



INFORME FINAL DE AUDITORIA

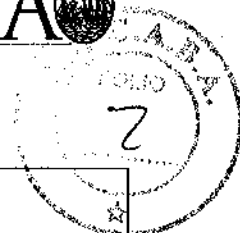
PROYECTO N° 3.05.01.01.02

Programa de Reforma del
Sector Salud - Pressal.

Auditoría de Gestión

Período 2001

Buenos Aires, Junio del 2003



AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 - 5to. Piso - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

PRESIDENTE:

Dr. Vicente Mario Brusca

AUDITORES GENERALES:

Dr. Jorge Argüello

Dr. Nicolás Corradini

Dra. Noemí Fernández Cotonat

Dr. José María Pazos

Lic. Daniel Rodríguez

Dra. Gabriela Serra



CODIGO DEL PROYECTO: 3.05.01.01.02

NOMBRE DEL PROYECTO: Programa de Reforma del Sector Salud –
PRESSAL

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2001

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 6 de marzo de 2003

EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto: Hugo Marchizotti

Supervisor : Silvia Canal

Auditores : Susana Lapsenson
Raquel Sussman

OBJETIVO: Controlar los procedimientos legales y operativos que permitan evaluar la aplicación de fondos con destino al Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL). Analizar el cumplimiento de los objetivos del programa en términos de eficacia y eficiencia.



INFORME FINAL DE AUDITORIA

PROYECTO N° 3.05.01.01.02

A la Señora
Presidente de la Legislatura
De la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lic. María Cecilia Felgueras
S / D

En uso de las facultades conferidas por la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (artículo 135), la Ley 70 (artículos 131, 132 y 136), y en cumplimiento de la Resolución N° 198/2002 de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, esta Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires ha procedido a efectuar un examen del Programa de Reforma del Sector Salud – PRESSAL – dependiente de la Secretaría de Salud, con el objeto detallado en el apartado I siguiente.

I. OBJETO

Controlar los procedimientos legales y operativos que permitan evaluar la aplicación de fondos con destino al Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL). Analizar el cumplimiento de los objetivos del programa en términos de eficacia y eficiencia.

II. ALCANCE

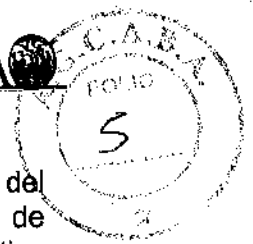
El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325.

Se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría relacionados con el cumplimiento del Objetivo II del Proyecto de Reforma del Sector Salud (ver Aclaraciones Previas 7):

- a. Entrevistas abiertas con los responsables de la UEC, de la UEGCBA, y los directores de los 4 hospitales elegibles. En el caso del Hospital Argerich se consideró la entrevista realizada en la etapa de relevamiento a la Dra. Rébora quien fuera directora durante un período de la ejecución del PRESSAL. También se entrevistó al titular del Estudio Urien & Asoc que fue contraparte local de la Consultora MAZARS.
- b. Entrevistas estructuradas a personal médico y administrativo de los 4 hospitales. Las mismas tuvieron como eje los productos que figuran como entregados en los informes de las consultoras contratadas para el módulo de Fortalecimiento Institucional (CODEH y MAZARS & URIEN)
- c. Recopilación y análisis de documentación

Las tareas de campo correspondientes a la auditoría de gestión se cumplieron entre el 17 de octubre y el 20 de diciembre de 2002.





III. ACLARACIONES PREVIAS

1. El Contrato de Préstamo 3931-AR para el Proyecto de Reforma del Sector Salud, suscripto entre la Nación Argentina y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento se aprobó por Decreto N° 1056 del Poder Ejecutivo Nacional del 29 de diciembre de 1995. El monto total del préstamo fue de ciento un millones -cuatrocientos mil dólares estadounidenses (u\$s 101.400.000.-)

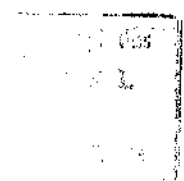
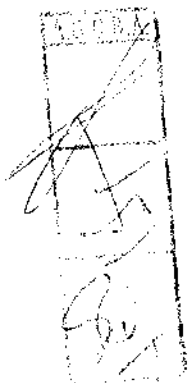
2. El 31 de enero de 1996 se firmó un Convenio de Préstamo Subsidiario entre el Gobierno Nacional y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires con el objeto de acordar la transferencia de los recursos provenientes del Convenio de Préstamo N° 3931-AR. El Gobierno Nacional se comprometió a transferir hasta la cantidad equivalente de dólares estadounidenses treinta millones quinientos treinta y tres mil trescientos (u\$s 30.533.300.-). El Convenio de Préstamo Subsidiario fue aprobado por la Ordenanza N° 50.841 promulgada por Decreto 255/96.

3. En el Informe de Evaluación Inicial del Proyecto (Staff Appraisal Report - SAR) emitido por el Banco Mundial (5 de julio de 1995) se evalúan como riesgos para el éxito del Proyecto: a) la falta de futuro compromiso político para reformar el sector Salud y b) que las demandas de implementación del proyecto sobrepasen la capacidad de gerenciamiento de los Ministerios de Salud nacionales, provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires. Sostiene además, que el compromiso político es particularmente difícil de estimar en el caso del sector Salud de Argentina debido a la gran cantidad y variedad de intereses sectoriales involucrados (gobiernos nacionales y jurisdiccionales, sindicatos, asociaciones profesionales e instituciones del sector privado).

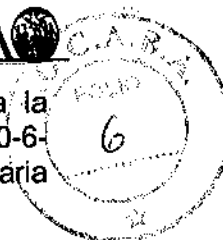
4. Con respecto a la falta de compromiso político, en el mismo documento se indica que "...como no es posible garantizar el apoyo de los actores al proyecto, los riesgos asociados a la sustentabilidad política del proyecto han sido minimizados a través de: a) una atención especial para asegurarse el apoyo de los actores claves, particularmente de los gobiernos jurisdiccionales, del Ministerio de Economía y de las Asociaciones Profesionales, y b) un proyecto con un diseño no demasiado ambicioso, que incluya experiencias piloto y que a través de estudios muy específicos y operacionales, apunte a la construcción gradual de los lineamientos básicos de la reforma.

5. Con respecto a la capacidad de gerenciamiento de los Ministerios de Salud, los riesgos podrían ser minimizados por: a) la creación de Unidades Ejecutoras especializadas en gerenciamiento y familiarizadas con los manejos del Banco (UEC, UEGCBA) y b) Revisiones anuales y semestrales para evaluar los progresos en la implementación y ajustar el ritmo y los objetivos, si fuera necesario.

6. El Programa se implementó en las siguientes jurisdicciones: Mendoza, Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los hospitales elegibles dentro de ésta última fueron: Dr. Cosme Argerich, Juan Fernández, Carlos



Durand y Donación Francisco Santojanni. Originalmente estaba prevista la incorporación del Hospital Dr. Ignacio Pirovano, pero en la Revisión "C" (10-6-99) del presupuesto original se da de baja la línea presupuestaria correspondiente.



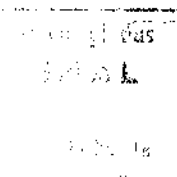
7. El objetivo del Proyecto fue la racionalización del gasto en el sector Salud de la Prestataria (República Argentina) a través de:

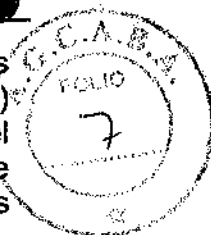
- I) Reformular los mecanismos de gestión e interrelación entre los subsectores de salud público, obras sociales y privado, generando un modelo que promueva la complementariedad y competencia entre dichos subsectores y proporcione herramientas para lograr eficiencia y equidad, asegurando la calidad.
- II) Crear y apoyar la implementación de un nuevo modelo de hospital público, refuncionalizando y fortaleciendo el proceso de descentralización del mismo a fin de convertirlo en una entidad autónoma, fundamentalmente en lo administrativo-financiero. Dicho modelo tendría como marco el Decreto 578/93 referido al Hospital Público de Autogestión (HPA), y
- III) Fomentar la formación de recursos humanos en todo el territorio nacional, mejorando la capacidad de prestación de Servicios de Salud de las provincias elegibles como resultado de la implementación del marco que se menciona en el inciso (b) precedente.

8. El Proyecto estaba estructurado en tres partes o componentes:

- I) Estudios Nacionales destinados a sentar las bases conceptual y metodológica, los mecanismos de ejecución y el desarrollo de instrumentos necesarios para su aplicación (catastro nacional de recursos en salud, prioridades de salud a nivel nacional y provincial, estudios de financiamiento, garantía de calidad de atención médica, regulación de seguros privados, obras sociales provinciales, SIDA, estudios de proyectos de preinversión).
- II) Experiencias piloto, en jurisdicciones a definir, de transformación de hospitales públicos elegibles en autogestionados. A estos efectos se previó un módulo de fortalecimiento institucional y un fondo de inversión física y equipamiento para contribuir a dicho proceso de transformación.
- III) Difusión nacional de la Reforma y del Hospital Público de Autogestión. Tenía por objeto transferir conocimientos, metodologías, técnicas y estrategias a las jurisdicciones que no fueron sujeto de la experiencia piloto.

9. La Unidad Ejecutora Central (UEC) fue responsable de la ejecución de los componentes I) y III) descritos en el punto anterior. Las Unidades provinciales o municipales eran responsables de ejecutar, supervisar y/o asistir en la implementación del componente II) en su respectiva jurisdicción.





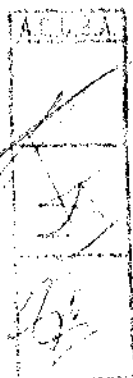
10. El componente II) de apoyo a las experiencias piloto de los Hospitales Públicos de Autogestión (HPA), tenía dos sub-componentes principales: 1) Fortalecimiento Institucional para la mejora de la organización y gestión del HPA y 2) Inversión en Obra Física y Equipamiento a través de un fondo de inversión. Las obras de infraestructura deberían ser el resultado de los cambios que se dieran en los hospitales como producto de la asistencia técnica. El sub-componente de fortalecimiento institucional estaba previsto ejecutarlo a través de tres formas diferentes: consultorías de organización y gestión hospitalaria para las distintas áreas y centros de responsabilidad en cada uno de los hospitales; sistemas de información y apoyo institucional en los aspectos normativos y legales para el desarrollo del HPA en cada jurisdicción.

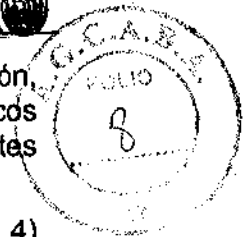
11. El proceso de contratación de servicios de consultoría estuvo a cargo de la UEC, quien además, elaboró los términos de referencia. El costo de esta contratación no formó parte del proyecto de costo compartido para el Gobierno de la Ciudad, es decir que la Nación asumió el gasto. No obstante era de competencia de la UEGCBA la intervención en la aprobación de los informes trimestrales de avance y final, el monitoreo y la evaluación del desarrollo de las actividades de la consultora en los hospitales.

12. A partir del relevamiento de necesidades informáticas hecho por las consultoras de gestión en los hospitales, la UEC debía definir los términos de referencia para concretar la licitación y adjudicación de los sistemas de información. La modalidad consistía en la contratación de una empresa de desarrollo y provisión de sistema informático integral por jurisdicción. La Unidad Ejecutora Central, en principio demoró el llamado a licitación para la adquisición de los sistemas informáticos y finalmente canceló la operación. En febrero de 2001, la Secretaría de Salud acordó con el BID un proyecto con financiamiento externo a fin de concretar esta falencia (ver Aclaraciones Previas Nº 14)

13. Entre el 1 y el 3 de agosto de 2000, el Banco Mundial envió una misión con el objeto de evaluar globalmente el estado del proyecto. Ésta observó - entre otros - el punto referido a los sistemas de información en salud, pendiente de resolución hasta ese momento. La misión resaltó la necesidad "de articular cualquier esfuerzo de fortalecimiento informático hospitalario con los planes de desarrollo del sector en su conjunto, tanto a nivel provincial como nacional. De no ser así se correría el riesgo de reducir este componente a una dotación informática más que no contribuiría al verdadero objetivo de descentralización de la gestión hospitalaria que pretende el PRESSAL". Finalmente, recomienda a la UEC que revise en detalle el pliego existente, no solo en función de estas observaciones, sino también en función del nuevo escenario que planteaba la prórroga del proyecto (ver Aclaraciones Previas Nº 20).

14. Desde el 15 de febrero de 2001, la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Sistemas de Información en Salud, viene desarrollando un proyecto con financiamiento BID sobre "Desarrollo de un Sistema de Información Gerencial en Salud". El mismo, se propone la mejora sustancial en





la calidad de la información del área e la Salud, basada en la integración, interoperabilidad e interconexión de datos. Dentro de sus objetivos específicos contempla el diseño, programación e implementación de los siguientes sistemas transaccionales para la gestión hospitalaria:

- 1) Identificación de Usuarios; 2) Admisión y Egresos; 3) Farmacia; 4) Compras; 5) Facturación; 6) Costos y Presupuesto; 7) Hoja de Consumo; 8) Tablero de Control e Indicadores; 9) Turnos; -

El grado de avance a setiembre de 2002, incluía el desarrollo del sistema de Identificación de Usuarios y Turnos.

15. Los estudios normativos jurisdiccionales serían ejecutados para efectuar propuestas y/o revisiones en todos aquellos aspectos que incidieran en la transformación de los hospitales públicos en HPA. Estos estudios se desarrollarían a nivel de cada jurisdicción al comienzo de la ejecución del Componente II) y serían responsabilidad de la UEGBA. Para ello contarían con dos consultores de corto plazo especialmente contratados por la UEC.

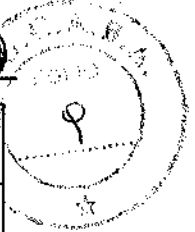
16. Las consultoras de gestión contratadas para llevar adelante el fortalecimiento institucional fueron CODEH para los hospitales Argerich y Fernández y MAZARS-URIEN para los hospitales Durand y Santojanni.

17. El Decreto 578/93 (ver punto 7 de Aclaraciones Previas) define al Hospital Público de Autogestión como organismo descentralizado con aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción respectiva (art. 10) y con capacidad para administrar directamente los ingresos que perciba por el cobro de prestaciones (art. 11). Tendrá, entre otras atribuciones la de "...designar, promover y reubicar dentro de la estructura aprobada, (...) al personal en todos sus niveles y categorías..." (art. 6 inc.d) y la de "disponer sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos generados por el propio hospital" (art. 6 inc.e).

18. El Decreto 578/93 fue derogado por el Decreto 939/2000 (Art. 21). En los "Considerandos" se hace mención a "la serie de dificultades que se han observado respecto de la implementación del régimen del HPA". Habida cuenta de ellas, el Gobierno Nacional, crea el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Una de las modificaciones más importantes introducidas se refiere al manejo de los recursos humanos de los hospitales. El Decreto 939/00 limita las atribuciones de los hospitales a "ejercer la administración de personal, en el marco de las políticas y normativas jurisdiccionales vigentes" (art. 9 inc.e).

19. El Proyecto tenía previsto un Sistema de Evaluación y Monitoreo a través de dos tipos de indicadores: a) de proceso y b) de resultados. Los de proceso establecían las fechas de inicio y finalización de las distintas etapas para poder evaluar los desvíos en el cumplimiento de las mismas y los de resultados se medirían a la finalización del Proyecto. Estos últimos estaban relacionados con los costos de producción y con la calidad de la atención médica. El cuadro de indicadores de resultados era el siguiente:





INDICADOR	IMPLEMENTACIÓN A LA FINALIZACIÓN DEL PROYECTO
Promedio día/estadía prequirúrgica de patologías causantes de la mayoría de altas quirúrgicas	Debe ser reducido en un 40%
Promedio de duración de estadía para todo el hospital	Debe ser reducido en un 20 %
Promedio costo de intervenciones quirúrgicas causantes de la mayoría de las altas quirúrgicas en el hospital	Debe ser reducido en un 20 %
Servicios del Hospital y costos de finales e intervención	Disponibilidad de costos por servicios finales de intervención por centros de costos en cada hospital Disponibilidad de nóminas detalladas de pagos e información de personal por centro de costos en c/hospital
Recuperación de costos	Sistema de recuperación de costos totalmente implementados en cada hospital: 50% de incremento en facturación a Obras Sociales y Pre-Pagas 50% de incremento en la cobrabilidad de O. Sociales y Prepagas
Promedio anual de infecciones intra- hospitalarias	Debe ser reducido en un 30%
Reinternaciones por un mismo episodio para aquella intervención quirúrgica causante de la mayoría de intervenciones en el hospital elegible	Debe ser reducido en un 30%

Fuente: Manual Operativo – Marco Presupuestario – Sistema de Evaluación y Monitoreo

20. El Proyecto PRESSAL, que debía finalizar el 30 de junio de 2000, fue prorrogado en dos oportunidades: la primera por un año y luego hasta el 31 de diciembre de 2001.

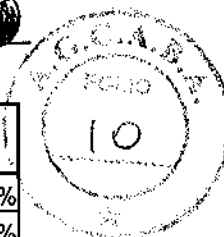
21. El ANEXO I, que forma parte del presente informe, muestra la evolución de la facturación, cobranzas, cantidad de consultas y número de egresos de los hospitales elegibles durante el periodo 1999-2002.

IV. OBSERVACIONES

1. El proyecto PRESSAL, en la jurisdicción Ciudad de Buenos Aires, no logró el objetivo de transformar en HPA a los cuatro hospitales elegibles. Al 30 de setiembre de 2001 (el Proyecto cerró el 31-12-01) sólo había alcanzado el objetivo del subcomponente de Inversión en Obra Física y Equipamiento en los porcentajes que se detallan a continuación:



AGCBA
C. de B. Aires



Obra física

Hospital	Presupuesto original	Contrato	Inversión acumulada	% ejecución de obra	% ejecución presupuestaria
H. Argerich	4.400.000,00	3.816.216,00	3.816.294,00	100,00%	86,73%
H. Fernández	3.800.000,00	2.840.800,00	2.840.799,00	100,00%	74,76%
H. Durand	3.700.000,00	4.014.404,00	3.480.108,00	86,69%	94,06%
H. Santojanni	4.400.000,00	5.919.007,44	3.000.795,00	50,70%	68,20%
Total	16.300.000,00	16.590.427,44	13.137.996,00		

Equipamiento

Hospital	Presupuesto original	Ejecución al 30-9-01	Inversión acumulada	% ejecución contrato	% ejecución presupuestaria
H. Argerich	2.400.000,00	1.567.815,00	1.565.028,49	100%	65,21%
H. Fernández	2.200.000,00	1.806.054,00	1.882.381,92	100%	85,56%
H. Durand	1.700.000,00	2.144.691,00	2.110.071,69	100%	124,12%
H. Santojanni	1.725.000,00	1.796.321,00	1.810.508,84	100%	104,96%
Total	8.025.000,00	7.314.881,00	7.367.990,94		

Fuente: Elaboración propia en base a datos que surgen en la etapa de Relevamiento

2. Las propuestas efectuadas por las Consultoras para el mejoramiento de la gestión en los hospitales elegibles no fueron aplicadas (nuevo organigrama, programa para mejorar la organización en la atención al paciente, grupos relacionados por el diagnóstico, tablero de gestión) y alguno de los productos implementados durante el desarrollo del contrato, no tuvieron continuidad más allá de éste período (Centro de Atención al Paciente – CAP, Programa de control de la infección hospitalaria, organización y gestión operativa de las áreas de facturación).

3. Las restricciones de tipo legal para los cambios, conocidas desde el comienzo y definidas como factores de riesgo para el éxito del programa en el Informe de la Misión de Evaluación Inicial del Banco Mundial (Staff Appraisal Report-SAR) (ver Aclaraciones Previas 3) no fueron reducidas o eliminadas de modo tal de lograr la sustentabilidad del Proyecto. Frente a la falta de correspondencia entre el marco normativo vigente y el necesario para posibilitar las transformaciones, no se tomaron medidas que, al menos, permitieran un uso más eficiente de los recursos asignados (El costo de las Consultoras, si bien no fue afrontado por el Gobierno de la Ciudad, terminó siendo una pérdida por cuanto sus propuestas no fueron aplicables).

4. Los estudios normativos jurisdiccionales que debieron haberse realizado previo a la ejecución del Componente II), no constan en la UEGCBA. (Ver punto 15 de Aclaraciones Previas)

5. La inducción al programa –al menos en lo que respecta al nivel de la jurisdicción Ciudad de Buenos Aires y a nivel de las direcciones de los hospitales que participarían de la experiencia piloto-, se demostró en la práctica como insuficiente. (Ver Aclaraciones Previas 4). Este hecho condicionó la participación de las áreas técnicas (especialmente niveles de conducción - "Los Médicos jefes de Departamento y de Unidad o Servicio demostraron poco

AGCBA
10



interés en las actividades de capacitación"), que ante la desinformación acerca de los objetivos del programa, optaron por quitar su colaboración. Según surge de las entrevistas mantenidas con los distintos actores y de informes elaborados a distintos niveles de conducción, se instaló desde el inicio del programa la convicción de que HPA era asimilable a privatización de la salud pública.

6. La concepción inicial respecto del fortalecimiento de la gestión de los hospitales fue modificada en el proceso de desarrollo del programa. En lugar de considerar la organización hospitalaria como un todo integral se limitó el ámbito de acción, a lo denominado Técnico Administrativo, de forma que la organización de las actividades vinculadas con la prestación de servicios de salud por parte de los médicos y el personal sanitario quedaron fuera del alcance del Proyecto. Sin embargo, del análisis de la documentación existente, no se visualiza –desde ningún nivel de decisión política y a lo largo de todo el desarrollo del Proyecto – advertencia alguna acerca del no cumplimiento de los objetivos originales (y/o modificaciones de los mismos) planteados por el Programa en lo que respecta a cambios en las modalidades de gestión y transformación de los hospitales elegibles. Durante la misión del Banco de noviembre de 2000, la UEGCBA manifiesta haber encontrado obstáculos tales como resistencia al cambio y dificultades para que el nivel central asimile y regularice el uso de las herramientas y procesos generados.

7. Los dos subcomponentes a cargo de la UEGCBA (Fortalecimiento Institucional y Obra Física y Equipamiento) se ejecutaron en forma inversa a la secuencia prevista en el Proyecto (ver Aclaraciones Previas Nº 10) lo cual no permitió potenciar los efectos del programa como un todo. En la jurisdicción, los proyectos de obra ya estaban aprobados y en marcha cuando comenzó el trabajo de las Consultoras de Gestión.

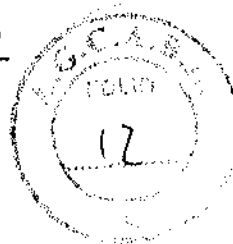
8. Los costos recurrentes (aquellos en los que se debe incurrir cuando se amplían o habilitan nuevos servicios o prestaciones como recursos humanos, electricidad, teléfono, etc) generados por las intervenciones sobre los hospitales (Obra física y equipamiento) no fueron suficientemente previstos, dando como resultado el no aprovechamiento de áreas refaccionadas y/o equipamiento incorporado. En términos generales podría decirse que se lograron áreas físicas bien presentadas y equipadas, pero improductivas (Tal fue el caso de las áreas de guardia, terapia intensiva y cuidado intensivo neonatal en el Hospital Argerich y el equipo de Radiología del Hospital Santojanni. Este último aún permanece en el depósito de la empresa Praxis Médica que ganó la licitación porque la obra física no fue terminada y por lo tanto no está acondicionando el espacio físico donde se debe instalar).

9. Muchas de las transformaciones a los sistemas de gestión hospitalaria en los hospitales elegidos, planteadas por las consultoras, quedaron inconclusas por falta de plataforma y equipamiento informático.

10. Los Hospitales no generaron la información necesaria para elaborar los indicadores de resultados previstos en el programa para evaluar el impacto

43

res



del mismo (Ver Aclaraciones Previas N° 19 y Observación N° 6), excepto facturación y cobranza a las Obras Sociales. La misión del Banco Mundial en agosto de 2000 ya plantea su preocupación respecto de la falta de iniciativa de la UEC en la definición y puesta en marcha de una evaluación de impacto. En el Anexo I se muestra la evolución de Facturación, Cobranzas, Consultas y Egresos de los cuatro hospitales durante el período 1999-2002. Aún así, por sí mismos, éstos indicadores no constituyen un elemento significativo de evaluación del PRESSAL ya que no guardan relación directa con la aplicación del programa.

11. Los periódicos cambios de autoridades en todas las instancias institucionales intervinientes y la inexistencia de un inventario de documentación en cada nueva gestión, implicó que la información se encuentre fragmentada y no haya quedado una memoria de lo actuado.

V. RECOMENDACIONES

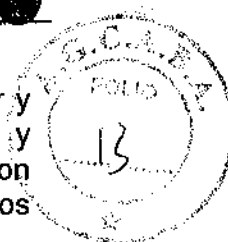
- Establecer la posibilidad de revisión de los acuerdos cuando aparezcan cambios importantes durante la ejecución de los proyectos que alteren las condiciones concretas de realización.
- Ratificar periódicamente los compromisos políticos asumidos a fin de garantizar los resultados previstos y la sustentabilidad de los proyectos.
- Revisar, por parte del Gobierno de la Ciudad al asumir un compromiso con proyectos de esta naturaleza, los procedimientos permanentes de control interno dirigidos a detectar en tiempo y forma las desviaciones que puedan suceder, no sólo en el cumplimiento de los objetivos, sino también en su adecuación a la realidad local.
- Alertar oportunamente en el momento en que un proyecto de similares características deja de ser sustentable y tomar medidas conducentes al mejor aprovechamiento de los recursos en juego.

VI. CONCLUSIONES

El PRESSAL fue un programa con financiamiento del Banco Mundial cuyo objetivo prioritario era contribuir a la reforma del sistema de salud de la República Argentina. El Gobierno de la Ciudad de Buenos suscribió el mismo como una de las jurisdicciones participantes para llevar adelante una experiencia piloto de transformación de 4 hospitales elegibles en Hospitales Públicos de Autogestión (HPA).

Para favorecer el logro de estos objetivos, debían modificarse ciertas condiciones (infraestructura, normativa, tecnología, modalidades de gestión) que requerían, necesariamente, de la toma de decisiones de los niveles de conducción política nacional y jurisdiccionales.





Precisamente, la falta de compromiso político en la reforma del sector y el déficit en la capacidad de gerenciamiento de los gobiernos nacional y provinciales para el nivel de demandas que planteaba el proyecto, fueron definidos por el Banco Mundial (en su Informe de Evaluación Inicial) como los dos principales factores de riesgo para el éxito del programa.

Esto evidencia que, desde el inicio de las gestiones para implantar el PRESSAL, se manejó la posibilidad de la existencia de factores que podían limitar la sustentabilidad del programa.

A pesar de esta advertencia, no se tomaron las medidas necesarias y suficientes para disminuir esos niveles de riesgo que fatalmente se revelaron como las causantes del fracaso de una parte importante del Programa (Fortalecimiento Institucional de los hospitales elegibles).

Las características de diseño del Programa (planteado a nivel nacional con adhesiones locales), con una excesiva asignación de funciones a la UEC, desdibujó la gestión de la UEGCBA relegándola a los aspectos administrativos y dejando las definiciones técnicas y estratégicas de la Secretaría de Salud en un segundo plano.

La UEGCBA tenía la responsabilidad de monitorear las actividades de las Consultoras de Gestión que intervinieron en los 4 hospitales elegibles, pero no tuvo incidencia en la formulación de los objetivos ni de los términos de referencia, ya que la contratación era responsabilidad de la UEC. Sin embargo, no debe olvidarse que si bien el Gobierno de la Ciudad tenía responsabilidad de gestión en los componentes de obra física y equipamiento, al momento de firmar el Convenio adhirió a una propuesta de reforma sustantiva que pareció desconocer a la luz de los resultados obtenidos.

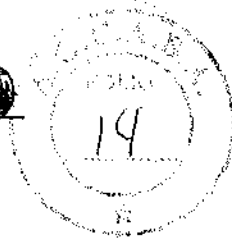
Desde el inicio del Proyecto se advierte -en lo que respecta a los dos subcomponentes de la Experiencia Piloto en la Ciudad de Buenos Aires (Fortalecimiento Institucional y Obra Física)- que la ejecución se desarrolló de manera inversa a como estaba planteada originalmente. Esto provocó la desnaturalización del Proyecto original, desvinculando las modificaciones edilicias de los hipotéticos cambios en la gestión.

Al finalizar el programa, se observa que el modelo de gestión de los hospitales elegibles no se modificó, las propuestas de las Consultoras de Gestión no fueron asumidas por los hospitales y algunos cambios incorporados dejaron de aplicarse tan pronto aquellas se retiraron.

Dr. Vicente M. Brusca
Presidente
Asesoría General de la
Ciudad Autónoma de Buenos Aires



ANEXO I



Hospital Argerich

	facturado	% base 100	cobrado	% base 100	Consultas	% base 100	egresos	% base 100
1999	6.406.348,00	100,00	3.499.036,00	100,00	763.895	100,00	12.005	100,00
2000	6.343.507,00	99,02	3.617.724,00	103,39	766.547	100,35	12.895	107,41
2001	6.289.247,00	98,17	2.677.858,00	76,53	778.759	101,95	13.076	108,92
2002	5.982.938,18	93,39	2.176.165,34	62,19				
total	25.022.040,18		11.970.783,34					

Hospital Santojanni

	facturado	% base 100	cobrado	% base 100	Consultas	% base 100	egresos	% base 100
1999	1.495.963,23	100,00	948.124,34	100,00	609.879	100,00	11.653	100,00
2000	1.320.091,15	88,24	1.012.668,55	106,81	595.231	97,60	12.421	106,59
2001	958.769,86	64,09	1.653.926,63	174,44	599.371	98,28	12.493	107,21
2002	857.002,63	57,29	694.418,85	73,24				
total	4.631.826,87		4.309.138,37					

Hospital Durand

	facturado	% base 100	cobrado	% base 100	Consultas	% base 100	egresos	% base 100
1999	1.185.773,00	100,00	1.009.185,00	100,00	536.628	100,00	10.656	100,00
2000	1.302.971,00	109,88	1.002.626,00	99,35	551.949	102,86	11.019	103,41
2001	1.243.541,00	104,87	795.116,00	78,79	558.011	103,98	11.181	104,93
2002	998.680,80	84,22	828.183,00	82,06				
total	4.730.965,80		3.635.110,00					

Hospital Fernandez

	facturado	% base 100	cobrado	% base 100	Consultas	% base 100	egresos	% base 100
1999	1.756.432,42	100,00	851.872,78	100,00	632.232	100,00	9.354	100,00
2000	1.633.697,02	93,01	668.034,51	78,42	562.187	88,92	7.090	75,80
2001	1.764.902,44	100,48	695.040,03	81,59	512.104	81,00	10.033	107,26
2002	1.534.564,44	87,37	611.342,26	71,76				
total	6.689.596,32		2.826.289,58					