

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FAC. DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES

MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

COHORTE 2014

**“Integración del Sistema de Suministros como parte esencial
en la gestión del Sistema de Salud: análisis del Sistema de
Gestión de Suministros en el Policlínico PAMI I”**

Autor: Agustín Dimas Poussif

Dirección: Dra. María Soledad Marchetti

Índice

1. Introducción	3
1.a. Presentación del problema	4
1.b. Tesis a sostener	4
1.c. Relevancia y factibilidad de tema	5
1.d. Objetivo general	5
1.e. Objetivo específico	5
1.f. Estrategia metodológica	6
2. Marco teórico	6
2.a. Un modelo integral del sistema de suministros	8
2.b. Organización del sistema, políticas y legislación	9
2.c. Selección, estimación, adquisición, almacenamiento y distribución VS Supply chain management (SCM)	10
2.d. Que es una cadena de suministros	11
2.e. Análisis de los 4 componentes de la cadena	14
2.f. Implementación del SCM	16
2.g. Estrategias bimodales	17
2.h. Problemas de la gestión de la cadena de suministros	18
2.i. Análisis de los pasos que actualmente consideramos para la compra de medicamentos	19
2.j. Sistemas de suministro alternativos	25
3. El hospital como unidad de negocios	27
3.a. Administración de operaciones en hospitales	29
3.b. Análisis de la planificación de operaciones en sistemas de salud internacionales	30
3.c. Fundamentos del modelo para la planificación de medicamentos y materiales de uso médico en instituciones hospitalarias	31

3.d. Principios en los que se sustenta el modelo conceptual	32
3.e. La definición de los GRD	33
3.f. Beneficios GRD's	35
3.g. Plan de demanda pronosticada	36
3.h. Plan agregado de admisión	36
4. Análisis propio del caso	37
4.a. El instituto	37
4.b. La normativa y su aplicación	38
4.c. La intervención	43
5. Conclusiones	54

1. Introducción

De acuerdo con el estudio actual de la temática se ha encontrado que los sistemas de salud no cuentan con políticas nacionales que integren el sistema de suministros como parte esencial del trabajo en gestión del sistema de salud.

La pandemia mundial que inicio en el año 2020 demostró que los procesos de suministros hospitalarios tenían fallas en el proceso o incluso no existían procesos de adquisición de insumos adecuados a las necesidades del sector.

En la mayoría de los casos se observaban procesos aislados y desarticulados intrahospital, interhospitalarios y con relación a la obra social. También observamos como en el caso de los insumos estratégicos, fueron apareciendo sistemas de suministro paralelos, con intentos aislados y realizados por personas dentro de sus áreas, que no tenían coordinación local y que intentaban resolver la demanda a título individual o del colectivo local.

Los primeros estudios relacionados con la administración de operaciones en hospitales son de hace veinte años.

La administración de operaciones ayuda a los hospitales a entender mejor sus procesos, aumentar la productividad laboral, reducir líneas de espera, acortar los ciclos de tiempo y, en general, incrementa la satisfacción del paciente, todo lo cual contribuye a mejorar la salud financiera de la institución.

El enfoque de la administración de operaciones en estas instituciones es funcional, en un primer momento, en el que se descentralizan la planificación y el control de las operaciones en los departamentos específicos, a partir de un pronóstico agregado de días, pacientes e ingresos.

Pese a los avances en este ámbito, la administración de operaciones sigue siendo un área en desarrollo en los hospitales y esto se aprecia en la carencia de modelos específicos para su implementación en estas instituciones.

Esta descripción que se ha evidenciado en otros países latinoamericanos ha traído como consecuencia que el suministro hospitalario sea considerado de acuerdo a las formas históricas de gestión de la adquisición de los insumos, como compartimento estanco institucional, minimizando la importancia de la implementación y monitoreo de los demás procesos del sistema.

En definitiva, este estado de situación, genera desabastecimiento, intentos individuales de los sectores locales por abastecerse de forma autónoma, incremento en los costos y pérdida de oportunidades en la utilización de financiamiento, entre otros. Repercutiendo en los trabajadores del sistema de salud que encuentran en esta problemática un obstáculo e incide en el deterioro de la atención a los pacientes.

a) Presentación del problema:

Análisis del sistema de gestión de suministros desde julio a diciembre de 2020 e intervenciones realizadas para lograr un modelo integral aplicado al caso Policlínico PAMI I de la ciudad de Rosario.

b) Tesis a sostener:

La gestión de insumos hospitalarios responde a un sistema de suministros antiguo que no se correlaciona con las necesidades hospitalarias del sistema de salud actual, hecho que se vio expuesto durante la pandemia. Se evidencia la necesidad

de un sistema que trascienda las actividades operativas de adquisición y ponga en juego un modelo integral del sistema de suministros aplicado al caso del Policlínico PAMI I de la ciudad de Rosario.

c) Relevancia y factibilidad del tema:

La cadena de suministros de los establecimientos sanitarios maneja una parte importante de los presupuestos utilizados en la atención hospitalaria. Es fácil entonces comprender que la optimización de los procedimientos de reaprovisionamiento guarda relación directa a la calidad y la cantidad de la atención sanitaria. Y es parte del desarrollo del trabajo que realicé como Coordinador Administrativo del Policlínico PAMI I y II de Rosario. Este lugar institucional me permitió acceder a información y a fuentes claves.

Key Words: análisis- sistema-suministros- modelo integral.

d) Objetivo general

- Evaluar el sistema integral de suministros en el policlínico PAMI 1.

e) Objetivos específicos

- Identificación de áreas críticas del sistema de suministros antiguo.
- Identificación de alternativas para el mejoramiento de los puntos de dolor del sistema de suministro actual.

f) Estrategia Metodológica

Estudio descriptivo observacional longitudinal.

2. Marco teórico

Los sistemas de salud a nivel mundial no cuentan con políticas nacionales que integren el sistema de suministros; en la mayoría de los casos se observan procesos aislados, desarticulados y algunas veces, como en el caso de los insumos estratégicos, es común encontrar sistemas de suministro paralelos, con actividades igualmente aisladas.

Como consecuencia de estas dificultades, el suministro de insumos se ha limitado exclusivamente a actividades operativas de adquisición, minimizando la importancia de la implementación y monitoreo de los demás procesos del sistema, lo que genera desabastecimiento, incremento en los costos, pérdida de oportunidades en la utilización de financiamiento y finalmente incide en el deterioro de la atención a los usuarios de los servicios de salud.

La planificación de las adquisiciones es un proceso dinámico, participativo y multidisciplinario, por lo tanto, es necesario conformar un equipo en el cual estén representadas las diferentes instancias técnicas y administrativas responsables del suministro y contar con el asesoramiento de especialistas en el área si son requeridos. Este equipo debe ser de naturaleza permanente y no circunscribirse únicamente a la programación de las necesidades y la definición de la “lista de adquisiciones”. Su responsabilidad va más allá de estas acciones, ya que será

responsable de monitorear la ejecución del plan de adquisiciones, su evaluación y su actualización constante.

Antes de la planificación de las adquisiciones, debería proyectar una evaluación rápida de los aspectos críticos en la gestión del suministro que afectan el acceso y la disponibilidad a los insumos estratégicos. De manera que simultáneamente a la elaboración del plan de adquisición se identifiquen los “cuellos de botella” en el suministro y se definan las acciones correctivas o intervenciones de orden normativo, organizacional, educativo o financiero que sean pertinentes a la institución y a sus reglamentos de compras y contrataciones.

Se pretende además que esta evaluación oriente la toma de decisiones para la búsqueda de cooperación técnica o la elaboración de proyectos destinados a fortalecer la gestión del suministro.

Una propuesta de análisis podría ser utilizar estas pautas para realizar la planificación general de las adquisiciones de insumos estratégicos a nivel del estado u organismo pertinente.

Esta planificación debiera trabajar sobre los ejes de un sistema actualizado en suministros. Entre ellos podrían distinguirse:

- Identificación de áreas críticas del sistema de suministros.
- Identificación de alternativas para el mejoramiento de las áreas críticas del sistema de suministro.
- Elaboración del plan de adquisición de insumos estratégicos.
- Fortalecimiento de los sistemas de suministros, en relación con las adquisiciones y la garantía de la calidad.
- Planificación de las adquisiciones
- Monitoreo y evaluación de la gestión de adquisiciones.

Estos sistemas de planificaciones son bien estudiados en las áreas pertinentes a insumos farmacéuticos. El proceso de compra de medicamentos en el sector público posee cuatro etapas: origen del requerimiento, compra, gestión de existencias y utilización de los fármacos (1)

La creación de un sistema integral de provisión de insumos sanitarios es entonces un desafío a desarrollar.

a) Un modelo integral del sistema de suministros

Basándonos en modelos existentes con relación a una temática bien conocida del ámbito hospitalario “provisión de medicamentos” y bien regulada por los organismos de control, es prioritario hacer un análisis del actual modelo vigente que comparte puntos de encuentro con lo que podría desarrollarse o extenderse a Supply Chain Management. Encontrándose en ambos sistemas puntos convergentes, puntos divergentes y puntos de dolor.

En el cuadro a continuación vemos un modelo de un sistema de suministros de medicamentos esenciales y desarrollaremos esos puntos.



b) Organización del sistema, políticas y legislación

La organización del sistema de salud del país, sus políticas y legislación vigentes, son factores decisivos en el análisis de áreas críticas y determinan alternativas de solución para el mejoramiento de los sistemas de suministros.

Es vital el análisis de la definición de los actores involucrados en el sistema, los mecanismos de coordinación entre esos actores, las pautas y tiempos a considerar para la importación de insumos, los aspectos relativos a la garantía de la calidad de los insumos estratégicos, las normas y procedimientos vigentes para las adquisiciones públicas.

c) Selección, estimación, adquisición, almacenamiento y distribución vs Supply chain management (SCM): significado y funciones

Encontramos que las fases de selección, estimación, adquisición, almacenamiento y distribución de un medicamento guarda estrecha relación con lo que conocemos como cadena de suministro (SCM).

Ahora bien, solo en el tema medicamentos encontramos en la organización sanitaria elementos que cumplen los mismos pasos. Eso mismo no ocurre con elementos de insumos generales o no farmacéuticos (ej sabanas, elementos de higiene, suministros de librería etc). Sin embargo, cualquiera de estos últimos podría afectar el funcionamiento hospitalario si la provisión no fuera adecuada o existiera un evento que genere mayor demanda como fue el caso de la Pandemia COVID-19.

Incluso es de jerarquizar que, aunque el sistema de medicamentos tenga puntos en común, con SCM no significa que se esté cumpliendo, monitorizando y corrigiendo los puntos de dolor y, por lo tanto, el comportamiento siga siendo en forma estanca, con las consecuencias ya mencionadas previamente.

En ambos casos el diseño del SCM puede ser decisivo para el éxito o el fracaso de una estrategia. En tiempos de crisis, cuando surgen problemas de logística o de producción, implementar la estrategia correcta garantiza la disponibilidad de los recursos necesarios. Gracias a una administración eficaz de la cadena de suministro se pueden detectar lugares de suministro alternativos, sacar partido al análisis de big data y obtener información detallada sobre la disponibilidad y demanda de bienes de proveedores.

La sincronización de los flujos de información y de bienes a nivel sectorial no solo puede fortalecer la adaptabilidad de una institución respecto a las condiciones cambiantes del mercado, sino también ayudarla a mantener una relación adecuada con proveedores, fabricantes y “clientes”. En el caso de las instituciones de salud también es garantía de abastecimiento y calidad de atención.

d) Que es una cadena de suministros (SCM)

El concepto de gestión de la cadena de suministros abarca la planificación y optimización de las cadenas de suministro físicas y digitales, desde los proveedores de materias primas hasta el usuario final. Una SCM eficiente logra desarrollar procesos de distribución y producción a precios competitivos e intercambios constantes dentro de la cadena de valor. Lo importante no es solo detectar el eslabón más débil de la cadena de suministro, sino conocer todos los eslabones que la conforman.

Un intercambio de información abierto y transparente entre distribuidores, proveedores y productores garantiza que las empresas puedan responder de manera rápida y flexible a las fluctuaciones de la demanda, como cuando se da el efecto látigo. De este modo, los bienes fluyen de la manera más ininterrumpida posible y los inventarios no se acumulan. La cadena de suministro solo podrá planificarse de forma eficaz si existen canales de comunicación cortos, análisis de big data y tecnologías innovadoras que tengan un efecto inmediato en los proveedores y el flujo de bienes.

Para la eficacia del supply chain management es fundamental implementar tecnologías de la información y la comunicación modernas en forma de soluciones de software y aprendizaje automático. Cuanto más rápido, más uniforme y más automatizado sea el intercambio de datos, mejor se unirán los eslabones de la cadena de suministro. Mediante la gestión de la cadena de suministros, se crean redes transparentes y colaborativas que promueven la estabilidad a lo largo de la cadena de valor.

Los ciclos de vida de los productos y los plazos de producción se acortan, las expectativas de los clientes aumentan y la presión para reducir los costos de producción y agilizar la entrega se incrementa. Si a eso sumamos las circunstancias de contexto en una economía fluctuante o eventos mundiales como una pandemia,

garantizar el funcionamiento de la cadena es un signo directo de no sufrir desabastecimiento, sobretodo en el ámbito hospitalario, cuya relación es directamente proporcional a “falta de atención médica” al usuario-paciente.

Desde el punto de vista conceptual los objetivos principales de la SCM son la reducción de costos, la orientación hacia el cliente y la producción basada en la demanda a través de la división del trabajo. Las infraestructuras físicas y logísticas solo pueden volverse más baratas, más rápidas y más competitivas si las empresas colaboran con sus socios y gestionan la información y los bienes con transparencia.

Para eso se establece la división del trabajo, donde las empresas asociadas pueden centrarse en sus competencias básicas. El producto ya no se fabrica de forma centralizada, sino que los componentes y las materias primas se transportan a los productores, proveedores y subcontratistas con la mejor relación calidad-precio, para luego llegar al cliente final como producto terminado. La integración orientada a procesos del análisis de big data y el aprendizaje automático hace posible la sincronización de la demanda y del suministro, así como el equilibrio de la producción y la demanda.

En este punto de la cadena no hay experiencia en división del trabajo, en relación a productos de insumos hospitalarios, puesto que el producto final es lo que se consume, por lo tanto, este eslabón de la cadena no aplica a la temática en cuestión.

La administración de la cadena de suministro se divide en tres ámbitos de aplicación:

Proceso de producción: las empresas deben mantener relaciones cercanas con sus socios y conocer a los subcontratistas que participan en la cadena de suministro, ya que solo se puede controlar el flujo de materiales y mercancías resultante de las entregas y devoluciones si se conoce el camino que sigue el producto, desde el proveedor de la materia prima hasta el cliente final, pasando por la producción.

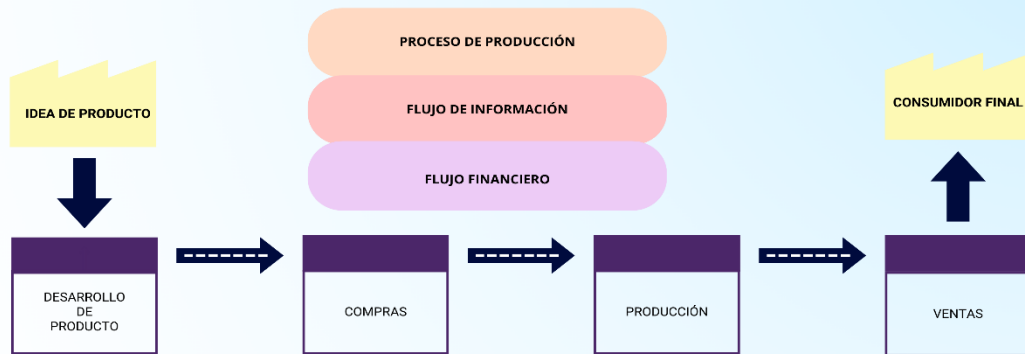
Flujo de información: la información debe fluir en ambas direcciones a lo largo de la cadena de valor. Para entregar bienes de manera eficaz, las empresas recurren a los datos sobre el comportamiento del consumidor: ¿Cuánto se compra? ¿En qué lugares existe una demanda desconocida de bienes? ¿Hay picos regulares en la demanda? Para una buena gestión de los flujos de distribución es necesario la transmisión de datos desde los sectores operativos a los sectores involucrados en las compras de la institución. Además, se debe disponer de información sobre las entregas de los insumos: geolocalización de los proveedores, rutas de transporte y en el caso de servicios, sistemas de alerta y solución de fallas. Por lo antes expuesto es de vital jerarquía contar con una infraestructura de comunicación general como parte integral de la SCM.

Flujo financiero: los flujos financieros discurren de forma paralela y en relación con los procesos de producción. En una empresa (X) cada eslabón de la cadena de valor tiene sus propios intereses económicos y pretende beneficiarse de la colaboración. En cambio, en las instituciones públicas estatales, los eslabones de la cadena se reducen a ravelos propios de la estructura, clientes/pacientes o proveedores de insumos, sin intermediario. Y las reglamentaciones de compras son rígidas y deben garantizar la transparencia sin beneficiar a un eslabón en particular, más bien generar un sistema de costos eficientes para el estado nacional, provincial o municipal.

De tal modo que resulta ser en la SCM básico controlar y optimizar los flujos financieros para reducir los costos y aumentar la transparencia del estado, a la par que se garantiza una eficiente provisión de insumos, en este caso, hospitalarios.

Ha continuación se muestra un esquema de la cadena de producción de mercado:

SUPPLY CHAIN MANAGEMENT (SCM)



e) Análisis de los 4 componentes de la cadena:

Desarrollo de producto: la administración de la cadena de suministro garantiza la selección de los proveedores y los fabricantes adecuados, así como el contacto con ellos en la fase de desarrollo. Los requisitos para la calidad del producto y la eficiencia de costos pueden implementarse ya desde esta fase temprana.

Compras: para que la adquisición y el almacenamiento de materiales sean lo más completos y económicos posible, la SCM centraliza y organiza aspectos de logística, compras y gestión de proveedores, fabricantes y clientes.

Producción: la gestión de la cadena de suministro supervisa los requisitos de calidad de los materiales, la producción, el embalaje y el servicio, además de optimizar el

flujo de mercancías a través de la transparencia y la evaluación de los resultados del trabajo.

Ventas: la SCM evalúa y mejora constantemente el almacenamiento, las empresas de distribución y las rutas de transporte para optimizar el traslado de mercancías en todas las fases, desde la producción hasta el consumidor.

La SCM podría ser aplicada a las compras del sistema hospitalario dado que se respetan los 4 componentes básicos y compatibles con adquisición de insumos sanitarios.

En segunda instancia surge la gestión de la cadena de suministros que se desarrolla en tres fases:

En la fase estratégica, la organización de toma decisiones a largo plazo, a varios meses y años, para optimizar y estabilizar la red logística en toda la cadena de valor (por ejemplo, en aspectos como la planificación y expansión de instalaciones, las inversiones, la tercerización o las capacidades).

En la fase táctica se coordinan e implementan decisiones a medio plazo, dentro de un trimestre o año (por ejemplo, sobre estrategias de entrega, logística de almacén o planificación de personal).

En la fase operativa se toman decisiones de producción y entrega a corto plazo, a días o semanas (por ejemplo, sobre reparto de pedidos o ventas y almacenamiento de productos).

f) Implementación de SCM

La implementación requiere estrategias y tecnologías eficaces e innovadoras. Con este fin se conectan módulos y aplicaciones que utilizan conceptos de planificación comunes a diversos sectores de manera uniforme y orientándose al proceso.

Se consideran entonces conceptos de los flujos financieros y de bienes, la optimización de recursos, la logística y la transmisión de datos. Empresas como Amazon y Netflix llevan mucho tiempo utilizando el análisis de big data, el contenido en tiempo real y los sistemas de interacción para evaluar los datos y las necesidades de los consumidores de manera directa y diseñar medidas basadas en ellos.

Hoy en día, muchas empresas utilizan la tecnología para mejorar la cadena de suministro. Sin embargo, raras veces se implementa una cadena de suministro digital eficiente en tiempo real y diría es poco probable encontrar en el ámbito sanitario este análisis. Esto se debe, por un lado, a que los socios utilizan diferentes sistemas informáticos a lo largo de la cadena y, por otro, a la inquietud que provoca revelar datos de la empresa a todos los involucrados. En términos de SCM, sin embargo, aumentar la transparencia optimizaría el proceso para todas las partes.

En términos de instituciones estatales, es de valorar este último punto ya que el estado nacional cumple con la Ley 27275 de Acceso a la Información Pública, que tiene por objeto garantizar el efectivo ejercicio del derecho de acceso a la información pública, promover la participación ciudadana y la transparencia de la gestión pública. Por lo tanto, garantizar un sistema integral de suministros teniendo

como base la SCM es indirectamente una propuesta de TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL.

Entre los componentes clave para el éxito de la administración de la cadena de suministro se incluyen el análisis de big data, la computación en la nube, las herramientas de simulación, el contenido en tiempo real, las estrategias bimodales y una intensa orientación al cliente. La supervisión de los propios productos podría mejorarse, por ejemplo, mediante tecnologías RFID (identificación por radiofrecuencia), que permiten a los fabricantes y proveedores obtener información directa sobre la demanda y el comportamiento de compra.

g) Estrategias Bimodales: tecnologías de la información (IT/TI)

Empecemos por entender qué es bimodal aplicado al área de IT/TI:

- el modelo de TI bimodal abarca dos modos simultáneos para desarrollo de aplicaciones y procesos de gestión de TI: uno tradicional y otro innovador. El primero centrado en las funciones básicas de TI, desarrollando aplicaciones estables y fiables, mientras que el otro es más experimental y se centra en la agilidad. Esto estimula la toma de riesgos y la experimentación en la organización para generar nuevas fuentes de ingresos. El tipo 1 centrado en la estabilidad y la eficiencia, y el tipo 2 ágil y centrado en plazos de lanzamiento, la evolución rápida de aplicaciones, y la alineación estrecha con las unidades de negocio.
- La incorporación de nuevos perfiles más especializados. Científicos de datos o analistas Big Data empiezan a poblar las empresas, pero, tras su contratación, es preciso mantener las promesas que los atrajeron. No se puede designar a estos perfiles a tareas rutinarias alejadas de la

investigación. Su trabajo se ha de enfocar al descubrimiento, los nuevos retos y el abrazo al riesgo que suponen.

- La desaparición progresiva de los límites entre IT y compras. Dentro de ese departamento de IT bimodal seguirán existiendo funciones dedicadas a dar soporte a usuarios y sistemas. Son los roles tradicionales. Pero, a ello se suma un nuevo equipo que trabajará junto con los profesionales de negocio designados para ello, para avanzar en la comprensión de los clientes, el mercado y los competidores, como punto de partida para el diseño y generación de nuevos productos y servicios.
- El fomento de la colaboración. La cooperación con iniciativas open source será la forma de brindar los últimos avances en tecnología al negocio. A cambio, algunos de los integrantes del área de IT deberán concentrar parte de sus esfuerzos en el desarrollo de este tipo de soluciones que, dentro de la arquitectura de sistemas de la empresa, convivirán con otras ya consolidadas en el mercado y de eficacia probada. (2)

Entonces debemos saber que transformar una empresa desde el ámbito de la supply chain management requiere un cambio complejo de los sistemas informáticos y los canales de comunicación a lo largo de toda la cadena de suministro y, por lo tanto, supone un gran reto.

h) Problemas de la gestión de la cadena de suministro

Los problemas más comunes que surgen del supply chain management son los siguientes:

- Objetivos empresariales contrapuestos: en la cadena de valor, los diferentes objetivos de planificación de las empresas asociadas pueden entrar en conflicto.
- Distribución de costes, tareas, cargas y beneficios: es importante distribuir justa y equitativamente las tareas, costes y cargas en todos los eslabones de la cadena de suministro.
- Estándares nacionales e internacionales: coordinar estándares empresariales y de planificación puede suponer un reto.
- Seguridad de los datos: es necesario proteger los datos financieros y de producción internos de la empresa y seguir las diferentes normativas de seguridad de cada país.
- Falta de cercanía: mantener una colaboración estrecha y transparente entre fronteras, sin contacto personal directo, no es tarea fácil.

i) Análisis de los Pasos que actualmente consideramos para la compra de medicamentos

Selección de insumos y uso racional

La selección cuidadosa de los medicamentos e insumos estratégicos permite mejorar la calidad de la atención, la gestión del sistema de suministros y el aprovechamiento eficaz de los recursos disponibles. Por esta razón se recomienda que los medicamentos estratégicos para la salud pública estén incluidos en las pautas clínicas o normas de tratamiento como una medida para asegurar el acceso a la atención de salud y promover el uso racional de los mismos. La utilización de listas de medicamentos e insumos esenciales tiene repercusión en el aprovisionamiento, producción local, suministro, prescripción y supervisión de los

medicamentos, ya que este proceso es el punto de partida para definir las especificaciones técnicas de los productos requeridos por el país, y es determinante para la programación adecuada de las necesidades, considerando variables tales como, entre otras, nivel de atención, dosificación, periodos de tratamiento y presentaciones farmacéuticas. Es importante tener en cuenta que, al planificarse las adquisiciones, deben considerarse también aquellos medicamentos que no están incluidos en la lista, pero resultaron ser necesarios después de un cuidadoso análisis. Por lo tanto, el equipo nacional debe analizar y revisar qué procedimientos especiales pueden tener estos medicamentos al momento de la compra y cuáles serán las estrategias posteriores para demostrar su esencialidad y la necesidad de inclusión en la lista de medicamentos esenciales.

Estimación de necesidades y adquisiciones

En la mayoría de los casos, la estimación de las necesidades suele ser la etapa más crítica en la gestión del suministro de insumos estratégicos, por diversas razones, entre las que se señalan, entre otras: la falta de información para realizar la cuantificación, un conocimiento insuficiente sobre los métodos de cuantificación y su aplicación, la falta de un plan sistemático para realizar la estimación de las necesidades y la falta de participación de todos los involucrados en el proceso de estimación.

Asimismo, existen vacíos o falta de coordinación entre los diferentes actores por falta de procedimientos que les permitan orientar este proceso.

Para conocer con mayor detalle la forma en que se está desarrollando la estimación de las necesidades, es preciso analizar el proceso en su conjunto, la metodología empleada, quiénes lo hacen, qué información utilizan y cómo evalúan esta cuantificación en cada periodo, de manera que puedan efectuar los ajustes necesarios a las cantidades de insumos estratégicos, antes de definir la adquisición de los mismos.

Las Buenas Prácticas de Adquisición (BPA) enfatizan que un sistema eficaz de garantía de calidad tiene cuatro elementos básicos: selección de proveedores confiables, utilización de mecanismos existentes como el certificado de calidad tipo OMS, el establecimiento de un programa de notificación de defectos y la realización de pruebas selectivas de calidad. Para facilitar la adopción de decisiones respecto al primer elemento del sistema de garantía de la calidad mencionada, la selección de proveedores confiables, es fundamental llevar a cabo una adecuada gestión que garantice también la disponibilidad de proveedores confiables y eficaces. Para lograr este propósito se cuenta con procesos de inscripción en el registro, elección y valoración, obteniendo un número selecto de proveedores comprometidos con la garantía de la calidad, estableciendo relaciones basadas en el respeto mutuo y a largo plazo. Para lograr este fin, es necesario contar con un listado de posibles proveedores, invitarlos a inscribirse en el registro de proveedores y elegir aquéllos que cumplan satisfactoriamente las condiciones de negociación establecidas.

Almacenamiento y distribución

El almacenamiento es el proceso mediante el cual se asegura la calidad de los insumos desde que ingresan al depósito, almacén o farmacia, garantizando la calidad de los productos durante su permanencia allí, en términos de condiciones de eficacia, estabilidad y seguridad especificadas por el fabricante, incluso hasta que el producto es entregado al usuario final. Considera diferentes aspectos técnicos como la recepción técnica y administrativa, la adecuación de áreas, la dotación requerida, el control de factores ambientales y aspectos administrativos como la gestión de inventarios, lo cual puede resumirse en los principios básicos: logística, gestión del inventario y evaluación del almacenamiento.

Mediante la recepción se verifica que el envío físico enviado por un proveedor cumpla lo pactado previamente con él y que coincida con la orden de compra y la factura que lo respaldan. Este primer momento de verificación se conoce como

recepción administrativa. Igualmente se verifica que los productos enviados cumplan con los requisitos establecidos en la legislación vigente del país y que su aspecto coincida con las características definidas en sus fichas técnicas, lo cual corresponde a la recepción técnica.

La verificación administrativa debe aplicarse al 100% de los insumos recibidos y entre las especificaciones para revisar figuran: nombre genérico, concentración, forma farmacéutica, costos unitarios y totales, fechas y formas de entrega y cantidades. Es importante señalar que la persona que realice el recuento de los productos no debe saber qué cantidad se recibe (a ciegas), con el fin de evitar el sesgo que se produce al conocer desde antes dicha información.

La verificación técnica se realiza mediante un muestreo al azar sobre el lote en recepción, utilizando para ello la norma vigente en el país. La muestra tomada debe ser representativa de cada lote a recibirse. Sobre la muestra se verifican: fecha de vencimiento, número de lote de fabricación, registro sanitario, características físicas y organolépticas del producto como tal, características relacionadas con la etiqueta, el empaque, el envase, el embalaje y la forma farmacéutica.

En cuanto al depósito o almacén, debe recordarse que cualquier área donde se almacenen medicamentos y otros insumos, requiere satisfacer pautas mínimas para la adecuada conservación y custodia de dichos insumos. Un proceso adecuado de almacenamiento da como resultado una rotación óptima de inventarios, 0% de vencimientos, fugas, averías y deterioros por condiciones ambientales y garantiza el abastecimiento adecuado para facilitar la logística de distribución a las diferentes regiones.

La planificación operacional y la capacidad logística son la clave para desarrollar un sistema de distribución eficaz en función del costo. Por consiguiente, es importante contar con un equipo de logística integrada por personas calificadas, que planifiquen y desarrollen las siguientes fases:

- Determinar si las operaciones de distribución las debe llevar a cabo el sector público o si se contrata el servicio con el sector privado.
- Despacho de mercancías en correo, identificando los envíos tan pronto como llegue al centro de distribución, procesando todos los documentos requeridos, garantizando las condiciones de transporte de los insumos y supervisando los envíos al depósito o almacén de destino.
- Planificar la localización de los almacenes y las rutas de entrega.
- Planificar la periodicidad de las entregas.
- Establecer puntos de control del sistema.

Un sistema de distribución bien administrado garantiza el suministro constante de insumos, la conservación de los mismos en buenas condiciones, minimiza las pérdidas durante el transporte y proporciona información sobre las previsiones de necesidades de medicamentos.

Cualquiera que sea el sector encargado de las operaciones de distribución (público o contratación con empresas privadas), es necesario establecer acciones de monitoreo y evaluación del desempeño del operador, con el fin de garantizar su mejoramiento continuo o el cambio si corresponde.

La gestión del operador de distribución puede hacerse de la misma forma en que se hace la gestión de los proveedores de insumos, entendiendo que ese operador es un proveedor que entrega un servicio en lugar de un producto.

Sistema de información

Dentro del componente de apoyo a la gestión del ciclo de suministros, es fundamental el sistema de información que permita recoger, procesar, comunicar y utilizar información con el propósito de adoptar las decisiones que garanticen el mejoramiento continuo de los procesos.

La coordinación de los distintos elementos de un sistema de suministro de insumos estratégicos requiere un sistema útil, que brinde información puntual, exacta y que permita utilizar eficazmente los datos generados en cada nivel, a través de un conjunto de indicadores que miden el rendimiento del sistema.

Recursos humanos

La gestión del sistema de suministros estratégicos y particularmente del proceso de adquisición, son aspectos profesionales que requieren una diversidad de conocimientos, capacidades y experiencia, realizados en equipo. La falta de recursos humanos capacitados para la gestión de los diferentes procesos técnicos y de apoyo al sistema de suministros, puede hacer fracasar cualquier sistema de suministro de medicamentos.

Es necesario que el equipo institucional analice los perfiles del personal responsable de cada una de las etapas del proceso del suministro, su experiencia, grado de motivación y capacitación, y que asimismo determine cuáles son las necesidades en las diferentes áreas de capacitación y cuáles son las alternativas para lograr este fin.



j) Sistemas de suministro alternativos

Aunque existen muchas variaciones, los sistemas de suministro se describen en cinco modelos principales: almacén central de medicamentos, organismo autónomo de suministro, entrega directa, distribuidor principal, y sistema de dispensación en establecimientos de expendio privados.

Ello representa la gama de modelos que va de un sistema completamente público a un sistema completamente privado, pero es frecuente encontrar sistemas que combinan elementos de dos o más de estos modelos básicos. Por ejemplo, el sistema de almacén central de medicamentos es el más frecuente. Los medicamentos e insumos son adquiridos y distribuidos por la unidad competente del Ministerio de Salud o del sistema de seguridad social. Este sistema requiere que el organismo correspondiente cuente con recursos humanos, infraestructura, equipos,

sistemas de gestión y comunicación para la selección, adquisición, almacenamiento y distribución de los suministros.

Como contrapartida los almacenes centrales experimentan frecuentes problemas con la gestión financiera, la cuantificación de los requerimientos, la gestión de las licitaciones, la gestión del almacén, el transporte y la seguridad de los medicamentos. Las causas de estos problemas incluyen las interferencias políticas o administrativas; limitaciones de la administración pública para resolver problemas de disciplina, bajo rendimiento, insuficiencia de recursos financieros, restricciones a las contrataciones públicas que surgen del ciclo de pagos de la tesorería y entrega errática de los fondos de las instituciones y dificultades de transporte por la necesidad de mantener una flota de vehículos.

Los problemas experimentados con los sistemas de almacén central de medicamentos han llevado a algunos gobiernos a establecer organismos autónomos de suministro bajo gestión privada.

El organismo autónomo de suministro es un sistema centralizado en el cual la responsabilidad de gestión está en manos de una junta directiva autónoma o semi-autónoma y opera los servicios de suministro como una empresa privada, pero sin fines de lucro.

Otros sistemas alternativos eliminan la necesidad de operar y mantener una red de almacenes públicos, generando como variante la entrega directa. Es un sistema descentralizado en el cual los insumos son entregados directamente por los proveedores a las unidades de atención.

El Ministerio o la institución de seguridad social lleva a cabo licitaciones centrales para seleccionar los productos y precios; éstos pueden ser comprados centralizada o descentralizadamente, y entregados a la red de servicios sin tener que pasar por almacenes centrales del gobierno. En muchos países, el fortalecimiento del sistema de almacenamiento y distribución requiere una significativa inversión en la rehabilitación de la infraestructura de almacenamiento, equipos y vehículos de

transporte; la adecuación y capacitación del personal y la implementación de incentivos para mejorar el desempeño; la definición de funciones y responsabilidades, la estandarización de procedimientos y tareas, y el desarrollo e implantación de sistemas de información y comunicación efectivos. El equipo de trabajo deberá determinar cuál es la mejor alternativa para mejorar el sistema de suministro: reforzar las estructuras, equipos, vehículos, procesos y sistemas o transformar el sistema en base a los modelos alternativos descritos anteriormente. Se debe llevar a cabo un análisis crítico de las ventajas y limitaciones de las posibles alternativas y la probabilidad de éxito en superar las debilidades identificadas en el sistema vigente.

3. El hospital como una unidad de negocios

Debido a la turbulencia vivida actualmente en el entorno empresarial se hace imprescindible asignar los escasos recursos a aquellos objetivos potenciales que posibilitan que una organización aumente su rendimiento.

En este contexto, desde hace varias décadas, en los servicios de salud han aumentado los esfuerzos por incorporar herramientas de gestión de la manufactura con el objetivo de optimizar los resultados de las distintas áreas de decisiones y mejorar la calidad asistencial. Una de estas herramientas son los modelos para la planificación de materiales (MRP) que permiten planear y controlar los requerimientos de materiales y la capacidad. El mismo, llevado al ámbito hospitalario pretende planificar los recursos materiales y humanos necesarios para cada tipología de casos.

La empresa hospitalaria tiene características muy diferentes a la mayoría de las organizaciones. Como consecuencia de ello, los modelos de planificación y gestión que se utilizan en los hospitales en ocasiones son muy específicos. En comparación

con otras empresas del sector de los servicios, en la empresa de salud se identifican tres componentes específicos del servicio que se presta: la organización (como proveedora a través de un sistema físico, no es la misma en todos los casos debido a los diferentes recursos con que puede contar el sistema), el personal (que proporciona directamente el servicio de salud con competencia legal en cualquier rama de la salud: (asistencial, investigadora y/o docente) y los pacientes (que son en los que se concreta el resultado final).

En las instituciones de salud convergen numerosos tipos de actividad como pueden ser la actividad asistencial de primer nivel o especializada, la hostelería, la actividad económico administrativa, la ingeniería, el mantenimiento y toda una serie de actividades de apoyo y servicio que son imprescindibles y de muy diversas características. Debido a la gran diversidad y complejidad inherentes a todas las áreas de decisión que se presentan en las Instituciones de salud, existen altas probabilidades de incurrir en errores y desaprovechar recursos tanto humanos como materiales. Una Administración de Operaciones estructurada, con los recursos y coordinación adecuados, permite optimizar de forma significativa la utilización de los mismos y mejorar la calidad asistencial (3)

El servicio en el hospital sucede a partir de una entrada principal (paciente enfermo), una transformación (atención médica, investigación, conocimiento) y con valor añadido (paciente curado); para efectuar la transformación se precisan diversos insumos, generados en procesos internos (por ejemplo: medios diagnósticos) o suministrados por proveedores externos (4)

A diferencia de otros sectores, el sector de salud tardó tiempo en incorporar la visión y metodologías que aporta la gestión de operaciones y el cambio de cultura organizativa que ofrece la gestión de la calidad, además de que fue igualmente lenta la evolución desde modelos centralizados y jerarquizados hacia modelos más horizontales y adecuados para responder a los requerimientos de un proceso asistencial coordinado, en el que no se rompa la continuidad terapéutica (5)

La gestión de las organizaciones de salud debe orientarse, entonces, a sus pacientes. La implantación de herramientas de gestión en centros de salud, no sólo proporciona beneficios para éstos sino también para sus pacientes, a los cuales les aporta la confianza de una gestión completa orientada a garantizar el cumplimiento de la calidad esperada. La gestión hospitalaria debe estar en función de las características clínicas de los pacientes.

La gestión de un hospital resulta muy compleja debido a las características de sus productos, constituidos principalmente por las altas del conjunto de pacientes diagnosticados. Por lo tanto, se plantea la necesidad de reducir el número prácticamente infinito de posibles casos, a un número menor, más manejable y útil desde el punto de vista de la gestión. Ello ha sustentado el desarrollo de sistemas de medición del case mix, basados en la agrupación de pacientes. Esta herramienta difiere de la manera de gestionar estas instituciones, centrada en aspectos administrativos, por lo que precisa un cambio en la cultura organizacional, al promover la participación y responsabilidad del personal médico en la gestión y la toma de decisiones, más enfocada hacia aspectos clínicos y operativos (6)

De todos los sistemas de medición del servicio hospitalario, el más extensamente probado, validado y conocido es el de los grd (Grupos Relacionados por el Diagnóstico), que es un sistema de agrupación de pacientes en clases clínicamente coherentes con igual consumo de recursos. Los grd se pueden agrupar en cdm (categorías de diagnóstico mayor), cada una de las cuales se corresponde con un aparato o sistema orgánico principal, aunque existen algunas enfermedades que no se pueden asignar a una cdm relacionada con un sistema orgánico.

a) Administración de operaciones en hospitales

La administración de operaciones en los hospitales se basa en la similitud de que estos sistemas reflejan un ambiente de talleres de trabajo o servicio. (7) Esta analogía obedece a la naturaleza diversa de las actividades del hospital y a su

organización funcional. Su diseminación en este sector ha sido amplia, debido a los beneficios que reporta en la entrega de un servicio de cuidado del paciente más eficiente y oportuno. La administración de operaciones ayuda a los hospitales a entender mejor sus procesos, aumentar la productividad laboral, reducir líneas de espera, acortar los ciclos de tiempo y, en general, incrementa la satisfacción del paciente, todo lo cual contribuye a mejorar la salud financiera de la institución (8)

Sin embargo, el enfoque dado a la administración de operaciones en estas instituciones en un primer momento tiene un carácter funcional, en el cual se descentralizan la planificación y el control de las operaciones en los departamentos específicos, a partir de un pronóstico agregado de días, pacientes e ingresos (9). La incorporación del case mix y, específicamente, de los grd a la gestión hospitalaria trae consigo nuevos retos y oportunidades para la administración de operaciones en hospitales, pues permite integrar los sistemas de planificación y control clínicos y administrativos y constituye la base de los sistemas de información para la planificación y el control de las operaciones. A pesar de los avances conseguidos en este ámbito, la administración de operaciones continúa siendo un área en desarrollo en los hospitales y esto se puede apreciar en la carencia de modelos específicos para su implementación en estas instituciones.

b) Análisis de la planificación de operaciones en sistemas de salud internacionales

La administración de operaciones ha alcanzado gran popularidad en el ámbito de la salud y con ella sus principales funciones, como es el caso de la planificación. Los países desarrollados han sido los primeros en introducir técnicas y herramientas relacionadas con la planificación de las operaciones. Se puede señalar que la más generalizada de todas es la previsión y, dentro de ella, los pronósticos de demanda por series de tiempo, cuyo uso se extiende a todos los sistemas de salud para estimar tendencias en el comportamiento de las enfermedades.

De igual manera, existen sistemas públicos que constituyen ejemplos en la aplicación de herramientas de planificación de operaciones vinculadas a grd en servicios hospitalarios, registrados en países como España, Canadá e Inglaterra.

España es uno de los países de la Unión Europea que presenta mejores indicadores de salud. Se caracteriza por su extensión a toda la población, el reconocimiento a las comunidades autónomas y la atención integral a la salud. Su financiamiento es mediante recursos de las administraciones públicas, cotizaciones y tasas. En la revisión bibliográfica se evidencia una amplia utilización de la casuística hospitalaria como herramienta de gestión, de ahí que se identifique un conjunto de aplicaciones que, de una forma u otra, han tenido relación estrecha con la planificación en función de los grupos de pacientes, entre éstas, costeo por actividades, pronósticos de demanda y análisis de casuística hospitalaria, ajuste de protocolos y guías clínicas, asignación de recursos mediante técnicas multicriterio y simulación de listas de espera. (10)

c) Fundamentos del modelo para la planificación de medicamentos y materiales de uso médico en instituciones hospitalarias

El modelo conceptual propuesto y sus procedimientos de apoyo para la planificación de medicamentos y materiales de uso médico tiene como objetivos:

- Brindar el instrumental metodológico necesario para que las instituciones hospitalarias realicen la planificación de sus medicamentos y materiales de uso médico, según las características clínicas de los pacientes, lo que contribuye a la mejora en la gestión y utilización de sus recursos;
- Definir los grd y cdm que se ponen de manifiesto en las instituciones hospitalarias;

- Lograr que los planes de demanda, maestro y agregado de admisión, así como el plan de volumen aproximado de carga de los procesos propuestos formen parte de la gestión de la institución;
- Diseñar el sistema de planificación de medicamentos y materiales de uso médico en instituciones hospitalarias.

d) Principios en los que se sustenta el modelo conceptual

- Consistencia lógica: a partir de la estructura, secuencia lógica, interrelación de aspectos y coherencia de contenidos.
- Flexibilidad: potencialidad de aplicarse en otras organizaciones hospitalarias con los reajustes necesarios, según las condiciones concretas de cada institución.
- Sistemática: permite el mantenimiento de un proceso de retroalimentación constante, que contribuye a la toma de decisiones efectivas.
- Contextualización: brinda la facilidad de adecuarse a cada organización del sector.
- Coherencia y pertinencia: posibilidad que tiene el procedimiento de ser aplicado para planificar los recursos de las instituciones hospitalarias y de ser coherente con los planes de desarrollo económico-social del país.
- Información periódica, actualizada y confiable: ofrece la información requerida en el momento y con la exactitud deseada, de manera que contribuya a tomar decisiones acertadas.
- Sincronización y equilibrio: propugna que las operaciones y las órdenes de entrega se realicen en los momentos precisos.

Una vez analizadas las premisas de este modelo, a continuación, se exponen de forma simplificada, los principales elementos que lo integran:

e) La definición de los GRD.

La historia de los GRD's data del año 1968 cuando se inician los trabajos GRD's en la Universidad de Yale, principalmente por Robert Fetter quien la define como una herramienta de información gerencial y para ajustar el desempeño hospitalario por las características de los pacientes. El año 1978 New Jersey inicia su utilización como sistema de pago para hospitales. Durante el año 1982 se presenta la 1ª versión de ICD-9-CM para Hospitales. En 1983 MEDICARE inicia empleo GRD's para llevar el sistema de reembolso a los Hospitales desde un modelo retrospectivo de costo por servicio (fee for service) a un modelo prospectivo. En 1985 MEDICARE empieza actualizaciones anuales GRD's. En 1988 el estado de Nueva York extiende el uso de GRD's para todo tipo de pacientes (AP-GRD's). En 1990 se desarrollan los GRD's refinados (APR-GRD's) una integración AP-GRD's, NACHRI-GRDs y Yale-Refined. En 1993 Inicio utilización APR GRDs para comparar costes y resultados clínicos. Durante el año 2003 se desarrollaron los International refined (IR-DRG). En Chile la introducción piloto de los GRD's correspondió a un proyecto auspiciado por el MINSAL y formulado por la PUC donde fueron usados para monitorear, evaluar y comparar el desempeño clínico de 4 hospitales (11)

Los GRD's son una herramienta de Gestión normalizadora, mediante un programa informático, alimentado con los datos de los pacientes dados de alta hospitalaria denominado Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), podemos clasificar a los pacientes en grupos clínicamente similares y con parecido consumo de recursos sanitarios. Los datos que se requieren para construir los GRD's son:

Datos Administrativos:

- Identificación de paciente

- Edad

- Sexo

- Episodio

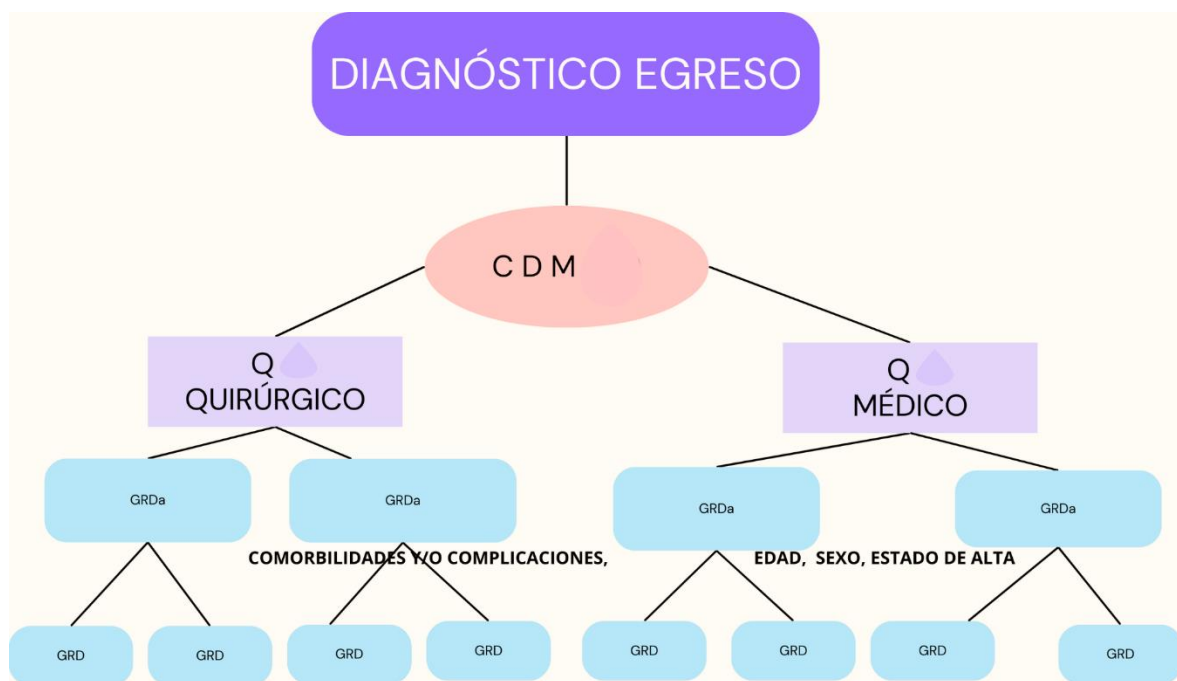
Datos Clínicos:

- Diagnostico principal y secundarios clasificado por CIE 10 (codificación internacional de enfermedades).

- Procedimientos principal y secundarios clasificados por CIE 9 MC.

- Peso.

- Condiciones del alta.



Los principales indicadores que se llevan en el sistema GRD's son:

Peso relativo: Mide la intensidad de consumo de recursos de un GRD respecto a una norma (conjunto de GRD)

Índice de complejidad (Case Mix Index): Medida relativa de la complejidad de un centro hospitalario respecto a una norma (conjunto de Hospitales)

f) Beneficios GRD's:

- Conocer el case-mix de los hospitales,
- Uso para monitoreo de Gestión Clínica,
- Mide los productos finales,
- Contribuye en el conocimiento de los procesos,
- Ayuda a identificar las brechas para mejorar la eficiencia (procesos-productos),
- Desarrollo y análisis de guías clínicas, investigación, benchmarking entre Hospitales,
- Nos permite definir las macro-redes, información relevante para el gestor de red,
- Mejorar el control gerencial en los hospitales, monitoreo de resultados, sistema de asignación de recursos y como mecanismo presupuesto prospectivo.

Están relacionados de forma ineludible con cada uno de los elementos del modelo. Esta fase se divide en pasos fundamentales, en el primero se definen los grd que intervienen en el hospital siguiendo el algoritmo, mientras que en el segundo se realiza un análisis de esta casuística, como, por ejemplo: los grupos que poseen mayor incidencia en el proceso, nivel de severidad o riesgos de complicación, esto significa adentrarse en las propias clasificaciones con información más específica (comorbilidad y diagnóstico secundario, entre otros).

g) Plan de demanda pronosticada.

Se constituye a partir del pronóstico cuantitativo de la demanda de los grd que se manifiestan en el hospital y se complementa con un análisis cualitativo.

Una de las principales dificultades que tiene este proceso de predicción es establecer los vaticinios acerca de la conducta futura de un evento, a partir del análisis de su conducta pasada. No obstante, con frecuencia se asume cierta estabilidad de estos factores para que tenga sentido al menos la predicción, en horizontes de tiempo cortos, en los cuales resulta necesario disponer de valores estimados que faciliten el proceso de toma de decisiones. El uso de las técnicas de análisis de series temporales con fines de predicción se ha generalizado en el ámbito de los hospitales. Los alisamientos o suavizamientos exponenciales constituyen los métodos más utilizados para obtener pronósticos de series temporales, debido a su simplicidad, aceptable exactitud y eficiencia computacional. Para ello, se encuentran disponibles varios paquetes de software que incluyen capacidad de pronóstico.

Entre otros factores, para realizar un buen pronóstico es necesario:

- a) Saber analizar los datos históricos, detectar ciertos comportamientos de la demanda y eliminar irregularidades que podrían inducir a errores,
- b) Conocer los productos (grd), identificar sus características, relaciones con algunas variables del entorno y etapas del ciclo de vida en el que se encuentran,
- c) Considerar casos, documentar eventos y sus efectos en la demanda, pues su repetición puede facilitar el proceso de previsión de demanda.

h) Plan agregado de admisión.

Se refiere a la variante para este caso del plan agregado de producción de la manufactura, el cual para su elaboración tiene en cuenta la planificación estratégica, el análisis del entorno, los pronósticos de demanda y la planificación de las instalaciones. La planificación agregada en las instituciones hospitalarias utiliza, como unidad agregada, las categorías de diagnóstico mayor (cmd) que agrupan los grd. Éstas se toman en consideración para la agregación por varias razones (12):

- Primero, son asociadas a las disciplinas médicas y, por consiguiente, están estrechamente vinculadas a las especialidades médicas o centros clínicos junto con los tipos específicos de recursos de capital que sus pacientes consumen. Las cmd pueden verse, como se expresó antes, como familias de productos. Asociada a cada familia está una lista de recursos agregados.
- Segundo, facilitan la interacción con actividades estratégicas de planificación, que a menudo se expresan en las mismas unidades.
- Tercero, acercan el proceso de planificación agregada a las prácticas existentes en el hospital, lo que facilita su implementación.

El análisis anterior sobre las cmd se requiere, además, para investigar su homogeneidad interna en relación con los requerimientos de recursos de capacidad agregada. Ciertamente, el propósito principal de la planeación agregada en los hospitales es determinar la capacidad requerida para cada uno de los centros con mayores consumos de recursos. A falta de suficiente homogeneidad, las cmd todavía pueden ser útiles si la mezcla de grd permanece medianamente estable dentro de cada cmd.

4. Análisis propio del caso:

a) El instituto.

El 13 de mayo de 1971 se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, conocido como PAMI —Programa de Asistencia Médica Integral—, para brindar atención médica, social y asistencial a adultos mayores. El INSSJP es considerado por la Procuración General del Tesoro como Persona de derecho público no estatal.

El origen de los ingresos proviene de lo indicado en la Ley 19032. La misma establece que se percibirá en concepto de Aportes Personales de los Trabajadores activos el 3% de su remuneración y una contribución patronal del 1,5% sobre el mismo monto.

El PAMI es la obra social de mayor tamaño que existe en el país, financia prestaciones médicas (consultas, internaciones, medicaciones, prótesis, marcapasos, etc), prestaciones sociales (subsidios, geriátricos, Internación domiciliaria integral, etc.) y posee además 11 efectores hospitalarios propios. Los dos primeros efectores propios guardan la misma antigüedad que la obra social y fueron creados en la ciudad de Rosario, Policlínico PAMI I y II.

La historia de ambos efectores es anterior a la creación de la propia Gerencia de Efectores Propios, que actualmente es el organismo que los rige. Es probable que sea uno de los motivos por los que las formas de gestión sanitaria y administrativa de ambos hospitales guardaran diferencias con el resto del sistema sanitario.

La Gerencia de Efectores Propios es la estructura Organizacional que rige y oficia de organismo de control sobre la gestión médica y administrativa de todos los efectores del INSJPP.

Este hecho es relativamente moderno, solo tiene 15 años de antigüedad, siendo contralor de un sistema de gestión que lleva casi 50 años instalado.

b) La normativa y su aplicación.

Los hospitales propios se rigen desde el año 2018 por reglamentos de compras del INSSJP, resolución 124/18 del RÉGIMEN DE COMPRAS Y CONTRATACIONES.

La misma establece que el presente régimen de contrataciones regula los procesos de compra, venta y contrataciones de bienes, servicios y obras en el ámbito del INSTITUTO. Asimismo, regula las obligaciones y derechos de las partes.

Se establece como objetivo general de cualquier proceso, que el resultado del mismo, sea obtenido con la mejor tecnología posible, proporcionado a las necesidades y al mejor precio de mercado.

El régimen es obligatorio a los procedimientos de contratación de bienes, servicios y obras en los que el INSTITUTO sea parte, ya sea directamente o mediante sus efectores propios, u hospitales que administre.

La resolución establece los principios a los que deberán ajustarse los procedimientos de contratación, en sus etapas de formación, perfeccionamiento y ejecución, atendiendo a las particularidades de cada una de ellas:

- a) Principio de libre competencia, fomentando la más amplia, objetiva e imparcial concurrencia, pluralidad y participación de oferentes potenciales.
- b) Principio de eficiencia de la contratación y razonabilidad del proyecto, para cumplir con el interés de los afiliados y el resultado esperado.
- c) Principio de publicidad, difusión y transparencia en los procedimientos.
- d) Principio de responsabilidad de los empleados y funcionarios que intervengan en el procedimiento contractual.
- e) Principio de igualdad de trato para interesados y oferentes.
- f) Principio de legalidad.
- g) Principio de economía, el cual implica simplicidad, austeridad, concentración y ahorro en el uso de los recursos en todas las etapas de los procesos de compra o

contratación.

h) Principio de sustentabilidad, por el cual se promoverá la efectiva instrumentación de criterios ambientales, éticos, sociales y económicos en las contrataciones que lleve adelante el INSTITUTO.

i) Principio de confidencialidad, que regirá en la etapa que se extiende desde la evaluación de ofertas hasta la adjudicación.

j) Principio de propiedad de los bienes u obras que el INSTITUTO contrate, los cuales se incorporarán a su patrimonio, según la normativa vigente.

Desde el inicio de las actuaciones hasta la finalización de la ejecución del contrato, toda cuestión vinculada con la contratación deberá interpretarse sobre la base de una rigurosa observancia de los principios que anteceden.

La norma regula los mecanismos de compras estableciendo principios y pasos administrativos que debían completarse en los tiempos indicados.

Se observan en dicha reglamentación formatos de compras del tipo de: Licitaciones Públicas, Licitaciones privadas, Contratación directa, Contratación de urgencias.

En la aplicación del reglamento se observó que el sistema de suministros funcionaba de forma fragmentada.



Los pasos del esquema integral se encontraban en algunos casos “no aplicados”, en otros ejemplos, “ausentes por desconocimiento” y por ende esto generó que ya establecida la “pandemia mundial COVID 19” se supiera que los recursos de suministros serían insuficientes para poder abordar la situación que se presentaría a la brevedad.

La normativa vigente era desconocida por los sectores involucrados en el proceso, continuaba aplicándose un circuito de compras basados en normas anteriores y más bien funcionando por “usos y costumbres”.

Se pudo observar que cualquier ítem de suministro que se requiriera tenía un circuito de adquisición que seguía el siguiente formato:

Los tramites se iniciaban en un pedido establecido desde el servicio médico “requiriente” ejemplo, Terapia Intensiva, de allí se generaba una solicitud dígame BARBIJOS.

Esa solicitud era vinculada a través del servicio de Farmacia con un formulario de

requerimientos que llevaba los datos de cantidades necesarias de consumos, datos de proveedores y contactos.

De allí el pedido se elevaba en formato papel, vía manual al plano administrativo “sector compras y contrataciones”. Una secretaria recibía el trámite e iniciaba el proceso correspondiente. Una vez generada la carpeta papel y con el visto bueno del sector, se elevaba a departamento contable administrativo.

Aprobada la compra por ese departamento, el trámite continuaba en el área contable administrativa de la Gerencia de Efectores Sanitarios Propios (en adelante GESP), en la sede central del INSSJP en Capital Federal. Dígase el trámite viajaba en “BOLSON” una vez a la semana o vía e-mail para continuar su proceso de compras en el Instituto.

Los tiempos de estos trámites, como veremos más adelante, superaban extensamente lo que se estableció por la norma de aplicación, 86 días para un trámite de Contratación directa y 120 días para un trámite de licitaciones públicas o privadas.

De hecho, al inicio de la pandemia solo había vigente 2 licitaciones públicas y el resto de las compras se realizaban por contratación directa (CDU/CDM), violentando la regla de “no desdoblamiento” y los principios de transparencia y economía administrativa del organismo

Independientemente de esto último, tampoco se podía informar un stock remanente de suministros o inventario, puesto que solo farmacia contaba con algunas medicaciones de stock mientras que el resto de los insumos se trabajaban a contra demanda.

En cualquier entidad de gestión sanitaria, la compra contra demanda pone al sistema en riesgo de stock nulo y de faltante de insumos. Este hecho que en las empresas casi no se observa y que en algunos casos como el caso de la automotriz TOYOTA es un sistema en sí mismo (JUST-IN-TIME), para que sea exitoso,

requiere de un sistema de proveedores activos y pendientes a cumplir con la demanda requerida.

Aun queriendo generar ese estilo de sistema de compras, el formato de aplicación al sistema sanitario sería muy dificultoso y se correría el riesgo de generar “FALTANTES” que condicionarían el trabajo hospitalario y redundarían en un empeoramiento de la atención al paciente del sistema de salud.

En el punto “Uso Racional”, no existían Procedimientos Operativos Estándar que definieran aplicabilidad de tratamientos diagnósticos o terapéuticos.

Todo lo expuesto anteriormente demostró que la cadena de suministros presentaba numerosos puntos de dolor que iban desde lo puramente administrativo a lo organizacional sanitario.

En síntesis, al comienzo de la gestión se advirtieron diversas complejidades para concretar las compras y contrataciones de bienes y servicios hospitalarios que garanticen el abastecimiento normal y habitual del Policlínico. En su gran mayoría presentaron inconvenientes tanto en formalidades a cumplimentar, procedimientos a seguir y fundamentalmente en los plazos, todo esto agravado por el contexto de pandemia por COVID-19. Es por ello que se encomendó un análisis de situación existente para identificar las causas generadoras y realizar una propuesta de mejora. (13)

c) La intervención:

Al iniciar el abordaje de la gestión de insumos hospitalarios en el policlínico PAMI I el primer paso fue la generación de redes de información de reportes que pudieran establecer en primer lugar, un reporte real de suministros:

- Se inició un conteo manual de insumos en cada sector con la creación de

inventarios.

- Se midieron los consumos reales de insumos con relación a los primeros 3 meses del año 2020 y se generaron proyecciones relacionados a los siguientes datos:
- Número de pacientes ingresados por guardia médica.
 1. Número de pacientes ingresados en internación.
 2. Días de internación.
 3. Giro cama.
 4. Número de pacientes ingresados en terapia intensiva.
 5. Número de pacientes que utilizaron ventilación mecánica asistida.
 6. Número de pacientes en listas de espera de cirugías.
 7. Camas quirúrgicas disponibles.

Sobre estos datos del primer trimestre del año 2020, se realizaron proyección que fueron analizándose mensualmente para poder establecer datos de consumo de insumos en relación con lo que la demanda de la pandemia presentaba.

Las compras del segundo semestre de ese año tuvieron como parámetro el primer semestre y datos del descenso de casos que la información estadística local y nacional estableció.

Paralelamente se realizó un relevamiento de más de 50 licitaciones públicas que se encontraban en tramitación, se analizaron los procedimientos efectuados, sectores y áreas intervinientes, principales inconvenientes y observaciones recibidas, plazos transcurridos durante las distintas etapas, entre otros.

En esta etapa se puso especial énfasis sobre la elaboración de los requerimientos,

entendiendo a este como un trabajo en conjunto entre los sectores requirentes y la administración.

A partir de la información relevada se elaboró el diagnóstico y propuesta de mejora, que detallaré a continuación, a los fines de lograr mayor eficiencia y reducir los plazos de gestión (Tener en cuenta que los diagnósticos exceden el marco de la tesis puesto que se relevó la totalidad de las contrataciones de los dos hospitales)

- El 54.3% de los EE iniciados se concentraba en los sectores Diagnóstico por imágenes, Farmacia, UTI/UCO/Guardia y Mantenimiento. El 22.8% se dividía entre el resto de los sectores Enfermería, Laboratorio, Suministros y Ropería. El 22.9% se dividía proporcionalmente entre el resto de los sectores de los Policlínicos.

- El 45.7% correspondía a contrataciones de servicios, el 34.3% trataban sobre adquisición de bienes, y el 8.6% eran contrataciones de bienes y servicios. Sin embargo, se observaba que del 11.4% de los EE no había datos suficientes dado que solo poseían caratula y no contenían documentación.

- Se observaba que el plazo promedio entre el inicio del EE y la apertura de ofertas, era de 300 días. Los plazos que presentaban mayores desvíos eran: Desde la elevación inicial a GESP hasta la recepción de la primera observación (54 días), desde la recepción de la primera observación hasta la respuesta de la última observación (91 días) y desde la respuesta de la última observación hasta la publicación del pliego (30 días)

- Solo el 14% de los EE llegaron a tener fecha de apertura y ninguno llegó a la etapa de adjudicación.

- Se identificó que los sectores que más EE tramitaban, en proporción, son quienes menos observaciones recibieron, y por el contrario quienes menos EE tramitaron concentraron el mayor número de observaciones.

- En relación a las observaciones y errores más frecuentes podemos decir que el 18.3% eran por incongruencias entre los datos, 18.3% errores normativos o legales,

15% falta de detalles técnicos, 15% falta de datos, valores o fechas, 33.4% falta documentación, errores de tipeo o de redacción, observaciones presupuestarias, faltas de firma, entre otros.

En una siguiente etapa, se buscó relevar datos de carácter cualitativo por medio de la observación participante. Se detallaron las principales tareas que se fueron realizando y que presentaron mayores dificultades, así como los principales obstáculos:

- Había un solo agente afectado al proceso de elaboración y tramitación de los requerimientos.
- Elaboración de una agenda de contrataciones vigentes, que contenga datos como: objeto, efector, N° EE, sector requirente, fecha inicio, vencimiento, renovación, estado actual, observaciones, etc. Esto fue necesario para poder establecer prioridades para determinar sobre que licitación comenzar a trabajar.
- Una multiplicidad de EE con el mismo objeto de contratación, iniciados por diferentes agentes y sectores en distintos momentos.
- Se observa así mismo, que la regla general para atender el suministro de los bienes y servicios hospitalarios es la contratación directa.
- Se llevaron a cabo encuentros periódicos entre los diferentes agentes afectados a la investigación a los fines de poner en común las distintas experiencias, y se pudo observar la convivencia de distintos criterios entre los distintos sectores del policlínico.
- Dentro de los mayores inconvenientes pudimos identificar la falta de registros y de información necesaria para cumplimentar los requerimientos (información sobre desdoblamientos, consumos promedios, stock, últimos precios contratados, etc.).
- La tarea de completar los formularios de forma correcta y observando todos los requisitos insume un tiempo considerable. Se destaca así mismo, la importancia que

reviste esta instancia en el proceso.

- Se observaron las siguientes dificultades que implican la mayor demanda de tiempo:

- Criterios y descripciones diferentes para los mismos bienes y servicios.
- Completar las especificaciones técnicas de los bienes y servicios, por parte de los sectores requirentes, con el nivel de detalle requerido.
- Obtener de los presupuestos para estimar el costo de la contratación. En relación a este apartado se observa que no existe una estandarización en la forma de solicitarlo y que esta responsabilidad recae en los sectores requirentes.
- Por otra parte, los proveedores contactados no siempre respondían las solicitudes realizadas y era necesario insistir para que lo hagan.
- Los datos de los proveedores a contactar llegaban por parte de los sectores requirentes, no observándose un acceso fluido a la base de datos del Instituto del Portal de Prestadores y Proveedores.
- Definición de los códigos de material de SAP (nomenclatura de insumos del instituto) a utilizar no correspondía con el artículo que se pretendía adquirir, si bien la descripción se ajustaba a la derivación presupuestaria, no se utilizaba siempre el mismo código para el mismo bien.

Resulta oportuno resaltar, que en las primeras reuniones con los diferentes sectores requirentes hubo cierta reticencia a trabajar en conjunto y a disponer de tiempo para destinarlo a la elaboración de la contratación. El trabajo asistencial aparecía como más importante que el administrativo.

Teniendo en cuenta la información a la que pudimos acceder, se modificó el sistema de trabajo del departamento administrativo contable, para así poder hacer frente a las nuevas necesidades planteadas.

Se creó una estructura funcional que aún se encuentra vigente, por la cual los tramites de Compras y Contrataciones se agilizaron significativamente.

La estructura responde ahora a las siguientes ETAPAS:

PLANIFICACIÓN/PROGRAMACIÓN DE LAS CONTRATACIONES

Supone la articulación de los objetivos estratégicos de mediano plazo (2 a 5 años) con la elaboración de procedimientos de corto plazo (1 año) que los materialicen. Implica la traducción de dichas políticas en un plan de acción ajustado al ejercicio financiero de la organización. Del trabajo del área surgen las aperturas de los expedientes e inicio de los trámites. Es decir, es la encargada de la definición de Qué debe ser adquirido (¿Qué?), en qué momento del ejercicio financiero debe hacerse (¿Cuándo?) y de qué forma llevarlo adelante, ya sea a partir de procedimientos locales o canalizados a través de Nivel Central (¿Cómo?). Todo ello en línea con lo definido entre la Coordinación Administrativa, la Dirección Médica y las jefaturas de las áreas requirentes. El rol de la planificación de los procesos es primordial ya que es guía y constituye el insumo básico para la etapa posterior.

ETAPA DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS CONTRATACIONES

Esta etapa es responsable del encuadre normativo de los requerimientos de bienes y servicios; como así también el compromiso de velar porque el pedido finalice de forma exitosa. Comprende el período que se inicia luego de la detección de la necesidad identificada en la etapa anterior. Le corresponde iniciar al procedimiento de selección y realizar todas las tramitaciones y gestiones hasta la emisión de la Orden de Compra. El foco del análisis está puesto en las actividades realizadas a nivel local. Se destaca la importancia de entender a la solicitud de requerimiento como un producto de construcción conjunta, en el que las partes intervinientes aportan cada una sus saberes con el propósito de lograr el éxito de la contratación. En virtud de esto, los sectores requirentes deben aportar al proceso aquello vinculado a las especificaciones técnicas del producto o servicio, datos fundamentados de uso y consumo, garantías y entregas, etc; en tanto que los

referentes administrativos deben asesorar y aportar en el correcto encuadre normativo y fundamentación de la misma. Una vez finalizados los formularios de requerimiento, se dará lugar al análisis por parte de la Gerencia de Efectores Sanitarios propios, para el caso de Licitaciones Públicas o Privadas, y al sector de compras y contrataciones locales, para los casos de compras directas.

COMPRAS Y CONTRATACIONES DIRECTAS

En esta etapa se deben llevar a cabo las gestiones que permitan concretar las adquisiciones y contrataciones directas, ya sea por monto o urgencia, en cumplimiento y de acuerdo con la reglamentación vigente. Recibe los requerimientos de los bienes y servicios que fueran impulsados y con las indicaciones impartidas en la etapa de planificación, ya elaborados en la instancia anterior. Luego de realizar los controles correspondientes, se dará inicio al proceso de elaboración de pliegos, publicación y apertura. Concluido éste, se eleva a GESP para su posterior análisis y adjudicación. Trabajan en conjunto con las etapas posteriores a los fines de subsanar las observaciones que pudieran surgir. Su participación concluye con la comunicación al proveedor de la Orden de Compra o Disposición de adjudicación, según corresponda.

SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

Esta etapa comprende la verificación del cumplimiento de los contratos suscritos. Abarca el período comprendido entre la emisión de la orden de compra y la entrega final de las mercaderías o servicios. Se encarga de llevar los registros que correspondan para verificar que las contrataciones se desarrollen en el marco de lo previsto en los Pliegos de Bases y Condiciones y las Órdenes de compra. Supone un estrecho vínculo con los sectores requirentes, dado que son ellos quienes deben asegurarse en primera instancia la entrega de las mercaderías o la prestación de los servicios solicitados. Se nutre de las órdenes de compra emitidas por Nivel Central para las licitaciones públicas y privadas. En el caso de compras directas, las disposiciones de adjudicación emanadas de la GESP y las órdenes de compra

emitidas a nivel local. Por otra parte, los sectores requirentes le envían los remitos conformados, las órdenes de servicios o documentación equivalente, así como también las constancias de reclamos realizados en caso de corresponder. De esta etapa surgen las encuestas de satisfacción, los certificados de validación y actas de conformidad correspondientes.

DESARROLLO Y VINCULACIÓN CON PROVEEDORES Y OFERENTES

Su singularidad radica en que tiene características de unidad de Apoyo al proceso de contrataciones. Es decir, es una unidad especializada que no participa directamente en el procedimiento, sino que su objetivo consiste en apoyar a la organización mediante la prestación de tareas y servicios especializados. Para este trabajo es necesario mantener una constante vinculación con el cliente externo, principalmente asesorando y asistiendo a actuales o posibles proveedores. La buena relación que se mantenga con éstos y los conocimientos técnicos del área para la correcta interpretación de los requerimientos, serán de vital importancia para la obtención de presupuestos corrientes que permitan la determinación del costo estimado de la contratación.

A los efectos de tratar en tiempo real las distintas problemáticas que fueron apareciendo en torno a las nuevas funciones, que más tarde se transformarían en áreas de trabajo, se estableció una reunión semanal denominada “reunión de insumos” donde todos los sectores podían participar en forma directa y donde se establecían pautas de trabajo, prioridades de compras, análisis de stocks, futuros requerimientos o finalizaciones de contratos.

Así mismo se establecieron espacios de diálogo e intercambio entre EFECTORES - GESP - GA (gerencia de administración). Se materializaron en reuniones virtuales de 15 minutos 3 veces por semana (herramientas tomada de la gestión de proyectos ágiles SCRUM (14).

Como punto sobresaliente se detalla que el sector elaboración y seguimiento de las contrataciones, fue conformado por personal sanitario asistencial y administrativo:

Contadores, Médicos y Enfermeros.

No es habitual encontrar en las áreas de administración recurso humano de estas características, pero sería de vital importancia considerar este ejemplo como una muestra de integración de sistema. Dado los resultados beneficiosos que a los hospitales les brinda, aún hoy, la conformación de este equipo.

Este circuito permitió tener mayor visión sobre los insumos prioritarios, sobre cantidad y calidad de trámites iniciados.

Se reportó a final de 2023 que se habían generado y estaban en curso, más de 55 licitaciones públicas.

En esta organización se observó un mejor cumplimiento de las 3 fases del sistema de suministros, la estratégica, la táctica y la operativa, desarrolladas en el punto 2, apartado “e”. Y una mejora en la interacción de las áreas involucradas.

Si bien el instituto no contaba con recursos humanos capacitados en la formación y análisis de Big Data, el equipo de gestión contó con recursos humanos propios del hospital. El mismo pudo consolidar conocimiento técnico de las áreas, capacidad de innovación y experiencia en el hospital lo cual permitió trabajar con análisis de datos y proyecciones.

El hallazgo de estos cuadros técnicos en el seno del propio hospital y su jerarquización a nuevas funciones permitió integrar y facilitar el trabajo en equipo siendo una fortaleza de esos años de gestión hospitalaria.

En relación a este punto me permito un paréntesis para resaltar que mi trabajo como gestor de salud parece recitado por un artículo del psicoanalista argentino Fernando Ulloa, publicado en el diario Pagina 12 de fecha 23/04/2007 (15) el cuál reproduzco para no entorpecer su comprensión “Mi trabajo con la numerosidad social es producir los que llamo “notables”: gente que tiene algo para decir. Yo los identifico en las primeras reuniones. No son los que más hablan, tienen una actitud distante. Me escuchan en silencio, con cierto fastidio, como pensando: “yo dije mil veces lo

que éste que viene de afuera dice ahora, pero no me escucharon” Y tiene razón. No hablan por que se han llamado al silencio. Son distintos: notables. Son los que se cansaron de predicar en el desierto. Siempre existen, siempre los encuentro. En cambio, los portavoces, los que enuncian por qué he sido convocado, no dicen más que lo ya reconocido, esas quejas. Entonces yo hago intervenir a uno de los notables: “¿Vos qué pensás de esto que están diciendo?”. Y él, con su experiencia allí, que es mucho mayor que la mía, va a decir algo que romperá la situación.”

En breve incorporare algunos conceptos del autor que ayudan a comprender los desafíos a abordar cuando emprendes una intervención, con ánimo de transformación, en una institución de las características del Policlínico PAMI I

Durante esos años se conformaron equipos de trabajo sanitarios (red informal) que no respondían a un sistema de jerarquías y que tenían como particularidad la integración de las distintas estructuras, por ejemplo: un farmacéutico, un contador, un médico, un personal de maestranza, quienes tenían como función una tarea asignada: por ejemplo, crear un procedimiento de ingreso y egreso de personal de los sectores de circulación general de los hospitales.

Estos múltiples equipos interdisciplinarios respondieron no solo a analizar y resolver las problemáticas de la demanda de la pandemia, sino que también lograron una integración de los sectores. Así el tipo de organización rompió las barreras del departamento administrativo contable, para permear en el resto de los servicios.

Creo que es oportuno analizar el impacto que la intervención realizada tuvo sobre el aspecto subjetivo de los trabajadores del policlínico. En el hospital parecía identificarse lo que Fernando Ulloa denomina “cultura de la mortificación”. En esta situación los trabajadores se encuentran coartados, al borde de la supresión como individuos pensantes, desaparece el accionar crítico y mucho más el de la auto crítica. En su lugar, dice Ulloa, se instala una queja que nunca asume la categoría de protesta, quienes se encuentran en esas situaciones tienden a esperar soluciones imaginarias a sus problemas, sin que estas dependan de su propio

esfuerzo.

Ulloa observa algunos indicadores más o menos típicos de esta situación tales como la desaparición de la valentía, que da lugar a la resignación acobardada, la merma de la inteligencia, e incluso el establecimiento de una suerte de idiotismo, en el sentido que el termino tenía en la antigua Grecia, cuando aludía a aquel que al no tener ideas claras acerca de lo que le sucede en relación con lo que hace, tampoco puede dar cuenta pública o privadamente de su situación. (16)

La nueva impronta volcada a la gestión, con ellos como protagonistas principales, contribuyo a desarticular ese síndrome tornando más claros los roles de los distintos actores dentro de la multiplicidad social. La queja como herramienta de defensa dejo de ser tal al transformarse ellos en protagonistas de los sucesivos logros y condición sin la cual aquellos no se hubieran producido.

Continuando con el análisis de la intervención, y luego de analizados algunos aspectos de la numerosidad social, podemos decir que los GRD se consideraron para la conformación de las áreas de trabajo, aunque como punto de debilidad no se implementó digitalmente.

Un ejemplo es la evaluación de indicadores realizados con los pacientes quirúrgicos en lista de espera programada post-pandemia y las urgencias. Donde se pudo establecer un sistema de organización con mayor disponibilidad de horas / quirófano / camas quirúrgicas, que permitiera ajustar la disponibilidad del hospital a la necesidad de estos pacientes para dar respuesta a la demanda contenida.

Habiendo tenidos buenos resultados en el abastecimiento al efector, se pudo proyectar desafíos más ambiciosos y a partir del año 2022 se trabajó sobre la meta de Hospitales Quirúrgicos aumentando la capacidad de gestión de los quirófanos a fin de dar respuesta a los casos que por la pandemia habían quedado en lista de espera. El impacto de la aplicación de los GRD se vio mucho más nítido en ésta etapa, llegaron a operarse ese año más de 300 pacientes por mes, por hospital, con una tasa de cirugía que aumento el 400 %. Ese año el sistema de provisión de

insumos se puso a prueba, garantizar esa tasa quirúrgica involucro el abastecimiento adecuado y la planificación de todos los rubros (camas disponibles, ropa de quirófano, cantidad de horas de quirófano y anestesia, elementos de higiene, servicio de camilla, esterilización, servicios diagnósticos etc.)

Ese mismo año se incorporó en planta permanente un staff de anesthesiólogos, en total de 10, fueron incorporados a ambos policlínicos para dar cumplimiento a la conformación de 3 líneas quirúrgicas por hospital.

Se implementó el sistema Gestión Documental Electrónica (GDE) por lo cual los tramites de compras y contrataciones se informatizaron y se hicieron de público conocimiento.

Ya fuera de la pandemia se instaló en ambos Policlínicos el sistema informatizado para Historia Clínica e Insumos (SISGH).

Estos avances fueron fundamentales a los efectos de poder tener información en tiempo real y mayor capacidad de respuesta.

Todos estos cambios fueron acompañados por un sistema de compras de tecnología que permitió incorporar equipamiento de calidad en un momento económico del país donde las compras se cotizaban a valor peso con referencia a moneda extranjera valor Banco Nación, pero con un valor de moneda extranjera de referencia en el mercado muy superior.

5) Conclusiones:

Para finalizar el presente trabajo y llegar a algunas conclusiones traeremos nuevamente la tesis sostenida y los objetivos generales y específicos.

a) En cuanto a la primera “La gestión de insumos hospitalarios responde a un sistema de suministros antiguo que no se correlaciona con las necesidades hospitalarias del sistema de salud actual, hecho que se vio expuesto durante la

pandemia. Se evidencia la necesidad de un sistema que trascienda las actividades operativas de adquisición y ponga en juego un modelo integral del sistema de suministros aplicado al caso del Policlínico PAMI I de la ciudad de Rosario” Podemos inferir claramente, por los datos suministrados y las necesidades del sector manifiestas, comparadas con el estado del arte actual en materia de abastecimiento en otros sectores productivos y en otros sistemas de abastecimiento hospitalarios comparados, que el Policlínico PAMI I responde a un sistema de suministros antiguo que no se correlaciona con las necesidades hospitalarias del sistema de salud actual.

Asimismo, en relación a las necesidades del Policlínico PAMI I, manifiestas en la segunda parte de la tesis sostenida, estas son palpables. Conclusión a la que se arriba fundamentada en los resultados obtenidos y analizados de la propuesta de transformación y mejora del departamento administrativo contable.

b) En relación al objetivo general, podemos inferir que se ha logrado evaluar el sistema integral de suministros en el policlínico PAMI 1, recuperando para el análisis trabajos realizados durante el tiempo de gestión.

c) En cuanto a los objetivos específicos:

- Identificación de áreas críticas del sistema de suministros antiguo: podemos inferir que fueron, al menos parcialmente, identificados a lo largo de presente trabajo y principalmente en lo establecido en el punto 4 “B” donde es desarrollado “El instituto”, “Su normativa y aplicación” y 4 “c” “la intervención” en su primer parte descriptiva del diagnóstico.
- Identificación de alternativas para el mejoramiento de los puntos de dolor del sistema de suministro actual: Se encontraron alternativas en las operaciones comparadas de otros campos, en operaciones comparadas del mismo campo sanitario de otros países e inclusive dentro del mismo sector sanitario

nacional surgen alternativas de mejora, por ejemplo, en el abastecimiento de insumos farmacéuticos estratégicos.

En relación a este último punto pudimos observar distintas opciones y alternativas de mejora que pudieron aplicarse durante un periodo de tiempo considerable y del cual pudimos obtener mediciones parciales.

En definitiva, podemos decir, en relación a la experiencia llevada a cabo, que si bien el camino de la organización del sistema integrado de insumos hospitalarios es complejo. El desafío futuro organizacional es en estos casos sostener los avances del sistema actual funcionando, esto debido a que ha demostrado mayor eficiencia en la adquisición y utilización de los recursos disponibles y avanzar a niveles de gestión sanitaria-administrativa que puedan desarrollar el manejo de GRD como parte de un sistema que es mucho más amplio y con mucho potencial de progreso.

Notas

- 1) Diagnóstico del mercado de medicamentos en Chile, año 2015, Ministerio de Hacienda. ISBN: 978-956-9931-13-0 Santiago, Chile. SUGG, D.; C. CASTILLO; B. AHUMADA y M. LAGOS (2017).
- 2) <https://digital.ai/es/catalyst-blog/it-decision-making-through-the-lens-of-gartners-analytics-maturity-model/>
- 3) Procedimiento para la Gestión de Recursos Hospitalarios. MSc. Maylín Marqués León, Dr. Ernesto Negrin Sosa, Dra. Dianelys Nogueira Rivera, Cr. MSc. Reynaldo B. Mederos Torres, Dr. Alberto Medina León
- 4) Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias. Concepción metodológica y práctica. Hernández Nariño et al., 2010.
- 5) Gestión por procesos en Centros Sanitarios Ruiz Iglesias, 2004; QUALITY MANAGEMENT IN HEALTH CARE: CONCEPTS, PRINCIPLES AND STANDARDS. McLaughlin y Kaluzny, 2006.
- 6) La Contabilidad de gestión en los centros sanitarios De Falguera Martínez-Alarcón, 2002; Health Care Operations Management - Google Books Langabeer II, 2008; Hernández Nariño et al., 2010; THE CONTRIBUTION OF TRANSPORT INFRASTRUCTURES TO THE ECONOMIC AND REGIONAL DEVELOPMENT: A REVIEW OF THE CONCEPTUAL FRAMEWORK Polyzos et al., 2013.
- 7) On theory in operations management. RW Schmenner, ML Swink. Journal of operations management 17 (1), 97-113., 1998. 1122. 1998. Schmenner, 1986; HOSPITAL RESOURCE PLANNING: CONCEPTS, FEASIBILITY, AND FRAMEWORKALEDA V. ROTH, ROLAND VAN DIERDONCK, 1995.
- 8) Generalización de la gestión por procesos como plataforma de trabajo de apoyo a la mejora de organizaciones de salud. Marqués León et al., 2014.
- 9) Health Operations Management - Google Books Vissers y Beech, 2005.

- 10) El poder de la comunicación en las organizaciones. Corella, 1998; Modelo para la planificación de medicamentos y materiales de uso médico en instituciones hospitalarias Bonafont y Casasín, 2002; Gestión informática en la dirección clínica hospitalaria. González-Tova, 2004;
- 11) Estudio Fondef, PUC, 2004.
- 12) HOSPITAL RESOURCE PLANNING: CONCEPTS, FEASIBILITY, AND FRAMEWORK KALEDA V. ROTH, ROLAND VAN DIERDONCK, 1995.
- 13) Propuesta transformación sector Administrativo Contable Policlinicos Pami I y II, Belen Raggi, Nicolas Guevara, Agustín Poussif
- 14) Métodos Ágiles – Scrum, Kanban, Lean. Alonso Álvarez, Carmen Lasa y Rafael de las Heras; Anaya Multimedia, 2018
- 15) <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-83921-2007-04-23.html>
- 16) Novela clínica psicoanalítica, Historia de una práctica, Fernando O.Ulloa, Paidós Psicología Profunda, 1995
-

Bibliografía

- 1) Diagnóstico del mercado de medicamentos en Chile, año 2015, Ministerio de Hacienda. ISBN: 978-956-9931-13-0 Santiago, Chile. SUGG, D.; C. CASTILLO; B. AHUMADA y M. LAGOS (2017).
- 2) El poder de la comunicación en las organizaciones. Corella, 1998; Modelo para la planificación de medicamentos y materiales de uso médico en instituciones hospitalarias Bonafont y Casasín, 2002; Gestión informática en la dirección clínica hospitalaria. González-Tova, 2004;
- 3) Estudio Fondef, PUC, 2004.
- 4) Generalización de la gestión por procesos como plataforma de trabajo de apoyo a la mejora de organizaciones de salud. Marqués León et al., 2014.
- 5) Gestión por procesos en Centros Sanitarios Ruiz Iglesias, 2004; QUALITY MANAGEMENT IN HEALTH CARE: CONCEPTS, PRINCIPLES AND STANDARDS. McLaughlin y Kaluzny, 2006.
- 6) Health Operations Management - Google Books Vissers y Beech, 2005.
- 7) HOSPITAL RESOURCE PLANNING: CONCEPTS, FEASIBILITY, AND FRAMEWORKALEDA V. ROTH, ROLAND VAN DIERDONCK, 1995.
- 8) <https://digital.ai/es/catalyst-blog/it-decision-making-through-the-lens-of-gartners-analytics-maturity-model/>
- 9) <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-83921-2007-04-23.html>
- 10) Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias. Concepción metodológica y práctica. Hernández Nariño et al., 2010.
- 11) La Contabilidad de gestión en los centros sanitarios De Falguera Martínez-Alarcón, 2002; Health Care Operations Management - Google Books Langabeer II, 2008; Hernández Nariño et al., 2010; THE CONTRIBUTION OF TRANSPORT

INFRASTRUCTURES TO THE ECONOMIC AND REGIONAL DEVELOPMENT: A REVIEW OF THE CONCEPTUAL FRAMEWORK Polyzos et al., 2013.

12) Métodos Ágiles – Scrum, Kanban, Lean. Alonso Álvarez, Carmen Lasa y Rafael de las Heras; Anaya Multimedia, 2018.

13) Novela clínica psicoanalítica, Historia de una práctica, Fernando O.Ulloa, Paidós Psicología Profunda, 1995

14) On theory in operations management. RW Schmenner, ML Swink. Journal of operations management 17 (1), 97-113., 1998. 1122. 1998. Schmenner, 1986; HOSPITAL RESOURCE PLANNING: CONCEPTS, FEASIBILITY, AND FRAMEWORK KALEDA V. ROTH, ROLAND VAN DIERDONCK, 1995.

15) Procedimiento para la Gestión de Recursos Hospitalarios. MSc. Maylín Marqués León, Dr. Ernesto Negrin Sosa, Dra. Dianelys Nogueira Rivera, Cr. MSc. Reynaldo B. Mederos Torres, Dr. Alberto Medina León

16) Propuesta transformación sector Administrativo Contable Policlinicos Pami I y II, Belen Raggi, Nicolas Guevara, Agustín Poussif