

# Análisis del gasto de funcionamiento en relación con los egresos de pacientes hospitalarios en hospitales polivalentes situados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (año 2022)



## Por Carlos Lazzarino

- Médico (UF). Licenciado en Ciencias Políticas. (UNTREF). Profesor Universitario (ISALUD). Magister de la Universidad de Bologna (Italia) en Políticas y Gestión de los Servicios para la Salud. MBA de la Universidad Politécnica de Madrid (España). Magister en Informática en Salud (HIBA). Magister en Salud Pública (UBA). Magister en Economía y Gestión de la Salud (U. ISALUD).
- Director de Tesis: Mg. Arturo Schweiger
- Co-Directora de Tesis: Esp. Analía Sesta
- Jurados: Mg. Sebastián Marotz, Mg. Silvana Grosso, Mg. Cesar Ariel Reale

## Introducción

En el ámbito de la salud pública, la eficiencia en la gestión de recursos es esencial para garantizar la calidad de la atención y la sostenibilidad del sistema. Resulta crucial analizar el presupuesto hospitalario, y de la mano con este, los resultados obtenidos, con el fin de identificar áreas de mejora y optimizar la asignación de recursos

En esa línea, Marcos Makón plantea la necesidad de un nuevo modelo de gestión pública, que reemplace la tradicional administración centrada en la programación y control de medios. Estos conceptos no son menores en el campo de la salud en particular, donde es fundamental la evaluación de los resultados para determinar si el gasto ha sido eficiente (Marcos Makón, 2000).

De hecho, para Jorge Califano (2008), la eficiencia del gasto en salud no se valora por el número absoluto ni por el porcentaje del PBI, sino por indicadores sanitarios

como son la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad materna y la expectativa de vida al nacer. Por ejemplo, comenta el autor, Estados Unidos es el país que más gasta en salud, un 15,4% de su PBI, y tiene una mortalidad infantil del 7 por 1000 nacidos vivos. Esta es mayor a la mortalidad infantil de países como Alemania, Francia o Austria que ronda el 4 por 1000 nacidos vivos, y cuya inversión ronda el 10% del PBI (Califano, 2008).

Dentro del sistema sanitario, podemos diferenciar tres subsistemas distintos: el subsistema de gestión pública, de gestión privada y de seguridad social, que enfrentan modelos de provisión, gestión y financiamiento distintos, aunque la problemática del costo médico los atraviesa en forma transversal. En los tres sistemas, la utilización de los recursos sanitarios es considerada uno de los principales problemas del sistema sanitario moderno. No obstante, existe consenso a nivel internacio-

nal: está en cuestión el buen uso de los recursos sanitarios (Angulo-Pueyo 2020).

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

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

Así, el monitoreo y el control de las asignaciones presupuestarias no puede reducirse únicamente a la capacidad de oferta, sino que requieren además asegurar que se cumpla el objetivo para el cual se propuso originalmente el gasto, lo que, en el caso de salud, es sumamente relevante. Para ello, se vuelve imprescindible remarcar las bases de los modelos de gestión en las organizaciones públicas que focalicen el logro de los resultados concretos, que resulten en última instancia en la mejoría de la salud de la población.

Para la medición de estos resultados, son útiles las métricas basadas en indicadores representativos, transparentes y reproducibles en su metodología. Con ese propósito, se puede focalizar en la gestión presupuestaria y relacionar el gasto de funcionamiento con sus rendimientos físicos, a partir de la hipótesis que en forma presunta el presupuesto hospitalario debería seguir el rendimiento de los Hospitales.

De esta forma, se construye la inquietud si efectivamente se puede determinar una relación significativa entre el gasto hospitalario de funcionamiento y los rendimientos físicos en hospitales polivalentes situados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el periodo 2022, y si esta es positiva.

Esto, a modo de principio de mejora, que permita focalizar nuevas medidas más eficaces y eficientes en los servicios y programas implementados. Es decir, que per-

mita identificar áreas donde se puede optimizar el gasto, sin afectar la calidad de la atención hospitalaria.

## Objetivo general

- Analizar el gasto de funcionamiento en relación con los egresos de pacientes hospitalarios en hospitales polivalentes situados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2022.

## Objetivos específicos

- Describir la ejecución presupuestaria en el año 2022 en hospitales polivalentes situados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Representar en este periodo la evolución de los egresos de pacientes en los hospitales seleccionados.
- Comparar la ejecución del presupuesto total de funcionamiento con los egresos de los pacientes hospitalarios en dicho periodo.
- Relacionar para cada uno de los hospitales polivalentes las partidas de Gastos de Personal, Bienes de consumo y Servicios No Personales con los egresos de pacientes hospitalarios en dicho periodo.

## Metodología

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y longitudinal. El universo de análisis se compone por 13 hospitales polivalentes, anonimizados, situados en la Ciudad de Buenos Aires. De estos hospitales, se analizaron:

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

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

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

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

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

En lo referente a las cuentas clasificadas por objeto del gasto, se tomaron:

- Inciso 1 Gastos en Personal: “Retribución de los servicios personales prestados en relación de dependencia o por medio de vinculación contractual y a los miembros de directorios y comisiones fiscalizadoras de empresas públicas, y las correspondientes contribuciones patronales. Incluye además los gastos en concepto de asignaciones familiares, servicios extraordinarios y prestaciones sociales recibidas por los agentes del Estado.” (Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas 2016)
- Inciso 2 Bienes de Consumo: “Materiales y suministros consumibles para el funcionamiento de los entes estatales, incluidos los que se destinan a conservación y reparación de bienes de capital. Incluye la adquisición de bienes para su transformación y/o enajenación ulterior por aquellas entidades que desarrollan actividades de carácter comercial, industrial y/o servicios, o por dependencias u organismos que vendan o distribuyan elementos adquiridos con fines promocionales luego de su exhibición en exposiciones, ferias, entre otros. Las principales características que deben reunir los bienes comprendidos en este inciso son: que por su naturaleza estén destinados al consumo final, intermedio, propio o de terceros, y que su tiempo de utilización sea relativamente corto, generalmente dentro del ejercicio.” (Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas 2016)
- Inciso 3 Servicios No Personales: “Servicios para el funcionamiento de los entes estatales destinados a la conservación y reparación de bienes de capital. Incluye asimismo los servicios utilizados en los procesos productivos, por las entidades que desarrollan actividades de carácter comercial, industrial o servicios. Comprende: servicios básicos, arrendamientos de edificios, terrenos y equipos, servicios de mantenimiento, limpieza y reparación, servicios

técnicos y profesionales, publicidad e impresión, servicios comerciales y financieros, etc.” (Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas (2016)

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

A los fines del presente trabajo, se incluyeron para el análisis hospitales polivalentes, entendiendo que los mismos asisten a una población con similares características demográficas (edad, sexo, nivel socioeconómico) y, a priori, asisten de forma similar a los mismos grupos de diagnóstico (perfiles de enfermedades). Además, estos hospitales coinciden en lo que respecta al nivel de complejidad de los servicios brindados: disponen de entre 300 y 650 camas, con todas las especialidades y subespecialidades y todas las unidades de apoyo logístico (radiología, laboratorio, farmacia, cirugía, guardia, internación, terapia, etc.)

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

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

## Interpretación Esperada de Resultados

Correlación positiva fuerte: Si se encuentra una correlación positiva fuerte entre los egresos hospitalarios y los gastos en personal y bienes de consumo,

esto sugerirá que a medida que aumenta la actividad asistencial del hospital (medida por los egresos), también aumentan los recursos necesarios para prestar esa atención (R de Pearson >0.5).

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

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

## Análisis estadístico

Se preparó una base de datos con la información necesaria para el análisis comparativo, anonimizada, que se obtuvo de fuentes de información secundarias públicas (data.buenosaires.gov.ar)

A los fines del presente análisis, para el análisis descriptivo de las variables numéricas paramétricas se

tomaron la media y el desvío estándar como medidas de tendencia central y de dispersión. Se realizó un estudio de correlación entre las variables calculando el coeficiente de Pearson y de Spearman con un nivel de significancia de 0,05. Se utilizó para el análisis estadístico Jamovi versión 2.3.28.

## Desarrollo y Resultados

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

El análisis descriptivo de egresos de pacientes hospitalarios muestra el número promedio de egresos hospitalarios de 7.161, con una desviación estándar de 2.299, lo que indica una variabilidad considerable entre los hospitales. Los egresos hospitalarios totales de cada hospital van desde 3.122 hasta 10.609 pacientes.

El presupuesto devengado total tiene un mínimo de \$3.171.043.052 y un máximo \$11.067.782.023, mostrando asimismo la elevada variabilidad en los recursos de

**Tabla 1: Egresos de pacientes hospitalarios y presupuesto devengado total por hospital (n = 13)**

Hospital	Egresos	%	Presupuesto devengado total	Inciso 1		Inciso 2		Inciso 3	
				Gastos En Personal	%	Bienes De Consumo	%	Servicios No Personales	%
1	6.630	7,1	6.345.257.075	4.785.647.055	6,9	882.195.336	5,8	470.232.304	3,1
2	10.046	10,8	11.067.782.023	7.754.958.807	11,1	2.133.593.782	14,1	741.177.347	4,9
3	7.571	8,1	10.108.615.697	6.791.230.429	9,8	1.436.320.077	9,5	1.135.747.462	7,5
4	7.958	8,5	10.657.063.310	6.921.266.330	9,9	1.976.950.793	13,1	1.350.902.189	9,0
5	10.609	11,4	7.094.639.377	5.172.405.831	7,4	1.106.268.093	7,3	541.253.823	3,6
6	8.222	8,8	7.838.328.829	5.692.434.122	8,2	924.118.162	6,1	808.261.838	5,4
7	8.357	9,0	7.407.658.572	5.183.148.158	7,4	1.135.974.747	7,5	663.607.813	4,4
8	7.829	8,4	9.364.399.813	6.664.259.110	9,6	1.475.521.334	9,8	749.986.939	5,0
9	6.574	7,1	6.917.983.739	4.754.764.169	6,8	904.417.568	6,0	682.294.862	4,5
10	8.171	8,8	9.794.473.311	6.829.495.141	9,8	1.672.256.433	11,1	876.434.248	5,8
11	3.122	3,4	4.852.623.540	3.583.256.734	5,1	575.867.307	3,8	393.223.379	2,6
12	4.883	5,2	3.938.914.051	3.102.281.616	4,5	454.612.156	3,0	273.544.738	1,8
13	3.127	3,4	3.171.043.052	2.413.348.852	3,5	408.309.179	2,7	253.238.780	1,7
<b>Totales:</b>	<b>93.099</b>	<b>100%</b>	<b>98.558.782.388</b>	<b>69.648.496.355</b>	<b>100%</b>	<b>15.086.404.966</b>	<b>100%</b>	<b>8.939.905.722</b>	<b>100%</b>
			<b>100%</b>	<b>71%</b>		<b>15%</b>		<b>9%</b>	

Fuente: elaboración propia en base a la información publicada.

**Tabla 2: Media y desvíos estándar, con un intervalo de confianza del 95%. N corresponde a la cantidad de hospitales analizados**

	Egresos de Pacientes Hospitalarios	Presupuesto devengado total (\$)	Gastos En Personal (\$)	Bienes De Consumo (\$)	Servicios No Personales (\$)
N	13	13	13	13	13
Media	7.161	7.581.444.799	5.357.576.643	1.160.492.690	687.685.055
Mediana	7.829	7.407.658.572	5.183.148.158	1.106.268.093	682.294.861
Desviación estándar	2.299	2.558.395.388	1.630.241.967	552.194.706	318.044.136
Mínimo	3.122	3.171.043.052	2.413.348.852	408.309.178	253.238.779
Máximo	10.609	11.067.782.023	7.754.958.807	2.133.593.782	1.350.902.189

Fuente: elaboración propia en base a la información publicada.

presupuesto asignados a cada hospital.

Respecto a los incisos:

- En el primer inciso: Gastos en Personal, tiene un rango de variación entre \$6.921.266.330 y \$2.413.348.852 dependiendo el hospital.
- El segundo inciso: Bienes de Consumo, las cifras que oscilan entre \$2.133.593.782 y \$408.309.179.
- El tercer inciso: Servicios No Personales, tiene un rango entre \$1.350.902.189 y \$253.238.780.

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

En contraste, el Gasto en Bienes de Consumo, que representa el 15% del presupuesto, tiene un componente variable significativo. Aquí se incluyen los medicamentos, insumos médicos, material descartable, etc. La demanda de estos bienes fluctúa según la cantidad de pacientes atendidos, la complejidad de los casos, las epidemias y otros factores. Dentro de este inciso, el gasto en medicamentos es un componente crucial con una gran variabilidad.

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

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

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

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

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

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

De este análisis, se desprende la correlación estadísticamente significativa entre egresos y presupuesto total, egresos y gastos de personal, y egresos y bienes de consumo. No así con egresos y Servicios No Persona-

les, donde la correlación es menos significativa desde el punto de vista estadístico. Por ejemplo, los Gastos en Personal tienen una correlación muy alta con el Presupuesto devengado total (R de Pearson = 0.994,  $p < .001$ ), lo que significa que a medida que aumenta el presupuesto, también aumentan los gastos en personal.

## Conclusiones

En síntesis, del presente análisis, se puede concluir que las partidas presupuestarias devengadas dirigidas a gastos de personal (Inciso 1) y bienes de

consumo (Inciso 2) tienen una correlación positiva con el movimiento hospitalario de internación, medido como egresos de pacientes hospitalarios, en los hospitales analizados en el periodo 2022.

No así con los Servicios No Personales (Inciso 3), donde la correlación no es tan significativa desde el punto de vista estadístico.

La interpretación de estos resultados debe analizarse minuciosamente, ya que las causas pueden ser multifactoriales, y deben considerarse variables como la gestión clínica, la variación de la práctica

**Tabla No. 3 = Matriz de Correlaciones**

		Presupuesto devengado total	Gastos en personal	Bienes de consumo	Servicios no personales	Egresos de pacientes hospitalarios
<b>Presupuesto devengado total</b>	R de Pearson	—				
	Gf	—				
	valor p	—				
	Rho de Spearman	—				
	Gf	—				
	valor p	—				
<b>Gastos en personal</b>	R de Pearson	0.994***	—			
	Gf	11	—			
	valor p	<.001	—			
	Rho de Spearman	0.989***	—			
	Gf	11	—			
	valor p	<.001	—			
<b>Bienes de consumo</b>	R de Pearson	0.959***	0.950***	—		
	Gf	11	11	—		
	valor p	<.001	<.001	—		
	Rho de Spearman	0.967***	0.973***	—		
	Gf	11	11	—		
	valor p	<.001	<.001	—		
<b>Servicios no personales</b>	R de Pearson	0.870***	0.820***	0.791**	—	
	Gf	11	11	11	—	
	valor p	<.001	<.001	0.001	—	
	Rho de Spearman	0.896***	0.874***	0.824***	—	
	Gf	11	11	11	—	
	valor p	<.001	<.001	<.001	—	
<b>Egresos</b>	R de Pearson	0.758**	0.788**	0.731**	0.535	—
	Gf	11	11	11	11	—
	valor p	0.003	0.001	0.005	0.059	—
	Rho de Spearman	0.659*	0.681*	0.703**	0.478	—
	Gf	11	11	11	11	—
	valor p	0.017	0.013	0.010	0.101	—

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

Fuente: elaboración propia en base a la información presente en las fuentes consultadas.

médica y los factores que pueden influir en el gasto médico. Por otra parte, la evolución de los gastos de funcionamiento refleja aspectos de gestión económico-financiera de cada hospital y del conjunto hospitalares.

De cualquier forma, está claro que los análisis de correlación entre gasto de funcionamiento de los hospitales seleccionados y de su rendimiento físico medido en egresos de pacientes hospitalarios pueden aportar información valiosa para la gestión hospitalaria.

## Discusión - Propuestas

Se identificaron distintas limitaciones en el presente trabajo a los fines de relacionar el gasto por inciso y los egresos de pacientes hospitalarios. Por un lado, la métrica analizada (egresos de pacientes) no considera la calidad en que se produce la misma, es decir, si se trató de un egreso hospitalario satisfactorio, una derivación a otro subsistema asistencial o bien el fallecimiento del paciente.

Por otro lado, se han seleccionado del presupuesto devengado las cuentas clasificadas por objeto del gasto como inciso 1 (Gastos en Personal), inciso 2 (Bienes de Consumo) e inciso 3 (Servicios No Personales), con la presunción de que estas podrían ser las que se encontrarán más vinculadas a la variación de la demanda de atención sanitaria y reflejada en los egresos de pacientes hospitalarios.

La identificación de la correlación entre el inciso 1, el inciso 2 y los egresos de pacientes hospitalarios tiene sentido si se piensa la organización hospitalaria como organización profesional, predominantemente basada en recursos humanos, como planteaba Mintzberg (1984).

Sin duda, estos aspectos podrían requerir nuevos análisis a futuro, con mayor grado de detalle y profundidad. Aquí, es necesario poner en evidencia el verdadero rol de las herramientas de control de gestión. Para Rivera José (2018), estas herramientas no son un sistema de control, y por tanto no son sinónimo de Índices de Gestión, sino que son herra-

mientas, metódicas y sistematizadas, que generen información para soporte a la toma de decisiones. Estas herramientas no deberían ser exclusivas para los niveles gerenciales.

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

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

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

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

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

Las necesidades de participación son dinámicas y flexibles, y se requiere en ocasiones el trabajo en con-

junto y coordinados con organizaciones no gubernamentales y gobierno en sentido amplio, ciudadanía y organizaciones sociales.

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

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

## Bibliografía

- Angulo-Pueyo E y col (2020), por el grupo Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica en utilización de procedimientos de dudoso valor en el Sistema Nacional de Salud, 2017. Marzo 2020; Disponible en: [www.cienciadedatosysalud.org/atlas/desinversion-2017](http://www.cienciadedatosysalud.org/atlas/desinversion-2017)
- Arce, Hugo (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina (B. Aires)* vol.72 no.5 Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública (2012), Informe de Ejecución del Presupuesto del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.asap.org.ar>
- Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud (2018). Gasto público en salud en América Latina y el Caribe: Avances, desigualdades y desafíos.
- Bonazzola, Pablo (2010), Ciudad de Buenos Aires: Sistema de Salud y Territorio. Obtenido de: <https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/bonazzola.pdf>
- Califano, Jorge (2008), Administración Pública de la Salud. La eficiencia del sistema de salud argentino. XXI Seminario Nacional de Presupuesto Público. Revista de la Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública. Agosto 2008. pp. 91-103
- Centro de Economía Política Argentina (2023). Análisis de la ejecución presupuestaria de la CABA entre 2016 y 2022 Capítulo Salud.
- Cerinignana, O. E. (2024). Estimación de costos directos en la atención a personas con diabetes mellitus asistidos en el Hospital Lucio Molas de Santa Rosa, Provincia de La Pampa (2017-2018). *Revista ISALUD*.
- Constitución de la Ciudad de Buenos Aires (1996). En: <http://www.cedom.gov.ar/constCABA.aspx>
- De la Puente, Catalina -coordinadora general-, Schweiger, Arturo -coordinador técnico- (2008). Sistema de Información Gerencial como base del presupuesto por resultados y costos en hospitales públicos seleccionados. Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.
- Departamento de Epidemiología Ministerio de Salud (2015), Análisis de Situación de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Dever, Alan (1991), Epidemiología y Administración de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud.
- Dirección General de la Oficina de Gestión Pública y Presupuesto, Subsecretaría de Hacienda Ministerio de Hacienda y Finanzas (2023), Pautas Metodológicas para la Formulación del Proyecto de Presupuesto 2023
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2015), Análisis de Situación de Salud.
- Ley Transparencia Presupuestaria N° 6.114 (2018).
- Ley Básica de Salud - Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 153 (1996). En: [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley\\_basica\\_de\\_salud\\_153.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_basica_de_salud_153.pdf)
- Makón, Marcos (2000), El modelo de gestión por resultados en los organismos de la administración pública nacional. V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santo Domingo, Rep. Dominicana, 24 - 27 Oct. 2000.
- Makón, Marcos (2007), La gestión por resultados es sinónimo del presupuesto por resultados? Presentado ante el XII Congreso Internacional del CLAD - Santo Domingo - 30 de octubre a 2 de noviembre del 2007.
- Mankiw, Gregory (2012), Principios de Economía, México: Sexta Edición.
- Ministerio de Economía de la Nación, Oficina Nacional de Presupuesto (2007), Formas de Incorporación de los Indicadores de resultado a todo el ciclo del proceso presupuestario.
- Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas (2016). Manual de Clasificaciones Presupuestarias para el Sector Público Nacional. Sexta Edición Actualizada.
- Ministerio de Hacienda y Finanzas (2023), Presupuesto Ciudadano, Consolidado 2022.
- Ministerio de Hacienda y Finanzas (2022), Planificación Presupuestaria Jurisdicción 40 Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. En: <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2021/11/26/536a9112097f0fbda98f4bf5d8ee47f4e0cea1c7.pdf>
- Ministerio de Economía de la Nación, Oficina Nacional de Presupuesto, El Sistema Presupuestario En la Administración Nacional de la República Argentina. En: [https://www.economia.gob.ar/onp/documentos/manuales/el\\_sistema\\_presupuestario\\_publico.pdf](https://www.economia.gob.ar/onp/documentos/manuales/el_sistema_presupuestario_publico.pdf)
- OMS, UNICEF (2018). A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs.
- R. Core Team (2021). R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.1) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).
- Reale, C. A. (2024). Análisis de las Re internaciones de pacientes dentro de los 30 días del egreso y cuantificación del costo día cama paciente en una clínica de agudos de CABA. *Revista ISALUD*.
- Rivera, José (2018), ¿Qué es y qué no es el control de gestión?
- Schweiger, Arturo (2003). Información y Control de Gestión, Cadiz, AES España
- Schweiger, Arturo (2008), Herramientas de gestión de presupuesto por resultados. *Revista Isalud*, p. 35-42.
- Schweiger, Arturo (2024). Herramientas de gestión: Claves para la asignación eficaz y eficiente del presupuesto del gasto en salud pública. *Revista ISALUD*.
- The jamovi project (2022). Jamovi. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- Sotelo Maciel, Aníbal Jorge (2011), La Relación Planificación/ Presupuesto en el marco de la Gestión orientada a Resultados. *Revista de la Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública* N° 47.