

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

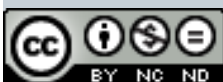
Autor: Carlos Lazzarino

ANÁLISIS DEL GASTO DE FUNCIONAMIENTO EN RELACIÓN CON LOS EGRESOS DE PACIENTES HOSPITALARIOS EN LOS HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS POLIVALENTES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (AÑO 2022)

2024

Director de Tesis: Mg. Arturo Schweiger
Co-directora de Tesis: Mg. Analía Sesta

Citar como: Lazzarino, C. (2024). Análisis del gasto de funcionamiento en relación con los egresos de pacientes hospitalarios en los Hospitales Generales de Agudos polivalentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (año 2022). [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/3041>



Índice

| | |
|---|----|
| Consideraciones éticas..... | 4 |
| Resumen..... | 5 |
| Abstract | 7 |
| Introducción | 8 |
| Presentación..... | 8 |
| Descripción del problema | 9 |
| Contexto | 10 |
| Utilidad | 12 |
| Relevancia y Justificación | 13 |
| Planteamiento del problema | 14 |
| Formulación del Problema de la Tesis | 14 |
| Objetivo General y específicos..... | 15 |
| Objetivo general..... | 15 |
| Objetivos específicos..... | 15 |
| Marco Teórico | 16 |
| Marco normativo | 16 |
| Organizaciones de Salud | 18 |
| Gestión por resultados..... | 20 |
| Formulación presupuestaria | 21 |
| Variables presupuestarias y metas físicas..... | 22 |
| Variación en la práctica médica | 24 |
| Hipótesis..... | 26 |
| Metodología..... | 27 |
| Tipo de estudios | 27 |
| Universo, muestra y unidad de análisis | 27 |
| Universo de análisis..... | 27 |
| Definición de Variables..... | 28 |
| Operacionalización | 29 |
| Fuentes de información y técnicas de recolección de datos | 32 |
| Análisis estadístico | 33 |
| Resultados..... | 33 |
| Conclusiones | 41 |

| | |
|------------------------------|----|
| Discusión - Propuestas | 43 |
| Bibliografía | 47 |
| Anexos..... | 51 |

Consideraciones éticas

El autor no recibe financiamiento ni tiene conflictos de interés. El autor declara bajo juramento conocer y respetar normas legales y éticas internacionales, nacionales y provinciales: Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos de CIOMS/OMS, las guías operacionales para Comités de Ética que evalúan protocolos de la OMS 2000, la declaración de Derechos humanos y Bioética UNESCO del 2005 y las normas nacionales vigentes del Ministerio de Salud de la Nación.

Resumen

La falta de una planificación estratégica eficaz en las organizaciones de salud del sector público en ocasiones las lleva a desarrollar procesos de baja calidad y reducida eficiencia. Esto pone de manifiesto la necesidad de que la gerencia pública se consolide como el principal actor en la creación de políticas y profundice en la innovación y modernización del sector. En otras palabras, la modernización del sector público de salud es crucial para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios que se brindan a la población. En este trabajo se propuso analizar el gasto de funcionamiento en relación a los egresos de pacientes hospitalarios en los Hospitales Generales de Agudos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2022.

A los fines del presente análisis, para el análisis descriptivo de las variables numéricas paramétricas se tomaron la media y desvío estándar como medidas de tendencia central y de dispersión. Para el análisis multivariado entre las variables, se realizaron a priori pruebas estadísticas paramétricas en caso de que sigan una distribución normal. En los casos en que no se obtuvo una distribución normal, se utilizaron pruebas no paramétricas. Se realizó un estudio de correlación entre las variables calculando el coeficiente de Pearson y de Spearman con un nivel de significancia de 0,05.

En síntesis, del presente análisis, se puede concluir que las partidas presupuestarias devengadas de gastos de personal y de bienes de consumo tienen una correlación positiva con el movimiento hospitalario de internación medidos mediante egresos de pacientes en los Hospitales Generales de Agudos de Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo 2022. Sin embargo no ocurre lo mismo con las partidas de Servicios No Personales, donde la correlación no es tan significativa desde el punto de vista estadístico.

Los análisis de correlación entre el nivel de las partidas de gasto de funcionamiento y el rendimiento físico pueden aportar información valiosa para la gestión hospitalaria. A partir de estos datos, es posible dar soporte a la toma de decisiones para evaluar la eficiencia del uso de las partidas presupuestarias en general, y de las destinadas a Gastos de Personal, de Bienes de Consumo y de Servicios No Personales

en particular. Este análisis contribuye a la mejora de la eficiencia del gasto, sin afectar la calidad de la atención que siempre constituye un aspecto relevante de la gestión clínica y en contrapartida de la gestión económico financiera, de los Hospitales Generales de de Agudos Polivalentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Palabras clave: Egresos Hospitalarios, Ejecución Presupuestaria, Hospitales Generales de Agudos

Abstract

The omission of effective strategic planning in public sector health organizations sometimes leads them to develop low-quality and inefficient processes. This highlights the need for public management to consolidate itself as the main actor in the creation of policies and to delve into innovation and modernization of the sector. In other words, the modernization of the public health sector is crucial to improve the quality and efficiency of the services provided to the population.

This manuscript proposes to analyze operating expenses in relation to hospital patient discharges in General Acute Hospitals in the Autonomous City of Buenos Aires in 2022.

For the purposes of this analysis, the mean and standard deviation were taken as measures of central tendency and dispersion for the descriptive analysis of the parametric numerical variables. For the multivariate analysis between the variables, a priori parametric statistical tests were performed in case they follow a normal distribution. In cases where a normal distribution was not obtained, non-parametric tests were used. A correlation study was carried out between the variables, calculating the Pearson and Spearman coefficients with a significance level of 0.05.

In summary, from this analysis, it can be concluded that the accrued budget items aimed at consumer goods and personnel expenses have a positive correlation with the hospital inpatient movement in the General Acute Hospitals of the Autonomous City of Buenos Aires in the period 2022. Not so with Non-Personal Services, where the correlation is not so significant from a statistical point of view.

Correlation analyzes between operating expenses and physical performance can provide valuable information for hospital management. Based on this data, it is possible to support decision-making to evaluate the efficiency of the use of budget items in general, and those allocated to non-personal services, consumer goods and personnel expenses in particular. In this way, the effectiveness and efficiency of spending can be improved, without affecting the quality of care, which should always be a relevant aspect.

Key Words: Hospital discharge, Budget Execution, General Acute Hospitals

Introducción

Presentación

Los hospitales son una de las organizaciones humanas más complejas. Así lo establece Peter Drucker en 1993, haciendo referencia a la intrincada interacción de profesionales de la salud, como médicos, enfermeros, farmacéuticos, gerentes, pacientes, proveedores de servicios, directores, accionistas, que muchas veces tienen intereses incompatibles. (Drucker, 1993).

Así que no es raro encontrar en el medio organizaciones de salud que, en contexto de una planificación estratégica poco eficaz, lleve a cabo procesos de baja calidad y pobre eficiencia.

El sector público de la salud no está al margen. Ya Marcos Makón (2000) plantea la necesidad de que la gerencia pública se afirme como el principal protagonista del proceso de producción de políticas y profundice el proceso de innovación y modernización. Dice Marcos Makón: "Esta debilidad del contexto institucional está acompañada por un rol poco preponderante del presupuesto como herramienta de gestión de los organismos; más aún, el proceso presupuestario (tanto en su etapa de formulación como de ejecución) no se vincula con los planes estratégicos, cuando éstos existen". (Marcos Makón, 2000).

Sin más, continúa hablando de la necesidad de un nuevo modelo de gestión pública, que reemplace la tradicional administración centrada en la programación y control de medios (Marcos Makón, 2000).

Estos conceptos no son menores en el campo de la salud en particular, donde es fundamental la evaluación de los resultados para determinar si el gasto ha sido eficiente.

De hecho, para Jorge Califano (2008), la eficiencia del gasto en salud no se valora por el número absoluto ni por el porcentaje del PBI, sino por indicadores sanitarios como son la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad materna y la expectativa de vida al nacer. De hecho, comenta el autor, Estados Unidos es el país que más gasta en salud, un 15,4% de su PBI, y tiene una mortalidad infantil del 7 por 1000 nacidos vivos. Esta

es mayor a la mortalidad infantil de países como Alemania, Francia o Austria que ronda el 4 por 1000 nacidos vivos, y cuya inversión ronda el 10% del PBI. (Califano, 2008).

Descripción del problema

La utilización de los recursos sanitarios es considerada uno de los principales problemas del sistema sanitario moderno. Existe consenso a nivel internacional: está en cuestión el buen uso de los recursos sanitarios (Angulo-Pueyo 2020).

Dentro del sistema sanitario, podemos diferenciar tres subsistemas distintos: el subsistema de gestión pública, de gestión privada y de seguridad social, que enfrentan modelos de provisión, gestión y financiamiento distintos, aunque la problemática del costo médico los atraviesa en forma transversal. En el sector público, por entenderse de dominio público, es particularmente relevante para la ciudadanía en general.

En algunos medios subnacionales públicos, la asignación de fondos para el funcionamiento de la red de hospitales dentro del gasto de salud no es despreciable. De hecho, en algunos ministerios provinciales de Argentina supera el 70% de los gastos (Schweiger, 2008).

Nuevamente, de la mera asignación presupuestaria no es posible desprender si los resultados se obtienen de forma eficiente. Los servicios que brindan prestaciones de baja calidad en ocasiones son simplemente llevados adelante por inercia, en base a procesos repetitivos y de pobre impacto social, y la asignación presupuestaria realizada en base a la existencia de la institución y a su capacidad operativa.

Así, el monitoreo y el control de las asignaciones presupuestarias no puede reducirse únicamente a la capacidad de oferta, sino que requieren además asegurar que se cumpla el objetivo para el cual se propuso originalmente el gasto, lo que, en el caso de salud, es sumamente relevante.

Así, se vuelve imprescindible remarcar las bases de los modelos de gestión en las organizaciones públicas que focalicen el logro de los resultados concretos, que resulten en última instancia en la mejoría de la salud de la población.

Para la medición de los resultados concretos, son útiles las métricas basadas en indicadores representativos, transparentes y reproducibles en su metodología.

Contexto

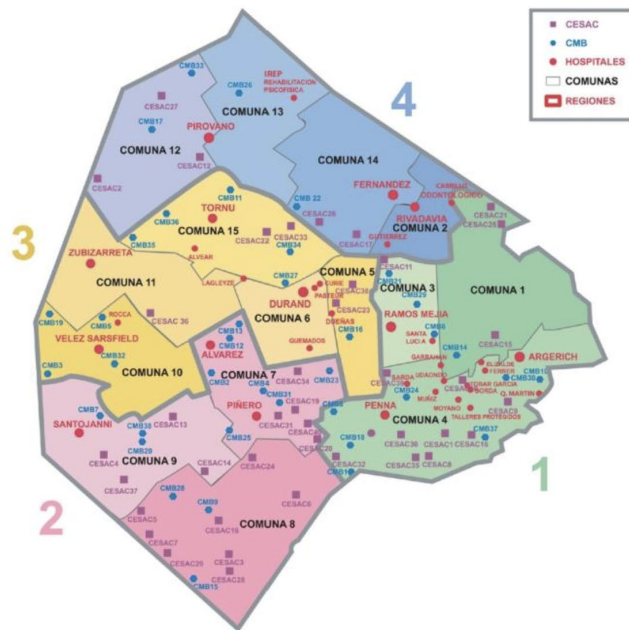
A junio de 2024, el subsistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con 105 efectores de salud, incluyendo 35 hospitales, 47 centros de salud de atención primaria, 2 Centros de Cuidados Integrales, 17 centros médicos barriales, 2 centros de salud mental y 2 centros odontológicos infantiles (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2024). Estos efectores conforman una amplia red de cuidados progresivos enfocados en la atención primaria de la salud, cuya coordinación abarca tanto servicios ambulatorios como de mayor complejidad.

Se compone de varios niveles funcionales, y cuenta con diversas categorías de resolución según la complejidad: los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), los Centros Médicos de Atención de Referencia (CEMAR) y las instituciones hospitalarias generales y especializadas, así como un Sistema de Atención Médica de Emergencias.

En lo que respecta al sistema privado, la regulación de los sistemas de seguridad social y las empresas de medicina prepaga sigue siendo competencia del gobierno nacional, por lo que la capacidad del Gobierno de la Ciudad para intervenir en estos asuntos se ve bastante limitada a la fiscalización.

Sin embargo, incluso geográficamente dentro de la misma Ciudad existen diferencias en los indicadores sanitarios entre las distintas comunas, lo que se traduce en última instancia en una problemática crítica: las políticas en salud resultan asimétricas de acuerdo con el sector que se analiza. (Bonazzola, 2010)

Figura 1: En la figura a continuación se describe la división Por Comunas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con la distribución de los Centros de salud, Hospitales y Cesac al año 2010. Las regiones sanitarias fueron derogadas en la modificación del 2015 de la ley y debe incorporarse el Hospital Grierson en comuna 8 cuya inauguración fue posterior (Obtenido de: Pablo Bonazzola (2010), Ciudad de Buenos Aires: Sistema de Salud y Territorio)



Por ejemplo, la mortalidad infantil tiene una media en la Ciudad de 7,1 cada mil nacidos vivos (2019), pero en el sur de la Ciudad, como ser las comunas 4, 1, y 7, asciende hasta 9,8 por cada mil nacidos vivos (2019).

También de acuerdo con la Encuesta Anual de Hogares (2015), 18,7% accede únicamente al sistema público de salud, 42,1% de la población posee sólo obra social y 11,2% sólo a medicina prepaga. Sin embargo, las Comunas 4, 8 y 9 son las que tienen porcentaje más altos de su población con cobertura de salud pública exclusiva (que corresponden al sur de la ciudad), mientras que las comunas 12, 13 y 14 tienen los porcentajes más bajos (que corresponden a comunas del norte de la ciudad).

Al realizar el análisis presupuestario, nos encontramos que, en términos totales, en valores corrientes, la Ciudad dispuso \$964.615 millones de pesos para el año 2022, de los cuales \$149.310 (aproximadamente el 15,5%) correspondieron al Ministerio de Salud. (Ministerio de Hacienda y Finanzas 2023).

Tabla 1: Clasificación por Objeto del Gasto (Obtenido de: Ministerio de Hacienda y Finanzas (2023), Presupuesto Ciudadano, Consolidado 2022. A partir del Decreto N° 429-GCABA-2021 de Dist. Admin. de Créditos del Ejer. 2022. En millones de pesos)

| Descripción | Sanción | % |
|---|----------------|---------------|
| Gastos en personal | 438.366 | 45,4% |
| Bienes de consumo | 29.511 | 3,1% |
| Servicios no personales | 209.373 | 21,7% |
| Bienes de uso | 87.980 | 9,1% |
| Transferencias | 128.380 | 13,3% |
| Activos financieros | 1.249 | 0,1% |
| Servicio de la deuda y disminución de otros pasivos | 69.756 | 7,2% |
| Total | 964.615 | 100,0% |

Fuente: Ministerio de Hacienda y Finanzas (2023), Presupuesto Ciudadano, Consolidado 2022.

Tabla 2: Clasificación por Jurisdicción (Obtenido de: Ministerio de Hacienda y Finanzas (2023), Presupuesto Ciudadano, Consolidado 2022. A partir del Decreto N° 429-GCABA-2021 de Dist. Admin. de Créditos del Ejer. 2022. En millones de pesos)

| Descripción | Sanción | % |
|--|----------------|---------------|
| Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires | 12.120 | 1,3% |
| Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires | 2.957 | 0,3% |
| Defensoría del Pueblo | 4.719 | 0,5% |
| Ministerio Público | 21.417 | 2,2% |
| Tribunal Superior de Justicia | 2.231 | 0,2% |
| Consejo de la Magistratura | 20.459 | 2,1% |
| Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires | 522 | 0,1% |
| Procuración General de la Ciudad | 2.599 | 0,3% |
| Jefatura de Gobierno | 20.271 | 2,1% |
| Jefatura de Gabinete de Ministros | 73.709 | 7,6% |
| Ministerio de Justicia y Seguridad | 132.566 | 13,7% |
| Ministerio de Gobierno | 1.930 | 0,2% |
| Ministerio de Espacio Público e Higiene Urbana | 99.198 | 10,3% |
| Ministerio de Salud | 149.310 | 15,5% |
| Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat | 60.755 | 6,3% |
| Ministerio de Cultura | 14.559 | 1,5% |
| Ministerio de Educación | 169.363 | 17,6% |
| Ministerio de Hacienda y Finanzas | 15.850 | 1,6% |
| Ministerio de Desarrollo Económico y Producción | 7.657 | 0,8% |
| Servicios de la Deuda Pública | 69.756 | 7,2% |
| Obligaciones a Cargo del Tesoro | 82.667 | 8,6% |
| Total | 964.615 | 100,0% |

Fuente: Ministerio de Hacienda y Finanzas (2023), Presupuesto Ciudadano, Consolidado 2022.

Utilidad

Estas variables permiten medir el grado de participación estatal real en el desarrollo social, y así pensar a la equidad como principio de mejora, lo que permitiría

en definitiva focalizar nuevas medidas más eficaces y eficientes en los servicios y programas implementados.

La gestión por resultados en salud, permite gestionar y evaluar las acciones de las organizaciones gubernamentales para atender las demandas de la sociedad, y dar lugar al nuevo modelo de gestión que ya planteaba Marcos Makón en 2007.

Así, análisis como el presente, pueden aportar información valiosa para la gestión hospitalaria. Por ejemplo, para evaluar la eficiencia del uso de las partidas servicios no personales, bienes de consumo y gastos de personal en relación con los egresos hospitalarios, o bien identificar áreas de mejora donde se puede optimizar el gasto, sin afectar de ninguna la calidad de la atención que siempre debe ser un aspecto relevante.

Relevancia y Justificación

La inversión social en salud es considerada una prioridad para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Históricamente, la Ciudad ha destinado un porcentaje de su presupuesto a la salud pública, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los habitantes y garantizar el acceso a servicios de salud de calidad.

Dada la magnitud de las asignaciones presupuestarias, es necesario que las jurisdicciones cuenten con sistemas de control que permitan afectar y monitorear en forma eficiente las asignaciones, y que se obtenga el resultado buscado.

La incorporación de variables financieras y macroeconómicas en el análisis presupuestario del gasto de funcionamiento en función del rendimiento físico en los Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el año 2022 permite una comprensión más profunda y completa de la distribución real de los recursos en salud.

Análisis como el publicado por el Centro de Economía Política Argentina (2023), informan una caída real entre el 2016 y el 2022 de la participación de salud dentro del total de presupuesto del Gobierno de la Ciudad. Del análisis de la ejecución de los Hospitales de la Ciudad también se desprende que en 31 de 33 Hospitales analizados se redujo el nivel de gasto (Centro de Economía Política Argentina, 2023)

Sin embargo, la caída de inversión social hospitalaria no es suficiente como único indicador en el capítulo salud, ya que, al relacionar el análisis presupuestario con la

gestión hospitalaria, se puede evaluar la eficiencia con la que se utilizan los recursos financieros para alcanzar los objetivos establecidos en materia de salud.

Esto permite identificar áreas de mejora en la gestión de los recursos, optimizar la asignación de presupuestos y maximizar el impacto de las inversiones en salud.

Planteamiento del problema

Formulación del Problema de la Tesis

Con ese propósito, se puede focalizar en la gestión presupuestaria y relacionar el gasto de funcionamiento con sus rendimientos físicos, a partir de la hipótesis que en forma presunta el presupuesto hospitalario debería seguir el rendimiento de los Hospitales.

De esta forma, se construye la inquietud si efectivamente se puede determinar una relación significativa entre el gasto hospitalario de funcionamiento y los rendimientos físicos en los Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el año 2022, y si esta es positiva.

A modo de principio de mejora, que permita focalizar nuevas medidas más eficaces y eficientes en los servicios y programas implementados. Es decir, permita identificar áreas de mejora donde se puede optimizar el gasto, sin afectar la calidad de la atención hospitalaria.

Objetivo General y específicos

Objetivo general

- Analizar el gasto de funcionamiento en relación a los egresos de pacientes hospitalarios en los Hospitales Generales de Agudos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2022.

Objetivos específicos

- Describir la ejecución presupuestaria en el año 2022 en los Hospitales Generales de Agudos polivalentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Representar en este periodo la evolución de los egresos de pacientes en los hospitales seleccionados.
- Comparar la ejecución del presupuesto total de funcionamiento con los egresos de los pacientes hospitalarios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en dicho periodo.
- Relacionar para cada uno de los Hospitales Generales de Agudos las partidas de Gastos de Personal, Bienes de consumo y Servicios No Personales con los egresos de pacientes hospitalarios en dicho periodo.
- Identificar si existe diferencia significativa en la ejecución del presupuesto total entre las comunas del norte de la ciudad y las comunas del sur de la Ciudad.

Marco Teórico

Marco normativo

Aunque el preámbulo de la Constitución Nacional y sus artículos 41, 42 y 75 inciso 19 también contienen disposiciones relacionadas con la protección de la salud, en nuestro país la salud fue reconocida como uno de los derechos humanos fundamentales a partir de la reforma constitucional del año 1994.

En esta reforma, se incorporaron con jerarquía constitucional los tratados internacionales sobre derechos humanos (Artículo 75, inciso 2), como lo son Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (artículos 7 y 11) y la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículos 3, 8 y 25), que en sus artículos incluyen la protección de la vida, la salud y la integridad.

Sin embargo, las distintas jurisdicciones político-administrativas, como lo son las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mantienen las competencias que no fueron delegadas en el gobierno nacional. Entre ellas, se encuentra la responsabilidad primaria del cuidado y la protección de la salud de su población.

La Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, en su Capítulo Segundo, en los Art. 20, 21 y 22, establece explícitamente el derecho a la salud integral y la inversión en salud como una inversión social prioritaria. Dice el Art. 20:

“ARTICULO 20.- Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.

El gasto público en salud es una inversión social prioritaria. Se aseguran a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad.

Se entiende por gratuidad en el área estatal que las personas quedan eximidas de cualquier forma de pago directo. Rige la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades. De

igual modo se procede con otras jurisdicciones.” (Constitución de la Ciudad de Buenos Aires)

Siguiendo estos lineamientos y los del Artículo 21, en el año 1999, la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires sancionó la Ley Básica De Salud de la Ciudad. En esta ley, se busca garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones que tengan ese fin. Esta ley fue posteriormente modificada en el año 2015, momento en que se consolida el modelo actual de cuidados en red y regionalización preferente.

Así, los gobiernos subnacionales cuentan con autonomía y responsabilidad en materia de políticas sanitarias, mientras que el gobierno nacional lo hace en forma más limitada, con un rol más relacionado con la rectoría general del sistema.

La inversión presupuestaria, directamente vinculada con las políticas sanitarias, constituye el gasto público en salud de la jurisdicción. Este gasto incluye los servicios, la remuneración a los empleados públicos y las compras de bienes y servicios corrientes.

Se entiende por gasto público en salud: “El gasto público en salud se refiere al conjunto de erogaciones que realiza el Estado para garantizar la provisión de servicios de atención médica y promover la salud de la población. Incluye el financiamiento de infraestructuras sanitarias, la adquisición de equipamiento médico, el pago de salarios y honorarios de profesionales de la salud, la compra de medicamentos y materiales médicos, entre otros rubros.” (Banco Interamericano de Desarrollo / Organización Panamericana de la Salud).

La Constitución de la Ciudad de Buenos Aires permite que el estado contraiga obligaciones y gastos mientras su afectación esté en línea con la ley de presupuesto. Dice en el artículo 53: "Los poderes públicos sólo pueden contraer obligaciones y realizar gastos de acuerdo con la ley de presupuesto y las específicas que a tal efecto se dicten" (Constitución de la Ciudad de Buenos Aires).

Respecto a los aspectos presupuestarios, a nivel jurisdiccional, encontramos la sanción de la Ley 70/98. Esta ley sanciona el sistema de gestión, administración financiera y control del sector público de la Ciudad. Fue promulgada por Decreto 1843/98, reglamentada por Decreto 1000/99 y posteriormente modificada por las leyes 287, 801, 1007 y 2060.

Los objetivos de esta ley se encuentran en el Artículo 7º, de la cual se desprenden: “[...] establecer como responsabilidad propia de la administración superior de cada jurisdicción o entidad del Sector Público de la Ciudad, la implantación y mantenimiento de:

a. Un sistema contable adecuado a las necesidades de registro e información y acorde con su naturaleza jurídica y características operativas.

b. Un eficiente y eficaz sistema de control interno normativo, financiero, económico y de gestión sobre sus propias operaciones, comprendiendo la práctica del control previo y posterior y de la auditoría interna.

c. Procedimientos adecuados que aseguren la conducción económica y eficiente de las actividades institucionales y la evaluación de los resultados de los programas, proyectos y operaciones de los que es responsable la jurisdicción o entidad. [...]” (Ley 70)

Además, el uso de indicadores de resultados, ya se desprende de esta ley del Artículo 14 de la Ley 70, inciso a), donde remarca respecto a la formulación de los programas, que será función de la autoridad de aplicación: “Establecer, elaborar, analizar y desarrollar sobre la base de las políticas de la Ciudad de Buenos Aires, las metodologías, indicadores y criterios de decisión a utilizar en la formulación y evaluación de los programas y proyectos del Sector Público de la Ciudad de Buenos Aires.” (Ley 70)

Esta ley también resultó innovadora en su momento, al estar en línea con los principios de gobierno abierto, al proponer como principio el Presupuesto Participativo: “Art. 9º - Se garantiza la participación de la población en la elaboración y seguimiento del Presupuesto Anual, del Programa General de Gobierno y del Plan de Inversiones Públicas del Gobierno de la Ciudad a través de foros temáticos y zonales. A esos efectos se articularán los mecanismos que surjan de la Ley de Presupuesto Participativo.” (Ley 70)

Organizaciones de Salud

Según Mintzberg, las organizaciones de salud se clasifican como burocracias profesionales. Este tipo de organización cuenta con especialistas profesionales, que son quienes asumen el control de su propio trabajo. (Mintzberg, 1984)

Así, el núcleo operativo está principalmente formado por profesionales de la salud calificados, que poseen un grado de autonomía alto en su trabajo. Acompañan la tecnoestructura y el staff de apoyo que da soporte administrativo y logístico al núcleo operativo. Áreas como contabilidad, tesorería, recursos humanos, mantenimiento, están contempladas dentro del staff de apoyo.

En los hospitales, el vértice estratégico, encargado de la toma de decisiones estratégicas, está muy próximo al núcleo operativo, por lo que ya Mintzberg afirmaba que dado el nivel de autonomía de los profesionales es difícil la coordinación estratégica, y por supuesto, los intereses pueden no ser sinérgicos, por lo que no sería extraña la aparición de conflictos.(Mintzberg,1984)

A pesar de ello, sin duda las organizaciones de salud, como burocracias profesionales, pueden ser organizaciones altamente eficientes cuando se superan estos desafíos.

Si, su rol fue modificándose con el paso del tiempo y hoy, los hospitales, tienen un rol específico dentro del sistema sanitario.

El modelo histórico hospitalo-céntrico, donde la salud solo era posible dentro de la institución, fue migrando a un modelo basado en la atención primaria de la salud y de gestión en red, que se acompañó con la reformulación de los efectores sanitarios con el objetivo garantizar un sistema de salud más equitativo, sostenible y accesible para toda la población.

El enfoque de atención primaria de salud: "incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas" (OMS, UNICEF, 2018).

Este cambio de paradigma acompañó diversas necesidades coyunturales. Los avances en los nuevos tratamientos y procedimientos permitieron que estos puedan ser realizados fuera de los hospitales, lo que contribuyó a descongestionar los centros hospitalarios para casos más complejos. Esto se acompañó con la distribución en red,

con regionalización preferencial, donde se busca dar la respuesta más adecuada a cada paciente en el lugar más cercano posible.

El aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles se acompañó también de un nuevo requerimiento de seguimiento ambulatorio, que en muchas oportunidades no podía ser dado en centros hospitalarios por las dificultades de acceso o bien por requerir el mismo ser realizado en cercanía al domicilio.

Por último, y más importante, el enfoque de la atención primaria, tiene el objetivo de involucrar a la comunidad en el cuidado de su propia salud y fomentar estilos de vida saludables, centrándose en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención temprana de los problemas de salud.

Así, los hospitales, en todo el mundo, hoy tienen un rol específico dentro de la red de atención sanitaria, en busca de dar respuesta a los casos complejos, que la red de atención primaria, por su complejidad o por el requerimiento de tecnologías, cuidados o recursos mayores a los que pueden brindarse darse en un centro de salud periférico.

Gestión por resultados

La gestión por resultados implica la evaluación del cumplimiento de acciones estratégicas. Para ello, la dirección determina el desempeño esperado del gerente a partir de la elaboración del Plan Estratégico del organismo. Por su lado, las gerencias operativas se comprometen a cumplir las metas y dar cuenta de los resultados (Marcos Makón, 2000).

En nuestro país hay antecedentes nacionales de este tipo de gestión. Desde la sanción de la ley 24.629 en el año 1996, se incorporaron principios como la eficiencia en la gestión administrativa pública. Aunque no fue rápida la incorporación en los procesos gubernamentales, progresivamente fueron creándose organismos y estructuras que funcionaran como sistemas de control. Más tarde, la ley 25152 propone el análisis de la calidad del gasto público, lo que dio lugar al Programa de Evaluación de la Calidad del Gasto. En este contexto, los modelos de gestión por resultados de la Administración Pública Nacional incluían dos recursos: la planificación estratégica y la reingeniería de procesos.

Por su lado, la Oficina Nacional de Presupuesto en 2007 publicó un documento donde incluye distintas formas de incorporar indicadores de resultado a todo el ciclo del proceso presupuestario. En este documento, uno de los aspectos claves, es justamente la medición de la producción pública de los programas, subprogramas, actividades y proyectos presupuestarios que las jurisdicciones y entidades llevan a cabo para el cumplimiento de su misión (Oficina Nacional de Presupuesto, 2007).

Estos indicadores se sumarían como documento adicional en las metas, y para su construcción deben incluir además de la información general del mismo (Oficina Nacional de Presupuesto, 2007):

- Significado sintético del indicador de resultado
- Valor deseable
- Descriptor del numerador y fuente de información del mismo
- Descriptor del denominador y fuente de información del mismo.

Así, el modelo de gestión por resultados pone en realidad hincapié en las acciones estratégicas a desarrollar para los resultados comprometidos. Y, en base a estos, se determinarán los recursos y productos necesarios.

Formulación presupuestaria

Habitualmente, el ciclo presupuestario se compone de cuatro periodos:

1. Formulación presupuestaria: En esta etapa, se elabora el presupuesto plurianual, el proyecto de ley de presupuesto y la distribución inicial de créditos luego de la aprobación de la misma. Esta formulación incluye la estructura programática jurisdiccional, el cuadro de metas y la programación física y financiera.
2. Programación de la ejecución: En esta etapa, se programa la distribución de créditos, habitualmente en forma trimestral, a lo largo del año calendario, de acuerdo con las curvas de inversión y metas físicas planteadas.
3. Ejecución propiamente dicha: Este periodo corresponde a la rendición de cuentas de los gastos efectivamente ejecutados de la unidad ejecutora sobre la ejecución financiera. Al igual que la programación, habitualmente es trimestral y deben informarse desvíos de ejecución en caso de existir.

4. Cierre del ejercicio: Finalizado el periodo, se elabora el documento de cierre con los gastos vinculados a los programas presupuestarios.

Toda la información es acreditada en los distintos sistemas de registro.

En el caso del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, para el Ministerio de Hacienda, se utiliza como herramienta SIGAF (Sistema Integrado de Gestión y Administración Financiera) a los fines de la gestión a nivel presupuestario, financiero y contable.

Dentro de la formulación presupuestaria en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se incluye un formulario de indicadores por resultados, con la finalidad de: “obtener información de los índices cuantitativos, cualitativos, valores absolutos y/o porcentajes que permiten evaluar el cumplimiento de los objetivos y metas previstos.” (Dirección General de la Oficina de Gestión Pública y Presupuesto, Subsecretaría de Hacienda Ministerio de Hacienda y Finanzas 2023)

Aquí se colocan los indicadores que permiten evaluar el grado de cumplimiento de las metas programadas, su relación con los años anteriores y la previsión para el ejercicio que corresponda al presupuesto.

Variables presupuestarias y metas físicas

Tradicionalmente, el modelo presupuestario se caracteriza por la utilización de variables financieras y la asignación a las unidades ejecutoras, sobre la base de clasificadores presupuestarios a fin de poder planificar las actividades (Sotelo Maciel, 2011).

Este modelo tenía distintas debilidades, entre las cuales se destaca que la planificación y programación presupuestaria era realizada en base a la capacidad de las instituciones públicas y no estaba realmente basada en la demanda social, de la que se encontraba en realidad bastante alejada. Además, había distintas dificultades para la evaluación de la ejecución. En salud, en particular, esto resulta muy relevante.

A nivel internacional, desde fines de los años 90, ha ido consolidándose el modelo de presupuesto por resultados. A partir de las variables presupuestarias y de la definición

de las políticas, se genera un desarrollo ordenado y metodológico de indicadores de impacto o resultado. (Marcos Makón, 2007).

Esta visión representa un verdadero cambio conceptual en la gerencia pública y afecta directamente el desempeño presupuestario.

A su vez, esto se acompaña de la determinación de la relación causal presupuestaria entre los resultados y la cantidad –y calidad- de los bienes y servicios a brindarse.

Entre los requisitos para la planificación presupuestaria por resultados, es necesario contar con distintas herramientas de planificación estratégica, como son el presupuesto plurianual, la incorporación de indicadores y métricas y la vinculación con políticas y objetivos previstos, y la programación institucional.

Los indicadores pueden reflejar la producción pública o bien ser propiamente de resultados. Sea cual fuere el caso, deben ser medibles, factibles y realizables en los plazos indicados.

Entre las herramientas tradicionales que pueden utilizarse para la elaboración de presupuesto por resultados son el Sistema de Información Gerencial y el Sistema de Costos (Schweiger 2008). Los Tableros de Comando Operativos asimismo brindan información fundamental para la toma de decisiones.

Un nuevo aspecto no menor, está vinculado propiamente con la información y los nuevos sistemas y tecnologías. Francesc Cots y Olga Pané (2020), en base a su experiencia en el Parc de Salut Mar en Barcelona, comentan la importancia de la información para la gestión en salud, y afirman que todas las nuevas organizaciones deberán adaptarse a este nuevo factor. Además los autores resaltan la importancia de las cadenas de valor de la información, los procesos de digitalización y reportes (Cots 2020).

Todas las herramientas gerenciales, incluyendo la utilización de indicadores claves (KPIs) y los instrumentos vinculados a *business intelligence* y *business analytics* han visto la necesidad de reinventarse en base a los nuevos sistemas de información.

Yendo hacia las definiciones presupuestarias, dentro del presupuesto puede desagregarse, e identificar distintas cuentas clasificadas por objeto del gasto. Estas

clasificaciones ordenan las variaciones en el desarrollo de sus actividades, de modo de poder facilitar el registro, el control, la transparencia y la obtención de información. Se pueden identificar los siguientes incisos determinantes del presupuesto por objeto del gasto:

- 1. Gastos en personal**
- 2. Bienes de consumo**
- 3. Servicios no personales**
4. Bienes de uso
5. Transferencias
6. Incremento de activos financieros
7. Servicios de la deuda y disminución de otros pasivos
8. Otros gastos

Gestión Clínica, Variación en la práctica médica y sus efectos en los costos

La Gestión Clínica presenta variaciones y, por tanto, también los costos asociados a la misma, resultando complejo asignarle una métrica fehaciente a este tipo de costo.

Entre las variables, pueden por ejemplo identificarse la variación que existe en las necesidades de salud de la población. La prevalencia de enfermedades crónicas, agudas y complejas, así como la tasa de envejecimiento, son factores importantes que influyen en la demanda de servicios hospitalarios y, por lo tanto, en el gasto. Las necesidades de salud pueden ser muy heterogéneas y variadas.

La organización del sistema de salud también influye. No solo la cantidad de camas, profesionales de salud, tecnologías, que son factores que determinan la capacidad de atención, si no asimismo su distribución territorial y organización y gestión, incluyendo protocolos de atención y sistemas de compras. Incluso en ocasiones, el surgimiento de brotes o epidemias, como fue en Latinoamérica recientemente el brote de dengue, pueden tensionar las demandas sanitarias con los recursos disponibles.

El concepto de Variabilidad de la Práctica Médica (VPM) refiere a la variación de la utilización de los servicios de salud que no pueden ser explicados por la condición de salud de los pacientes o por sus preferencias (Wennberg). En España, por ejemplo, se

consolidó una iniciativa llamada "Atlas de variaciones en la práctica médica en utilización de procedimientos de dudoso valor en el Sistema Nacional de Salud" (Angulo-Pueyo y col, 2020). Este Atlas, actualizado en 2020, se creó en 2013 en colaboración con la Red Nacional de Agencias de Evaluación de Tecnología Sanitaria Española, con el propósito de fomentar el uso de los recursos sanitarios más costo-efectivos, y se encuentra disponible en internet para acceso público.

Por último, también puede haber modificaciones en las reglas de los sistemas de contabilidad de cada institución, o incluso en los precios de los servicios y productos sanitarios. El gasto de los medicamentos y los insumos pueden ser un factor determinante del presupuesto de gasto de funcionamiento del Hospital, que se encuentran vinculados en ocasiones a variables macroeconómicas, que resultan externas a la gestión hospitalaria. Los precios pueden variar entre regiones, o incluso entre instituciones si se trata de compras centralizadas.

Existe además un fenómeno de judicialización de las ciencias médicas, donde tanto en el sector público como en el privado, cada vez más frecuentemente se ve la intervención del poder judicial.

Algunas de estas variables interactúan en el sistema sanitario, y es donde existe la oportunidad de optimizar el uso de los recursos disponibles y reducir costos sin afectar la calidad de la atención. Lo que sí, deben ser entendidas dentro de un plan estratégico gubernamental (Horacio Rodríguez Larreta, 2000), que impulsa políticas públicas destinadas a la descentralización hospitalaria, hacia un modelo dirigido por efectores periféricos.

El tema de los recursos presupuestarios y su análisis en formato de análisis aplicado a la gestión de pacientes en formato de costos hospitalarios no es una cuestión excluyente de nuestro medio. En España y con centro en la Comunidad Autónoma (CA) de Catalunya, se consolidó en 2010 una Red Española de Costes Hospitalarios, destinada al estudio del conjunto de costes a nivel de paciente de la actividad hospitalaria de una red de hospitales españoles. (Cots y col, 2012)

Esta red, creada en el marco de una iniciativa regional llamada EuroDRG, tiene el objetivo de crear una estructura costes por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) para los hospitales del sistema de salud público español. Los GRD constituyen un

sistema de clasificación que permite vincular el tipo de paciente tratado en un hospital con el coste que representa su asistencia.

Está claro que seguramente haya heterogeneidad entre los Hospitales participantes de la Red, pero también es cierto que brinda una gran base de datos orientativa, que no solo permite cumplir el objetivo sino además pueden desprenderse otras iniciativas como lo son la identificación y tratamiento integral de los eventos adversos que afectan la seguridad del paciente y su calidad de vida en el Hospital.

Entre las propuestas del proyecto, incluye además la recomendación de sistematizar la atribución de los costes hospitalarios por servicios y por paciente. (Cots, 2012).

Hipótesis

Las partidas presupuestarias devengadas dirigidas a gastos de personal, bienes de consumo y servicios no personales presentan una correlación positiva con el movimiento hospitalario de internación expresado mediante los egresos de pacientes en los Hospitales Generales de Agudos de Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo 2022.

Metodología

Tipo de estudios

Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal.

Universo, muestra y unidad de análisis

Universo de análisis y variables a analizar

El universo de análisis se compone por 13 hospitales de agudos polivalentes (ver Anexos 1 y 2). Este universo contempla sólo a los hospitales polivalentes de adultos excluyendo a los hospitales pediátricos y a los hospitales monovalentes.

Variables a analizar en estos hospitales:

- Movimiento hospitalario (egresos)
- Presupuesto devengado (monto total)
- Presupuesto devengado (delimitado en incisos 1, 2 y 3)

Para responder al objetivo 1, se analizará el informe de ejecución presupuestaria de gasto de los hospitales (organismos descentralizados) del Ministerio de Salud de CABA.

Para responder al objetivo 2, se analizará la información de estadística hospitalaria de los egresos hospitalarios de cada hospital totalizados a diciembre 2022, suministrada por el Ministerio de Salud de CABA

Para responder a los objetivos 3 y 4, a los fines del análisis del presupuesto de gasto, se tomará como variable de análisis el presupuesto devengado, delimitando el universo al monto total en el periodo analizado y a los incisos Gastos de Personal, Bienes de Consumo y Servicios No Personales.

El presupuesto del gasto de funcionamiento incluye los desembolsos realizados para mantener el funcionamiento de la institución, a fin de cubrir los costos regulares para la prestación de los servicios:

- Inciso 1: Sueldos
- Inciso 2: Bienes de consumo
- Inciso 3: Servicios no personales

Como se mencionó previamente, para la medición del funcionamiento físico, se considerará como indicador los egresos de pacientes hospitalarios para el período en cuestión.

Para responder a al objetivo 5, se delimitará el análisis previamente realizado a los fines del presupuesto de gasto, agrupando las instituciones pertenecientes a las comunas 13 y 14 (norte de la ciudad) con las comunas 1, 4 y 8 (sur de la ciudad).

Definición de Variables

- Egresos de pacientes hospitalarios: "Recuento de las salidas de los pacientes que estuvieron internados en los hospitales con internación dependientes del Gobierno de la Ciudad en cada año. Egreso del establecimiento de un paciente internado; implica, siempre, la conclusión del período de internación y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta o por defunción". (Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires)
- Presupuesto de gasto de funcionamiento: "Los gastos necesarios para el funcionamiento de los órganos del gobierno central, entes descentralizados y comunas, servicio de la deuda pública, inversiones patrimoniales y otros costos relacionados" (Ministerio de Economía de la Nación).
- Presupuesto en salud de gasto de funcionamiento del Ministerio de Salud de CABA: Es el presupuesto destinado al Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este aplica a un ejercicio en particular y puede desagregarse de acuerdo con su distribución.
- Presupuesto ejecutado de gasto de funcionamiento del Ministerio de Salud de CABA: Son los créditos ejecutados, que incluye "todos los gastos ejecutados que demanda el desenvolvimiento de los órganos del gobierno central, de los entes descentralizados y comunas, el servicio de la deuda pública, las inversiones patrimoniales y los recursos para cubrir tales erogaciones" (Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA).
- Unidad Ejecutora: "Centro administrativo responsable de la planificación, programación, asignación formal y utilización de recursos en función de una producción o provisión de bienes y servicios determinada" (Ministerio de Economía de la Nación).
- En lo referente a las cuentas clasificadas por objeto del gasto:

Inciso 1 Gastos en Personal: "Retribución de los servicios personales prestados en relación de dependencia o por medio de vinculación contractual y a los miembros de directorios y comisiones fiscalizadoras de empresas públicas, y las correspondientes contribuciones patronales. Incluye además los gastos en concepto de asignaciones familiares, servicios extraordinarios y prestaciones sociales recibidas por los agentes del Estado." (Ministerio de Hacienda y Finanzas Publicas 2016)

- Inciso 2 Bienes de Consumo: "Materiales y suministros consumibles para el funcionamiento de los entes estatales, incluidos los que se destinan a conservación y reparación de bienes de capital. Incluye la adquisición de bienes para su transformación y/o enajenación ulterior por aquellas entidades que desarrollan actividades de carácter comercial, industrial y/o servicios, o por dependencias u organismos que vendan o distribuyan elementos adquiridos con fines promocionales luego de su exhibición en exposiciones, ferias, entre otros. Las principales características que deben reunir los bienes comprendidos en este inciso son: que por su naturaleza estén destinados al consumo final, intermedio, propio o de terceros, y que su tiempo de utilización sea relativamente corto, generalmente dentro del ejercicio." (Ministerio de Hacienda y Finanzas Publicas 2016)

- Inciso 3 Servicios No Personales: "Servicios para el funcionamiento de los entes estatales destinados a la conservación y reparación de bienes de capital. Incluye asimismo los servicios utilizados en los procesos productivos, por las entidades que desarrollan actividades de carácter comercial, industrial o servicios. Comprende: servicios básicos, arrendamientos de edificios, terrenos y equipos, servicios de mantenimiento, limpieza y reparación, servicios técnicos y profesionales, publicidad e impresión, servicios comerciales y financieros, etc." (Ministerio de Hacienda y Finanzas Publicas (2016)

Operacionalización

Se preparó una base de datos con la información necesaria para el análisis comparativo, que se obtuvo de fuentes de información secundarias.

Esta base contiene el movimiento hospitalario en internación de los Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires y el presupuesto devengado para el año 2022 de estos hospitales.

Para el cálculo de las metas físicas, de acuerdo con la definición del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se utilizó como método de cálculo la sumatoria de los egresos de pacientes hospitalarios de cada hospital en el año.

A los fines del análisis, se delimitó el presupuesto de gasto de funcionamiento en salud únicamente al que está destinado al Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, en el periodo en cuestión.

Respecto al presupuesto, se tomó para el análisis el presupuesto devengado, es decir, el crédito que se considera gastado al momento que comienza la deuda firme con el tercero.

Asimismo, se tomó del presupuesto devengado las cuentas clasificadas por objeto del gasto como inciso 1 (Gastos en Personal), inciso 2 (Bienes de Consumo) e inciso 3 (Servicios no Personales), con la presunción de que estas podrían ser las que se encontrarán más vinculadas a la variación de la demanda. Otros incisos, como el inciso 4 (Bienes de Uso), presuntamente es esperable se encuentren más vinculado a otras variables.

A los fines del presente trabajo, se incluyeron para el análisis los Hospitales Generales de Agudos, entendiendo que los mismos asisten a una población con similares características demográficas (edad, sexo, nivel socioeconómico) y, a priori, asisten de forma similar a los mismos grupos de diagnóstico (perfiles de enfermedades).

Además, estos hospitales coinciden en lo que respecta a:

- Nivel de complejidad de los servicios brindados: disponen de entre 300 y 650 camas, con todas las especialidades y subespecialidades y todas las unidades de apoyo logístico (radiología, laboratorio, farmacia, cirugía, guardia, internación, terapia, etc.)
- Modelo de gestión hospitalario abierto, en red, con un área programática a cargo
- Origen del financiamiento: presupuesto público.

En el mismo sentido, se excluyeron los hospitales monovalentes, ya que en base al tipo de patología asistida podría haber diferencias en los resultados obtenidos a partir de las variables de estudio, de modo que, por el tipo de prestación en base a la patología (odontológica, oncológica, rehabilitación, salud mental), o bien al tipo de prestación (predominantemente ambulatoria), podrían generar *outliers* estadísticos.

El Hospital Grierson, asimismo, se excluyó por su reciente inauguración como hospital al momento del periodo analizado.

Específicamente, se descompuso el gasto de funcionamiento en los tres componentes principales. Se espera que exista una correlación positiva entre los egresos hospitalarios y:

- Gastos en personal: A mayor cantidad de pacientes, se requerirá más personal médico y administrativo para atenderlos.
- Bienes de consumo: Un mayor número de pacientes implica un mayor consumo de insumos médicos, medicamentos y otros materiales.
- Servicios no personales: A mayor número de pacientes, se requiere un gasto de funcionamiento mayor en estos servicios.

A los fines de la comparación entre comunas, teniendo en cuenta la limitación que las áreas programáticas no coinciden exactamente con la distribución geográfico administrativa de las comunas, se seleccionaron tres Hospitales Generales de Agudos con área de influencia predominante de las comunas 13 y 14 (Pirovano, Fernández, y Rivadavia) y tres Hospitales Generales de Agudos con área predominante en las comunas 1, 4 y 8 (Argerich, Penna y Piñero) -previamente a la inauguración del Hospital Grierson-

Interpretación Esperada de Resultados

Correlación positiva fuerte: Si se encuentra una correlación positiva fuerte entre los egresos hospitalarios y los gastos en personal y bienes de consumo, esto sugerirá que a medida que aumenta la actividad asistencial del hospital (medida por los egresos), también aumentan los recursos necesarios para prestar esa atención. (R de Pearson >0.5)

Correlación positiva débil o nula: Si la correlación es débil o nula, podría indicar que estos gastos no están directamente relacionados con la actividad asistencial, o que existen otras variables que explican mejor esta relación.

Por ejemplo, la relación con los servicios no personales podría ser menos directa y dependería de otros factores como la eficiencia en la gestión de estos servicios y la capacidad instalada de cada hospital (Schweiger Arturo, 2008).

Fuentes de información y técnicas de recolección de datos

Se utilizarán fuentes de información secundarias, públicas, que contienen el presupuesto devengado por el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el movimiento hospitalario. La información se recolectará de las siguientes fuentes:

1. Bases de datos públicas
 1. Datos presupuestarios: Buenos Aires Data.

<https://data.buenosaires.gob.ar/dataset/presupuesto-ejecutado>

2. Egresos Hospitalarios: Buenos Aires Data

<https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?cat=335>

Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA) sobre la base de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud.

Análisis estadístico

A los fines del presente análisis, para el análisis descriptivo de las variables numéricas paramétricas se tomaron la media y el desvío estándar como medidas de tendencia central y de dispersión.

Se realizó un estudio de correlación entre las variables calculando el coeficiente de Pearson y de Spearman con un nivel de significancia de 0,05.

Se utilizó para el análisis estadístico Jamovi versión 2.3.28.

Desarrollo y Resultados

Se procedió a consolidar de forma sistematizada la información obtenida de las fuentes de datos secundarias

Respecto al presupuesto devengado y montos en inciso 1, inciso 2 e inciso 3, por hospital general de agudos, se obtuvo la información financiera y operativa de los 13 Hospitales Generales de Agudos, desglosada en los tres incisos.

Tabla 3: Total de egresos hospitalarios en 2022 y presupuesto devengado de todo el sistema y de los 13 hospitales generales de agudos.

| Partidas de Presupuesto de Funcionamiento | Egresos de Pacientes Hospitalarios | Presupuesto devengado |
|---|------------------------------------|-----------------------|
| Total de Hospitales | 134.360,00 | \$155.728.908.853,42 |
| Hospitales Generales de Agudos | 93.099 | \$98.558.782.388,00 |
| | 69% | 63% |

Fuente: Elaboración propia con la información del Ministerio de Hacienda, 2022.

Los gastos totales de funcionamiento de los 13 hospitales oscilan entre \$11.067.782.023 y \$3.171.043.052 pesos de acuerdo al hospital. Los egresos totales de cada hospital van desde 3.122 egresos hasta 10.609 egresos hospitalario.

En el primer inciso, se detallan los gastos en personal, con un rango de variación entre \$6.921.266.330 y \$2.413.348.852 pesos dependiendo el hospital.

El segundo inciso: bienes de consumo, describe el presupuesto devengado total para cada hospital, con cifras que oscilan entre \$2.133.593.782 y \$408.309.178,8 pesos. El tercer inciso: servicios no personales desagrega los gastos totales en tres categorías: Gastos En Personal, Bienes De Consumo y Servicios No Personales, con un rango entre \$1.350.902.189 y \$253.238.779,6.

Se observa la gran variabilidad en los presupuestos y gastos de los hospitales, donde los hospitales con mayor presupuesto y gasto son el Hospital Cosme Argerich y el Hospital José M. Penna, mientras que el Hospital Enrique Tornú y el Hospital Dalmacio Vélez Sarsfield presentan las cifras más bajas. En general, la mayor parte del gasto se destina a Gastos En Personal, seguido de Servicios No Personales y Bienes De Consumo. La tabla también incluye totales para cada columna, lo que permite apreciar la magnitud global de los egresos, presupuesto y gastos de los 13 hospitales en conjunto.

Tabla 4: Presupuesto devengado y montos en inciso 1, inciso 2 e inciso 3, por hospital general de agudos y totales.

| Hospitales generales de agudos | Egresos | % | Presupuesto devengado total | Inciso 1 | | Inciso 2 | | Inciso 3 | |
|-------------------------------------|---------------|-------------|-----------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| | | | | Gastos En Personal | % | Bienes De Consumo | % | Servicios No Personales | % |
| Htal. Teodoro Álvarez | 6.630 | 7,1 | 6345257075 | 4785647055 | 6,9 | 882195335,8 | 5,8 | 470232304,4 | 3,1 |
| Htal. Cosme Argerich | 10.046 | 10,8 | 11067782023 | 7754958807 | 11,1 | 2133593782 | 14,1 | 741177347 | 4,9 |
| Htal. Carlos G. Durand | 7.571 | 8,1 | 10108615697 | 6791230429 | 9,8 | 1436320077 | 9,5 | 1135747462 | 7,5 |
| Htal. Juan A. Fernandez | 7.958 | 8,5 | 10657063310 | 6921266330 | 9,9 | 1976950793 | 13,1 | 1350902189 | 9,0 |
| Htal. Jose M. Penna | 10.609 | 11,4 | 7094639377 | 5172405831 | 7,4 | 1106268093 | 7,3 | 541253823,5 | 3,6 |
| Htal. Parmenio Piñero | 8.222 | 8,8 | 7838328829 | 5692434122 | 8,2 | 924118161,6 | 6,1 | 808261838,4 | 5,4 |
| Htal. Ignacio Pirovano | 8.357 | 9,0 | 7407658572 | 5183148158 | 7,4 | 1135974747 | 7,5 | 663607812,8 | 4,4 |
| Htal. Jose M. Ramos Mejia | 7.829 | 8,4 | 9364399813 | 6664259110 | 9,6 | 1475521334 | 9,8 | 749986939,2 | 5,0 |
| Htal. Bernardino Rivadavia | 6.574 | 7,1 | 6917983739 | 4754764169 | 6,8 | 904417568,1 | 6,0 | 682294861,7 | 4,5 |
| Htal. Donacion Francisco Santojanni | 8.171 | 8,8 | 9794473311 | 6829495141 | 9,8 | 1672256433 | 11,1 | 876434247,6 | 6,8 |
| Htal. Enrique Tornu | 3.122 | 3,4 | 4852623540 | 3583256734 | 5,1 | 575867307 | 3,8 | 393223379 | 2,6 |
| Htal. Dalmacio Velez Sarsfield | 4.883 | 5,2 | 3938914051 | 3102281616 | 4,5 | 454612156 | 3,0 | 273544738,3 | 1,8 |
| Htal. Abel Zubizarreta | 3.127 | 3,4 | 3171043052 | 2413348852 | 3,5 | 408309178,8 | 2,7 | 253238779,6 | 1,7 |
| Totales: | 93.099 | 100% | 98.658.782.388 | 69.648.496.355 | 100% | 15.086.404.966 | 100% | 8.939.905.722 | 100% |
| | | | 100% | 71% | | 15% | | 9% | |

Fuente: elaboración propia en base a la información del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Gasto en Personal representa el 71% del presupuesto total devengado. Este gasto, que incluye salarios, cargas sociales y otros beneficios, se considera fijo en el corto plazo. Esto se debe a que los hospitales tienen una estructura de personal relativamente estable, con contratos a largo plazo y convenios colectivos de trabajo

En contraste, el gasto en Bienes de Consumo, que representa el 15% del presupuesto, tiene un componente variable significativo. Aquí se incluyen los

medicamentos, insumos médicos, material descartable, etc. La demanda de estos bienes fluctúa según la cantidad de pacientes atendidos, la complejidad de los casos, las epidemias y otros factores. Dentro de este inciso, el gasto en medicamentos es un componente crucial con una gran variabilidad.

En lo que respecta a la ejecución presupuestaria y los egresos en el año 2022, se obtuvieron las siguientes medidas descriptivas con un intervalo de confianza del 95%, con distribución normal.

Tabla 5: Media y desvíos estándar, con un intervalo de confianza del 95%. N corresponde a la cantidad de hospitales analizados.

Descriptivas

| | Egresos | Presupuesto devengado total | Gastos En Personal | Bienes De Consumo | Servicios No Personales |
|---------------------|---------|-----------------------------|--------------------|-------------------|-------------------------|
| N | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 |
| Media | 7161 | 7.58e+9 | 5.36e+9 | 1.16e+9 | 6.88e+8 |
| Mediana | 7829 | 7.41e+9 | 5.18e+9 | 1.11e+9 | 6.82e+8 |
| Desviación estándar | 2299 | 2.56e+9 | 1.63e+9 | 5.52e+8 | 3.18e+8 |
| Mínimo | 3122 | 3.17e+9 | 2.41e+9 | 4.08e+8 | 2.53e+8 |
| Máximo | 10609 | 1.11e+10 | 7.75e+9 | 2.13e+9 | 1.35e+9 |

Nota. El CI de la media supone que las medias muestrales siguen una distribución t con N - 1 grados de libertad

Fuente: elaboración propia en base a la información del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El análisis descriptivo de egresos de pacientes hospitalarios muestra el número promedio de egresos de 7161, con una desviación estándar de 2299, lo que indica una variabilidad considerable entre los hospitales. El presupuesto devengado total tiene un

mínimo de \$3.171.043.052 pesos y un máximo \$11.067.782.023 pesos, mostrando asimismo la gran variabilidad en los recursos de presupuesto asignados a cada hospital.

Los gastos en personal representan la mayor parte del presupuesto, seguidos de los servicios no personales y los bienes de consumo.

Finalmente, se procedió a hacer regresiones entre el gasto de CABA por rubros (Gastos de Personal, Bienes de Consumo y Servicios No Personales) y el egreso de pacientes hospitalarios para verificar la existencia de alguna correlación.

La matriz (Tabla 6) muestra las correlaciones entre diferentes variables como el presupuesto devengado, los gastos en personal, bienes de consumo, servicios no personales y los egresos de pacientes hospitalarios de los 13 hospitales seleccionados. Se utilizaron dos métodos para calcular las correlaciones: la R de Pearson para variables con distribución normal y la Rho de Spearman para variables que no cumplen este supuesto.

Tabla 6: Matriz de correlaciones.

Matriz de Correlaciones

| | | Presupuesto devengado total | Gastos En Personal | Bienes De Consumo | Servicios No Personales | Egresos |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------|-------------------|-------------------------|---------|
| Presupuesto devengado total | R de Pearson | — | | | | |
| | GI | — | | | | |
| | valor p | — | | | | |
| | Rho de Spearman | — | | | | |
| | GI | — | | | | |
| | valor p | — | | | | |
| Gastos En Personal | R de Pearson | 0.994 *** | — | | | |
| | GI | 11 | — | | | |
| | valor p | < .001 | — | | | |
| | Rho de Spearman | 0.989 *** | — | | | |
| | GI | 11 | — | | | |
| | valor p | < .001 | — | | | |
| Bienes De Consumo | R de Pearson | 0.959 *** | 0.950 *** | — | | |
| | GI | 11 | 11 | — | | |
| | valor p | < .001 | < .001 | — | | |
| | Rho de Spearman | 0.967 *** | 0.973 *** | — | | |
| | GI | 11 | 11 | — | | |
| | valor p | < .001 | < .001 | — | | |

| | | | | | | |
|-------------------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-------|---|
| Servicios No Personales | R de Pearson | 0.870 *** | 0.820 *** | 0.791 ** | — | — |
| | GI | 11 | 11 | 11 | — | — |
| | valor p | < .001 | < .001 | 0.001 | — | — |
| | Rho de Spearman | 0.896 *** | 0.874 *** | 0.824 *** | — | — |
| | GI | 11 | 11 | 11 | — | — |
| | valor p | < .001 | < .001 | < .001 | — | — |
| Egresos | R de Pearson | 0.758 ** | 0.788 ** | 0.731 ** | 0.535 | — |
| | GI | 11 | 11 | 11 | 11 | — |
| | valor p | 0.003 | 0.001 | 0.005 | 0.059 | — |
| | Rho de Spearman | 0.659 * | 0.681 * | 0.703 ** | 0.478 | — |
| | GI | 11 | 11 | 11 | 11 | — |
| | valor p | 0.017 | 0.013 | 0.010 | 0.101 | — |

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Fuente: elaboración propia en base a la información del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se observa que la mayoría de las variables tienen correlaciones fuertes y significativas entre sí, como lo indican los valores altos de R de Pearson y Rho de Spearman (cerca de 1) y los valores p bajos (menores a 0.05).

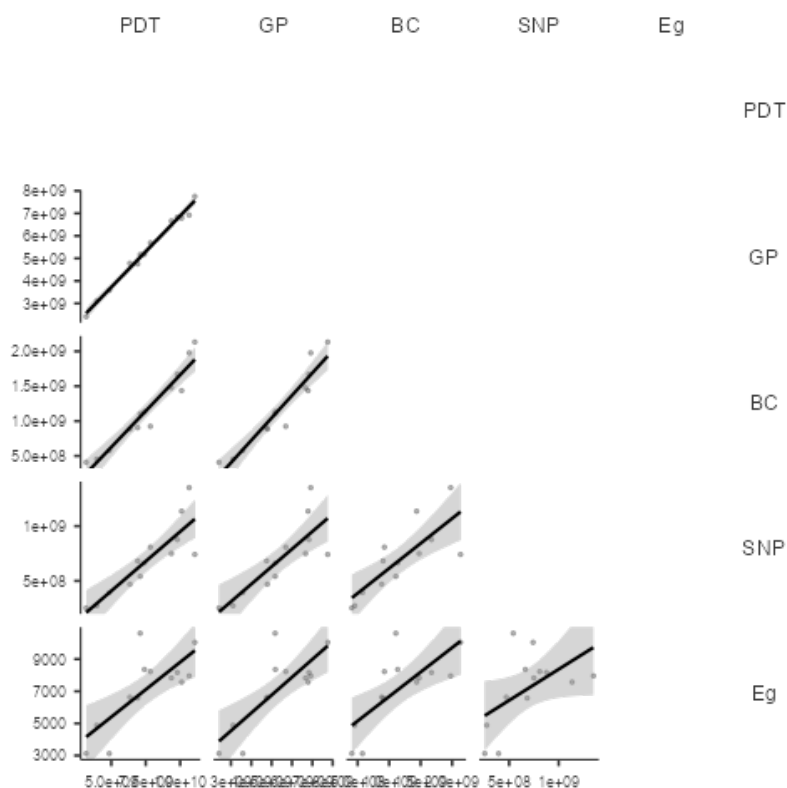
En lo que respecta a la ejecución presupuestaria de incisos de gasto de funcionamiento en relación con los egresos de pacientes hospitalarios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en dicho periodo, se observó que el R de Pearson para el Presupuesto Devengado Total, es de 0,758 (más cercano a 1, mayor correlación)

Al desglosar para cada uno de los Hospitales Generales de Agudos las partidas Gastos de Personal, bienes de consumo y servicios no personales y con los egresos hospitalarios en dicho periodo, se observa que:

- Egresos vs Gastos en Personal, R de Pearson: 0,788
- Egresos vs Bienes de Consumo, R de Pearson: 0,731
- Egresos vs Servicios No Personales, R de Pearson: 0,535

De este análisis, se desprende la correlación estadísticamente significativa entre egresos y presupuesto total, egresos y gastos de personal y egresos y bienes de consumo. No así con egresos y Servicios No Personales, donde la correlación es menos significativa desde el punto de vista estadístico. Por ejemplo, los Gastos en Personal tienen una correlación muy alta con el Presupuesto devengado total (R de Pearson = 0.994, $p < .001$), lo que significa que a medida que aumenta el presupuesto, también aumentan los gastos en personal.

Gráfico 1: Representación gráfica de la matriz de correlaciones. Siglas: Eg: egresos. PDT: Presupuesto Devengado Total. GP: Gastos en Personal. BC: Bienes de Consumo. BNP: Servicios No Personales. La escala de eje horizontal repiten las correspondientes al eje vertical



Fuente: elaboración propia en base a la información del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Respecto a las diferencias por comunas norte y sur -donde se compararon tres hospitales con área de influencia predominante en las comunas 12, 13 y 14 (Pirovano, Fernández, y Rivadavia) y tres de las comunas 1, 4 y 8 (Argerich, Penna y Piñero) previamente a la inauguración del Hospital Grierson-, se realizó un análisis estadístico ANOVA entre las variables norte-sur de los seis hospitales seleccionados:

Tabla 7: ANOVA de Un Factor (Welch)

| | F | gl1 | gl2 | p |
|-----|----------|------------|------------|----------|
| Eg | 4.9133 | 1 | 3.71 | 0.096 |
| PDT | 0.0402 | 1 | 3.99 | 0.851 |

Fuente: elaboración propia en base a la información del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tanto el valor de p para egresos de 0,096 como para presupuesto total resultan mayor que 0,05, por lo que a priori en este análisis exploratorio en estas variables no habría evidencia de diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos hospitalarios, con estas variables analizadas.

Es decir, no se identifica una diferencia estadística significativa entre los egresos y el presupuesto devengado de los hospitales seleccionados, para el periodo analizado.

Conclusiones

En síntesis, del presente análisis, se puede concluir que las partidas presupuestarias devengadas de Gastos de Personal y de Bienes de Consumo tienen una correlación positiva con el movimiento hospitalario de internación, medido como egresos de pacientes hospitalarios, en los Hospitales Generales de Agudos polivalentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo 2022.

Sin embargo, esta situación no ocurre así con respecto a las partidas de gastos de los Servicios No Personales, donde la correlación no es tan significativa desde el punto de vista estadístico.

En el análisis comparado de los resultados de evolución de las partidas presupuestarias con respecto a la evolución de los egresos de los pacientes hospitalarios entre los Hospitales de Agudos Polivalentes de las Comunas del Norte y del Sur de la ciudad, a priori no habría evidencia de diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos hospitalarios.

La interpretación de estos resultados debe analizarse minuciosamente, ya que las causas de los mismos son multifactoriales, y deben considerarse variables como la gestión clínica, la variación de la práctica médica y los factores que pueden influir en el costo médico. Por otra parte, la evolución de los gastos de funcionamiento refleja aspectos de gestión económico-financiera de cada Hospital y del conjunto de Hospitales de Agudos Polivalentes de la Ciudad. Asimismo, esta relación entre los aspectos de gestión clínica y gestión económico-financiera de los Hospitales debe ser analizada dentro de un plan estratégico gubernamental del Sistema de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ya que dichas partidas presupuestarias de los Hospitales Generales de Agudos constituyen un porcentaje significativo del presupuesto de funcionamiento del mencionado Sistema de Salud.

De cualquier forma, está claro que los análisis de correlación entre las partidas de gasto devengado de funcionamiento de los trece (13) Hospitales Generales de Agudos seleccionados y de su rendimiento físico medido en egresos de pacientes hospitalarios, contribuyen con valiosa información para el seguimiento y control de la gestión

hospitalaria ya que representan el 63% del total del presupuesto total de los Hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Discusión - Propuestas

Se identificaron distintas limitaciones en el presente trabajo a los fines de su aspiración de relacionar, para cada uno de los Hospitales Generales de Agudos, las partidas de y gastos de personal, de bienes de consumo y de servicios no personales y su relación con los egresos hospitalarios en el periodo analizado.

En lo que respecta al sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires, entre las limitaciones, se destaca la exclusión de los hospitales monovalentes, que reduce el universo de análisis a determinados grupos de diagnóstico. Estos hospitales podrían presentar tendencias radicalmente distintas de gasto y de movimiento hospitalario, no solo por el tipo predominante de patología asistida (como podrían ser las oncológicas u odontológicas), sino porque el tipo de asistencia ambulatoria o de internación que puede tener diferencias significativas.

Por otro lado, aunque en este caso se tomaron los egresos hospitalarios como metas físicas, está claro que no todo programa público puede ser medible, ya que, como ocurre con la salud, pueden existir determinadas intervenciones que no puedan tener una métrica asociada que sea reproducible. Por otro lado, la métrica no toma en cuenta la calidad en que se produce la misma, es decir, si se trató de un egreso hospitalario satisfactorio, una derivación a otro subsistema o bien el fallecimiento del paciente.

Como se describió *ut supra*, el sistema de salud público dentro del territorio porteño es asimismo heterogéneo y asimétrico, con la mayor cantidad de efectores de gestión pública distribuidos en las comunas del sur de la ciudad, y una mayor cantidad de efectores privados en el norte, con poca o ninguna injerencia del gobierno jurisdiccional en estos últimos.

Además, el egreso no diferencia la calidad de residente o no residente de la Ciudad de Buenos Aires. Algunos hospitales, como el Hospital Elizalde, el Hospital Zubizarreta, el Hospital Santojanni, atienden mayoritariamente población proveniente de la Provincia de Buenos Aires, cuya inversión de salud proviene del presupuesto de la Ciudad y sin duda en ese sentido puede afectar la evolución sanitaria de cada paciente.

Asimismo, el presupuesto destinado a salud puede no representar exactamente el gasto exacto con ese destino, ya que solo se tomó el destinado a la jurisdicción

presupuestaria, por lo que podrían no haberse incluido gastos relevantes que surjan de otras áreas.

Por ejemplo, podrían existir externalidades positivas y negativas que asimismo afectan la salud, donde la inversión social en determinadas áreas como ser el saneamiento ambiental o la educación, generaran efectos en la salud de la población, que no estarían siendo incluidos en las métricas en análisis.

Por último, se han seleccionado del presupuesto devengado las cuentas clasificadas por objeto del gasto como inciso 1 (Gastos en Personal), inciso 2 (Bienes de Consumo) e inciso 3 (Servicios No Personales), con la presunción de que estas podrían ser las que se encontrarán más vinculadas a la variación de la demanda sanitaria. Sin embargo, al dejar de lado el análisis de otros incisos como podría ser el inciso 3 (Servicios no personales), los resultados obtenidos podrían representar resultados distintos.

Que haya existido correlación entre el inciso 1, el inciso 2 y los egresos tiene sentido si se piensa la organización hospitalaria como organización profesional, predominantemente basada en recursos humanos, como planteaba Mintzberg (1984).

Sin duda, estos aspectos podrían requerir nuevos análisis a futuro, con mayor grado de detalle y profundidad.

Aquí, es necesario poner en evidencia el verdadero rol de las herramientas de control de gestión. Para Rivera José (2018), estas herramientas no son un sistema de control, y por tanto no son sinónimo de Índices de Gestión, sino que son herramientas, metódicas y sistematizadas, que generen información para soporte a la toma de decisiones. Estas herramientas no deberían ser exclusivas para los niveles gerenciales.

De hecho, es parte del modelo de gestión que proponía Marcos Makón en 2000. Así, análisis como el presente, pueden aportar información valiosa para la gestión hospitalaria. Por ejemplo, para evaluar la eficiencia del uso de las partidas gastos de personal, bienes de consumo y servicios no personales en relación con los egresos hospitalarios, o bien identificar áreas de mejora donde se puede optimizar el gasto, sin afectar de ninguna manera la calidad de la atención que siempre debe ser un aspecto relevante.

Como dice Angulo-Pueyo (2020), la cuestión es el buen uso de los recursos sanitarios (Angulo-Pueyo 2020).

A partir del trabajo, se puede retomar ese modelo de gestión por resultados moderno, en dos instancias, distintas, pero a la vez sincréticas entre sí. (Marcos Makón, 2020)

En primera instancia, desde ya, la capacitación de aquellos involucrados en la planificación y programación sectorial. En muchas ocasiones, la formación en planificación estratégica y programación presupuestaria no es suficiente para lograr buenos resultados, y el proceso cae en la inercia de continuar con las medidas existentes, sin evidenciar una evaluación prolija y minuciosa de la gestión.

En segunda instancia, y más importante, la implementación real, transparente, pero sobre todo y en forma innovadora, más participativa, de aquellos indicadores y métricas en la programación y planificación en salud, que permitan realizar un control transparente y abierto de la eficiencia en la gestión.

Aquí es además donde la propuesta suma un aspecto adicional: la participación ciudadana como mecanismo abierto y público de control de gestión, para lo cual se necesita información abierta. Hay áreas temáticas y específicas, como el acceso a la información pública, la gobernanza digital, la apertura fiscal, la participación pública, que son el puntapié para definir políticas públicas ambiciosas. Para ello, se requiere la transparencia en gastos presupuestos, gestión de presupuesto y rendición de cuentas.

Aquí es de destacar en la Ciudad de Buenos Aires la Ley N° 6.114 de Transparencia Presupuestaria, que tiene el objeto de garantizar el acceso a la información presupuestaria. Dice en su artículo 1: *"Todo ciudadano tiene derecho a conocer cualquier instancia del proceso de planificación y evaluación del presupuesto de la Ciudad de Buenos Aires. (Ley 6114/18)*

Las necesidades de participación son dinámicas y flexibles, y se requiere en ocasiones el trabajo en conjunto y coordinados con organizaciones no gubernamentales y gobierno en sentido amplio, ciudadanía y organizaciones sociales.

La propuesta en última instancia es ambiciosa, pero el resultado en salud será más poderoso: una nueva visión en la gestión participativa, donde no solo estén

capacitados los tomadores de decisiones, sino que además el ciudadano de a pie participe de la planificación y programación presupuestaria, lo que en última instancia llevará a la construcción de un sistema de salud más eficiente para todos los vecinos de la Ciudad.

Bibliografía

1. Angulo-Pueyo E y col (2020), por el grupo Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica en utilización de procedimientos de dudoso valor en el Sistema Nacional de Salud, 2017. Marzo 2020; Disponible en: www.cienciadedatosysalud.org/atlas/desinversion-2017
2. Arce Hugo (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. Medicina (B. Aires) vol.72 no.5 Ciudad Autónoma de Buenos Aires
3. Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Publica (2012), Informe de Ejecución del Presupuesto del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.asap.org.ar>
4. Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud (2018). Gasto público en salud en América Latina y el Caribe: Avances, desigualdades y desafíos.
5. Bonazzola Pablo (2010), Ciudad de Buenos Aires: Sistema de Salud y Territorio. Obtenido de: <https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/bonazzola.pdf>
6. Califano Jorge (2008), Administración Publica de la Salud. La eficiencia del sistema de salud argentino. XXI Seminario Nacional de Presupuesto Público. Revista de la Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública. Agosto 2008. pp. 91-103
7. Centro de Economía Política Argentina (2023). Análisis de la ejecución presupuestaria de la CABA entre 2016 y 2022 Capítulo Salud.
8. Cerinignana, O. E. (2024). Estimación de costos directos en la atención a personas con diabetes mellitus asistidos en el Hospital Lucio Molas de Santa Rosa, Provincia de La Pampa (2017-2018). *Revista ISALUD*.
9. Constitución de la Ciudad de Buenos Aires (1996). En: <http://www.cedom.gov.ar/constCABA.aspx>
10. Cots y col (2012) Red Española de Costes Hospitalarios: bases para una gestión clínica basada en la evidencia. *Gest y Eval Cost Sanit*:13(3):369-83.
11. Cots Francesc, Pané Olga (2020). Management in Healthcare organisations. The Role of management Control. *Economic Journal of Catalonia*. Pp 36-43.

12. De la Puente Catalina -coordinadora general-, Schweiger Arturo -coordinador técnico- (2008). Sistema de Información Gerencial como base del presupuesto por resultados y costos en hospitales públicos seleccionados. Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.
13. Departamento de Epidemiología Ministerio de Salud (2015), Análisis de Situación de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
14. Dever Alan (1991), Epidemiología y Administración de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud.
15. Dirección General de la Oficina de Gestión Pública y Presupuesto, Subsecretaría de Hacienda Ministerio de Hacienda y Finanzas (2023), Pautas Metodológicas para la Formulación del Proyecto de Presupuesto 2023
16. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2015), Análisis de Situación de Salud.
17. Ley 70 (1998). Sistemas de Gestión, Administración Financiera y Control del Sector Público de la Ciudad. Promulgada por Dec. 1843/98.
18. Ley Transparencia Presupuestaria N° 6.114 (2018).
19. Ley Básica de Salud - Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 153 (1996). En: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_basica_de_salud__153.pdf
20. Makón Marcos (2000), El modelo de gestión por resultados en los organismos de la administración pública nacional. V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santo Domingo, Rep. Dominicana, 24 - 27 Oct. 2000.
21. Makón Marcos (2007), La gestión por resultados es sinónimo del presupuesto por resultados? Presentado ante el XII Congreso Internacional del CLAD - Santo Domingo - 30 de octubre a 2 de noviembre del 2007.
22. Mankiw Gregory (2012), Principios de Economía, México: Sexta Edición.
23. Ministerio de Economía de la Nación, Oficina Nacional de Presupuesto (2007), Formas de Incorporación de los Indicadores de resultado a todo el ciclo del proceso presupuestario.
24. Ministerio de Hacienda y Finanzas Publicas (2016). Manual de Clasificaciones Presupuestarias para el Sector Público Nacional. Sexta Edición Actualizada.

25. Ministerio de Hacienda y Finanzas (2023), Presupuesto Ciudadano, Consolidado 2022.
26. Ministerio de Hacienda y Finanzas (2022), Planificación Presupuestaria Jurisdicción 40 Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. En: <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2021/11/26/536a9112097f0fbda98f4bf5d8ee47f4e0cea1c7.pdf>
27. Ministerio de Economía de la Nación, Oficina Nacional de Presupuesto, El Sistema Presupuestario En la Administración Nacional de la República Argentina. En: https://www.economia.gob.ar/onp/documentos/manuales/el_sistema_presupuestario_publico.pdf
28. Mintzberg, H. (1984). La estructura en las organizaciones: El caso de las empresas. Ediciones Ariel.
29. OMS, UNICEF (2018). A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs.
30. R. Core Team (2021). R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.1) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).
31. Reale, C. A. (2024). Análisis de las Re internaciones de pacientes dentro de los 30 días del egreso y cuantificación del costo día cama paciente en una clínica de agudos de CABA. *Revista ISALUD*.
32. Rivera José (2018), ¿Qué es y qué no es el control de gestión?
33. Rodríguez Larreta Horacio, Repetto Fabian (2000), Herramientas para una administración pública más eficiente: Gestión por resultados y control social. Recuperado de: <http://biblioteca.cejamericas.org/>.
34. Schweiger, Arturo (2003). Información y Control de Gestión, Cadiz, AES España
35. Schweiger, Arturo (2008), Herramientas de gestión de presupuesto por resultados. *Revista Isalud*, p. 35-42.
36. Schweiger, Arturo (2024). Herramientas de gestión: Claves para la asignación eficaz y eficiente del presupuesto del gasto en salud pública. *Revista ISALUD*.
37. The jamovi project (2022). Jamovi. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

38. Sotelo Maciel Aníbal Jorge (2011), La Relación Planificación/Presupuesto en el marco de la Gestión orientada a Resultados. Revista de la Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Publica N° 47.

Anexos

Anexo 1: Hospitales generales de adultos agudos polivalentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ciudad de Buenos Aires. Año 2022

Hospital

Hospitales generales de agudos

Álvarez
Argerich
Durand
Fernández
Penna
Piñero
Pirovano
Ramos Mejía
Rivadavia
Santojanni
Tornú
Vélez Sársfield
Zubizarreta

(Fuente: Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

Anexo 2: Egresos de los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por hospital. Ciudad de Buenos Aires, por tipo de hospital. Año 2022

| Hospital | 2022 | % |
|---------------------------------------|----------------|----------------|
| Total | 134.360 | 100,00% |
| Hospitales generales de agudos | 93.099 | 69,29% |
| Álvarez | 6.630 | 4,93% |
| Argerich | 10.046 | 7,48% |
| Durand | 7.571 | 5,63% |
| Fernández | 7.958 | 5,92% |
| Penna | 10.609 | 7,90% |
| Piñero | 8.222 | 6,12% |
| Pirovano | 8.357 | 6,22% |
| Ramos Mejía | 7.829 | 5,83% |
| Rivadavia | 6.574 | 4,89% |
| Santojanni | 8.171 | 6,08% |
| Tornú | 3.122 | 2,32% |
| Vélez Sársfield | 4.883 | 3,63% |
| Zubizarreta | 3.127 | 2,33% |
| Hospitales generales de niños | 13.721 | 10,21% |
| Elizalde | 6.552 | 4,88% |
| Gutiérrez | 7.169 | 5,34% |
| Hospitales especializados | 27.540 | 20,50% |
| Alvear | 305 | 0,23% |
| Borda | 705 | 0,52% |
| Lagleyze | 3.055 | 2,27% |
| María Curie | 1.841 | 1,37% |
| María Ferrer | 769 | 0,57% |
| Moyano | 683 | 0,51% |
| Muñiz | 3.908 | 2,91% |
| Quemados | 986 | 0,73% |
| Rehabilitación Psicofísica | 213 | 0,16% |
| Rocca | 505 | 0,38% |
| Santa Lucía | 4.386 | 3,26% |
| Sardá | 8.153 | 6,07% |
| Tobar García | 202 | 0,15% |
| Udaondo | 1.829 | 1,36% |

(Fuente: Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires)