

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA  
UNIVERSIDAD DE SAO PAULO**

**ESTUDIO REGIONAL SOBRE ASISTENCIA HOSPITALARIA  
Y AMBULATORIA ESPECIALIZADA**

**DOCUMENTO DE POSICIÓN DE OPS/OMS SOBRE LOS DESAFÍOS  
QUE ENFRENTA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS  
AMÉRICAS**

**CAPÍTULO ARGENTINO**

**Santos Depine, MD, MPH  
Enero de 2003**

# INDICE

<b>Secciones</b>	<b>Página</b>
<b>Primera Parte</b>	
<b>Agradecimientos</b>	<b>2</b>
<b>Introducción</b>	<b>3</b>
<b>Resumen Ejecutivo</b>	<b>4</b>
<b>Identificación de los efectores</b>	<b>6</b>
<b>Marco legal</b>	<b>7</b>
1. <i>Legislación básica de salud</i>	7
2. <i>Legislación básica respecto a provisión hospitalaria y ambulatoria especializada</i>	8
3. <i>Características principales de la red de servicios hospitalarios y ambulatorios especializados</i>	9
4. <i>Características de los Modelos de Gestión</i>	11
5. <i>Proceso de Reforma Sectorial en relación a Provisión Hospitalaria</i>	12
<b>Estructura y Organización</b>	<b>16</b>
<b>Gestión y Responsabilidades</b>	<b>17</b>
1. <i>Formación de los Directores</i>	17
2. <i>Función/proceso de Planeamiento</i>	17
3. <i>Función/proceso de compras</i>	18
4. <i>Función de Recursos Humanos (RH)</i>	18
5. <i>Función financiera</i>	18
6. <i>Proceso de responsabilidad y rendimiento de cuentas</i>	19
7. <i>Función clínica/médica</i>	19
8. <i>Proceso de enseñanza e investigación</i>	19
<b>Financiamiento</b>	<b>20</b>
1. <i>Principales fuentes de financiamiento de los Establecimientos en 2000 y 2001 (en US \$ ajustados)</i>	20
2. <i>Mecanismos de pago y transferencias</i>	21
3. <i>Presupuesto total de los últimos años</i>	21
4. <i>Precio de los servicios</i>	22
<b>Servicios y Equipamiento Ofrecidos</b>	<b>23</b>
1. <i>Servicios ofrecidos</i>	23
2. <i>Recursos Humanos</i>	23
<b>Producción de Servicios</b>	<b>24</b>
1. <i>Cantidad de servicios producidos en su establecimiento en los años 2000 y 2001</i>	24
2. <i>Egresos producidos en el año 2001</i>	24

<b>Medición de Resultados</b>	
<b>Relación con la Red y la Clientela</b>	
1. <i>Sistema de referencia y contrarreferencia</i>	25
2. <i>Organización de la red de servicios</i>	26
3. <i>Origen de la clientela</i>	26
	26
<b>Opiniones y Sugerencias</b>	26
1. <i>Mejora del sistema de atención hospitalaria y ambulatoria especializada</i>	28
2. <i>Mejora de la gestión de la atención hospitalaria y ambulatoria especializada</i>	28
3. <i>Aspectos gerenciales que funcionan particularmente bien en los hospitales y ambulatorios especializados</i>	29
4. <i>Mecanismos destinados a asegurar la participación social en el sistema de salud</i>	30
5. <i>Estructura y organización de la red de servicios de salud</i>	31
6. <i>Tópicos más importantes para mejorar la gestión del hospital/ ambulatorio especializado en particular</i>	32
<b>Segunda Parte: Respuestas de los Especialistas y Ejecutivos encuestados ordenadas por Secciones. Carátula</b>	34
<b>Cuestionario Especialistas</b>	35
• <b>Sección I : Identificación del Establecimiento</b>	36
• <b>Sección II : Marco Legal</b>	36
• <b>Sección III : Opiniones y Sugerencias</b>	36
<b>Cuestionario Ejecutivos</b>	36
• <b>Sección I : Identificación del Establecimiento</b>	69
• <b>Sección II : Marco Legal</b>	79
• <b>Sección III : Estructura y Organización</b>	79
• <b>Sección IV : Gestión y Responsabilidades</b>	79
• <b>Sección V : Financiamiento</b>	79
• <b>Sección VI : Servicios y Equipamiento Ofrecidos</b>	108
• <b>Sección VII : Producción de Servicios</b>	119
• <b>Sección VIII : Resultados</b>	157
• <b>Sección IX : Relación con la Red y la Clientela</b>	171
• <b>Sección X : Opiniones y Sugerencias</b>	193
	202
	210
	221

## AGRADECIMIENTOS

Para la realización de este trabajo se contó con la participación de numerosos profesionales que fueron seleccionadas por ser protagonistas claves del Sector de la Salud en la República Argentina.

Su dedicación y responsable compromiso permitieron obtener la mejor información que podían brindar para alcanzar los objetivos de establecer un diagnóstico participativo de la situación de los servicios de atención de la salud en nuestro país, y a partir de ello elaborar las propuestas que posibiliten alcanzar las metas de un Modelo de Salud que posea la mayor accesibilidad, ética, justicia, equidad y eficiencia en las circunstancias tan especiales que nuestro país está atravesando en estos días.

Espero que los resultados presentados puedan otorgar las herramientas necesarias para establecer las bases de diseño, planificación, programación y ejecución del mejor Modelo, que incluya un Sistema de Salud en consonancia con las necesidades de los argentinos de este tiempo.

Han tenido una participación fundamental en este trabajo; volcando sus datos, opiniones y sugerencias; los siguientes profesionales seleccionados:

Dra. Dora Elisa Altolaquirre  
Dra. Beatriz Amigot  
Ctdor. Daniel Berger  
Dr. Pablo. F. Bonazzola  
Dr. Miguel Ángel Cappiello  
Dra. Viviana Crivelli de Figueroa  
Dr. Mario Drisun  
Dr. Edward García Martínez  
Dra. Silvana Grosso  
Dr. Claudio Emilio Jehin  
Dr. Eugenio Lobo  
Dr. José Gabriel Lupo  
Dra. Beatriz Martinelli  
Dr. José Manuel Monteros  
Dr. Néstor Perrone  
Dr. Rolando Pinchetti  
Dr. Adolfo Sánchez de León  
Dr. Norberto Schapochnik  
Dr. Roberto Manuel Serrano  
Dra. Haydee Nora Tartas  
Ctdor. Juan Pablo Tenaglia  
Dr. Federico Enrique Teruel  
Dr. Carlos Alberto Toni  
Dr. David G. Willems

## INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud ha diseñado un estudio orientado a analizar la situación actual, desafíos y tendencias de la atención hospitalaria, redes de servicios de salud, y ambulatoria especializada.

Para ello se elaboraron cuestionarios cuya matriz estuvo a cargo de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo, Brasil, para ser respondidos por actores claves identificados en cada uno de los países de la Región.

A los efectos del estudio para la República Argentina, se han identificado actores clave con funciones ejecutivas y/o de Planificación o Programación en los de los diferentes sectores de la salud, a nivel público, de la seguridad social, universitaria y privada, incluyendo a entidades representativas de la medicina prepaga.

Se ha tenido en cuenta para dicha selección la adecuación al perfil requerido identificado como parte del estudio, y elaborado por los investigadores principales del mismo en la Universidad de San Pablo, el cual establecía tres niveles de actores:

- Especialistas

Expertos con conocimiento profundo de las políticas y las prácticas del sector salud, con énfasis en la prestación de servicios de salud y los hospitales. Pueden pertenecer a instancias del gobierno o de la iniciativa privada.

- Ejecutivos de Hospitales

Gerentes con experiencia amplia en la administración de Hospitales o la gestión de redes de servicios de salud. Para mejor conocimiento de la situación, sugerimos que los entrevistados deben ser seleccionados de todos los tipos de administración: pública, privada lucrativa, filantrópica, etc. Asimismo, es deseable que los establecimientos que gerencian correspondan a distintos niveles de complejidad y ubicación en el país.

- Ejecutivos de ambulatorio especializado

El gerente con experiencia amplia en la administración de ambulatorios especializados. Para mejor conocimiento de la situación sugerimos que los entrevistados deben ser seleccionados de todos los tipos de administración: pública, privada lucrativa, filantrópica, etc.

## RESUMEN EJECUTIVO

Se procedió a cursar invitaciones escritas a las personas seleccionadas, haciendo expresa mención al carácter voluntario de la participación, y a la necesidad de cumplimentar los datos con la objetividad necesaria para obtener las mejores respuestas.

El nivel de aceptación a la propuesta fue relativamente escaso en función de las invitaciones formuladas.

La primera dificultad estuvo relacionada con los tiempos de ejecución establecidos para efectuar las devoluciones de los documentos enviados, que fueron considerados escasos por parte de varios de los seleccionados.

La segunda, una vez aceptada la participación, la enorme dificultad de consecución de los datos que debían ser volcados a las planillas, y que no se encontraban fácilmente disponibles para su volcado en la misma, a pesar de tener responsabilidades ejecutivas de niveles altos dentro de la estructura en la cual se desempeñaban.

La tercera, y que determinó que muchos actores comprometidos dejaran de participar, estuvo centrada en las dificultades de gestión que no posibilitaban a su criterio enfocarse en el estudio para ser llevado a cabo en forma eficiente.

Es así que se ha podido recopilar información de 24 actores claves, divididos en: 12 Especialistas y 12 Ejecutivos, habiéndose cumplido las siguientes etapas:

- Selección de los actores claves para dar respuesta a los cuestionarios elaborados por la facultad de salud Pública de la Universidad de Sao Paulo, Brasil
- Seguimiento de la realización de las encuestas por profesionales identificados según instructivo
- Recolección, procesamiento y envío de los resultados encuestales a la Oficina Central de la OPS y a la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo, Brasil
- Análisis de los documentos encuestales. Preparación de un documento final con las conclusiones elaboradas, acerca de la situación de los servicios de atención de salud, hospitalarios y ambulatorios especializados de Argentina.

En relación a las áreas bajo análisis se ha podido obtener información de los diferentes sectores, según el siguiente detalle:

Sector Público: 18 establecimientos o áreas

Sector Privado: 3 establecimientos o áreas

Sector Universitario: 1 Establecimiento

En relación al tipo de estructura, se ha relevado información de las siguientes:

Hospitales públicos y Centros de Salud: 7 establecimientos

Ministerios, Secretarías y/o Subsecretarías de Salud: 8

Seguros públicos de salud: 2

Hospitales Universitarios: 1

Hospitales de Comunidad: 1  
Servicio de Internación Domiciliaria Público: 1  
Empresa de Internación Domiciliaria Privada: 1  
Empresa de Medicina Prepaga: 1  
Hospitales Privados Lucrativos: 1  
Consultor Independiente: 1

Se ha obtenido información de las siguientes provincias de la Argentina:

Ciudad de Buenos Aires  
Provincia de Buenos Aires  
Provincia de Corrientes  
Provincia de La Pampa  
Provincia de Santa Fe  
Provincia de Tierra del Fuego  
Provincia de Tucumán

Dada la complejidad de los documentos encuestales, cuyo contenido requería para ser resuelto a satisfacción un gran conocimiento y acceso a los datos de los establecimientos, organizaciones, y/o organismos públicos, el informe final no reflejara la verdadera situación pues:

- solo han intervenido aquellos que consideraron que podían contestar en forma eficiente los cuestionarios correspondientes
- no han participado todas las provincias
- no han participado todos los sectores

Una conclusión importante de este trabajo, es que permite inferir tanto por el tenor de las respuestas como por la actitud de algunos encuestados seleccionados que a pesar de haber aceptado el compromiso, luego no concretaron sus respuestas, es que en la Argentina existe desconocimiento en las personas con funciones ejecutivas de las normativas que respaldan su accionar y adicionalmente cuentan con escasos datos disponibles en sus bases operativas.

## **IDENTIFICACION DE LOS EFECTORES**

En primer lugar, ha quedado de manifiesto que una gran parte de los efectores de las legislaciones, no poseen un conocimiento de los alcances de los mismos, resultando los resultados obtenidos sesgados por tratarse de las respuestas de aquellos que; o bien poseían el conocimiento, o tuvieron la vocación de contribuir a este estudio, dedicando su tiempo a analizar los mismos.

Una gran cantidad de personas seleccionadas, al tomar contacto con los requisitos de respuesta incorporados en los documentos, o bien renunciaron inicialmente a participar, o como sucedió con una gran mayoría, fueron postergando su compromiso de entrega.

En esta última situación se volvieron a presentar dos circunstancias diferentes. La mitad de los encuestados hicieron entrega de sus respuestas mas allá de los tiempos establecidos originalmente, y la otra mitad, sin que mediara una comunicación fehaciente de su desistimiento, nunca hicieron entrega de los documentos finalizados.

Llamativamente, dentro de estos últimos se encuentran efectores con una gran responsabilidad de planificación, desarrollo y ejecución de políticas y presupuestos de salud, tanto en el sector público como en el privado.

## **MARCO LEGAL**

### ***1. Legislación básica de salud***

En relación al Marco Legal que regula, orienta, y fiscaliza la actividad de la provisión de servicios médicos hospitalarios y ambulatorios, se pueden efectuar algunas consideraciones que debieran ser atendidas para mejorar la eficiencia de los mismos.

Existe una gran coincidencia en la abundancia de elementos jurídicos de apoyo, siendo una conclusión compartida por muchos, que el problema que presenta la ineficiente prestación manifestada por la mayoría, no es producto de las características de la legislación vigente, sino de quienes deben velar por su cumplimiento.

A pesar de ello, pueden aportarse algunas ideas que han surgido como resultado del análisis efectuado a las respuestas entregadas por los actores claves.

En ese sentido corresponde mencionar como una conclusión de importancia, que la legislación sanitaria debiera ser un referente básico en la definición del rol del Estado en Salud. Sin embargo la compleja trama normativa surgida de diferentes poderes e instancias de gobierno no facilita la identificación del rol del Estado en esta materia.

La única incidencia del orden nacional es a través de la financiación de programas y la regulación de las obras sociales nacionales.

Debiera existir una legislación normativa básica, integral para los diferentes subsectores, de carácter nacional, para el encuadre del sistema de salud, adecuada a las particulares circunstancias por las que transita la historia del país y las relaciones internacionales, en una nueva relación de mercados regionales y globalización de las economías.

Para ello, surgiría como necesario el desarrollo y la promulgación de una Ley Marco de Salud y/o un cuerpo ordenado fundacional que delimite las actuaciones jurisdiccionales, que plantee la superación de la fragmentación y que defina claramente la política sanitaria nacional a la cual adhieran las provincias.

La implementación de una Política de Estado en Salud con objetivos a largo plazo.

A través de estos instrumentos, formalizar concretamente un Sistema de Salud, estableciendo las fuentes de financiamiento para garantizar acceso y cobertura universal a la población, independientemente de su nivel de empleo y lugar geográfico de residencia.

Este proceso debiera incluir los aspectos legislativos sobre las prestaciones básicas a los discapacitados, la gerontología y las emergencias médicas. Además reformular los mecanismos de ejecución y control de la calidad de la prestación médica, que incluya contar con instrumentos que permitan definir la necesidad de hospitales y /o servicios especializados y de alta complejidad según la demanda potencial, así como reglamentaciones que permitan trabajar mejor en la organización de los mismos en cuanto a registros y a eficientizar la atención, por ejemplo conociendo los costos por pacientes y por prestación, incorporando de lleno los instrumentos para categorizar los hospitales, actualmente en análisis en varios estados

provinciales, para completar los vacíos legales existentes respecto a la habilitación y acreditación de los servicios de salud, así como de la certificación de las profesiones.

Por otra parte faltaría instrumentar los aspectos normativos de una mejora en el sistema de información, incorporando al mismo al sector privado.

A nivel de los estados provinciales, surge como una necesidad evaluar la promulgación de instrumentos jurídicos que posibiliten la autonomía municipal y que permitan además asumir un rol protagónico a los municipios.

Otro elemento interesante a incorporar, es evaluar la necesidad de una modificación del Código Civil y Penal y la generación de un cuerpo legislativo específico sobre responsabilidad en la praxis médica que atienda, contenga, en pos del bien común y el costo final de la medicina la real judicialidad de los casos. Podría tener semejanza con las que existen internacionalmente sobre otras materias, por ejemplo, convención internacional sobre responsabilidades en el transporte de cosas y personas.

Algunas jurisdicciones plantean la necesidad de promulgar una Ley de Carrera del personal de la salud.

## ***2. Legislación básica respecto a provisión hospitalaria y ambulatoria especializada***

Una conclusión de relevancia es que la legislación existente no es aplicable en su totalidad, por las leyes provinciales vigentes, que en muchos casos colisionan con las nacionales. Otras veces se trata de normativas nacionales que no necesariamente son adoptadas por las provincias

Por ello la mayoría insiste en que debería implementarse un sistema único de salud que garantice el acceso al derecho a la salud de todos los ciudadanos, descentralizando en los municipios la atención primaria de la salud, la provincia y la nación serán los garantes de estas acciones.

Debería articularse la legislación nacional con la de las provincias, interpretando como de gran necesidad promulgar una Ley Marco.

Se ha puesto de manifiesto además, que la situación de crisis económica de largos años de duración en algunas regiones, ha dejado a los establecimientos públicos en condiciones tales que no pueden dar cumplimiento cabal a dichas normas. La gran caída de la cobertura en salud por las obras sociales, fruto de la desocupación, ha llevado al hospital público una clientela pauperizada, incapaz de contribuir a su financiamiento genuino.

Sería necesario contar con instrumentos que permitan definir la necesidad de hospitales y /o servicios especializados y de alta complejidad según la población, así como reglamentaciones que permitan trabajar mejor en la organización de los mismos en cuanto a registros y a eficientizar la atención , por ejemplo conociendo los costos por pacientes y por prestación.

Organizar niveles de complejidad y competencia por regiones, categorizando y acreditando los hospitales, estableciendo claramente fuentes de financiamiento, trabajando en la normatización de algoritmos y protocolos de diagnóstico y tratamiento.

Velar por normatizaciones que contemplen la medición de la satisfacción del paciente, incluyendo los tiempos de demora de la atención programada para el caso de patologías que no son de urgencia.

Por último se ha insistido en la necesidad de perfeccionar en cada jurisdicción, la legislación local que posibilite la participación ciudadana en el ámbito de los efectores de salud.

### ***3. Características principales de la red de servicios hospitalarios y ambulatorios especializados***

En este punto, merecen destacarse todas aquellas recomendaciones que partiendo desde los efectores; muchos de ellos ubicados en provincias argentinas muy alejadas del centro de poder y de las grandes decisiones nacionales.

Entre los Ejecutivos, la mayoría interpreta que las características que posee la red de servicios hospitalarios y ambulatorios especializados, atiende parcialmente las necesidades. Dos de los encuestados, por las características regionales propias consideran que atiende plenamente.

Idealmente debiera lograrse la coordinación de todos los estamentos del estado, focalizando su gestión de salud por intermedio de un sistema único e igualitario de salud.

Las mismas tienden a lograr efficientizar su funcionamiento, y lograr mayor articulación de la red.

Para ello se recomienda minimizar la burocratización del Sistema, otorgando mayor responsabilidad y participación de las unidades ejecutoras, estableciendo las competencias y responsabilidades en forma clara, incorporando las fuentes de financiamiento disponibles.

Consolidar la definición política de un sistema de asistencia hospitalaria y ambulatoria especializada, control, fiscalización, monitoreo y evaluación integrado entre nación, provincias y municipios, avanzando en la meta de alcanzar un sistema único público o privado o al menos reglamentar el existente a través de principios e incompatibilidades claras.

Definir una Política de Salud a largo plazo que priorice la atención primaria de la salud. Poner énfasis en la prevención como elemento fundamental para el cambio.

La creación de una instancia técnica de coordinación y actualización de las normas, con fuerte respaldo político y legal, establecer estructuras descentralizadas y regionalizadas, haciendo eje en el área de coordinación de las normas de garantía de calidad de la atención médica y un área de fiscalización y control de gestión (o de auditoría médica) para el control del cumplimiento de las mismas.

Además, sería deseable; especialmente para el sector público; establecer una separación adecuada y efectiva de las funciones de financiamiento y provisión de servicios hospitalarios. Dotarlos de mayor autonomía, incorporar nuevos esquemas de incentivos y nuevas formas de pago.

Posibilitar la integración público/privado a través de sistemas de gestión de redes, con una mayor injerencia de los ministerios de salud en la regulación de la oferta.

Desde lo operativo, sería deseable intensificar el nivel de consenso entre los Consejos de Administración y los Directores de cada uno de los Hospitales.

Lograr una mayor integración regional y nacional, con designación de centros de referencia definidos geográficamente, integrando las fuentes de financiamiento priorizando la equidad en el acceso a la atención especializada.

Interrelacionar la formación universitaria de los recursos humanos a las necesidades del país, hacerla eficiente y fomentar la formación de Médicos de Familia y la orientación de los programas de estudio de grado orientados hacia esta política.

Establecer para las enfermedades endémicas más importantes la consolidación de las estructuras para su erradicación o correcto control.

Implementar un sistema de ayuda social inmediato tendiente a remediar las causas sociales de enfermedad.

Acercar la atención Médica a los grupos poblacionales aislados mediante equipos preparados especialmente.

Coordinar acciones de salud de alcance nacional mediante un compromiso de todas las jurisdicciones en el cumplimiento de políticas a largo plazo con recursos asegurados desde el presupuesto nacional y revisión de las mismas en forma periódica para rectificar o refirmar acciones prioritarias, con control internacional del cumplimiento de las mismas y la aplicación de los recursos.

Avanzar hacia un modelo de atención con una orientación y coordinación uniforme de carácter federal.

Desarrollar un sistema uniformes de registro de población y cobertura.

Establecer competencia y responsabilidades en forma clara, e identificar las fuentes de financiamiento posibles y necesarias.

Fomentar las normativas de interrelación claras o cuanto menos de cumplimiento efectivo, de los tres subsectores Público, Obras Sociales, y Medicina Privada, para evitar la ineficiencia del gasto y la dilapidación de los recursos disponibles.

Instrumentar una política hospitalaria que posibilite su abastecimiento adecuado, la motivación de su personal, coordinar los recursos instalados en el mismo lugar por gobiernos provincial y municipal.

Desalentar las trabas burocráticas que limitan la libre elección de obras sociales.  
Concretar una legislación clara de reglamentación y regulación para el sector privado.

Evitar la superposición de niveles de complejidad en algunas localidades, que se contraponen a lo observado para otras regiones del país en las cuales la red no cubre las necesidades de la población en lo que respecta a atención primaria, así como tampoco cubre los requerimientos de alta complejidad, solo cubre el primer y segundo nivel de atención.

Propiciar una normatización de procedimientos en forma uniforme de acuerdo a la categorización de los establecimientos, incorporando una reingeniería de procesos, educación y mejora continua en calidad y gestión institucional.

#### *4. Características de los Modelos de Gestión*

Nuevamente se pone en evidencia la diferente concepción e implementación regional de la atención de la salud en un país federal. Existe amplio consenso en que la diversidad de Modelos de Gestión desarrollados en la actualidad posibilitan una atención parcial de las necesidades de la asistencia de la salud, aunque existe una minoría que manifiesta que los modelos cubren plenamente la atención, siendo ineficaces sus implementaciones, y son los menos los que expresan que no atienden a esas necesidades.

Uno de los ejecutivos encuestados manifestó que a su juicio no existiría un modelo, de acuerdo a la definición de dicha palabra por la real lengua española. En su opinión solo se observa en forma parcial y con limitaciones en los Hospitales Públicos y en los Hospitales de Comunidad. El resto del sistema tiende a la anarquía de las acciones individuales. Salvo muy pocas excepciones.

Considero de particular interés volcar la conclusión fundada de uno de los especialistas encuestados, pues incorpora elementos diferenciados en relación a los habitualmente mencionados en la evaluación de los modelos de gestión, que podrían llevar a una reflexión de una gran amplitud. Opina que los modelos de gestión vigentes no atienden las necesidades de atención de la salud, dada la persistencia y/o agravamiento de los indicadores de salud y/o calidad de vida, tales como el elevado porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas, la alta tasa de mortalidad infantil y materna, la persistencia de endemias como el Chagas, la Tuberculosis y la Lepra, y el incremento observado de pacientes con HIV/SIDA. En este momento en la Argentina se ha dificultado el financiamiento para la salud, surgido de los problemas económicos y laborales actuales; además de una histórica dispersión de recursos; que dificultan las posibilidades de acceso al sistema. Para algunos el problema no está en la gestión, sino en estas dificultades de financiamiento, a la cual se suma una superposición de aportes y una oferta que no está orientada a las necesidades sino a proyectos individuales de los sectores, con sobreoferta en rubros secundarios, económicamente rentables, y baja oferta en la atención primaria y la prevención. Tampoco se observa coordinación adecuada en la utilización de los recursos.

El sector público presenta un deterioro creciente, el sector privado se encuentra definanciado por las crisis de la seguridad social.

Si tomamos como eje de la discusión la opinión mayoritaria de atención parcial, corresponde señalar sus probables causas y las propuestas de resolución consecuentes.

Hay coincidencia en que existe una alta fragmentación en la organización de la salud, y que debe existir una propuesta integradora que permita una mayor organización de la salud en los distintos niveles del Estado que garantice la universalidad en la atención. Por ejemplo el subsector público está fraccionado en nacional, provincial y municipal, sin que exista coordinación de acciones entre ambos.

Es necesario establecer un modelo que integre las distintas administraciones, que se organice en red por niveles crecientes de complejidad y que se base en la estrategia de Atención Primaria con una alta participación de los gobiernos locales.

También se insiste en avanzar hacia modelos de integración geográfica, que contengan los aspectos de garantía de calidad, incluyendo evaluación de estructura, procesos basados en evidencia, normatización de procedimientos basados en la ecuación de costo efectividad, etc. Evaluación y medición de resultados.

Surge como imprescindible propiciar la equidad en el acceso.

Diseñar un Sistema de Salud que incluya a los excluidos (Seguro Público de Salud), garantizando universalidad en la cobertura, independientemente del nivel de empleo y del área geográfica de residencia, dirigido por expertos y controlado por índices e indicadores que objetiven claramente los resultados. Además velar por el cumplimiento de la legislación vigente y actualizada.

Parece necesario reevaluar las características de los sistemas de cobertura, dado que frente a la crisis del empleo, las coberturas basadas en la relación de dependencia laboral, históricamente predominante en Argentina se han resentido en grado sumo.

Complementariamente existe una gran coincidencia de los encuestados en la necesidad de implantar la categorización de los servicios asistenciales, y fomentar en los modelos de gestión la participación comunitaria. Especialmente en el sector público instrumentar una reforma administrativa que provea de herramientas de gestión pública que permitan la eficacia y la transparencia.

En lo operativo propiciar el incremento de los horarios de atención en los efectores de atención de la salud. Establecer un sistema mixto de prestadores, con una fuerte regulación por parte del Estado, articulado éste en los órdenes nacional, provincial y municipal, donde todos los involucrados acuerden las prestaciones, incorporación de tecnología, financiamiento, estándares de atención, con un gerenciamiento que posibilite la medición de la producción por resultados, y que facilite el flujo de personas en los diferentes subsistemas, publico, privado y de la seguridad social.

Eliminación de las barreras de accesibilidad. Entre ellas fundamentalmente eliminar todo tipo de cobro directo a la población no cubierta y sin capacidad de pago. Mejorar la accesibilidad administrativa a partir de sistemas de turnos programados, incorporación de nuevas modalidades organizativas (día clínico prequirúrgico, ambulatorización de patologías, disease management, etc.)

Un aspecto importante y necesario para los modelos de gestión, pareciera focalizarse en establecer adecuadamente los mecanismos de referencia/contrarreferencia.

##### ***5. Proceso de Reforma Sectorial en relación a Provisión Hospitalaria***

Existen diferencias de interpretación entre los encuestados acerca de los procesos de reforma, incluyendo la duda de si ha existido o existe un proceso de reforma.

Algunos de los encuestados manifiestan que no hubo proceso de reforma en la Argentina, otros que no atiende las necesidades, unos pocos consideran que dicho proceso atiende plenamente la atención de las necesidades de salud.

La gran mayoría acepta que ha habido un proceso de reforma, pero interpreta que atiende en forma parcial, fundamentalmente por que se hubiera requerido un contexto de menores turbulencias que las actuales, para someter al sector público a esa prueba de suficiencia, con un estado afluyente capaz de respaldar desajustes de inicio, y un sistema de obras sociales continente de sus propias demandas, como fruto de una buena administración y de la existencia de trabajo a pleno de la población argentina.

En general se acepta que es necesario avanzar hacia seguros públicos provinciales en donde confluyan las obras sociales provinciales, los presupuestos públicos y el INSSJyP (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - PAMI)

Para algunos si bien durante la década del 90 se inició un proceso de reforma que apuntaba a la desregulación de las obras sociales e introducción del mercado en el sector, no hubo un proyecto global para el subsector público, excepto la línea acotada de Hospitales de Autogestión, y la contracción del gasto público. También en este caso, hubo múltiples experiencias con diversas orientaciones en diversas provincias y municipios.

Dentro de las respuestas positivas, se han focalizado los objetivos de algunas de las acciones incorporadas en los últimos tiempos en la Argentina, dentro de los procesos de reforma, sin que esta enunciación signifique estos objetivos han sido logrados.

Entre ellos se han ubicado los siguientes: con el Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica se espera proceder a la normatización de procedimientos tendientes a la calidad y la racionalización; con el Programa Médico Obligatorio a asegurar las prestaciones Médicas que deben brindar los sistemas solidarios y en alguna jurisdicción los no solidarios. Es aplicable solamente en las Obras sociales Nacionales y en jurisdicción de la Capital Federal en las Entidades de Medicina Prepaga. Con la nueva Ley de prescripción de medicamentos por nombre genérico se intenta abaratar los costos de medicación para los sectores de menores ingresos. Hay leyes que obligan en estos mismos sectores a la cobertura obligatoria de enfermedades de impacto social, como el HIV/SIDA, la drogadicción, el alcoholismo, y la cobertura de las medicaciones oncológicas, de patologías de baja incidencia y alto costo, como la esclerosis múltiple, etc. El PMO obliga a la cobertura sin cargo alguno del embarazo, parto y atención médica del recién nacido hasta el año de edad, con provisión de leches en caso necesario, pero favoreciendo la lactancia materna.

Otros objetivos han sido la búsqueda de mayor descentralización, la optimización de la gestión de los hospitales públicos, el incremento de los recursos extrapresupuestarios, la selección y la capacitación de RRHH, todo ello para alcanzar una atención con calidad.

Además lograr la mayor eficientización del financiamiento y el gasto; competencia en la provisión; aumento de cobertura y accesibilidad; participación social; integración de subsectores y constitución de redes de atención.

Como contrapartida se han señalado algunas incongruencias entre los objetivos planificados y los obtenidos desde la ejecución. Por ejemplo se pone el acento en la Atención Primaria de la Salud, cuando no hay una clara jerarquización del Médico de Familia o Clínico, o su orientación hacia la prevención de la salud y en el país se siguen presentando muertes por desnutrición.

En cuanto a las estrategias, han existido diferentes modalidades para las jurisdicciones.

Algunas de ellas han sido la provisión de medicamentos ambulatorios a centros de Atención Primaria en zonas de riesgo, las de los médicos de familia con población a cargo, la provisión de alimentos y leche a niños menores de 5 años.

Otras han concurrido a la delegación de la responsabilidad por la atención a los Hospitales, incrementar la contribución de bolsillo, la participación comunitaria, a restablecer el pago del impuesto a la salud pública, en sectores que hasta hoy tenían el privilegio de gozar del beneficio de alícuota "0" . Hospitales públicos como proveedores de la seguridad social; constitución de Consejos de Administración hospitalarios Implementación del sistema de cobro ejecutivo a deudores del hospital público.

En el sistema de la seguridad social la estrategia ha sido la libertad de elección de obra social, que ha posibilitado la concentración de aquellos mejores aportantes en alguna de ellas, con la consecuente desfinanciación y la puesta en riesgo del sistema solidario de las restantes.

Los principales cambios introducidos en la gestión de la asistencia hospitalaria y ambulatoria especializada, incluyen el haber posibilitado a los sectores provinciales al acceso a créditos internacionales para desarrollar programas de salud con financiamiento externo. Además han propiciado una amplia adhesión de entidades representativas de Profesionales y Científicas, fundamentalmente en los programas de acreditación profesional y de garantía.

En algunos servicios de atención, posibilitó privilegiar la Atención Primaria como acceso al sistema, respetar los niveles de complejidad creciente, protocolizar estudios complementarios de diagnóstico y tratamiento, extender el horario de atención, incrementar el número de especialidades, optimización de la gestión, incorporación de tecnología, mejoras edilicias y provisión de nuevo equipamiento.

Además se ha mencionado que propició para algunos la regionalización sanitaria, el control y centralización de las compras de insumos, la auditoría de utilización de recursos y de calidad prestacional y la aplicación de normativas y estándares de calidad para la certificación de especialistas.

Por otra parte se logró la introducción de los Consejos de Administración, la facturación a Obras Sociales, prepagas y empresas de seguros, desarrollar los mecanismos del costeo hospitalario, la descentralización de las compras, los pagos de bolsillo y copagos, los contratos de gestión de riesgo, etc.

Como contrapartida y desde otra mirada, el proceso de reforma trajo cambios que conllevaron menor cantidad de recursos destinados al sector, y mayores barreras a la accesibilidad de los cuidados de la salud.

Existe una opinión mayoritaria que el proceso de reforma brinda una atención parcial de las necesidades políticas y prácticas de la asistencia hospitalaria y ambulatoria.

A punto de partida de esta interpretación surgen consecuentemente algunas modificaciones que sería deseable realizar.

En primer lugar existe un esbozo de descentralización y un programa de Hospitales de Autogestión, o de Gestión Descentralizada, que se encuentra resistido por numerosos sectores políticos y gremiales. Su desarrollo adecuado permitirá el acceso de los beneficiarios de la

seguridad social al hospital público con recupero del gasto y facturación de las prestaciones a las Obras Sociales y otros eventuales terceros pagadores.

En algunas localidades se ha comenzado a implementar un programa de médicos de cabecera dependientes de los Hospitales Públicos para desviar el alto requerimiento de atención de los consultorios externos de los mismos a consultorios privados de los médicos, lo que resulta en una atención más personalizada de los pacientes que adoptan esta modalidad de asistencia. Un inconveniente reiterado en las políticas públicas es la estacionalidad de los programas, pues muchas veces quedan vinculados a determinada gestión política y/o a determinado funcionario.

Sería conveniente aplicar estrategias locales y descentralizar la implementación de los programas de los municipios.

Es imprescindible replantear la cobertura de la población por mecanismos más amplios que la relación de dependencia, dada la crisis del empleo. Y plantear un proyecto de reforma que defina e implemente programas y niveles de atención y organización en redes locales, regionales y nacionales.

Diseñar un Sistema de Salud que incluya a los excluidos, desocupados, independientemente de su lugar de residencia, organizando redes de atención según la complejidad necesaria para dar cobertura universal otorgando prioridades a las necesidades mas acuciantes del conjunto social.

Un desafío para la ética de la asignación de recursos en las políticas públicas de salud, es encontrar un equilibrio entre la necesidad de personas de la tercera edad con múltiples patologías que requiera un reemplazo valvular, y la situación imperante en algunos Centros de Atención Primaria municipales no cuentan con los medicamentos básicos para dar la primera cobertura a la población demandante.

Todo ello requiere de la existencia de garantías de financiamiento público, equidad en el financiamiento, desarrollo de las capacidades e instrumentos de gestión hospitalaria, sistemas de incentivos de la calidad, eficiencia y productividad del recurso humano y participación social en el control y la evaluación.

## **ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN**

En relación a la entidad con responsabilidad legal o derecho de propiedad de los establecimientos, la mayoría de los ejecutivos encuestados trabajan en instituciones del sector público, tanto provincial como municipal.

El resto se divide entre sector privado lucrativo, entidades filantrópicas y universitarias.

El órgano de mayor poder de decisión en los establecimientos, en su gran mayoría son los directores o la junta/consejo de administración

Existen consejos en los establecimientos, pero no hay uniformidad en la calidad y número de consejos y/o comités entre los diferentes efectores.

Pocos de ellos han reportado poseer comité de infecciones y/o de bioética.

La mayoría posee (con diferentes nomenclatura) un Comité de Asesoría Técnico Administrativa

Muy pocas instituciones tienen un organismo para garantizar la participación ciudadana.

Aquellos que la poseen no mantienen una uniformidad en la forma jurídica de la organización, siendo de carácter variado su forma de operación.

Se puede indicar el reporte de la presencia de organismos tales como: Oficina de atención al ciudadano, Fundación del Hospital, Asociación de Acciones Solidarias, ONG, Grupos de trabajo organizados por Trabajo social, Consejo de Administración Hospitalaria, Dirección Provincial de Personas Jurídicas

Al igual que sucede con las organizaciones sociales y su presencia, el papel de la participación social no es uniforme y en los pocos establecimientos que la poseen adopta diversas formas, tales como: usuario organizado, participación en los Consejos participativos distritales, gestión, planeamiento, control social.

Alguna de las instituciones tiene muy desarrollada esta participación y genera acciones de colaboración con el planeamiento organizacional de la atención de la salud en su Municipio, para estudios específicos a organismos nacionales y municipales. Además colabora en la gestión de algunos servicios de Hospitales Públicos. Dicta cursos de capacitación a profesionales para extender a través de las asociaciones barriales cuidados básicos de la salud y dictado de charlas de educación para la salud a pacientes y comunidad en general

En relación a las direcciones existentes en los establecimientos, cada institución posee una estructura orgánica particular. No existen similitudes en su diseño. Los detalles se pueden observar en el informe efectuado por cada encuestado.

## **GESTION Y RESPONSABILIDADES**

### 1. *Formación de los Directores*

En general los directores tienen formación específica para la gestión. Algunos directores médicos suman una formación adicional en Administración/Gestión

Detalles en cada una de las encuestas.

### 2. *Función/proceso de Planeamiento*

El planeamiento lo efectúan distintas instancias de las instituciones, no existiendo uniformidad en esas responsabilidades.

Se hace principalmente a través del Presupuesto, del Plan de trabajo o estratégico.

En cuanto a la periodicidad del plan, varía entre anual y semestral. En uno de los casos se efectúa mensual.

En relación a si el presupuesto incluye solo metas financieras o también metas de producción, también en este tópico la respuesta es variable, siendo los menos los que incluyen metas de producción.

Esas metas son fijadas o negociadas de manera muy diversa según los establecimientos. En algunos casos están supeditadas a la disponibilidad presupuestal, y a su vez el presupuesto es aprobado por las Legislaturas locales.

El contexto en el cual se fijan o negocian las metas está íntimamente relacionado a la situación de la Argentina. Ella está cursando una recesión no inflacionaria, un alto índice de desempleo y un empobrecimiento generalizado de la población.

Para el sector de la medicina prepaga este impacto ha sido muy fuerte, pues la caída de empleo y la pauperización de la clase media, que es la que históricamente sostiene el sistema prepago, ha llevado a jerarquizar la meta de subsistencia en el sistema.

Para ello se ejecutan acciones de reacomodamiento de las prestaciones y los prestadores y la intensificación de la utilización de normas de medicina basada en la evidencia, normatización de la concurrencia y reiteración injustificada de prestaciones, vademécum de medicamentos, etc.

Además se ha obligado a un cambio en las metas de población a cubrir, para tratar de captar nuevos adherentes de niveles sociales más bajos o más altos, o sectores desprotegidos tales como personas de la clase pasiva, jóvenes universitarios lejos de sus provincias, etc.

En otros casos, dichas metas se fijan, teniendo en cuenta el perfil y los objetivos del Hospital, los programas elaborados por las Secretarías de Salud Pública y las Direcciones de los Hospitales conjuntamente con los consejos de administración y técnico.

Otros establecimientos fijan sus metas a partir de los Directores en acuerdo con la Secretaría de Salud Pública, teniendo en cuenta la demanda por parte de la población atendida.

Existen modalidades más complejas, que pueden ser observadas en las planillas individuales adjuntas.

Lo mismo puede decirse en cuanto a la unidad/sector que fija esas metas en cada efector. Merece un párrafo aparte señalar que en general entre los encuestados, no existe Contrato de Gestión; salvo alguna excepción; existiendo algunas jurisdicciones que recién ahora lo están incorporando como propuesta.

### 3. *Función/proceso de compras*

Existen diferencias en los procedimientos de los establecimientos, tanto en lo relativo a la compra de materiales y contratos de servicios, las compras de equipamiento, y sus respectivos pagos.

Los detalles se encuentran en las respectivas planillas de las instituciones.

### 4. *Función de Recursos Humanos (RH)*

Todos poseen un Departamento o Unidad de Recursos Humanos (RH) en el Establecimiento.

En relación a las responsabilidades de pago de los salarios, en general son los propios establecimientos, salvo en algunos efectores públicos y el efector universitario que lo hacen a través de un órgano centralizado.

La responsabilidad del reclutamiento y selección de personal, es variable. Alterna entre el Departamento/Unidad de RH del propio establecimiento y el Departamento de RH a nivel centralizado.

Existen modalidades mixtas dentro del propio establecimiento, en los cuales el área de RH maneja la cuestión administrativa del reclutamiento, los jefes de servicios son los que realizan la selección.

Existen distintas formas de asumir la responsabilidad de (y/o aprobar) la contratación de personal.

La misma es variable. Alterna entre el Departamento/Unidad de RH del propio establecimiento y el Departamento de RH a nivel centralizado.

Existen modalidades mixtas dentro del propio establecimiento

Cuando se analiza quien es el responsable de (y/o aprueba) la reasignación o transferencia de personal, del desarrollo y entrenamiento del personal, de la dimisión de personal, se observa que son en general los mismos que para los procesos anteriores, agregando en algunos casos a los Directores, Jefes de Servicios, etc.

En algunos establecimientos provinciales interviene el poder ejecutivo provincial en los casos de dimisión del personal.

#### 5. *Función financiera*

Todos los encuestados respondieron exhaustivamente a las preguntas formuladas, tanto en la determinación del presupuesto de inversión, la del presupuesto operacional del establecimiento, y la determinación específica del presupuesto.

Por otra parte definieron en sus respectivas instituciones las responsabilidades acerca de la asignación, reasignación (transferencia) de los recursos financieros del establecimiento.

Dada la variabilidad observada en las formas de los procedimientos, es aconsejable remitirse a los documentos base que dieron origen al presente.

#### 6. *Proceso de responsabilidad y rendimiento de cuentas*

En cuanto a los procesos de rendimiento de cuentas, la existencia o no de recompensas o incentivos de producción o cumplimiento de metas, o de penalidades por el no cumplimiento de metas, dada la variabilidad observada en las formas de los procedimientos, es aconsejable remitirse a los documentos base que dieron origen al presente.

Si debe señalarse que son muy pocos los establecimientos que generan formas de incentivo, siendo mas frecuentes la existencia de penalidades por el no cumplimiento de metas.

#### 7. *Función clínica/médica*

En general las políticas clínicas de los establecimientos son definidas por los niveles de decisión de dependencia de los mismos.

En cuanto a los protocolos de tratamiento, son producto de la tarea interna de las instituciones.

Resulta de interés consignar que si bien la gran mayoría posee una lista básica de medicamentos, la misma no se encuentra en todos ellos. En los que la presentan, la definición de esa lista varía desde los propios establecimientos a los niveles superiores de dependencia.

#### 8. *Proceso de enseñanza e investigación*

La mayoría de los establecimientos está vinculado a una Universidad para actividades de enseñanza, siendo menos frecuente la realización de modo regular de investigaciones científicas.

## FINANCIAMIENTO (VALORES EN US\$)

### *1. Principales fuentes de financiamiento de los Establecimientos en 2000 y 2001 (en US \$ ajustados)*

Fueron analizadas las fuentes de financiamiento denunciadas por los entrevistados para sus instituciones, tomando como base de consulta la siguiente:

- Fuente Federal
- Fuente Estadual/ Regional/Provincial
- Fuente Municipal
- Seguridad o Seguro Social
- Cooperación externa
- Donaciones o Fondo Solidario
- Empresas/planes privados de pre-pago
- Seguros privados de salud
- Pago del paciente (*de bolsillo*)
- Otra (especificar)

De acuerdo a las respuestas obtenidas se pudo precisar que no todos los entrevistados; a pesar de sus posiciones clave en el sistema; no tenían disponible la información solicitada.

De las respuestas de los que si pudieron aportarla, y a los fines ilustrativos se adjunta el siguiente cuadro que permite observar las fuentes de financiamiento y los montos especificados para cada establecimiento.

Dichos cuadros son una imagen de la realidad para las instituciones de las cuales fueron extraídos los datos. Cada cuadro representa una institución.

Cabe señalar que la particular situación de la Argentina, con la devaluación de su moneda y la pesificación subsiguiente ha establecido un mecanismo poco claro al momento de relevar los datos, motivo por el cual los profesionales encuestados han tomado convertibilidades dólar/peso que varían entre \$ 1.00 y \$ 3..50 por dólar, a los efectos de sus cálculos.

Cuadro 1

	AÑO 2000	AÑO 2001
Fuente Federal	US\$ Sin determinar	US\$ Igual
Fuente Estadual/ Regional/Provincial	US\$ 891,795,940	US\$ 859, 947,310

Cuadro 2

Seguros privados de salud	US\$ 18.000.000. -	US\$ 18.000.000.-
---------------------------	--------------------	-------------------

Cuadro 3

Fuente Municipal	US\$ 3549348	US\$ 3696075 (US\$ 1= \$ 3,5)
------------------	--------------	----------------------------------

Cuadro 4

Fuente Federal	US\$ 40.000.000	US\$ 40.000.000
Fuente Municipal	US\$ 39.348.000	US\$ 42.974.000
Seguridad o Seguro Social	US\$ 12.000.000	US\$ 12.000.000

Cuadro 5

Fuente Estadual/ Regional/Provincial	US\$ 12.000.000.-	US\$ 12.000.000.-
Seguridad o Seguro Social	US\$ 1.000.000.-	US\$ 700.000.-
Cooperación externa	US\$ ----	US\$ 1.000.000.-
Donaciones o Fondo Solidario	US\$ 50.000.-	US\$ 50.000.-
Pago del paciente (de bolsillo)	US\$ 100.000.-	US\$ 100.000.-

Cuadro 6

Seguridad o Seguro Social	US\$ 30.466.576	US\$ 28.521.928
Donaciones o Fondo Solidario	US\$ 14.320	US\$ 97.131
Empresas/planes privados de pre-pago	US\$ 966.289	US\$ 851.290
Seguros privados de salud PROPIO	US\$ 13.507.408	US\$ 13.143.427
Pago del paciente (de bolsillo)	US\$ 1.311.394	US\$ 1.155.323

Cuadro 7

Seguridad o Seguro Social	US\$	US\$ 1.000.000
---------------------------	------	----------------

Cuadro 8

Fuente Federal	US\$ 1.563.334	US\$ 1.630.000
Fuente Estadual/ Regional/Provincial	US\$ 62.376.430	US\$ 59.706.010

Cuadro 9

Fuente Federal	US\$ 100.000	US\$ 75.000
Fuente Estadual/ Regional/Provincial	US\$ 10.800.000	US\$ 10.400.000
Seguridad o Seguro Social	US\$ 1.500.000	US\$ 1.200.000
Empresas/planes privados de pre-pago	US\$ 300.000	US\$ 200.000
Pago del paciente (de bolsillo)	US\$ 25.000	US\$ 15.000

## 2. Mecanismos de pago y transferencias

Bajo este título se encuentran contemplados los pagos y las transferencias efectuadas por: servicios (*fee-for-service*), pago por internación o diagnóstico, pago por capitación, el presupuesto y los pagos y transferencias por otros conceptos.

Para su lectura detallada corresponde analizar el cuerpo principal de las encuestas.

### 3. Presupuesto total de los últimos años

Su lectura permite observar en una muestra la variación observada en los presupuestos institucionales en cinco años (1997 – 2001).

Es importante asentar que no todos los encuestados pudieron obtener los datos suficientes, por carencias de archivos adecuados para ello, falta de información, imposibilidad de acceder a la misma, etc.

Se presenta un cuadro comparativo de instituciones, para observar el comportamiento del presupuesto en cada una de ellas en el periodo bajo estudio.

Uno de los encuestados no obtuvo información acerca del presupuesto 2001, mientras que otro no pudo obtener esos datos para 1997.

Cuadro 1

2001	US\$ 859947310	US\$ 18 millones	US\$ 3.696.075	US\$ 82.974.000	US\$	US\$ 43.671.968
2000	US\$ 891795940	US\$ 18 millones	US\$ 3.549.348	US\$ 79.348.000	US\$ 1.202.065,84	US\$ 46.251.667
1999	US\$ 876870720	US\$ 20 millones	US\$ 3.361.588	US\$ 82.974.000	US\$ 1.048.055,84	US\$ 48.130.257
1998	US\$ 873484850	US\$ 22 millones	US\$ 3.262.857	US\$ 83.422.000	US\$ 1.039.217,23	US\$ 47.254.450
1997	US\$	US\$ 24. millones	US\$ 3.147.200	US\$ 81.124.000	US\$ 1.002.476,12	

### 4. Precio de los servicios

Para dar respuesta este capítulo, se efectuaron preguntas acerca del principal criterio para la determinación del precio de cada servicio prestado por los establecimientos, la existencia de cobro de co-pagos, y si los precios establecidos para los servicios cubren el costo real.

En relación a los copagos, estos forman parte de la modalidad de prestación del Programa Médico Obligatorio, o por los definidos en los Planes de Salud Propios de algunas instituciones. No pareciera existir una relación lineal entre el costo de los servicios y su precio.

Existen subsidios cruzados, es decir hay precios de servicios y/o contratos que no cubren costos reales, por lo que en la búsqueda de la integralidad de la atención y la búsqueda de flujo de

fondos para minimizar costos fijos en inversiones que no se justificarían sin esa población, se acepta trabajar bajo esas circunstancias por debajo de los costos reales.

Por otra parte en la actual crisis económica no es posible reajustar las cuotas para obtener beneficios. El reajuste de cuotas provoca inexorablemente desafiliación por problemas económicos. Se utilizan otros mecanismos para subsidiar la utilización de los servicios, tales como el copago o la concentración de internaciones para disminuir los costos operativos.

## **SERVICIOS Y EQUIPAMIENTO OFRECIDOS**

### **1. *Servicios ofrecidos***

En este ítem, el documento encuestal incorporó preguntas acerca de: el número de camas disponibles por especialidad en los establecimientos, la especialidad principal, el nivel de complejidad del hospital, si ofrece servicio de Emergencia, de Laboratorio Clínico, de Radiología, de Resonancia Magnética, de Ultra-sonografía, de Tomografía Computarizada, de Nutrición, de Esterilización de Materiales, de Lavandería, de Farmacia, de Banco de Sangre, u otros servicios.

Las respuestas han posibilitado obtener información precisa acerca de la complejidad de las instalaciones de las instituciones en la que trabajan los profesionales encuestados, resultando en su gran mayoría establecimientos de gran capacidad instalada.

### **2. *Recursos Humanos***

En este punto se ha centrado el estudio en dos aspectos. El primero en la cantidad de personal disponible, de acuerdo a las siguientes categorías:

- Médico
- Enfermero Diplomado
- Enfermero no diplomado
- Técnico/Auxiliar de enfermería
- Farmacéutico
- Asistente Social
- Psicólogo
- Fisioterapeuta
- Nutricionista
- Técnico de Laboratorio
- Técnico de Radiología
- Otro profesional de apoyo técnico
- Personal administrativo (total)
- Personal de servicios generales.
- Total de Personal

A posteriori se recabó información sobre si la cantidad de recursos humanos en los establecimientos es adecuada, si la calificación de los recursos humanos es adecuada y por último acerca de la relación que el cuerpo clínico-médico mantiene con los establecimientos

Todas las respuestas obtenidas permitieron vislumbrar que el sector encuestado presenta en algunos casos dificultades en el número (escaso/excesivo) y la insuficiente capacitación de alguno de los recursos. Pero en general se muestra la instrumentación de acciones que favorezcan la capacitación.

## **PRODUCCION DE SERVICIOS**

### ***1. Cantidad de servicios producidos en su establecimiento en los años 2000 y 2001***

Para esta evaluación se han tomado en consideración los siguientes indicadores;

- Consultas ambulatorias generales
- Consultas ambulatorias especializadas
- Atención de Emergencia
- Internaciones
- Pacientes – Día
- Promedio de Permanencia
- Tasa de Ocupación
- Cirugía Mayor

### ***2. Egresos producidos en el año 2001***

Se ha trabajado en función de las primeras cinco causas de egresos, tomando como referencia las siguientes:

- 1ª Enfermedad Pulmonar y obstructiva crónica.
- 2ª Accidente cerebro vascular.
- 3ª Neumonías.
- 4ª Hemorragias digestivas.
- 5ª Diabetes Mellitus descompensadas.
- Total de otras causas
- Total de egresos

## **MEDICIÓN DE RESULTADOS**

Se contestaron una serie de preguntas para este capítulo. Las mismas fueron las siguientes:

- El Establecimiento tiene un sistema de evaluación de desempeño y acompañamiento sistemático de resultados de los servicios o unidades?
- Como son acompañados los resultados financieros?
- El Establecimiento mide y utiliza indicadores de infección hospitalaria?
- El Establecimiento mide y utiliza indicadores de calidad de atención?
- El Establecimiento mide y utiliza indicadores de productividad de los recursos humanos?
- El Establecimiento mide y utiliza indicadores de consumo de materiales /medicamentos?
- El Establecimiento posee un sistema de cálculo de costos de los servicios?
- El Establecimiento hace uso de revisión regular de errores clínicos para la evaluación de los servicios?
- El Establecimiento evalúa regularmente el grado de satisfacción de los usuarios?

Los resultados constan en el cuerpo principal, pero como resumen puede decirse que en general las instituciones no cuentan con mediciones e indicadores que permitan objetivar los resultados obtenidos.

## RELACIÓN CON LA RED Y LA CLIENTELA

### 1. *Sistema de referencia y contrarreferencia*

Para este estudio se ha utilizado un cuadro que incorporó un seguimiento de tres años.

Cuál es el porcentaje de referencias de urgencia y electivas a unidades de mayor complejidad sobre el total de atendidos en su Establecimiento?	En 1999 Urgencias ____ Electivas ____	En 2000 Urgencias ____ Electivas ____	En 2001 Urgencias ____ Electivas ____
Cuál es el porcentaje de referencias de urgencia y electivas procedentes de unidades de menor complejidad sobre el total de atendidos?	En 1999 Urgencias ____ Electivas ____	En 2000 Urgencias ____ Electivas ____	En 2001 Urgencias ____ Electivas ____
Cuál es el porcentaje de pacientes, sobre el total de referidos, que son contra referidos formalmente a sus unidades de origen después de ser atendidos?	En 1999 Urgencias ____ Electivas ____	En 2000 Urgencias ____ Electivas ____	En 2001 Urgencias ____ Electivas ____

Es importante consignar que ninguno de los encuestados dio respuesta a estas preguntas, ya sea por carencia de información o por no comprender lo que se estaba solicitando.

### 2. *Organización de la red de servicios*

A este respecto se trabajó en base a dos preguntas. la primera referida al porcentaje de los pacientes hospitalizados que podrían haber sido tratados en ambulatorios o en establecimientos de atención primaria. En este punto la mayoría interpretó que un 30 % de esos pacientes podría haber sido asistido de esa manera.

En el segundo punto, se preguntó acerca del grado de coordinación/articulación del hospital con los otros establecimientos de la red de servicios, siendo las respuestas obtenidas fluctuantes entre regular y buena.

### 3. *Origen de la clientela*

En este aspecto se buscó conocer en función de porcentajes los siguientes aspectos:

- Porcentaje de pacientes financiados por recursos públicos
- Porcentaje de pacientes financiados por recursos privados
- Porcentaje de pacientes atendidos con carácter filantrópico
- Porcentaje de pacientes oriundos del mismo municipio
- Porcentaje de pacientes oriundos de municipios vecinos
- Porcentaje de pacientes oriundos del mismo estado
- Porcentaje de pacientes oriundos de otros estados

siendo sus resultados variables en función de la procedencia de los ingresos del establecimiento, su dependencia orgánica y su ubicación geográfica, relacionada al grado de complejidad del hospital.

## OPINIONES Y SUGERENCIAS

### *1.- Mejora del sistema de atención hospitalaria y ambulatoria especializada*

Los desarrollos más importantes a tener en cuenta para la *mejora del sistema de atención hospitalaria y ambulatoria especializada* en la Argentina hasta ahora se encuentran fuertemente ligados a la voluntad de los organismos gubernamentales y de todos aquellos que detentan el poder político y económico, pero en un contexto de cambio y de real participación ciudadana, podrían incorporar propuestas tales como:

- Salir de la fragmentación
- Construir una norma nacional (Ley Marco)
- Desarrollo de seguros públicos provinciales de salud
- Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud. Ésta debiera constituir la estrategia principal de acción en la reforma de cualquier sistema de salud, con una concepción integral de las personas y el ambiente, que contemple el equilibrio de la promoción y la atención de la salud, contribuya al desarrollo de estilos de vida saludables y a comportamientos de autocuidado, en espacios próximos a las personas y las familias, y promueva la mayor articulación entre los diferentes organismos de los subsistemas participantes, la mejor coordinación institucional entre los sectores involucrados, el desarrollo del trabajo en redes y la participación protagónica de la gente y las organizaciones sociales. Estos aspectos son válidos no sólo para el desarrollo del primer nivel de atención, sino también para la mejora del sistema de atención hospitalaria y ambulatoria especializada en el país y en este contexto se debiera definir su nuevo rol.
- Establecer a través de leyes provinciales la descentralización de las unidades ejecutoras.
- Incrementar la competencia de los municipios con asignaciones presupuestarias adecuadas, articulando la descentralización presupuestaria y de toma de decisiones regionalizada utilizando como unidades prestacionales los hospitales y su red periférica de atención ambulatoria.
- Definir niveles de competencia y responsabilidades para los distintos niveles del Estado
- Aumentar la competencia de los núcleos operativos encargados de elaborar los procesos hospitalarios.
- Desarrollar mecanismos de control de calidad, actividades y desempeño.
- Efectuar el seguimiento de los programas
- Fomentar programas de educación y aumento de las competencias del personal.
- Desarrollar programas de disminución de costo de la no calidad.
- Desarrollar programas de fármaco - economía, disminución de la demanda referida innecesaria
- Ampliación de horarios de atención ambulatoria.
- Efectivizar conformación de redes de atención
- Diseñar y poner en ejecución políticas de funcionamiento de los sistemas hospitalarios, en lo que tiene que ver fundamentalmente con medicamentos, insumos, tratamientos de alto costo y baja incidencia, tratamientos para enfermedades transmisibles, programa de

inmunizaciones, control de la incorporación de tecnología, control del mercado de medicamentos, flexibilización y posibilidad de intercambio de medicamentos producidos por laboratorios públicos, etc.

- Unificar criterios de atención tanto en los aspectos normativos de organización y funcionamiento hospitalarios, como en la atención de los pacientes, aspectos que se cumplen parcialmente en la actualidad.
- Fomentar los sistemas de control de gestión (que deberían ser participativos)
- Separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios en el sector público
- Integración en redes públicas-privadas, integración del 1º con el 2º nivel de atención
- Estimular el desarrollo de los programas de médicos de cabecera, incluyendo componentes de formación y capacitación de pre y postgrado para profesionales con esa orientación
- Fortalecimiento del programa de garantía de la calidad
- Normatización de algoritmos y protocolos de atención
- Descentralización de la patología simple
- Regulación de la oferta de horas profesionales
- Desarrollar regiones en el país que contemplen las necesidades de complejidad.
- La integración de las diferentes administraciones.
- Deberá tener en cuenta similares criterios para el financiamiento en las distintas prácticas de atención.
- Proyecto nacional de salud con concertación federal, organización por niveles y redes, replanteo de los sistemas de cobertura social.
- Reconsiderar fuentes de financiamiento, desde el punto de vista impositivo-.

## ***2.- Mejora de la gestión de la atención hospitalaria y ambulatoria especializada***

En relación a la mejora de la *gestión de la atención hospitalaria y ambulatoria especializada* en la Argentina, surgen como necesarias fortalecer y extender algunas medidas, que si bien se ejecutan parcialmente en algunos de los efectores y en algunas localidades, requerirían a nivel país un desarrollo sostenido y eficiente.

Partiendo de la premisa fundamental de que la gestión recaiga sobre funcionarios preparados para el desarrollo de la tarea, entre ellas podemos mencionar las siguientes:

- Desarrollar las funciones normativas y regulatorias centrales, nacionales y provinciales
- Abrir la participación comunitaria en la gestión y administración
- Mejorar progresivamente los niveles de calidad a partir del cumplimiento de normas
- Desarrollar el trabajo en red con otros niveles, establecimientos, servicios y organizaciones relacionadas con la salud.
- Fomentar una gestión eficiente y racional, garantizando la máxima cobertura posible de acuerdo a su desarrollo técnico y respetando las particularidades regionales y locales.
- Incorporación de criterios gerenciales, Identificación y medición del producto sanitario a través de la aplicación de sistemas tipo GRD, incorporación de sistemas de medición de costos, reducción de camas, ambulatorización de patologías, incorporación de criterios de gestión clínica y disease management.
- Mejorar la disponibilidad y disponer sobre la ejecución del presupuesto y otros recursos generados
- Fomentar la descentralización
- Propiciar los programas de educación y capacitación en servicio de los RRHH
- Diseñar los presupuestos por programas
- Diseñar políticas de personal para mejorar la productividad. También es importante humanizar, agilizar, mejorar, aumentar la calidad de los servicios habituales.

- Crear un Sistema de Información para la toma de decisiones y financiación sustentable para mantener los servicios.
- Informatizar el sistema estadístico, otorgando mayor accesibilidad a los establecimientos y niveles centrales a datos estadísticos.
- Desarrollar la gestión clínica
- Dotar de mayor injerencia del nivel local en la gestión y toma de decisiones
- Programar los mecanismos de provisión de medicamentos, especialmente a los grupos carenciados.
- Difusión de los distintos programas sanitarios a la población, incorporando los componentes de educación para la salud
- Trabajar con programas o proyectos que cuenten con indicadores que evalúen los resultados, para lo cual la evaluación de la calidad de la atención médica es fundamental, siempre y cuando todos los empleados del hospital participen activamente en ello.
- Categorizar los hospitales evaluando la calidad de la estructura, proceso y resultado.
- Instaurar un sistema contable que permita conocer los costos hospitalarios,
- Debería planificarse mejor el desarrollo y distribución de las especialidades
- Avanzar hacia la mayor autonomía hospitalaria, con cambios en los regímenes laborales, mayor flexibilización en la ejecución presupuestaria, incorporación de contratos o compromisos de gestión.
- Clasificar y acreditar a los efectores privados
- Propiciar el diseño y/o actualización permanente de normas (Ej.: uso de laboratorio y RX, regulación de prácticas de alta complejidad, consumo de insumos médicos, regulación de las horas de prestación profesional y determinación de costos por actividad)
- Articular y fomentar una fuerte participación social.
- Priorizar la atención de especialidades troncales y que estas deriven hacia sub especialidades en los fines diagnósticos y terapéuticos.
- Lograr configurar redes integrales de servicios, con accesos protocolarizados, con normas de referencia y contrarreferencia.
- Aumento de la capacidad de gestión; dictado de normas de aplicación nacional, que superen el escollo representado por las autonomías provinciales; generación de leyes de carrera que generalicen la aplicación de incentivos

### ***3.- Aspectos gerenciales que funcionan particularmente bien en los hospitales y ambulatorios especializados***

En este aspecto se consignarán aquellos aspectos que han sido relevados por los encuestados, teniendo la precaución de conocer previamente que algunos de ellos pueden tener una proyección parcial a nivel nacional, pues reflejan solamente la situación en la provincia de origen de la encuesta, o en el establecimiento en cuestión.

Como elementos puntuales, a nivel de establecimientos, existen ejemplos varios de aspectos gerenciales que funcionan bien en los hospitales y ambulatorios especializados del país. No así si se intenta caracterizar el desempeño organizacional y gerencial de los sistemas y subsistemas de salud.

En algunas provincias, la conducción es verticalista sin conducta administrativa gerencial, motivo por el cual se observan severas falencias en forma generalizada en el funcionamiento hospitalario.

Hecha esta aclaración, se destacan los siguientes aspectos gerenciales que fueron identificados como exitosos en los hospitales y/o ambulatorios especializados, por los profesionales encuestados:

- Participación de la comunidad organizada a través de fundaciones, cooperadoras, etc.
- Sistemas de Administración Hospitalaria adecuados para la toma de decisiones de los directores de los Establecimientos.
- Concordancia de lógicas administrativas, económicas y médicas con el Nivel Central.
- Presencia de una gerencia media (directores capacitados en gestión hospitalaria) la cual transmite los valores compartidos, ordena los procesos, aumenta sus campos de acción maximizando el desarrollo de la gestión clínica.
- Un Subsector Público con rol protagónico en algunos sistemas de salud provinciales, interviniendo en la formación de la especialización del Médico Generalista con orientación comunitaria como puerta de entrada al sistema.
- Consejos de Administración de Hospitales descentralizados.
- Asignaciones presupuestarias acordes al perfil de la atención
- Participación de la comunidad en Consejos de Hospitales
- Un Subsector Privado con numerosas instituciones gerenciadas con recursos humanos adecuados y bajo buenas normas de calidad.
- La atención primaria de la salud municipal, en municipios con procesos de participación activa de la comunidad, con atención ambulatoria especializada, internación domiciliaria, emergencias prehospitalarias, internación de alta y mediana complejidad, promoción y prevención de la salud y la interrelación con la comunidad en la definición de prioridades presupuestarias.
- Acceso inmediato a la consulta y los Especialistas. Servicios de apoyo contratados pero dentro de la misma institución. Coordinación y articulación con el resto de los prestadores de mayor complejidad a través de un sistema centralizado de derivación y manejo de las urgencias. Comunicación y sistemas informáticos centrales con conexión punto a punto con el Centro Médico. Apoyo de informática permanente on line.
- Las características de ente autárquico del hospital, la organización gerencial, el presupuesto y el recurso humano manejados por él y los sistemas de información – decisión le permiten ser en promedio superiores a las organizaciones hospitalarias clásicas.
- El buen funcionamiento de las derivaciones de primer nivel a las especialidades, la participación de los especialistas en las áreas de APS para interconsultas inmediatas o consultas en forma conjuntas con Médico de Atención Primaria y Especialista, nutre de experiencia a ambos y mejora el sistema de derivaciones.
- Estímulo a la participación de todos los actores de la gestión hospitalaria para desarrollar espacios colectivos para realizar planificación estratégica para el Hospital.

#### ***4.- Mecanismos destinados a asegurar la participación social en el sistema de salud***

En cuanto a los mecanismos destinados a *asegurar la participación social en el sistema de salud (planeamiento, gestión y control)* en la Argentina, la inmensa mayoría de los encuestados ha referido la ausencia de mecanismos que aseguren dicha participación.

En alguna provincia, la Ley de Creación del Sistema Provincial de Salud, propicia la participación comunitaria, en sus diferentes niveles, a través de la formación de Consejos Asesores Comunitarios, pero salvo raras excepciones, no se cumple en este aspecto.

En algunos hospitales que funcionan en una provincia con una gran cantidad de conglomerados urbanos de pocos habitantes, en los que en la mayoría el único prestador es el subsector público. la comunidad se relaciona directamente con los gerentes brindando sus opiniones. En esas localidades puntuales, los directores participan en la población y en organizaciones denominadas Mesas de Gestión Social, las cuales la integran, el hospital, la municipalidad, ONG's, clubes de deportes, Educación, Cooperadora del Hospital y vecinos de la comunidad.

En general se informó que la representación de la comunidad en los consejos de Administración aún no se consigue en forma correcta.

Además en algunos lugares la participación ciudadana esta ligada al clientelismo político.

En la inmensa mayoría no han sido puestos en práctica ningún mecanismo de participación de la población.

Cabe señalar que en algunas municipalidades (las menos), se ha establecido un proceso de participación social muy importante, que ha permitido el empoderamiento de la comunidad del sistema de salud municipal. En Rosario, a lo largo de doce años de gestión esta posibilidad ha permitido construir una red de servicios, y un entramado solidario, entre los trabajadores de la salud y la comunidad y entre la propia secretaria de salud.

Los procesos de discusión del presupuesto participativo han sido realmente muy satisfactorio, y hoy la participación social permite generar mas democracia participativa, no solo en lo referente a salud, sino en lo que hace a todos los temas de la ciudad.

En algunas provincias, en las cuales no existen mecanismos destinados a asegurar la participación social en el sistema de salud, se convoca a otros sectores, como educación, municipios y la universidad para el desarrollo de algunas tareas conjuntas, o bien para recavar la información necesaria para el desarrollo de un programa, pero no se cuenta con mecanismos específicos para asegurar la participación.

En general directamente no contemplan, o lo hacen en forma marginal, mecanismos institucionalizados de participación social

### ***5.- Estructura y organización de la red de servicios de salud***

La *estructura y organización de la red de servicios de salud* en la Argentina, tiene comportamientos diferenciados en su desarrollo local por las características de país federal y la coexistencia de diversos subsectores financiadores y prestadores sin articulación adecuada entre ellos.

Existe una alta fragmentación de todo el sistema (sistemas provinciales, municipales, nacionales, 1º nivel con el 2º nivel, sector público, privado, seguridad social, etc) que coexiste en general con inequidad en el acceso a los servicios.

En algunas provincias, como Tucumán, existe una red de servicios conformada por Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y hospitales. Cada CAPS tiene una población a cargo. En las localidades del interior de la provincia, los CAPS tienen por lo general un hospital de referencia, del cual dependen administrativamente y que es sede del área operativa. A su vez las áreas operativas dependen de las áreas programáticas y éstas del nivel de conducción central.

Los hospitales de las capitales son de referencia, sin población a cargo. Los servicios de salud están interconectados por una importante red de radio comunicaciones, las ambulancias y otros móviles también forman parte de esta red.

En La Pampa, se han desarrollado redes organizadas por niveles estratégicos estratificados de resolución creciente, todo esto parte de la base de los primeros niveles de atención, que están bien sustentados, siendo estos últimos la puerta obligada de entrada al sistema. Además está definido el equipo interdisciplinario de cada nivel y se realiza programación de acciones interrelacionadas; los distintos niveles presentan sistema de información y registro adecuado. Por último se ha generado una red de servicios de salud integrada público-privada, con evaluación de la tecnología apropiada instalada y a instalarse, conciliando los intereses públicos y privados por que la asignación ética de los recursos es darle a la gente lo que la gente necesita.

La red de servicios de salud pública de la municipalidad de Rosario, fue construida a través de doce años de gestión, y tiene incorporada la estrategia de atención primaria como ingreso al sistema y en el lugar donde se resuelven con la comunidad la mayoría de los problemas no solo de salud sino también los de promoción y prevención de la salud.

Se complementa con un efector de atención de especialidades médicas ambulatorias de rápido diagnóstico con referencia y contrarreferencia, donde se atiende por turnos y no por demanda espontánea, con hospitales de referencia de mediana complejidad, dos maternidades, un hospital de emergencias de alta complejidad, un hospital de niños de mediana y alta complejidad, internación domiciliaria, cirugía ambulatoria, sistema de emergencia prehospitalario, laboratorio productor de especialidades medicinales.

Todo el conjunto garantiza; según la opinión vertida; una satisfacción de las necesidades de la salud, verificable por algunos indicadores de rendimiento.

En el marco general de las provincias argentinas, resulta actualmente insuficiente debido al aumento de la demanda en establecimientos de salud públicos por el encarecimiento e inaccesibilidad al sector privado. Muchos efectores si bien poseen la estructura adecuada, no lo es la organización. Los encuestados consideran que no hay asignaciones presupuestarias suficientes y que existe una falta de compromiso del Estado, tanto en la Atención Primaria de la Salud como en la alta complejidad.

En forma habitual se hace referencia a la falta de vinculación de los servicios de los diferentes subsectores, y la carencia de organización y consenso entre las áreas de salud, económicas y sociales.

Además se pone de manifiesto que en general existen dos realidades distintas entre el interior y las capitales provinciales. La gente del interior y en especial la rural, cuenta prácticamente solo con los servicios de salud de la red pública para su atención, y si bien en general todas las provincias están cubiertas, no se logra ser muy eficientes por ejemplo en las emergencias y en la atención perinatal. Por otra parte en las capitales las personas sin cobertura de obra social y sin recursos tienen mayor accesibilidad a los servicios, pero al haber un exceso en la demanda, no tiene buena calidad de atención, por los tiempos de espera y por la falta de recursos materiales. En esas situaciones se requiere fortalecer los servicios del primer nivel y los ambulatorios con algunas especialidades y con métodos de diagnóstico complementarios.

Por el contrario se hace especial referencia a la Ciudad de Buenos Aires, en la cual existe sobreoferta de servicios en casi todas las áreas, pues posee 6900 médicos, 9000 camas, 1000 millones de dólares de presupuesto para atender a menos de tres millones de personas.

En conclusión, no existe una verdadera Red Nacional de Salud en Argentina. Algunas provincias y/o municipios poseen redes de atención eficientes pero otras tienen una fuerte impronta normativa, que funciona escasamente como red. Se trata de servicios con escaso vínculo uno con el otro y en general los subsistemas tienen escaso grado de conformación en red.

**6. *Tópicos más importantes para mejorar la gestión del hospital/ ambulatorio especializado en particular:***

Se pueden señalar los siguientes:

- Normatizar el uso de la alta tecnología.
- Normatizar el uso de algunos insumos y medicamentos
- Extender la atención de emergencias las 24 horas.
- Ampliar el área de quirófanos para realizar cirugía ambulatoria.
- Disponer de consultorios que permitan con enfermería (en boxes continuos), realizar prácticas de curación y procedimientos correctores quirúrgicos (remoción de puntos de sutura, extracción de drenajes, modificación de yesos y elementos de fijación interna).
- Incrementar la participación e involucrar a todo el equipo de salud en el proceso de la gestión hospitalaria.
- Realizar prácticas científicas para la evaluación de los procesos asistenciales y resultados, tendientes a optimizar la calidad de la atención.
- Definir criterios de calidad
- Priorizar el trabajo en red para descentralizar la atención de los pacientes, mejorando la referencia y contrarreferencia entre los efectores de salud pública municipal y provincial, de nuestra ciudad y aldeaña.
- Encontrar los caminos para el mejor aprovechamiento de la hora médica a través de la atención de consultorios simultáneos apoyados por personal de enfermería y/o técnico.
- Continuidad en las políticas y su implementación; régimen hospitalario que transparente reglas y establezca acceso a cargos por concurso; capacitación para la gestión a diferentes niveles; incorporación de mecanismos evaluativos de la calidad, los resultados, etc.