

# Hospitales en Argentina: desafíos y dilemas para su gestión

Coordinación y redacción final Gabriela Hamilton\*

*“La peor de las pobreza es la pobreza de las ideas, la pobreza de no buscar, con la necesidad y el anhelo que tiene el pueblo argentino, los cambios estructurales que necesitan nuestras instituciones.”*

Ginés González García

Este documento está basado en el informe que resumió los debates previos y la relatoría del V Encuentro Nacional de Hospitales realizado por la Universidad ISALUD, los días 19 y 20 de Noviembre de 2009 en Buenos Aires. Del mismo participaron representantes de hospitales, organizaciones profesionales, gremiales y científicas, agencias internacionales y autoridades de organismos gubernamentales: Nacionales, provinciales y municipales. Dicho informe fue posible gracias a la colaboración del Comité Consultivo del V Encuentro Nacional de Hospitales, a la Organización Panamericana de la Salud y en especial a los aportes realizados por la Lic. Daniela Álvarez, el Dr. Roberto Chuit, el Dr. Gines González García, el Dr. Armando Güemes, el Mag. Martín Langsam, el Dr. Alberto Diaz Legaspe, el Dr. Gabriel Mato, el Dr. Arnaldo Medina, el Dr. Armando Reale, la Dra. Josefa Rodriguez, el Dr. Carlos Soratti; el Dr. Santiago Spadafora, y el Lic. Eugenio Zanarini durante su elaboración. De la misma manera hacemos llegar nuestro agradecimiento a los participantes del V Encuentro Nacional de Hospitales que se sumaron a las discusiones de consenso que se realizaron durante el desarrollo del mismo.

\* **Bioquímica (UBA).**

**Master en Sistemas de Salud y Seguridad Social (Universidad Isalud).**

**Ex-directora del Programa nacional de VIH/SIDA y ETS (Ministerio de Salud de la Nación).**

**Secretaria Técnica del Hospital “Dr. José Equiza” (Municipalidad de la Matanza).**

La versión completa de este informe se encuentra disponible en el Centro de Documentación de la Universidad ISALUD

## 1. Introducción

Los hospitales cumplen funciones relevantes como miembros clave de las redes de servicios para el cuidado de la salud. Para ello se requiere que estén preparados para responder a las nuevas demandas de los ciudadanos y a los cambios que se producen en el entorno. Las demandas y necesidades cambian como resultado de la transición epidemiológica a las que se suman los requerimientos de prestaciones para las patologías crónicas. Surgen así nuevas exigencias en un escenario complejo y cambiante, con nuevos retos epidémicos y pandémicos, con la reemergencia de enfermedades que parecían superadas y con la necesidad de adecuación de los usuarios y del sistema de salud que también han presentado transformaciones.

El reto de alcanzar la eficiencia y la calidad se mantiene vigente, así como lograr una mayor autonomía hospitalaria y un adecuado funcionamiento en red. Esto desplaza el foco de la atención desde los gastos (variable importante de considerar) hacia el impacto sanitario del hospital.

Los hospitales, al ser organizaciones complejas, para sobrevivir y cumplir con su misión, deben desplegar su máxima capacidad para identificar los cambios (sociales, tecnológicos, sanitarios y económicos) que se producen en su entorno, para adaptarse a las nuevas demandas y los nuevos contextos. Es que los hospitales al tener características propias tienen diferencias sustantivas con otras organizaciones. Por eso son difíciles de comparar. Desde un punto de vista sanitario son proveedores de la respuesta de mayor complejidad a los problemas de salud de la población. Desde un punto de vista organizativo son plantas multiproducto. Desde el punto de vista económico presentan rasgos distintivos tales como requerir un uso intensivo del capital humano, tecnológico y financiero.

El presente documento fue elaborado en base a los debates del V Encuentro Nacional de Hospitales realizado el 19 y 20 de Noviembre de 2009 en Buenos Aires, donde participaron representantes de hospitales, organizaciones: profesionales, gremiales y científicas, agencias internacionales y autoridades de organismos gubernamentales.

El objetivo del presente documento es identificar alternativas de la experiencia nacional e internacional, que contribuyan al desarrollo de hospitales con un mayor grado de equidad, calidad y eficiencia.

Consta de cuatro partes, la primera es introductoria, la segunda desa-

rolla las tendencias internacionales en gestión hospitalaria clasificadas según su lógica de decisión, además de la eficiencia hospitalaria en relación a los sistemas de salud. La tercera se refiere a los Hospitales en la Argentina de hoy, en la cuarta y última se presentan un conjunto de alternativas e instrumentos aplicables en el país.

## 2. Tendencias internacionales

El hospital es una organización que se desenvuelve bajo tres dimensiones (Grafico 1):

- Una política-institucional, definida como modelo de gestión que establece las prioridades del servicio y las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción los valores que las guían y quién las toma y cómo las toma.
- Una económica, definida como modelo de financiación que establece cómo asignar los recursos y de dónde deben provenir.
- Una técnica, definida como modelo de atención o modelo asistencial. Las cuestiones que involucra son: qué prestaciones brindar, cómo y en dónde prestarlas.

Una clara distinción de estas tres dimensiones es fundamental a la hora de pensar el hospital y sus funciones dado que, a menudo, se corre el riesgo de reducir la discusión solo a una de ellas.

En la gestión hospitalaria se presentan algunas tendencias identificadas a partir de la literatura especializada. Esas tendencias se han agrupado según correspondan al modelo de gestión, atención o financiación (Cuadro 1).

### 2.1 Para el modelo de gestión

**Similitud organizativa.** A pesar de las diferentes configuraciones locales, el hospital como institución tiende a seguir una trayectoria secular y universal. El resultado es que los hospitales cada vez se parecen más en todo el mundo. Esto es consecuencia de la aproximación sucesiva de: los perfiles epidemiológicos, la globalización cultural y la difusión de las tecnologías médicas y administrativas. Además, las reformas de salud son iguales aún cuando los sistemas y servicios sean diferentes. Otro factor

es que los organismos multilaterales de crédito replican sus políticas y esto también hace que los servicios tiendan a converger hacia modelos cada vez más parecidos.

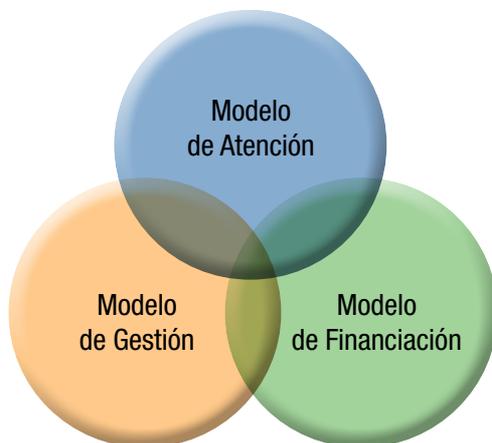
**Homogeneización de los perfiles epidemiológicos.** Un estudio sobre la carga global de enfermedad a nivel mundial, concluye que la denominada “transición epidemiológica” se encuentra muy avanzada y que la morbilidad y mortalidad de los países tienden a converger. También se acentúan las diferencias hacia el interior de cada país y aumentan las brechas entre ricos y pobres.

**Enfoque hacia los pacientes y la población.** En el centro de las prestaciones de servicios se encuentran los pacientes o la población afectada: en el primer caso cuando se trata de intervenciones clínicas y en el segundo cuando son servicios de salud pública que no son personales. A menudo, la utilización de los servicios de salud no depende sólo de la percepción de necesidad del mismo por parte del ciudadano, sino también de sus posibilidades de acceso al mismo. Si bien existen acusadas diferencias entre sociedades, el concepto de dignidad y el “respeto a la persona” marca el cómo debe ser entendida la relación entre el sistema de salud y los usuarios. He ahí el porqué de la necesidad de considerarlos como centro del sistema sobre el convergen las decisiones que se tomen.

**Equiparación de las expectativas.** Además de las condiciones de salud de la población también tienden a homogeneizarse las expectativas que las personas tienen en relación a qué tipos de servicios deben recibir y de qué forma. La rápida divulgación de los descubrimientos e innovaciones médicas que hacen los medios masivos de comunicación, contribuyen en gran medida a esta globalización de las expectativas. Los ciudadanos han tomado conciencia de su papel protagonista en la prestación de servicios sanitarios, evalúan y explicitan su satisfacción o insatisfacción con el servicio que se recibe, y son capaces de modelar las características de tal servicio, induciendo al gestor a poner en marcha y sostener, políticas de mejora de la calidad (técnica y percibida) de los servicios.

**Tercerización de los servicios intermedios.** Este proceso ha comenzado en servicios generales como lavandería, alimentación y seguridad pero, ahora se registra una tendencia a tercerizar los procedimientos corrientes de diagnóstico. Estos procesos deben ser acompañados por una evaluación constante para evitar que la oferta estimule la demanda y estos servicios se alejen de la misión del

Grafico 1  
Dimensiones organizativas del hospital



Fuente: Tobar, F. (2009)

Cuadro 1  
Tendencias en la gestión hospitalaria según lógica de decisión

Modelo de Gestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Similitud organizativa</li> <li>– Homogeneización de los perfiles epidemiológicos.</li> <li>– Enfoque hacia los pacientes y la población</li> <li>– Equiparación de las expectativas.</li> <li>– Tercerización de los servicios intermedios</li> <li>– Gestión empresarial</li> </ul>
Modelo de Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gestión por resultados</li> <li>– Diversificación de fuentes</li> </ul>
Modelos de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hegemonía del modelo científico</li> <li>– Cambios en el perfil de la demanda</li> <li>– Especialización y diversificación</li> <li>– Racionalizar las actividades especializadas</li> </ul>

Fuente: Tobar, F. (2009)

hospital. Un monitoreo continuo garantizará que se mantengan los niveles de calidad de la atención.

**Gestión empresarial.** Los hospitales necesitarán orientarse hacia la utilización de herramientas de la gestión empresarial. Por un lado, tenderán a trabajar con más de un financiador. Por otro lado, se incrementan las presiones para obtener mayores niveles de productividad y eficiencia. Además, los modelos de contratación y pago por los servicios serán muy diversos y su evaluación exigirá a la dirección disponer de informaciones adecuadas tales como el costo de producción de cada servicio.

## 2.2 Para el modelo de financiación

**Gestión por resultados** En muchos países se ha innovado en las formas de asignación de recursos a los hospitales buscando mayor flexibilidad, así como incentivar la productividad y la eficiencia. Con frecuencia se ha tendido a buscar modelos en los cuales “el dinero siga al paciente”. Se trata de pagar por lo que la institución hace, por los servicios que presta, en lugar de financiar al hospital para estar disponible para atender. En los hospitales públicos se manifiesta como más probable la extensión del uso de compromisos o contratos de gestión, una modalidad más flexible que, en rigor no implica financiar la demanda, sino modificar el financiamiento de la oferta. Así de vinculará la asignación de recursos al cumplimiento de metas asistenciales y de gestión.

La idea básica es desarrollar en las organizaciones un nuevo modelo de gestión orientado hacia la instrumentación de políticas, objetivos, metas y resultados que privilegien la satisfacción de las necesidades y demandas de la ciudadanía y de la sociedad. Un verdadero aporte a los lineamientos políticos del gobierno y a la misión de la organización.

En síntesis: lograr un modelo de gestión de los organismos públicos centrado en fortalecer su capacidad de generar valor social.

**Diversificación de fuentes.** Los hospitales, para sobrevivir, requieren hoy (y lo harán aún más en el futuro) proveer servicios para un público amplio cubierto por diferentes esquemas de protección con diversos modelos de contratación y pago. De este modo es posible que los servicios que hoy se mantienen dentro de un esquema de presupuesto fijo pasen a tener parte de sus ingresos vinculados a la atención de un grupo de pacientes cubierto por seguros públicos y otro por seguros sociales y/o privados.

Otra tendencia incipiente en lo que respecta a la diversificación de fuentes la constituye el turismo médico. Se trata del viaje de pacientes de un país para recibir servicios hospitalarios en otro. Podría esperarse que los 100 mil millones en el 2012 por turismo médico en el mundo sean pagados por las empresas aseguradoras de los países ricos sean quienes paguen estas prestaciones.

## 2.3. Para el modelo de atención

**Hegemonía del modelo científico.** El conocimiento médico conquista progresivamente la hegemonía en la conducción del hospital moderno. Incluso, se lo pasa a denominar “hospital científico”. A medida que la profesión médica adquiere peso dentro de la institución ésta va incorporando nuevas funciones menos relacionadas con lo asistencial y más con lo académico, tales como la formación de recursos profesionales y la investigación. La vinculación entre el

papel cada vez más protagónico de las funciones de investigación y docencia, se retroalimentará con la escalada tecnológica

**Cambios en el perfil de la demanda.** Por causa de transformaciones demográficas y de las mismas conquistas sanitarias, los hospitales deberán brindar un menú de servicios diferente del tradicional. Entre los factores demográficos se puede citar la progresiva disminución del índice de natalidad, el envejecimiento de la población así como las migraciones internas y externas. Con relación a la morbilidad se está registrando cambios importantes: por un lado, puede esperarse que, al menos en los países desarrollados, la incidencia de los accidentes y de enfermedades cardiovasculares se estanque o retraiga. Por otro, en casi todos los países tiende a registrarse una aparición cada vez más tardía de las enfermedades de la vejez. Sin embargo, no ocurre lo mismo con la reducción del cáncer. Además, es muy probable que aumenten las enfermedades virales junto a sus consecuencias a mediano y largo plazo. Por otro lado, la demanda comenzará a responder a nuevas necesidades como la procreación asistida y el transplante de órganos.

**Las actividades hospitalarias se especializarán y diversificarán cada vez más.** En medicina permanentemente surgen nuevas especialidades a partir de la fragmentación de disciplinas. Es previsible que en los próximos treinta años, el progreso en biología molecular e ingeniería genética transformará la prevención. La misma se basará en la evaluación de los factores de riesgo y en un enfoque predictivo genuino. Sin embargo, aunque el conocimiento médico permitiría avanzar hacia modelos de atención más integrales que privilegien la prevención, hasta ahora el desarrollo de modelos de financiación viene actuando como un freno para ello. Es muy difícil (aunque no imposible) que los modelos orientados hacia la financiación de la demanda, generen incentivos a los cuidados integrales y las prácticas preventivas.

Han postulado Shortell y Ateo Ochoa que el hospital deberá reinventarse varias veces durante su vida útil. Los servicios de mayor relevancia podrán variar cada cinco o diez años debido a que el perfil de los casos atendidos se alterará. Esto se manifestará a través de la casuística de los egresos o *Case Mix* del hospital.

**Será necesario racionalizar las actividades especializadas.** La hospitalización tradicional está cambiando debido a la expansión de: la prevención genuina, la creciente efectividad de los medicamentos y alternativas de atención menos costosas como la cirugía ambulatoria y la internación domiciliaria. Es probable que en el futuro una especialidad sea definida como una serie cohesiva de habilidades, recursos humanos y tecnológicos. También que, de ser necesario, se pueda recurrir a centros con camas cercanos a los centros técnicos (en términos de acceso y tiempo), y sea lo suficientemente flexible como para permitir frecuentes reagrupaciones.

## 2.4 La eficiencia hospitalaria y el sistema de salud

Existe una opinión a nivel global sobre la necesidad de mejorar la eficiencia y la calidad de los hospitales. Para esta mejora es necesario también un sistema de salud acorde. Es difícil racionalizar los hospitales si el conjunto del sistema sanitario que va más allá de las puertas hospitalarias no está también en línea con el ideal de eficiencia, calidad y cambio. El sistema de salud tiene tres objetivos fundamentales: mejorar la sa-

lud de la población a la que sirve, responder a las expectativas de las personas y brindar protección frente a los costos de la enfermedad. Se considera que un sistema es deficiente cuando las personas no pueden acceder a intervenciones sanitarias eficientes y de calidad. He ahí el importante papel que desarrolla el hospital. En el cuadro 2 se presentan una serie de instrumentos que permitirían el desarrollo de hospitales eficientes y de calidad

### 3-Los hospitales en Argentina: problemas relevantes

La salud en Argentina presenta una descentralización relacionada con la naturaleza federal del país, y una centralización hacia el interior de cada provincia. A diferencia de otros modelos institucionales de países federales aquí no sólo la gestión de recursos está descentralizada sino también el establecimiento de los objetivos sanitarios. Los Ministerios de Salud de las provincias son los responsables del presupuesto público. Como lo asignan según origen del gasto y no está vinculado a resultados, esto repercute en inequidades y desigualdades hacia el interior de las jurisdicciones y entre ellas.

En el pasado, la descentralización de los Hospitales se presentó como una descentralización del conflicto no como una idea de logro de una mayor autonomía en el marco de las políticas de Salud Pública enunciadas por el Ministerio de Salud. Por eso en la actualidad la coordinación Federal es uno de los mayores desafíos.

Frente a este contexto, al analizar las dificultades de los Hospitales, se observa que pueden presentar un diferente abanico de problemas con variable grado de intensidad, dependiendo de las características de la organización, la cultura, la historia de la institución, el financiamiento y las políticas vigentes.

Los problemas relevantes se clasifican a continuación considerando si están vinculados a la gestión, al financiamiento y a la atención.

Cuadro 2

#### Instrumentos alternativos para promover la eficiencia y la calidad en los hospitales

Dimensión	Instrumento
Modelo de Gestión	<ol style="list-style-type: none"> <li>Disminución de trabas organizativas al acceso (sistemas de turnos, comunicación social sobre los servicios a los pacientes, seguimiento de pacientes crónicos, etc.)</li> <li>La gestión del abastecimiento</li> <li>La gestión de los recursos humanos en Salud (RHS) en concordancia con una Política jurisdiccional de RHS</li> <li>Programas de capacitación para directivos de Hospitales</li> <li>Incentivos como promoción de la eficiencia y calidad.</li> <li>El desarrollo de sistemas de información estratégica</li> </ol>
Modelo de Financiamiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>Gestión por resultados e implementación de modalidades de financiación vinculadas a ello (compromisos de gestión)</li> <li>Fuentes de financiamiento sostenibles</li> </ol>
Modelos de atención	<ol style="list-style-type: none"> <li>Definición clara de funcionamiento de redes asistenciales</li> <li>La gestión clínica</li> </ol>

### 3.1 Desde la gestión

Se observa:

#### En los recursos humanos en salud-RHS

- Falta de articulación entre las necesidades de salud de la población y la planificación de los recursos humanos que evite la existencia de especialidades "críticas" o zonas geográficas que no acceden a una oferta adecuada. Hay experiencias de trabajo conjunto del Ministerio de Salud con Universidades tales como en el programa de médicos comunitarios, una capacitación de postgrado y cel programa remediar en la temática del uso racional de los medicamentos.
- Débil política de RHS que garantice cantidad y calidad adecuada. Se observa que existen especialidades que solo cubren las necesidades de las grandes ciudades. Además hay especialidades críticas como Anestesiología, Neonatología, Pediatría, terapia intensiva, Obstetricia, Gerontología y Fisiatría.
- Escaso número de personal de enfermería universitario. Hoy cerca del 70 % son auxiliares.
- Precarización de los modelos de contratación y remuneración salarial que no es acorde a la función ni a las condiciones de trabajo. Eso genera una migración de profesionales del sector público al sector privado, desde los lugares geográficos más alejados a los más céntricos o a instituciones de mayor complejidad o especializadas.
- Carencia de incentivos en el marco de los mejores desempeños relacionados con la calidad y la satisfacción del usuario

#### En Infraestructura y equipamiento

- Situación edilicia deteriorada y con bajo mantenimiento, hospitales con un modelo arquitectónico de hace más de 25 años
- Obsolescencia o deterioro del equipamiento tecnológico.

#### En la organización

- Los hospitales en la actualidad presentan poca capacidad de decisión debido al marco jurídico-político-institucional que los regula. Ello que dificulta el avance hacia la descentralización existe experiencias como la del Hospital Público de Autogestión (decreto 578/1993) o bien del Hospital Público de gestión descentralizada (Decreto 939/2000).
- Existencia de servicios no acordes al perfil epidemiológico y social de área de influencia del hospital.
- Ausencia de planificación estratégica y operativa.
- Poca atención a los reclamos de los usuarios externos (pacientes). Escasa gestión de mejora de los procesos de trámites, citaciones, retiro de protocolos, etc.
- Falta de desarrollo tecnológico que fortalezca en línea y tiempo real la gestión.
- Déficit en la articulación entre los diferentes niveles de atención de la salud y del funcionamiento en red de los servicios socio-sanitarios.
- Baja orientación hacia la mejora de la calidad de los servicios brindados.
- Poca comunicación social de la oferta de servicios.
- Falta de una red de atención gestionada con población a cargo (Enfoque Poblacional) basada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud en la que el primer nivel de atención sea la puerta de entrada al sistema.

- Escasa articulación a nivel local de Programas Nacionales y Provinciales. Muchos de ellos poseen la misma población objetivo y se implementan múltiples sistemas de información y logísticas de abastecimiento.

### En los sistemas de información

- Déficit en los sistemas de información, solicitud de información variada, diferentes circuitos desde los diferentes niveles. En general, no se devuelve procesada a las instituciones, muy pocas veces se utiliza para la gestión porque no se obtiene en forma oportuna o existe escaso relevamiento de información que permita una gestión estratégica, operativa y el monitoreo de las acciones.

## 3.2. Desde el financiamiento

- Se presenta una baja eficiencia en la utilización y generación de nuevos recursos para el financiamiento de los hospitales. En varias provincias hay hospitales nuevos y equipados pero no son utilizados ante la imposibilidad de su sostenimiento.
- Atraso en el pago a los proveedores, con el impacto directo de la disponibilidad de bienes y servicios y con el consiguiente aumento del gasto por el sobreprecio ante el gasto financiero.
- Falta de conocimiento y ajuste de los costos de producción de los servicios.
- Baja eficiencia en la recuperación de costos por atención a población asegurada
- Dificultad para acceder a recursos provenientes de la atención de beneficiarios con terceros pagadores obligados.

## 3.3. Desde la atención

- Escasa capacidad desde los hospitales para resolver la orientación a las demandas crecientes. Poca flexibilidad ante los cambios: la mayoría de las veces la generación de nuevas unidades sólo depende de la voluntad del profesional involucrado.
- Falta de incorporación de áreas y metodologías institucionales que interactúen con la comunidad y evalúen su satisfacción
- Dificultades en la accesibilidad, como demoras excesivas para conseguir turnos para consultas externas
- Demora para realizar procedimientos de diagnóstico programados, en especial de alta complejidad.
- Servicio de guardia que da soluciones a problemas de salud de un primer nivel, e instituciones de alta complejidad con consultorios saturados por patologías banales.
- Distribución de las camas de internación inadecuada a las necesidades: esto genera falta de camas disponibles
- Falta de integración efectiva en la red asistencial tanto con instituciones del mismo nivel como de diferentes niveles de atención de la salud
- Ausencia total o parcial de mecanismos de referencia y contrarreferencia entre el 1° y el 2° nivel de atención.
- Escasa micro gestión que compromete marcos de integralidad en la respuesta CAPS- Hospital y viceversa.

- Escasa aplicación de herramientas para la habilitación y categorización de instituciones de salud.

## 4. Cómo mejorar los hospitales: propuestas para la discusión

Es posible identificar un conjunto de posibilidades respecto de hacia dónde se dirige la gestión hospitalaria. Cabe aclarar que no se trata de megatendencias de carácter inequívoco sino de un conjunto de posibilidades que mantienen afinidades electivas entre sí.

Se ha postulado en el punto anterior un conjunto de dificultades que enfrentan los Hospitales Públicos, esta enumeración no es exhaustiva y está sesgada sobre uno de los tres componentes principales de la gestión hospitalaria: el modelo de gestión.

El sesgo es intencional porque se concluye que es allí donde está el punto más débil. La innovación en los modelos de atención podría ser mayor y mejor ya que la evolución del conocimiento médico y sanitario así lo permiten. Sin embargo, son los modelos de gestión y financiación quienes ponen freno al desarrollo de los hospitales (e incluso de los sistemas de salud en su conjunto) hacia esquemas de funcionamiento más eficaces y efectivos. De otro modo: ¿qué sentido tiene mejorar la resolutivez cuando no hay quién lo mida? Y en consecuencia tampoco quién lo premie. ¿Qué sentido tiene mejorar la calidad o fortalecer las prácticas preventivas cuando no hay incentivos para ello?

Un hospital equitativo es uno de los objetivos a alcanzar, los ciudadanos deben recibir una atención adecuada en forma independiente en el lugar en que viven (equidad horizontal). El Ministerio de Salud de la Nación dentro de su función de rectoría debe garantizar que todas y todos los ciudadanos reciban cuidados de Salud adecuados.

El hospital es el protagonista de la cobertura ordenada del segundo y tercer nivel de atención, pero debe ceder a la lógica de las redes de servicios, ocupando su lugar de nodo central de la red.

Es así que la implementación de un *Programa de Desarrollo de Hospitales* en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación permitiría mediante mecanismos de discriminación positiva, velar por que la atención hospitalaria sea equitativa

Este programa, surgiría a partir de un consenso en el marco del Consejo Federal de Salud-COFESA. Sus acciones serían de tres tipos: capacitación, asistencia técnica y monitoreo y evaluación. Los hospitales podrían adherir en forma voluntaria y se incentivaría la participación dado que las instituciones que alcancen determinados estándares serían los primeros beneficiarios de programas específicos, becas, etc.

Se redistribuirían recursos en función de metas sanitarias y se alinearía el financiamiento en pos de un objetivo: Atención Hospitalaria equitativa.

Cada hospital, que adhiera al programa, deberá tener precisión respecto a su misión, su perfil prestacional, niveles de resolutivez y parámetros de atención.

El programa promoverá la categorización de establecimientos y la gestión de redes.

La evidencia empírica demuestra la conveniencia de avanzar hacia la descentralización y dado que los hospitales en la actualidad presentan poca capacidad de decisión debido a su estructura jurídica, se debe promover la máxima autonomía de gestión, pero funcionando en red.

Uno de los aspectos a desarrollar es la investigación, no sólo en gestión

clínica sino como apoyo a las estrategias que es necesario abordar frente a los desafíos que se les presentan a los directores de hospitales para alcanzar la eficiencia y calidad.

Bajo el Programa de desarrollo de Hospitales se avanzará en la implementación de un conjunto de herramientas que requieren de disímiles abordajes de acuerdo a los diferentes grados de desarrollo de estas instituciones y al ámbito de aplicación.

Es necesario considerar tres ejes prioritarios:

**1 La satisfacción del usuario: en este componente hay que desarrollar hospitales accesibles a las personas y que sean percibidos como tales.** Hoy son casi nulos los mecanismos de medición de la satisfacción de los pacientes que concurren a los diferentes establecimientos. Es necesario incorporar al usuario externo (paciente) como eje de las instituciones. Disminuir las barreras al acceso como la escasa señalización o bien un sistema de solicitud de turnos inadecuado. La implementación de mecanismos de monitoreo de la satisfacción del usuario, se deben realizar mediante encuestas a las personas que concurren a los hospitales, a los internados y sus familiares, además de encuestas a la comunidad. Que permita incorporar métodos de monitoreo de la imagen de la institución

**2 La calidad en los procesos,** se asocia a la atención y todo lo necesario para que sea eficiente y de calidad, es necesario fortalecer no sólo la gestión clínica, sino también la gestión del Abastecimiento que permita tener el equipamiento e insumos necesarios en forma oportuna; y los sistemas de monitoreo y evaluación.

**3 El papel del hospital en el sistema de salud**

Los hospitales hoy tienden a responder a la demanda y no a la necesidad: para responder a la misma deben estar integrados a una red. El modelo que se alienta es que las personas accedan a una red de servicios y no a un servicio aislado, bajo la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Y en esa articulación cada integrante de esa red debe tener un objetivo definido, metas que alcanzará y que actividades ha de realizar, incluido el hospital, establecer compromisos de Gestión.

A continuación se enuncian propuestas para estos tres ejes y divididas de acuerdo su ámbito de aplicación: Nacional, a nivel provincial y/o Municipal y en los hospitales (cuadro 3):

## 4.1 A nivel Hospitalario

### Disminuir trabas organizativas al acceso (sistemas de turnos, seguimiento de pacientes crónicos, etc.)

El hacer más accesible las consultas implica coordinar la entrega de turnos, admisión y egresos. Es posible con la implementación de solicitud telefónica de turnos y con programar las próximas consultas el día que se concurre al consultorio (citas programadas).

Esto que parece de sencilla resolución se topa con falta de: adecuación de la oferta de los horarios de los servicios a la demanda, desburocratización de los procesos administrativos y de facilitar el acceso a la historia clínica desde el inicio del proceso asistencial en forma independiente del lugar de la red donde sea atendido.

Para el monitoreo de las acciones se deben instrumentar modelos de medición de satisfacción de los usuarios externos (pacientes) e internos (trabajadores).

### Estrategias de comunicación social sobre los servicios hacia los pacientes

La comunidad tiene que conocer que servicios ofrece el hospital y como acceder a ellos

#### Fortalecer la Gestión clínica

La gestión clínica procura incorporar en las decisiones de los médicos la eficiencia y el concepto de gasto sanitario. Es necesario el desarrollo de guías clínicas adecuadas y sistemas de información de apoyo y validación de las actividades, que permitan disminuir la variabilidad de la práctica clínica sin coartar la decisión del profesional y optimizando la atención de las personas.

Es necesario fortalecer la formación en farmacoterapia con énfasis en el uso racional de medicamentos en base a criterios de eficacia, seguridad, calidad y costos en los profesionales prescriptores así como en los farmacéuticos.

#### Fortalecer la gestión del abastecimiento

Siendo los recursos escasos y la expansión del gasto continua, es necesaria una gestión de insumos y tecnología eficiente.

Esta gestión está vinculada a los comités de tecnología sanitaria que son los que realizan la selección y determinarán el qué comprar.

En el caso de gestión de compras se plantea el debate entre lograr economías de escala a través de las compras centralizadas y el problema de coordinación para garantizar que los insumos estén disponibles en tiempo y forma dentro de los hospitales. En ese sentido, Hay innovaciones como:

- La reingeniería de insumos para definir una lista más acotada de suministros
- El desarrollo de agencias de compras
- Las compras electrónicas a proveedores acreditados que permiten negociar un precio único para todos los hospitales pero habilitan la compra descentralizada .
- La subasta invertida que permite máxima competencia y transparencia porque los proveedores y tienen posibilidad de mejorar la cotización en el momento.

En relación a la utilización eficiente de fármacos dentro de los hospitales cabe mencionar la gestión farmacéutica por unidades que genera un ahorro del 30% asociado a las dosis que se descartan.

En la actualización de equipamiento, dado la innovación tecnológica la tendencia es alquiler o *leasing*, que tiene la externalidad positiva que el mantenimiento y los insumos están a cargo de la empresa. En los laboratorios de Diagnóstico se pueden comprar las determinaciones diagnósticas a las que se le incluye la provisión del instrumental de lectura.

Los Bancos de precios mejoran el posicionamiento en las negociaciones frente a las empresas debido a que permiten conocer a que precios comprar otras instituciones.

#### Implementación de Unidades de gestión de costos y planificación

Un Hospital que desee iniciar ese camino, tiene que desarrollar procesos participativos de planificación estratégica con desarrollo de objetivos y metas, a partir de la visión y misión de la institución de las que surgirán planificaciones operativas.

## Comités de evaluación de tecnología sanitaria y farmacoterapia

El Comité de Farmacia y Terapéutica en los Hospitales tendría como función la correcta selección de los fármacos y dispositivos biomédicos que conformarán el arsenal terapéutico de la institución y evaluaría el equipamiento que los servicios propongan para su adquisición. Ambos procesos se sustentaran en medicina basada en evidencia científica y en criterios de costo efectividad.

### Planificación estratégica

La planificación es la base para definir las metas de desempeño. Los procesos de planificación, presupuestación, ejecución e información, deberían estar alineados, sincronizados y orientados hacia la medición del desempeño.

### Gestión por resultados e implementación de modalidades de financiación vinculadas a ello (compromisos de gestión)

Los Hospitales tendrían que pasar de una cultura de cumplimiento ritual de procedimientos y normas a una cultura orientada al cumplimiento de objetivos mensurables que constituyan un aporte a los lineamientos políticos del gobierno y a la misión de la organización.

Esto implicaría pasar de la organización burocrática (dirigida por presupuestos y normas) a una organización moderna (dirigida por misiones y metas) basada en un planeamiento eficiente, con una conducta estratégica sobre la base de estructuras flexibles a los cambios en las demandas y una programación y una ejecución presupuestaria orientada al a incentivar el ahorro .

### Gestión de Recursos humanos en Salud (RHS) en concordancia con una Política jurisdiccional de RHS.

la planificación y distribución de los RHS son un componente central al momento de analizar alternativas para los hospitales. Es necesario generar un programa de incentivos económicos y/o simbólicos que promuevan la productividad y la calidad.

### Gestión de una red de servicios

De acuerdo a un modelo matricial que considere dos estructuras: del conocimiento y de la gestión.

## 4.2 A Nivel Provincial o Municipal

### Desarrollo de sistemas de información en áreas estratégicas para la gestión de la salud

Se lograría mediante la conformación de un sistema integrado de información de salud, que permita medir el desempeño de todos los subsistemas, y genere el soporte necesario para la toma de decisiones.

Esto supondrá una reformulación de contenidos temáticos y los aspectos metodológicos de los mismos. El sistema que contará con diferentes módulos que se irán interconectando por etapas y deberán tener en cuenta las demandas jurisdiccionales, las opiniones de los usuarios, los antecedentes nacionales e internacionales.

### Incentivos como promoción de la Eficiencia y calidad

Generar mecanismos de retribución acorde con la tarea desarrollada y asociados a la calidad Pueden ser bajo la forma de incentivos económicos o simbólicos para los trabajadores en salud, vinculados a productividad y para las instituciones por ejemplo: que empleen recursos humanos de salud debidamente certificados, O que cumplan con el cronograma de acreditación, etc.

### Gestión de las redes asistenciales

El ideal es que las personas accedan a una red de servicios y no a un servicio aislado, bajo la estrategia de atención primaria de la Salud.

Los componentes de la red están organizados por niveles de atención y localizados con criterios de necesidad regional Esto permite implementar que las redes tengan a su cargo una población definida, cuyos integrantes individuales están identificados y asignados a su responsabilidad, que mantengan la libre elección del beneficiario dentro de la oferta disponible en la propia red. Cada ciudadano será referenciado a un centro de Atención Primaria que será responsable de su salud y actuará como puerta de entrada al sistema.

La gestión de redes requiere de tres componentes: uno de capacidad resolutive, que permita evaluar la capacidad de la red de dar respuesta en función de las necesidades, un componente de inversiones que permitirá a la red acceder a la tecnología necesaria y un componente de capacitación de RHS .

Cuadro 3

### Propuestas de acuerdo con su ámbito de aplicación

	Hospitales	Municipios/Provincia	Nación
Satisfacción del usuario	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Disminuir trabas organizativas al acceso</li> <li>– Estrategias de comunicación social sobre los servicios a los pacientes</li> </ul>		
Eficiencia, calidad y racionalidad en los procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fortalecer Gestión del abastecimiento</li> <li>– Implementación de Unidades de gestión de costos y planificación</li> <li>– Comités de evaluación de tecnología sanitaria y farmacoterapia entre otros</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definición de guías clínicas</li> <li>– Implementación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología</li> </ul>
Inserción del Hospital en el sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Desarrollo de Planificación Estratégica</li> <li>– Implementación de Gestión por resultados y de modalidades de financiación vinculadas</li> <li>– Gestión de Recursos humanos en Salud (RHS)</li> <li>– Gestión de una red de servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Desarrollo de sistemas de información estratégica</li> <li>– Incentivos como promoción de la Eficiencia y calidad.</li> <li>– Gestión de las redes asistenciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Desarrollo de sistemas de información estratégica</li> <li>– Política de RHS</li> <li>– Programas de capacitación para directivos de Hospitales</li> <li>– Fortalecimiento de las redes asistenciales</li> <li>– Financiamiento sostenible</li> </ul>

## Definición de guías clínicas

Recomendaciones Nacionales de cómo se deben tratar las diferentes patologías para promover la equidad de la atención en los ciudadanos

## Implementación de una Agencia Nacional de evolución de tecnología

La creación en el ámbito del Ministerio de Salud de una Agencia de Regulación de Tecnologías con capacidad para evaluar y controlar la incorporación y uso de tecnologías sanitarias, siendo sus evaluaciones a la luz de la Medicina Basada en Evidencia Científica y de la relación costo efectividad de las prestaciones.

## Sistema de información estratégica

Esto se logra mediante la conformación de un sistema integrado de salud, que permita medir el desempeño, siendo el soporte necesario para la evaluación y toma de decisiones. El Ministerio de Salud debe establecer los parámetros de qué información es la necesaria, sistematizar su recolección y promover la articulación entre los diferentes subsistemas.

## Programas de capacitación para directivos de Hospitales

Impulsar proceso de armonización de programas y currículas de formación profesional de posgrado para directivos de Hospitales. En Inglaterra una vez concursados los directores de los establecimientos deben realizar una capacitación preestablecida para poder gestionar en el marco del NICE.

## Fortalecimiento de las redes asistenciales

Mediante una asignación de recursos suplementarios que incentive la formación de redes y su sostenibilidad. Esta asignación depen-

derá de indicadores socioeconómicos y de cobertura de seguros.

## Política de RHS articulado con Universidades, Sociedades Científicas y agremiaciones

El ministerio de Salud Nacional debe promover acciones en: formación y gestión de RHS y regulación del ejercicio profesional.

En relación a la formación profesional se deben establecer las prioridades en términos cuali y cuantitativos en forma concertada con las Universidades y los entes de rectoría, para contar con equipos de salud acordes a las necesidades de salud pública.

En gestión de los RHS es necesario consensuar la fijación de incentivos económicos y simbólicos .

## Fuentes de financiamiento sostenibles

Más allá de los presupuestos asignados debería pensarse en un aumento de la alícuota de coparticipación en salud del Gobierno Nacional a las provincias; pero este aumento debe financiar la efectiva atención de la demanda, mediante un aporte incremental vinculado a la resolución con calidad de la demanda hospitalaria de los pacientes sin cobertura de la seguridad social. De este modo se podría disponer de un incentivo orientado al buen desempeño de los hospitales.

En los casos de las prestaciones realizadas a la Seguridad social, prepagos o seguros en general, facilitar la facturación y cobro de las prestaciones.

Como reflexión final, un hospital eficiente y de calidad que permita una atención equitativa debe corresponderse con un sistema de salud que priorice los mismos temas y actúe en consecuencia sino sólo se hablará de experiencias exitosas de hospitales determinados, pero no de una mejora en la salud de todas y todos argentinos.

## Bibliografía

- AES: "Innovaciones en la Gestión de los servicios de Salud" VII Jornadas internacionales de Economía de la Salud VIII Jornadas Nacionales de Economía de la salud-Ediciones Isalud- Bs As 1998
- BARNUM, H; KUTZIN, J; SAXENIAN, H. *Incentives an provider payment methods*. HROWP 51, March 1995.
- BOHIGAS, Lluís Santasusagna. *Control de Gestión en el hospital*. Barcelona. Fundación Avedis Donabedian. 1987.
- DHA & PUBLIC SPACE. "Hospitals in the year 2010. An exploration of future hospital care in 10 countries. Dutch hospital Association with Public Space". *Cuadernos de Investigación de EADA*, 2002
- DIAZ, Carlos. "El pequeño gestión ilustrado de Servicios de Salud". *Ediciones Isalud*. Bs As. 2005.
- FREIRE, J. "Políticas y estrategias de la reforma hospitalaria en Europa"-III Encuentro Nacional de Hospitales-Los hospitales Argentinos ante el siglo XXI-Ediciones Isalud. Bs As 1998
- DIAZ, LEGASPE, A & ZANARINI, E. "Proyecto: Programa un mejor hospital". Documento de trabajo- Programa de Investigaciones Aplicadas-Secretaría de Ciencia y Técnica. Isalud. Bs As. 2007
- GONZALEZ GARCIA, G & TOBAR, F. "Más salud por el mismo dinero" *Ediciones Isalud*. Segunda Edición. Bs As 1999.
- GONZALEZ GARCIA, G & TOBAR, F. "Salud para los argentinos". Ediciones Isalud. Buenos Aires. 2004
- GROTE, K; LEVINE, E & MANGO, P.D. "US hospitals for the 21st century". *McKinssey Quarterly*, august 2006.
- HAMILTON, G; GASTALDI, N & DILUCA, F. "Análisis de la oferta de Servicios Médicos en la Argentina" Investigación- Isalud-1998- [www.wilsoncenter.org/news/.../Oferta%20de%20médicos%20Web-Virtual.doc](http://www.wilsoncenter.org/news/.../Oferta%20de%20médicos%20Web-Virtual.doc) consultado 15 de noviembre de 2009
- ISALUD - "Los hospitales argentinos ante el siglo XXI" III Encuentro Nacional de Hospitales-Ediciones Isalud-Buenos Aires. 1999
- JOLLY, D & GERBAUD, Y. "Tomorrow Hospital". *SHS Working Paper* nº 5. World Health Organization. 1995.
- OMS. "Mejorar el desempeño de los sistemas de Salud. Informe sobre la salud en el mundo .2000". Organización Mundial de la Salud. 2000
- RECASENSS, Mateu Huguet & JUAREZ, Raimón Belenes. "El hospital Moderno: crisis y reivindicación de la organización del futuro". En: OTEO, Luis Angel. *Gestión clínica: Gobierno Clínico*. Madrid. Diaz de Santos. 2004. Pp 233.
- ROMANO YALOUR, M; TORRES, R; ALVAREZ, D & GRUNHUT, Y. "Satisfacción de los usuarios y efectores con los sistemas de salud". Ediciones Isalud. Buenos Aires. 2005
- SHELTON, T; FURGISON, B & POSNET, J. *Concentration and Choice in the provision of hospital services*. York. Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 1997.
- SHORTELLS, S. *et al.* "Reinventing the americans hospitals". *Mrbank Quarterly*, 73:131-60. 1995
- TOBAR, Federico. "Herramientas para análisis del sector salud". *Medicina y Sociedad* volumen 23 número 2:84-99. Septiembre. 2000
- TOBAR, Federico. "Hacia dónde va el hospital. Medicina y sociedad Año 29 , Nº3 . Septiembre. 2009