Se habla de una crisis de gobernabilidad cuando no hay poder reconocido en la conducción ni posibilidad de lograr acuerdos que den legitimidad a las decisiones de los gobernantes. El desgobierno no es un vacío físico, sino que se refiere a una realidad donde los gobernantes no cumplen con su responsabilidad de conducción y no dan respuesta a los reclamos de la población. El diagnóstico más profundo se refiere a una incapacidad para lograr acuerdos y tomar decisiones de política. El problema se manifiesta en el perfil de los gobernantes, las estructuras de gestión, la información disponible, el manejo de las prioridades y de los tiempos (las cuestiones de agenda). En estos casos hay una falta de capacidad para gobernar una organización. Si hay voluntad política y el objetivo es transformar la organización para satisfacer las demandas del entorno social, se requiere más que una reestructuración o nuevas tecnologías. Siempre en estos casos hace falta cubrir la brecha en la capacidad de gobierno. No sólo en la calidad de las políticas, sino en la posibilidad de guiar y movilizar los proyectos para llevarlos a cabo.

En un escenario de crisis como el aquí analizado, entonces, la función de gobierno de la Secretaría de Salud de la Ciudad, tuvo que hacer un salto cualitativo, concibiendo la organización desde otro esquema conceptual. Esto significó tener que pasar de una lectura o un análisis basado en la racionalidad instrumental de las decisiones y las acciones a una realidad donde los directivos debían evaluar y revisar objetivos en forma continuada, para cuidar la legitimidad y el consenso de las decisiones de política (la racionalidad sustantiva). Esta función de gobierno se define a partir de la búsqueda de un camino aceptable, para enfrentar la relación orden-desorden, interés general-fines personales, y resolver estas tensiones con una adecuada visión de conjunto, así como las medidas de compensación para quienes resultaron postergados en forma temporal.

Con el concepto y la *praxis* del gobierno de las organizaciones, la decisión política fue ir más allá de las metas económicas y las prácticas del ajuste financiero. Se optó por una visión amplia e integradora de los objetivos organizacionales y su relación con el medio. Esta visión de la gobernabilidad pondera la eficacia de los servicios, considerando no sólo los resultados de índole financiera, sino también la calidad de las prestaciones, la equidad en las relaciones y el aporte al desarrollo social.

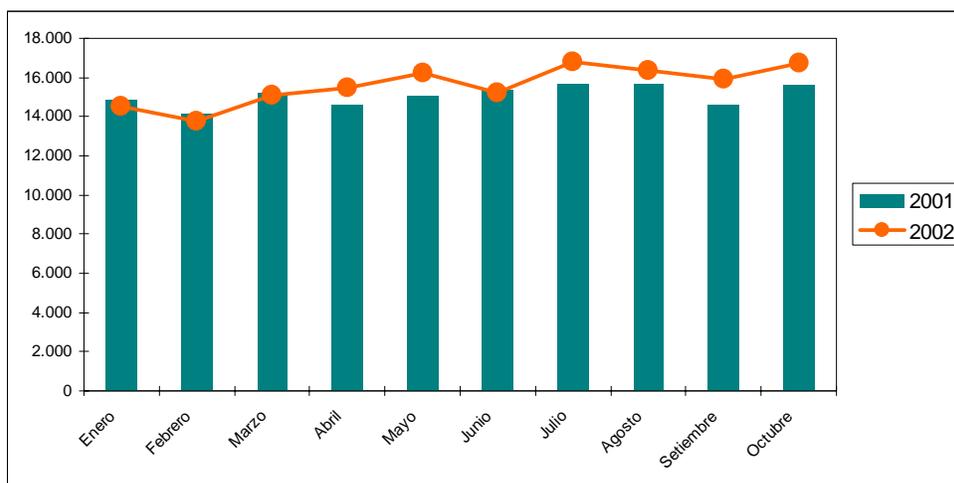
ANEXOS

1. Organigrama de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires



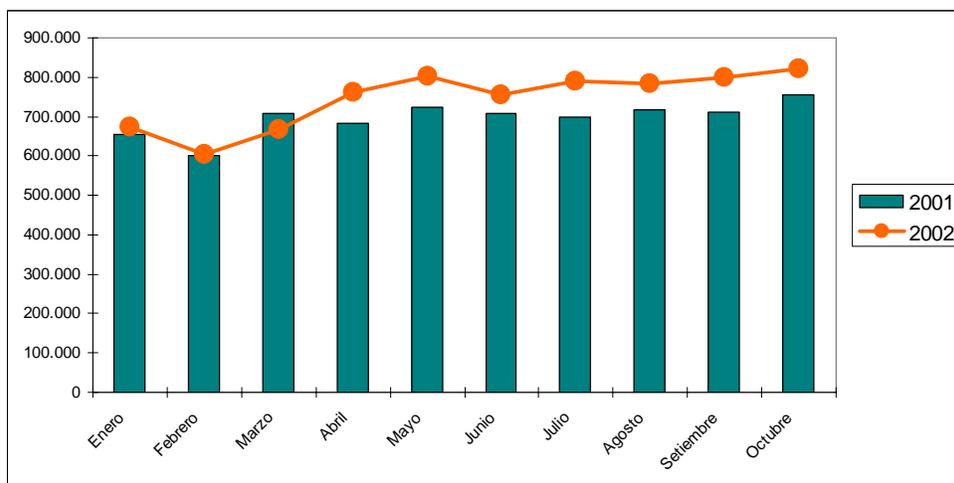
Fuente: registros de la Secretaría de Salud - GCABA.

2. Egresos hospitalarios (enero-octubre 2001-2002)



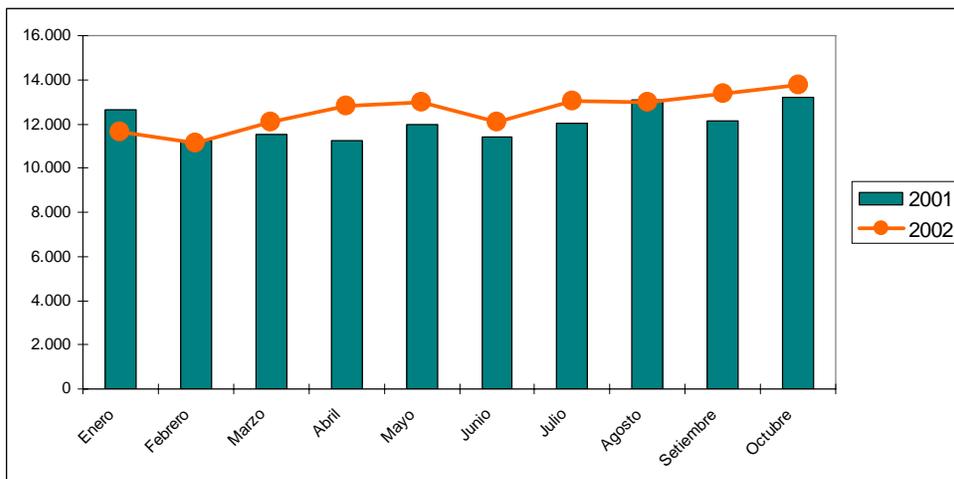
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.

3. Consultas Externas (enero-octubre 2001-2002)



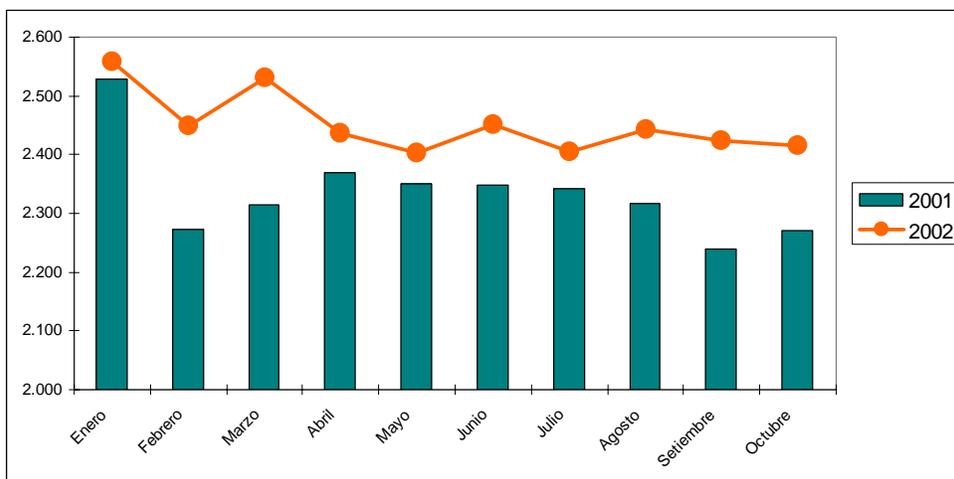
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.

4. Cirugías (enero-octubre 2001-2002)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.

5. Partos (enero-octubre 2001-2002)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.

6. Evolución de precios de insumos hospitalarios entre noviembre 2001 y septiembre 2002.

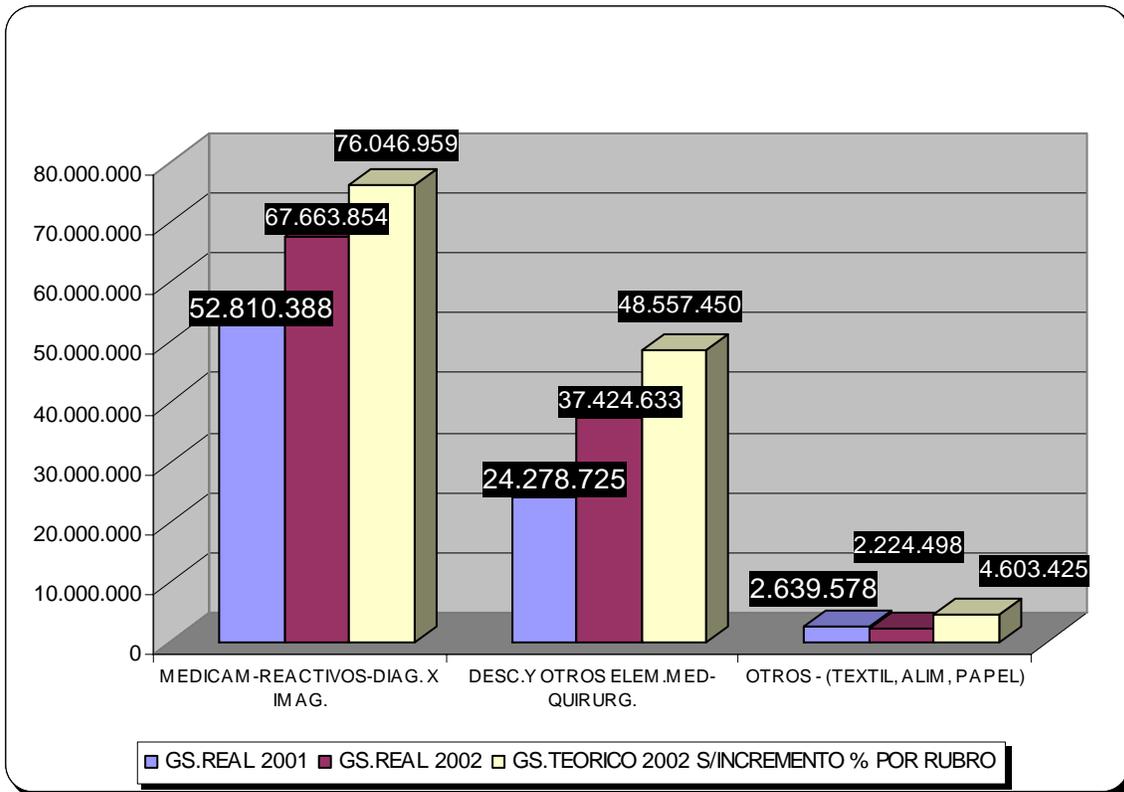
PRODUCTO	P.UNI.NOV01*	P.UNI.SEPT/02**	DIFERENCIA	DIF. %
CEFTRIAXONA 1 GR.	\$ 1.200	\$ 6.970	\$ 5.770	480.83
CEFALOTINA 1 GR.	\$ 0.980	\$ 5.450	\$ 4.470	456.12
CEFTAZIDIMA 1 GR.	\$ 2.000	\$ 11.050	\$ 9.050	452.50
VANCOMICINA 500 MG	\$ 2.500	\$ 12.490	\$ 9.990	399.60
RANITINA 50 MG	\$ 0.110	\$ 0.480	\$ 0.370	336.36
JER 5 CC	\$ 0.065	\$ 0.259	\$ 0.194	298.46
JER. 20 CC	\$ 0.150	\$ 0.550	\$ 0.400	266.67
POLIGELINA X 500 ML	\$ 10.500	\$ 32.950	\$ 22.450	213.81
ALBUMINA HUMANA	\$ 22.000	\$ 69.000	\$ 47.000	213.64
MIDAZOLAM 15 MG	\$ 1.178	\$ 3.500	\$ 2.322	197.11
MEROPENEM 500 MG	\$ 27.000	\$ 75.500	\$ 48.500	179.63
ESTREPTOQUINASA	\$ 365.000	\$ 1,000.000	\$ 635.000	173.97
JER.10 CC	\$ 0.150	\$ 0.350	\$ 0.200	133.33
GUANTES CIR.N 7/12	\$ 0.500	\$ 1.150	\$ 0.650	130.00
IGH ANTITETANICA	\$ 18.000	\$ 41.000	\$ 23.000	127.78
PELI.RAD. 35X43	\$ 1.200	\$ 2.520	\$ 1.320	110.00
SOL-Fisiol. 500	\$ 0.480	\$ 0.940	\$ 0.460	95.83
GUANT. EXAMINACIÓN	\$ 0.059	\$ 0.115	\$ 0.056	94.92
SOLU.DEX.5% X 500	\$ 0.500	\$ 0.960	\$ 0.460	92.00
BOLSA EXT. SANGRE	\$ 8.350	\$ 15.500	\$ 7.150	85.63
GASA HID.TUBU.	\$ 6.000	\$ 10.850	\$ 4.850	80.83
IMIPENEM	\$ 32.000	\$ 54.190	\$ 22.190	69.34
OLANZAPINA 10 MG	\$ 3.250	\$ 5.000	\$ 1.750	53.85
SEVOFUORANO	\$ 293.000	\$ 446.590	\$ 153.590	52.42
TOTALES	\$ 796.172	\$ 1,797.364	\$ 1,001.192	125.75

Muestra de 24 productos (casi 30 % del gasto en insumos hospitalarios entre enero y julio 2002)

PROMEDIO EVOLUCIÓN PRECIO
UNITARIO **125.75%**

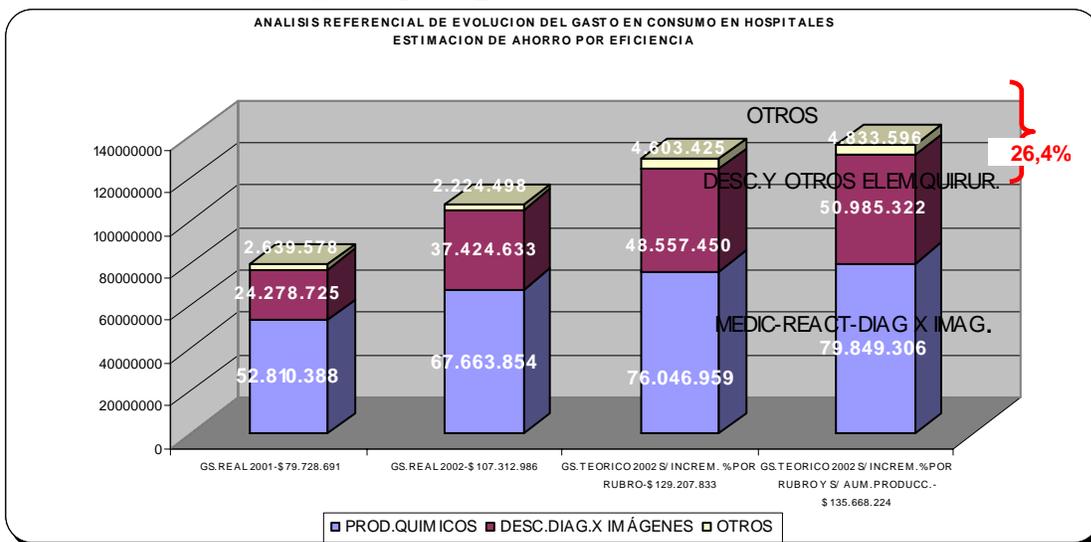
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud.

7. Análisis del gasto 2001-2002 en consumo de hospitales (estimación de ahorro por eficiencia)



Fuente: registros propios de la Secretaría de Salud - GCABA

8. Discriminación del gasto por tipo de insumo.



Fuente: registros propios de la Secretaría de Salud -GCABA

9. A - INFORMACION PARA JEFES DE SERVICIO Y DEPARTAMENTO

9.A.1 PRODUCCIÓN

Clasificación	Indicador / Variable	Descripción	Fuente	Periodicidad
Internación	Número de egresos del período	Indica la salida de un paciente internado, por alta o defunción	Adm. y egresos	Mensual / Semestral
	Promedio de camas disponibles	Indica el N°. de camas que en promedio estuvieron disponibles diariamente	Adm. y egresos	Mensual / Semestral
	Cantidad de días de espera para la internación	Permite dar cuenta del promedio de listas de espera para internación, por servicio	Adm. y egresos	Mensual / Semestral
	Promedio de días de preoperatorio	Indica cuántos días permanece internado un paciente previo a su operación	Adm. y egresos	Mensual / Semestral
	Horas médico/ egresos	Mide la productividad media del personal médico asignado al servicio de internación	Adm. y egresos RR.HH.	
Actividad quirúrgica	Promedio de quirófanos en funcionamiento/mes	Porcentaje de horas de ocupación de quirófano. Total de horas de quirófano habilitadas/utilizadas	Hoja de consumo	
	Operaciones programadas	Cantidad de operaciones programadas realizadas	Hoja de consumo	
	Operaciones urgentes	Cantidad de operaciones de urgencia realizada.	Hoja de consumo	
	Total de operaciones	Cantidad de operaciones realizadas	"	
	Operaciones prog. ambulatorias	Cantidad de operaciones programadas ambulatorias realizadas	Hoja de consumo	
	Tasa de conversión de cirugías	Total cirugías de ambulatorias/Total de cirugías programadas	Hoja de consumo	
	% de operaciones programadas suspendidas	Permite medir la calidad de la programación del quirófano	Hoja de consumo	

	Tasa de mortalidad intraoperatoria	Total de muertes en quirófano/Total de operaciones	Hoja de consumo	
	Ingresos a UTI	% de operaciones con ingreso a UTI después de realizada la cirugía	Hoja de consumo	
Consultorio externo	Consultas de primera vez (matutino y vespertino)	Indica la primera vez que un paciente acude a un servicio en el año calendario por una patología	Turnos	Anual
	Consultas ulteriores (m y v)	Es la consulta posterior a la de primera vez, dentro del año calendario	Turnos	Anual
	Consultas totales (m y v)	Total de consultas realizadas en un servicio ambulatorio	Turnos	Mensual / Semestral
	% de ocupación	Total consultas efectuadas/Total de turnos disponibles	Turnos	
	Cantidad de días de espera de turno (para el primer turno disponible)	Días máximos registrados en el otorgamiento de un turno programado en un servicio ambulatorio	Turnos	Mensual / Semestral
	Número de consultas por hora médica del período	Mide el aprovechamiento de las horas profesionales adjudicadas a la consulta externa	Turnos	Mensual / semestral

9.A.2 CALIDAD

Clasificación	Indicador / Variable	Descripción	Fuente	Periodicidad
Internación	Porcentaje de ocupación	% de camas que en promedio estuvieron ocupadas diariamente durante el período.	Adm. y egresos	Mensual / Semestral
	Promedio de días de estada	Representa, en promedio, la permanencia de los pacientes egresados en un período de tiempo	Adm. y egresos	Mensual / Semestral
	Giro de cama	Mide el N° de pacientes egresados por cada cama en promedio durante el período analizado	Adm. y egresos	Mensual / Semestral
	% de cesáreas/partos	Mide el porcentaje de cesáreas sobre partos totales del período	Adm. y egresos	Mensual / Semestral
	Reingresos al servicio Porcentaje del total de egresos	Indica, sobre el total de egresos de un período, qué N°. de pacientes debió ser reingresado al servicio, facilitando un análisis explicativo	Adm. y egresos	Mensual / Semestral
	Profesional de la salud/ enfermera/o	Evalúa la relación existente en la asignación del recurso humano dedicado a la atención de la salud a fin de compararlo con los estándares internacionales	RR.HH.	
	Enfermera/cama ocupada	Mide la productividad media del personal de enfermería asignado al servicio	Adm. y egresos RR.HH.	

Consultorio externo	Relación de consultas de primera vez/ulteriores	Mide la cantidad de consultas vinculadas a una patología que se realizaron en el período	Turnos	Anual
	Concentración de consultas: <i>Total de consultas</i> _____ Total de consultas de 1ra. vez	Mide, para una patología determinada, la cantidad de consultas que necesitó un paciente para ser dado de alta, Se relaciona con el tipo de patologías que atiende el servicio (agudas / crónicas)	Turnos	Anual

9.A.3 SERVICIOS INTERMEDIOS

Clasificación	Indicador / Variable	Descripción	Fuente	Periodicidad
Laboratorio	Nº de determinaciones por pedido	Indica la cantidad total de determinaciones de laboratorio efectuadas en un período	Hoja de consumo	Mensual / Semestral
	Nº de solicitudes por cantidad de consultas/egresos	Indica la cantidad de determinaciones solicitadas en relación con las consultas / egresos del período	HdC / turnos / AyE	Mensual / Semestral
	Horas técnico/cantidad de prácticas realizadas	Mide la productividad media del personal técnico asignado al servicio	HdC / RR.HH.	
Diagnóstico por imagen	Estudios radiológicos: Placas	Cantidad de placas radiográficas realizadas en un período	HdC	Mensual / Semestral
	Relación P de placas utilizadas/ placas desechadas	Mide la eficiencia en la utilización de las placas	Sist. transac. diag y tratam.	
	Nº de ecografías totales Cantidad ecografías por ecógrafo	Cantidad de ecografías realizadas en un período Productividad media del equipamiento	HdC	Mensual / Semestral
	Demora media por ecografía	Promedio días de demora en turnos de ecografía	HdC / turnos del servicio	Mensual / Semestral

	Nº de mamografías Cantidad mamografías por mamógrafo	Cantidad de mamografías realizadas en un período Productividad media del equipamiento	HdC	Mensual / Semestral
	Demora media por mamografía	Promedio de días de demora en turnos de mamografía	HdC / turnos del servicio	Mensual / Semestral
	T.A.C. Cantidad T.A.C. por tomógrafo	Cantidad de T.A.C. realizadas en un período Productividad media del equipamiento	HdC	Mensual / Semestral
Clasificación	Indicador / Variable	Descripción	Fuente	Periodicidad
	Demora media por T.A.C.	Promedio de días de demora en turnos de T.A.C.	HdC / turnos del servicio	Mensual / Semestral
	Electrocardiograma	Cantidad de electrocardiogramas realizados en un período	HdC	Mensual / Semestral
	Cantidad de estudios realizados por patología	Mide la relación de la cantidad de estudios realizados por patología por servicio	HdC	
	Cantidad de estudios ordenados por servicio	Mide la conducta prescriptiva de los servicios en función de las patologías atendidas	HdC	
Farmacia	Horas farmacéutico/camas ocupadas Horas farmacéutico/ cantidad de pedidos	mide la productividad media del profesional asignado al servicio (Farmacia)	RR.HH. Farmacia Adm. y egresos	
	% de cumplimiento del vademécum	Mide los desvíos respecto del cumplimiento de la norma	Farmacia	
	% de utilización insumos comprados	Mide la calidad de la planificación de las compras programadas por el sector farmacia	Farmacia	

9.B. INFORMACION PARA DIRECTORES Y SUBDIRECTORES

9.B.1 INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA

Clasificación	Indicador / Variable	Descripción	Fuente	Periodicidad
Internación	Ingresos:	Mide ingresos de un período clasificado por:	Adm. y egresos	
	Por admisión	- admisión		
	Por urgencia	- urgencias		
	Total	- totales		
	Camas disponibles		Adm. y egresos	
	Horas de enfermería/ módulos de enfermería	Proporciona información para evaluar la forma de contratación en términos de costos asociados	RR.HH.	
Clasificación	Indicador / Variable	Descripción	Fuente	Periodicidad
Generales	Mortalidad		Adm. y egresos	
	▫ Mort. total	Tasa de mortalidad registrada en el hospital	Adm. y egresos	
	▫ Mort. en las primeras 24 h.	Permite identificar la gravedad de los ingresos	Adm. y egresos	
	Tasa de infección quirúrgica	Mide la calidad asistencial		
	Espera media para la intervención quirúrgica programada		Adm. y egresos	
	Espera media para la intervención quirúrgica ambulatoria	Listas de espera para cirugía ambulatoria	Adm. y egresos	

	Partos totales	Cantidad de partos de un período	Adm. y egresos	
	Tasa de cesáreas	Cantidad de cesáreas de un período	Adm. y egresos	
	Total de horas médicas del Depto. de Urgencia /suplencias de guardia	Proporciona información para evaluar la forma de contratación en términos de costos asociados	RR.HH.	
	Cantidad personal administrativo/egresos	Permite evaluar la dimensión de la estructura administrativa del hospital en función de las necesidades planteadas por la organización	RR.HH. / Adm. y egresos	
	Cantidad de personal administrativo/consultas		RR.HH. / Turnos	
Recursos Humanos - Productividad				
	Horas nutricionista/ cama ocupada	Mide la productividad media del profesional asignado al servicio (nutrición)	Adm. y egresos RR.HH.	
	Horas asistente social/ egresos	Mide la productividad media del profesional asignado al servicio (asistencia social)	Adm. y egresos RR.HH.	
	Camilleros / (pases + intervenciones quirúrgicas)	Indica la productividad media del personal	Adm. y egresos RR.HH.	
	Horas nutricionista/ consulta	Mide la productividad media del profesional asignado al servicio (nutrición)	Turnos RR.HH.	Mensual / semestral
	Horas kinesiólogo/ sesiones	Mide la productividad media del profesional asignado al servicio (kinesiología)	Turnos RR.HH.	Mensual / semestral

	Horas psicólogo/ sesiones individuales	Mide la productividad media del profesional asignado al servicio (psicología)	Turnos RR.HH.	Mensual / semestral
	Horas asistente social/ consultas	Mide la productividad media del profesional asignado al servicio (asistencia social).	Turnos RR.HH.	Mensual/ semestral
	Residentes/ médico	residentes/médico para cada servicio (internación)	RR.HH.	

Clasificación	Indicador / Variable	Descripción	Fuente	Periodicidad
Recursos Humanos - Costos				
	Costo medio de profesional médico por patología	Mide el costo medio del profesional médico en relación con las patologías atendidas en el período, por servicio	Adm. y egresos RR.HH.	
	Costo medio de enfermería por patología	Mide el costo medio de enfermería en relación con las patologías atendidas en el período, por servicio	Adm. y egresos RR.HH.	
	Costo medio de personal auxiliar por patología	Mide el costo medio del personal auxiliar en relación con las patologías atendidas en el período, por servicio	Adm. y egresos RR.HH.	
	Costo medio de personal técnico por patología	Mide el costo medio del personal técnico en relación con las patologías atendidas en el período, por servicio	Adm. y egresos RR.HH.	
	Costo medio de personal administrativo por patología	Mide el costo medio del personal administrativo en relación con las patologías atendidas en el período, por servicio	Adm. y egresos RR.HH.	

	Costo medio de otros recursos humanos por patología	Mide el costo medio de otros recursos humanos en relación con las patologías atendidas en el período, por servicio	Adm. y egresos RR.HH.	
Costos Generales				
	Costo medio de insumos por patología por servicio	Mide el costo medio de los insumos utilizados en relación con las patologías atendidas en el período	Adm. y egresos RR.HH. - Farmacia	
	Costo medio de alimentos por patología	Mide el costo medio de los alimentos en relación con las patologías atendidas en el período	Adm. y egresos RR.HH.	
	Costo medio de residuos patogénicos por patología	Mide el costo medio de los residuos patogénicos en relación con las patologías atendidas en el período	Adm. y egresos RR.HH.	
	Costo medio de tomografía por patología	Mide el costo medio de las tomografías en relación con las patologías atendidas en el período	Adm. y egresos RR.HH. – HdC	
	Costo medio de resonancia por patología	Mide el costo medio de las resonancias en relación con las patologías atendidas en el período	Adm. y egresos RR.HH. – HdC	

Bibliografía

Bibliografía consultada

Antolin Arias, J., Álvarez Rubio, L., Ramos Acosta, C. L., Mejido Fernández, S. y Hernández González R. (2002): "Elaboración y puesta en marcha del programa de calidad del hospital", en [http//www.puntex.es](http://www.puntex.es)

Artells Herrero, J. J. (1999): "Necesidad sanitaria, demanda y utilización". Ponencia presentada en las XIX Jornadas de Economía de la Salud, documento de trabajo N°11. Zaragoza, España.

Asenjo, M. A. (2003): "La organización hospitalaria del futuro", Diario Electrónico de la sanidad, N°892, 10 de Enero, en [http//www.meditex.es/elmedico](http://www.meditex.es/elmedico)

Barnes, S. (2002): *Sistemas de gestión del conocimiento. Teoría y práctica*, ed. Thomson. Madrid

Costa Font, J. (2001): "Evaluación económica y política sanitaria: ¿cómo adoptar decisiones colectivas?", en [http//www.atheneum.doyma.es](http://www.atheneum.doyma.es).

Etkin, Jorge y Schvarstein Leonardo (1992): *Identidad de las organizaciones*. ed. Paidós. Argentina

Etkin, Jorge (2003): *Gestión de la Complejidad en las Organizaciones. La estrategia frente a lo imprevisto y lo impensado*, Ed. Oxford. México.

Etkin, Jorge (2000): *Política, Gobierno y Gerencia de las Organizaciones*, ed. Prentice Hall. Chile.

Felcman, Isidoro (1989): *La reforma administrativa y el cambio en el modelo de gestión: del modelo de gestión por normas al modelo de gestión por resultados*, ed. Mimeo. Buenos Aires.

Gelonch, R. G (1995): "Indicadores de Precios Sanitarios". Ponencia presentada en las XV Jornadas de Economía de la Salud, Barcelona.

Giraldo, A. (1988): "Aplicación de un Modelo Metodológico al Análisis Económico de un Proyecto de Salud". Tesis doctoral de la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas, Buenos Aires.

Góngora, Norberto (1994): "Reforma del Estado y posibilidades de un cambio en el modelo de gestión, revista *Perspectiva* y diálogo internacional, año 6, N° 7. Fundación Andina.

Jiménez de la Jara, J. (2003): "Política y organizaciones de salud", en ARS Médica, vol. 5, N° 5, págs. 1-11.

Kaplan Robert y Norton David (1997): *El Cuadro de Mando Integral*, ed. Gestión 2000. Barcelona.

Katz, J. (1993): *El Sector Salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica/ Serie de Economía.

Morgan, Gareth (1991): *Imágenes de la Organización*, ed. Alfaomega. México

OMS (2002): *Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Ginebra. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS.*

Ortún R. V. (1996): "Innovación Organizativa en Sanidad", en Meneu, R. y Ortún, V.: *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*, Barcelona, AES.

Payan, M. J. (2003): Ética y Racionalidad Económica en Sanidad, en [http//www.meditex.es](http://www.meditex.es)

Varo, Jaime (1994): *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios*, ed. Díaz de Santos. Madrid.

Bibliografía de referencia

Antezana, Fernando S. y Vázquez, Germán (2002): *Programa de acción sobre Medicamentos Esenciales*, OMS, Ginebra.

Díaz, Carlos (2003): "La racionalidad económica sanitaria debe superar la restricción", ed. ISALUD. Buenos Aires.

Flament, Claude (1965): "Les processus de communication en P. Fraise y J. Piaget », en *Traité de psychologie experimentale*, París, P.U.F

Kaufman, Daniel y Gray Cheryl W. (1998): "Corrupción y Desarrollo" .Finanzas y Desarrollo. Washington, v. 35, n° 1.

Suárez, Francisco y Jabbaz, Marcela (2001) AA.VV.: "Hacia una política de control de la corrupción", en *La Gaceta de Económicas*, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires. Año 2 N° 9 y 10, abril y mayo de 2001.

Tobar, F. (2001): "El Gasto en salud de los argentinos", ed. ISALUD. Buenos Aires.