

Coyunturas de alta incertidumbre, lecciones y desafíos

El caso de la Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante la crisis política, económica e institucional 2001-2002

Por **Pablo Mazza**

Contador Público egresado de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Economía y Gestión de la Salud por la Universidad ISALUD. Magíster en Administración de Empresas (MBA) por la Universidad de San Andrés. Consultor para salud del Programa de Naciones Unidas del Desarrollo (PNUD). Fue Subsecretario de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires entre 2001 y 2006. Realiza actualmente consultorías externas e investigaciones en temas de salud en organismos nacionales e internacionales.

Director: Dr. Mario Glanc

Jurado: Dra. Nora Rébora, Mag. Noemí Savoia y Mag. Arturo Schweiger

La versión completa de esta tesis está disponible en el Centro de Documentación de ISALUD.

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

Ilya Prigogine, premio Nóbel de Química

1.- Introducción

Que estamos sufriendo una recesión económica prácticamente mundial no es ninguna novedad. Pero al afectar esto a casi todos los sectores, se puede nombrar a la salud y la equidad en su distribución como un problema de envergadura donde lo prioritario empieza a ser articular esfuerzos en pos de defender e incluso mejorar la universalidad de la asistencia sanitaria, como paradigma de sostén a los sectores más vulnerables frente a una crisis.

A todo esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho públicas las conclusiones de la reunión consultiva del más alto nivel sobre la crisis financiera y su impacto en la salud mundial, y allí sugirieron cinco esferas de análisis que deberían propiciar atravesar la crisis en buenas condiciones. Esto es: 1) Liderazgo; 2) seguimiento y análisis; 3) Gasto público en favor de los pobres y de la salud; 4) Políticas para el sector sanitario; 5) Nuevas formas de trabajar en la salud internacional. A continuación se abordará una experiencia de caso sobre el tratamiento de una crisis económico-financiera local de gran porte, como fue la de 2001 y su impacto en el sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El presente trabajo de investigación analiza un proceso de gestión en un sistema público de salud dentro de un contexto de crisis económico-social e institucional, a través de la identificación de estrategias para el logro de una mayor equidad en las prestaciones y una mejor utilización de los recursos.

El propósito del trabajo es analizar las acciones que conllevaron un uso más eficiente y racional de los insumos y, asimismo, describir las herra-

mientas empleadas en la administración y la gestión del abastecimiento hospitalario frente a una coyuntura de fuerte inestabilidad. A lo largo de estas páginas, se irán exponiendo las acciones implementadas dentro de los hospitales, para el cumplimiento de este propósito, mediante las distintas herramientas de información y control necesarias para la toma de decisiones.

A los fines de una mejor comprensión de la temática, es menester precisar 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.

El criterio de racionalidad implica sopesar diferentes alternativas, en términos de eficiencia. Por ende, la aplicación de una racionalidad económica sanitaria significa organizar la producción del servicio 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 tanto social como económica.

El hecho de racionar, en cambio, apunta a repartir los recursos, sobre la base de una directiva común que determine la distribución. Este accionar encuentra su justificación en situaciones de gravedad o imprevistas, de dificultad en la conformación de precios, o de defectos en el funcionamiento del mercado, con márgenes para prácticas corporativas u oligopólicas.

La restricción, por su parte, significa acotar o limitar las prestaciones con criterios de ordenamiento/ disminución del gasto.

El presente estudio, en este sentido, intenta explicar cómo las acciones desarrolladas por el gobierno de la ciudad, dentro de una estrategia de racionalidad económica sanitaria, facilitan el poder superar la restricción y el racionamiento en la necesidad.

La formación y el perfeccionamiento de la función gerencial son un paso fundamental, limitante del cambio, para contar con el potencial humano necesario. 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 las fuerzas vivas de la sociedad. Esta formación responde a la necesidad de adquirir el suficiente conocimiento acerca de los diversos enfoques decisorios en escenarios complejos. La función gerencial, para este caso en particular, posibilita dar respuestas a problemas de alta complejidad en ámbitos muy desconcentrados de decisión.

Cuando se analiza el gasto en el servicio público de 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. De esta forma, se introduce la economía de la salud como elemento referencial importante, aunque no el único; ya que por este camino, es comúnmente factible 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, en primer lugar, cuáles son las necesidades y cómo pueden resolverse.

Este abordaje, entonces, intenta solucionar un doble par contradictorio de expansión asistencial, con postergación y limitaciones. Para ello, es nece-

sario conocer claramente la actividad proyectada, el costo de las acciones y su incidencia y de esa forma hacer un cálculo presupuestario certero.

De esa manera, se torna 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 los límites de su ámbito de competencia, ya que las necesidades en el ámbito de la salud tienden a ser infinitas, mientras que los recursos son siempre escasos. La tarea de la gestión consistía, entonces, en incrementar las prestaciones, sin incrementar exponencialmente el gasto sanitario, proporcionando así, servicios eficientes con mayor calidad y efectividad, dentro de las expectativas de los usuarios y la población en general.

2.- La crisis y su impacto en el sistema sanitario

2.1.- El contexto de la crisis

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con sus 2.970.750 habitantes, según estadísticas del Indec, es el centro urbano de mayor población del país y representa el 8,2% de la población nacional. Esta población crece a una tasa media anual del 1,2% y tiene una densidad de 14.827 habitantes por kilómetro cuadrado, según la misma fuente.

El sistema sanitario de la ciudad tiene una de las ofertas más variadas y completas de la República Argentina, constituyéndose en un referente insoslayable del sistema público de salud. En su haber cuenta con 33 hospitales, de los cuales trece son hospitales generales de agudos y el resto son especializados, con un promedio de 3706 camas disponibles para los agudos, 601 para los niños y 3856 para los especializados.

Ahora bien, a partir de diciembre de 2001, 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. El racionamiento y la restricción comenzaron a hacer mella la calidad de los servicios públicos. Para el ciudadano común, esto se tradujo en fuertes barreras de accesibilidad a los bienes y servicios esenciales. Fundamentalmente para gran parte de la población más necesitada, pero también los sectores medios en retroceso, al verse golpeados de manera importante, con la caída de la actividad económica en general y con el aumento de las tasas de desempleo y subempleo. Esto genera una mayor presión sobre un servicio de salud pública de carácter abierto, amplio y gratuito.

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

- 1) Un progresivo deterioro del financiamiento de los distintos subsistemas (con una caída de aproximadamente el 15,5% durante los primeros ocho meses de 2002);
- 2) un crecimiento en el costo de medicamentos e insumos biomédicos importados, derivado de 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.

2.2. Agenda de objetivos para esa coyuntura

Al momento del advenimiento de la crisis, el primer objetivo era contener el incremento del gasto sanitario para luego poder empezar a reducirlo. Para lograrlo, había que trabajar en un marco de plena atención, pero con racionalidad prescriptiva, compromiso y participación de todos los actores, con un abordaje desde todas las dimensiones y en todas las áreas del proceso, con 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, y el 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 producían la demanda de los 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 a los medicamentos para los pacientes ambulatorios. Con ello se buscaba mejorar la equidad del sistema que, desde la óptica económica, implicaba un ejercicio de justicia social. 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, que es responsabilidad de quien regula, financia, fiscaliza y controla. Esto se logra mediante el aumento de la accesibilidad al recurso terapéutico, para lograr que tenga el menor costo posible, que esté disponible cuando el paciente lo requiera y evitar así efectos colaterales. Los precios comprendían, en la Secretaría de Salud, un capítulo de análisis específico para la gestión del área. 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.

A su vez, se contempló consolidar un listado de proveedores que reunirían criterios de calidad, establecer los consumos anuales, efectuar un listado de precios ponderados, realizar concursos de precios, llamar a licitaciones internacionales y desarrollar mecanismos de sustitución para disminuir la presión oligopólica.

Adicionalmente, 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 configurada, apuntó a establecer un compromiso de suministro de lotes por presentaciones en las compras anuales, realizar la compra a granel de medicamentos identificados y a adquirir una gama de productos de laboratorio que permitiera una baja 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 entre-

gas trimestrales, compras de medicamentos con un plazo de vencimiento de un año a partir de la adquisición y el trabajo con los productos que los laboratorios tienen en precios promocionales. Estos métodos de compra operaban como un esquema capaz de lograr la adaptación al producto que se demandaba y a las ventajas comparativas. Por lo tanto, significaban un cambio importante en la inercia con la cual se venía trabajando.

Para llevar adelante estos objetivos, 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 y la apertura de un registro permanente de productores.

Asimismo, fue necesario 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, lo que requirió la ligazón permanente y directa con la prescripción, con las recetas e indicaciones, y 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, también hubo que trabajar sobre una provisión justo a tiempo. De esta forma, era posible actuar sobre stocks dinámicos de un listado de medicamentos para la provisión ante la solicitud en un corto plazo. Eso implicaba encontrar pautas adecuadas entre consultas, egresos, morbilidad para poder asignar sólo los medicamentos ambulatorios y limitar la libre prescripción, especialmente para el tratamiento antibiótico de infecciones virales en pediatría.

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 registradas las necesidades básicas insatisfechas, cantidad de consultas realizadas y su discriminación según síndromes atendidos, cantidad de egresos, discriminación entre partos, patología quirúrgica y clínica y pacientes por día; en un agrupamiento por zonas que permitiera discriminar qué monto del gasto en medicamentos sería por atención ambulatoria y cuanto sería destinado a internación, 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 las solicitudes a los jefes de servicio, directores de hospitales, jefes de compras, jefes de farmacia y relacionarlas con la producción deseada. Esto implicaba 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. Por lo tanto, un eje de trabajo para este momento 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 el costo efectividad de las intervenciones. Surgía, pues, como un tema de agenda

política evitar el abuso y el consumo innecesario de medicamentos e insumos descartables. Además, era primordial asegurar un consumo seguro y eficaz. Esto implicaba la selección de medicamentos y productores. Significaba también, una faceta del concepto de eficacia y seguridad del medicamento apropiada para este escenario, complementaria a la concepción desde el lado de la oferta, lo cual atañe a la forma de cómo 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 un aumento de la competencia de todos los actores.

La importancia de establecer una coordinación de los procesos asistenciales con los insumos, 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. Esto implicaba 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 sólo sector, 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 provee, y fundamentalmente a los usuarios. El que prescribe, porque tenía fármacos para tratar a sus pacientes; el que provee, porque cumplía con su función; y los usuarios, porque disponían de medicamentos para tratar sus afecciones.

2.3. Gasto y modelo de compras

El gasto en salud de los argentinos representó 2001 aproximadamente US\$ 24.000 millones, lo que es igual, US\$ 650 por persona por año (cfr. Tobar, 2001). En ese gasto, la participación del sector conformado por medicamentos ascendía a US\$ 7500 millones, lo que significaba 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 US\$ 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 destinaba en 2001 aproximadamente el 25% de su presupuesto total (\$/US\$ 840 millones) al sector salud. El 75% de estos recursos estaban comprometidos al pago de remuneraciones al personal profesional, técnico y administrativo del sector. Del monto restante, \$/US\$ 80 millones fueron destinados a la compra de insumos. Para 2002, se preveía 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 porteño durante la crisis, implicaba que los proveedores le adicionaran a sus productos 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 a fin de 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, respecto 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.

Por otro lado, se sabe también que el paciente busca maximizar su beneficio en un contexto signado por la asimetría de información. De igual forma 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.

En la Tabla 1 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 permite observar el impacto de la incertidumbre en un componente tan sensible como el precio.

2.4. Abastecimiento de los hospitales

Las compras de insumos del sistema de salud de la ciudad hasta 2001 se realizaban casi en su 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 fue un impacto 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 graves consecuencias derivadas de la crisis. Siendo éstas: profundización de la vulnerabilidad y exclusión social; caída de las obras sociales, desafilación creciente a los servicios de medicina prepaga, crisis del PAMI y de otros efectores de los sistemas de salud, colapso financiero de empresas prestadoras de servicios básicos (comida y limpieza), y dificultades para mantener en operación tecnologías dependientes de insumos importados.

Cabe aclarar, a los fines de este estudio, 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 porteño 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, por lo tanto, no estaba en condiciones de ejercer plenamente su carácter de operador monopsónico en un mercado distorsionado. 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.

3. Sistema de Compras

3.1. Herramientas para la gestión de compras

Al inicio de 2002, en la Secretaría de Salud no existía en el nivel central un registro debidamente agregado de las compras realizadas por el conjunto de efectores de la red. 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 de 2000, por primera vez, la Secretaría de Salud comenzó a recibir información correspondiente a las compras por Fondos de Emergencia (FE) y recién a principios de 2002 pudo incluir 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 adquiridos por la red sanitaria en 2001. Los hospitales generalmente enviaban información a destiempo y, como

consecuencia de eso, 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 eran enviadas al nivel central de la Secretaría de Salud. Aplicando 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 (Clave Única de Identificación Tributaria) de los proveedores. Como resultado de todo eso, a principios de 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 de la falta de cumplimiento de la Ley 755/02, la cual establecía la publicación de las compras de insumos en la página web de la ciudad. En el caso de aquellos hospitales que sí publicaban sus compras, sólo podían incluir información hasta el momento de la preadjudicación, ya que el sistema adolecía del software pertinente a las etapas siguientes (como por ejemplo, la adjudicación). Además, faltaba actualizar la habilitación de los usuarios para los distintos hospitales. Si a todo esto se sumaba que a la fecha no se había implementado el uso concreto del Siscom (Sistema Único Informático de Compras) en la red, ni la estandarización del flujo de información hacia el nivel central de la secretaría sobre precios y cotizaciones, se ponía aún más en evidencia la insuficiencia de los mecanismos de control y evaluación implementados hasta entonces. A principios de 2002, en plena crisis, no había en funcionamiento ningún sistema de compras informatizado en los 33 efectores de la red médico-asistencial pública de la ciudad de Buenos Aires.

En este marco, la Secretaría de Salud decidió priorizar la optimización de una serie de mecanismos de control de compras, entre los que se destacan: a) fiscalización de las normas específicas vigentes; b) definición de nuevas pautas para la adquisición de consumibles y control de su cumplimiento (por ejemplo, el desvío aceptable en relación al precio de referencia); c) dictado de directivas sobre la implementación y el uso universal del Siscom; d) obligación de los hospitales de enviar semanalmente a la Secretaría información sobre precios y cotizaciones para su seguimiento; e) envío de información compilada y actualizada por parte de la Secretaría a los distintos efectores (hospitales) sobre precios o cotizaciones inferiores; f) establecimiento de un primer análisis por parte de la secretaría al momento de la carga de la información enviada por los

Tabla 1
Incrementos de Precios (productos testigos)

Producto	Descripción	Precio Unitario (Promedio 2001)	Precio Unitario (Abril 2002)	Variación
Midazolam	Psicofármaco de alta prescripción	\$ 1,17	\$ 5,02	327 %
Vancomicina	Antibiótico	\$ 2,41	\$ 13,50	461 %
Cefalotina	Antibiótico	\$ 0,90	\$ 6,90	665 %
Cefalexina	Antibiótico	\$ 0,10	\$ 0,56	444 %
Jeringas	5 cc.	\$ 0,07	\$ 0,21	228 %

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Secretaría de Salud

hospitales por correo electrónico a fin de advertir datos inconsistentes; g) implementación de un programa informático de alarma que advirtiera sobre precios que sobrepasaran por más de un 15% los valores de referencia y su consecuente informe cotidiano al equipo de trabajo de la Secretaría de Salud; h) elaboración de informes para la intervención del nivel central de la Secretaría de Salud y la Unidad de Auditoría Interna (UAI); i) seguimiento, en el nivel central, de la documentación disponible (órdenes de compra, asientos contables, etc.); j) auditorías in situ.

3.2. Mecanismos centrales de control. Dispersión de precios y ahorro potencial

En marzo de 2002, se realizó un diagnóstico sobre dispersión de precios y ahorro potencial sobre datos de enero del mismo año. El concepto de ahorro potencial hace referencia, en el marco de este trabajo, a la cantidad de dinero que pudo haber ahorrado el sistema de salud público en su conjunto, en el hipotético caso que todos los hospitales hubieran comprado insumos estandarizados al precio más bajo de cada momento. Aplicado, funciona como una suerte de índice de la ineficiencia: cuanto más alto el monto, mayor la ineficiencia de la gestión de compras en el uso de los fondos públicos.

Con este propósito, se estudiaron los precios relativos de cuarenta y ocho renglones de descartables y treinta y ocho renglones de medicamentos, adquiridos a través de Fondos de Emergencia (FE) en ocho y nueve 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 82,20%, con un rango del 0,54% hasta un 556,67%. En este caso, el promedio ponderado del Ahorro Potencial era del 28,30%.

En el primer caso, la diferencia porcentual promedio 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 gasto anual en consumibles para el ejercicio 2001. Este monto era de \$81.777.597, lo que implica, en un ejercicio teórico, calcular un monto de ahorro potencial del orden de los \$21.752.840. Esta cifra, de forma acumulada, 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 2001 el 30% de los 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 uno de los hospitales.

4. Mecanismos de control

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

Previo a la aplicación de las herramientas de gestión estudiadas, cada hospital enviaba semanalmente un informe de los ítems comprados con los respectivos precios abonados. Se desconocía si ello representaba el total de la compra realizada en ese período o si era sólo una parte. Por esta razón, la Secretaría de Salud fomentó el uso de auditorías de terreno junto a la Unidad de Auditoría Interna. 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) debido a los límites en la codificación del 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, cantidades adquiridas, los proveedores y fechas de emisión de las órdenes de compra. Se listaban los precios mínimos y máximos en dicho período, renglón por renglón, identificando el hospital actuante en cada caso. Una vez por semana dicha información era reenviada, con carácter orientativo, desde la DDO hacia los hospitales, señalándose los precios más bajos 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, se focalizaba en aquellos cuya diferencia porcentual superaba el 15% del precio mínimo obtenido por el sistema en igual período. Asimismo, se agregaba por hospital y se calculaba para cada renglón el desvío porcentual respecto del precio mínimo obtenido en el período por algún efector del sistema; también se calculaba el porcentaje de desvíos superiores al 15% en relación con el total de información comparable enviada por cada hospital; el ahorro potencial total y el porcentaje de este ahorro potencial por rubro adquirido por cada hospital, tomando a estos últimos como indicadores de eficiencia en la gestión de compras.

Con el conjunto de los datos, se realizaban para el sistema los mismos cálculos y se observaba su evolución. 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), y un impacto económico de importante potencial de ahorro. Por otro lado, podía detectarse una alta proporción de insumos con precios mayores al 15% sobre el total informado pero con un escaso potencial de ahorro. De igual forma, podían detectarse potenciales de ahorros importantes o escasos en hospitales con una baja proporción de insumos adquiridos a precios con un desvío del mínimo mayor al 15%.

Es relevante señalar que el hecho de que en un hospital no surgieran desvíos de los precios orientativos, podría deberse a la simple razón de que éste no enviara la información o que ésta fuera parcial o selectiva (por no enviar los precios abonados de mayor desvío).

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 (Gráfico 1). 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. Sobre la base de 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.

4.1. Obligatoriedad de la publicación de compras en Internet

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.

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 (Gráfico 2).

A finales de 2002, todos los hospitales publicaban sus órdenes de compra en la página web del gobierno de la ciudad. Se contabilizaban 8098 publicaciones, de las cuales 2893 (35,7%) se hallaban publicadas en etapa de adjudicación. Cabe destacar nuevamente que en junio de ese año, fecha de inicio del control central, se contabilizaban sólo 382 órdenes de compra publicadas (se incluyen las OC publicadas desde 2001 por todo el sistema), de las cuales el 64% correspondían a sólo tres hospitales y ninguna había llegado a la etapa de adjudicación (cfr. Estudio sobre el Estado de Situación a Junio de 2002 en punto 5.4).

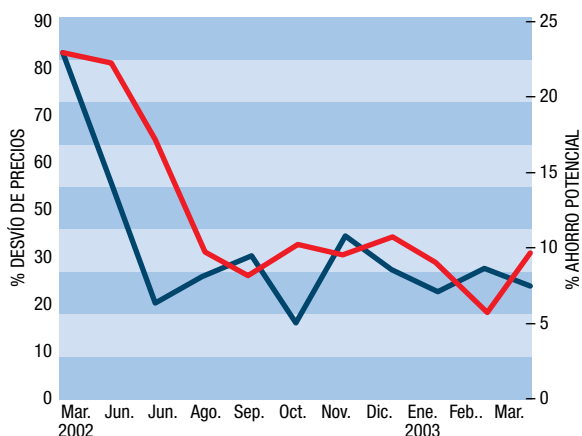
4.2. Construcción del Tablero de Gestión

Dentro del ámbito de la Secretaría de Salud, 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 (el hospital) y los del nivel central de conducción (Secretaría de Salud). Es importante señalar aquí que se realizó un análisis de muestreo, dadas la extensión, la variabilidad y la complejidad del sistema de salud de la ciudad. Motivan esta consideración: la cantidad de efectores (más de 70 entre centros de atención primaria y hospitales); su calidad (hospitales generales de agudos con especializados, 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.

En el desarrollo de un tablero de gestión para 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 agregación (variables secundarias). Asimismo, fue necesario establecer para cada subvariable, un indicador que permitiera su medición.

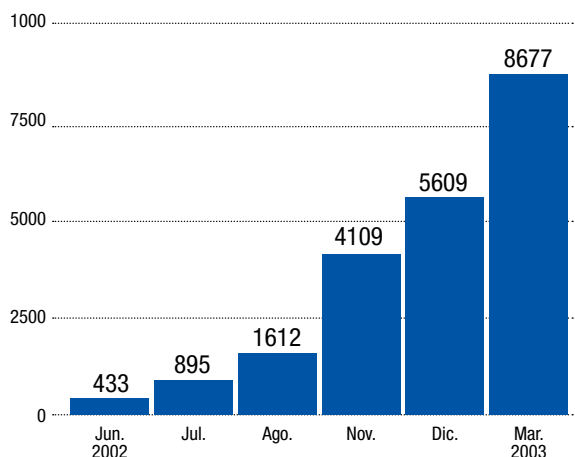
Gráfico 1 Tendencias del desvío de precios y del ahorro potencial

Evolución mensual del desvío de precios y ahorro potencial



Fuente: Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Gráfico 2 Evolución de la publicación de compras en internet



Fuente: Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

A fin de lograr mediciones homogéneas, que permitieran la construcción de un indicador integrado para cada hospital, se realizó una ponderación de cada una de las subvariables, cuya sumatoria estaría proporcionando el peso relativo de cada variable principal.

En la Tabla 2 se presentan las variables establecidas, los indicadores asociados y las ponderaciones asignadas en cada caso.

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.

5. Consideraciones finales

Hay factores que definen un rumbo, que hacen al buen gobierno. 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

Tabla 2
Variables del tablero de gestión

Variable principal	Ponderación	Variable Secundaria	Ponderación	Indicador
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) Envío de Información mensual de compras	0,14	Cumple (1) No cumple (0)
		c.2) Publicación web	0,14	Cumple (1) No cumple (0)
Gestión de abastecimiento	0,15	a) Stock de farmacia Insumos críticos	0,15	Total insumos stock crítico Total insumos informados
Gestión presupuestaria	0,29	a) % de 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
Producción (consultas, egresos, cirugías y partos)*	–	a) 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.

Fuente: elaboración propia

beneficiarios del sistema. 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 el 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, además, la tarea de arbitrar en las crisis y los conflictos que surgen de las relaciones intergrupales, en 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, por lo tanto, 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 una gestión afirmada y efectiva, el gobierno representa a los todos 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 principal peligro era la desintegración o la ruptura del tejido social en lo interno y la ausencia de apoyo externo para mantener una organización viable o sustentable. En ese caso, cada área tendía a defender sus posiciones y coartaba 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. En un 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 ámbitos puede manifestarse la falta de capacidad para gobernar una organización.

Si existe 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 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 enunciado, entonces, la función de gobierno de la Secretaría de Salud de la ciudad, tuvo que producir un salto cualitativo, concibiendo la organización desde otro esquema conceptual. Esto significó tener que pasar de una visión basada 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 adecuado, para enfrentar la disyuntiva 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 temporalmente.

Con el concepto y la praxis de gobierno de las organizaciones, la decisión política fue ir más allá de las metas económicas y las prácticas del recorte de servicios, el racionamiento de insumos y el 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 financieros, sino también la calidad de las prestaciones, la equidad en las relaciones y el desarrollo social.