

01M.411
P15

MFA-29

1er, 2do Informe de Avance
& Informe Final

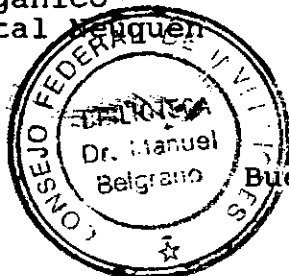
40871

Ing. Juan J. Ciacera
Secretario General
Consejo Federal de Inversiones (CFI)
San Martín 871, Capital
s/d

Ref. Expte. Nº 2538
Provincia de Neuquén
Análisis de la factibilidad
y eventual ejecución de una
reestructuración orgánico-
funcional del Hospital Neuquén

Dr. Néstor A. Perrone

Colaboradores:
Dr. Alberto Dal Bó
Lic. Olga Nirenberg
Cont. Héctor Rosende



Buenos Aires, 25 de Abril de 1994

INFORME FINAL

I. LA CRISIS COMO MOTOR DE CAMBIO

Los procesos de cambio en los sistemas tienen origen habitualmente en situaciones de desestabilización, que superan los límites de elasticidad tolerables, quebrantando los equilibrios alcanzados. Los sistemas desestabilizados alcanzan un nuevo equilibrio o bien se destruyen. En la actualidad circulan teorías administrativas para el gerenciamiento del cambio, que consideran la desestabilización como motor de cambio, constituyendo a la vez un riesgo y una oportunidad.

Para el aprovechamiento de la crisis como oportunidad, deben procurarse explicaciones causales; si la explicación de la desestabilización no encuentra suficiente justificación en el episodio último desencadenante, debe indagarse entonces en las situaciones acumulativas previas.

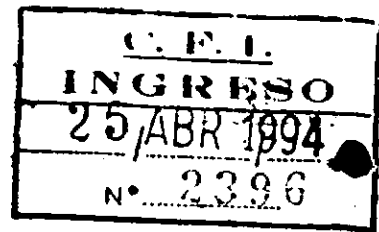
Las causas pueden ser endógenas del sistema o provenir de dificultades para la adaptación a los cambios habidos en su contexto de condicionamiento inmediato o mediato.

El sistema neuquino de salud ha padecido serias dificultades durante el año 1993 y arrastra otras previas de sus etapas de conformación y consolidación que eclosionan en los nuevos contextos de la década del noventa.

Las mismas están relacionadas en primer término con la actual situación económica de la Provincia, la que inevitablemente repercute sobre todos los efectores públicos, ya que los presupuestos no pueden ser incrementados y por cierto tampoco los salarios, y en segundo término con los cambios que se vienen imponiendo en el país y en gran

Buenos Aires, 25 de Abril de 1994

Al Señor
Secretario General del
Consejo Federal de Inversiones
Ing. Juan José Ciáccera
s / d



De mi consideración:

Me dirijo a usted para comunicarle la entrega, en el día de la fecha, de cuatro (4) ejemplares del Informe Final del estudio denominado "Análisis de la factibilidad y eventual ejecución de una reestructuración orgánico funcional del Hospital Neuquén," al cual se adjuntan los dos informes parciales previos, que se entregaron oportunamente.

Sin otro particular, saludo a usted con la consideración más distinguida:

Dr. Néstor A. Perrone

parte del mundo, en los modelos organizativo gerenciales de los sistemas de prestación de servicios y en los sistemas de cobertura financiera de salud para las poblaciones aseguradas, que exigen un replanteo y una flexibilización para la adaptación y el cambio.

Si hay alguna certeza, es que la provincia, incluyendo al sector salud, está atravesando una situación de crisis, tensión y desestabilización. Las dificultades de la economía provincial se reflejan en la imposibilidad de que el estado siga asistiendo presupuestariamente a los efectores en la medida que sus agentes consideraran conveniente. En ese marco las características tradicionales del modelo de hospital público aparecen cuestionadas, las propuestas de cambio desvirtuadas y confundidas valorativamente, y la incertidumbre crece al abrigo de disputas políticas en el ámbito interno del partido de gobierno, impidiendo avanzar en los acuerdos necesarios para la formulación y posterior ejecución de un proyecto alternativo.

El sistema provincial de salud se encuentra anclado en un paradigma que en su momento fue pionero, pero inadecuado a las actuales realidades y pareciera difícil articular un nuevo paradigma que aglutine y sume las voluntades de los actores.

En ese marco desfavorable, el Hospital Castro Rendón fue el epicentro de un movimiento gremial que redujo su actividad notablemente a lo largo de cien días de huelga. La misma, que fue superada sin ceder a los reclamos formulados, dejó una seria herida en el tejido social que integran los trabajadores del sistema. A su vez, quedó una oportunidad abierta para intentar la reformulación jurídico-administrativa y de la organización, que permita adecuar la institución a las exigencias impuestas por las restricciones de orden económico, así como alcanzar un funcionamiento de una eficiencia tal que lo legitime como empresa pública ante la sociedad y por otra parte permita mejorar los ingresos del personal.

Lamentablemente toda propuesta de cambio en las modalidades de administración y organización del subsector, genera rechazo en los agentes, ya que las mismas son percibidas como desvirtuando los principios sobre los que se edificó el sistema de salud neuquino.

Ejemplo de eso es que la descentralización y la facturación de servicios a las obras sociales, herramientas básicas para alcanzar agilidad administrativa, acrecentar la responsabilidad en el manejo del presupuesto y obtener ingresos propios, son percibidas como "el interés del gobierno en abandonar la responsabilidad del estado en la atención de salud de la población", "la renuncia al principio de la atención gratuita" y "el paso previo a la privatización de los servicios".

Resulta llamativo que un sistema con gran tradición conceptual y normativa, en la presente situación carezca de mecanismos para contrarrestar equívocos en los discursos de oposición tales como los referidos al arancelamiento, sin precisión de su formas directa o indirecta, o a la descentralización, al equipararla necesariamente a privatización.

La persistencia sin modificaciones de la situación actual presenta el riesgo de deterioro progresivo tanto del Hospital Castro Rendón como del resto de los efectores públicos.

En las entrevistas mantenidas antes de su asunción con las actuales autoridades del Hospital Castro Rendón, quedó clara la importancia de los bajos salarios, así como de la inequidad respecto de los de otras áreas del estado (educación), en la raíz del conflicto; por otra parte, el problema actitudinal del personal hospitalario fue mencionado en distintas oportunidades, en el sentido de falta de motivación laboral y renuencia en algunos grupos profesionales, para aceptar desempeñarse en niveles de conducción intermedia, si eso conlleva la asunción plena de las responsabilidades pertinentes.

Con toda la centralidad que pueda tener el tema salarial, queda claro que no constituye la única causa de la crisis sectorial, y que por lo tanto la solución no está en otorgar sencillamente un aumento de salarios, si ello no va acompañado de una batería de acciones simultáneas para la superación de las múltiples causas de la actual situación.

Los agentes reclaman al gobierno la vuelta a una "situación ideal", que vivieron durante muchos años, sin reparar en la imposibilidad de alcanzar ese resultado y oponiendo serias resistencias a revisar el modelo y adoptar modificaciones en el campo administrativo y de la organización asistencial, que en última instancia facilitarían la obtención de una mejor posición para el Hospital y su personal. El desafío es aceptar que las cosas han cambiado, afrontar el cambio y administrarlo adecuadamente a fin de alcanzar un nuevo equilibrio con los menores sacrificios posibles.

Para la conducción de ese proceso se requieren personas con aptitudes para la gerencia y el liderazgo. La gerencia significa la capacidad de ordenar, planificar, administrar y controlar, en tanto el liderazgo representa la capacidad de conducir el cambio, de señalar la direccionalidad, de aglutinar voluntades alrededor de los objetivos, de abrir espacios de participación e incorporar la visión de los distintos actores y grupos de interés involucrados en los procesos.

La función de la gerencia de la actual gestión de salud parece satisfacer los requerimientos del sistema provincial, acorde a su tradición; sin embargo, la función del liderazgo parecería haberse debilitado, en términos relativos a las exigencias del escenario actual.

Como consta en el segundo Informe Parcial, en el Hospital Castro Rendón se han reconocido una serie de áreas problema que fueron relevadas oportunamente durante este estudio y avizoradas por la nueva conducción. Si bien no se reiteran en detalle, esos problemas son asumidos como una primera decisión de identificación y priorización al igual que las líneas de acción sugeridas.

La identificación de esas áreas problema es un avance en la caracterización diagnóstica de los factores mayormente endógenos que participan de la multicausalidad y a su vez están vinculados a la

crisis del establecimiento mayor de la provincia.

Es importante advertir que no se trata de problemas puntuales, sino de problemas globales de carácter sistémico, cuya responsabilidad de resolución recae principalmente en los conductores o líderes en los respectivos niveles provincial y hospitalario. Este carácter sistémico les permite permear las instituciones como un todo y afectar su calidad.

El listado hace mención a:

- . falta de definición en el alcance de los procesos de descentralización y de autonomía decisoria,
- . desdibujamiento de los roles y funciones de los establecimientos según criterios de regionalización y de trabajo en red,
- . bajo espíritu y compromiso del personal, debilitamiento de los liderazgos y de los mecanismos de premios y castigos,
- . niveles salariales bajos en valores absolutos y comparativos,
- . falta de códigos adecuados para el diálogo y negociación con el sector gremial,
- . carencia de mecanismos para la participación de los trabajadores y los usuarios en la gestión institucional,
- . fallas en los mecanismos de la gestión que permitan lograr grados adecuados de eficiencia y productividad de los agentes y recursos,
- . falta de desarrollo de los relacionamientos económico financieros del hospital con los entes aseguradores y las entidades intermedias del financiamiento de la salud,
- . deficiencia en los mecanismos de comunicación institucional al interior y al exterior.

Se reconocieron también una serie de fortalezas que consituyen a la vez factores facilitadores u oportunidades para el cambio en el Hospital Neuquén; algunas de ellas están vinculadas con:

- . El excelente nivel profesional y técnico de la mayoría de los recursos humanos del hospital, no exclusivamente médico sino también de la enfermería y de los servicios en general.
- . El alto porcentaje de profesionales con dedicación exclusiva (más del 60%), con grandes expectativas de retomar el camino de excelencia tradicional del establecimiento.
- . La excelente supervisión en el área de enfermería, como factor relevante en la calidad de las prestaciones.
- . La reciente adquisición de equipamiento de primera línea, que pondría al Hospital en la avanzada de la tecnología médica en la región y a niveles comparables al subsector privado, que en la última década concentró la incorporación de tecnología. Dicho equipamiento ha sido ya licitado y adjudicado, y se espera su pronta incorporación.
- . La existencia de un grupo importante de profesionales

altamente motivados y comprometidos con su trabajo, pese al clima global de desánimo mencionado.

- . La posibilidad reciente de contratar personal y servicios en el mercado, si esto surge como necesario.
- . No obstante las conocidas limitaciones de la planta física y las dificultades para su expansión, las actividades de mantenimiento parecen adecuadas y los sistemas de señalización orientadores.
- . La futura habilitación del Hospital del Barrio El Progreso, daría posibilidad de desconcentrar algunos servicios (obstétrico neonatológico).
- . La próxima incorporación de un sistema de informatización en red que no sólo permitirá mejorar la admisión y el registro médico sino que a la vez permitirá conocer con buen grado de detalle y confiabilidad, consumos, producción y gastos.

A nivel del sistema provincial de salud también corresponde destacar fortalezas y oportunidades para la transformación que provienen de su tradición sanitaria, de la consolidación de las estructuras y programas de actividades, de la continuidad relativa de las gestiones técnicas, del nivel de capacitación de sus recursos humanos, de los ordenamientos regionalizados y la distribución de roles y funciones.

Sin embargo, deberá tenerse en cuenta que en sus propias fortalezas, a veces los sistemas encuentran los principales obstáculos para el cambio, si se producen rigidizaciones.

II. BASES PARA UN PROYECTO DE CAMBIO HOSPITALARIO

a. Los enfoques de Mejoramiento de la Calidad de la Atención

No resulta simple aportar sugerencias a un grupo técnico como el de la Provincia del Neuquén, que ha mostrado en las últimas décadas sobrado protagonismo, méritos en su desempeño y avances en el campo sanitario nacional. La presente situación es un desafío a su capacidad gerencial, principalmente para abrir caminos a nuevos valores y alternativas.

Nos permitimos acercar algunas ideas y conceptos instrumentales que entendemos de utilidad en la actual coyuntura y que sabemos habrán de ser valorados en su intencionalidad.

Cualquiera fuere el camino, una de las decisiones que la conducción debiera tomar en primer término, es la construcción explícita de un ideario compartido, que resuma las principales líneas, principios y valores que enmarquen o señalen el paradigma bajo el cual habrá de desarrollarse la gestión hospitalaria.

Una de las ideas fuerza que circulan en el campo sanitario y que en la actualidad se presenta como un paradigma innovador lo constituye

el que podría denominarse "hacia el mejoramiento de la calidad", que pareciera adecuarse a los requerimientos de cambio de los hospitales en los actuales contextos socio-económicos.

Alrededor del mismo se ha desarrollado suficiente teoría y hay buenas experiencias acerca de sus bondades, a más de tener el respaldo de centros normativos líderes en el mundo sanitario, como la Joint Commission of Hospital Accreditation y de la literatura gerencial del campo empresarial moderno.

Si bien la información teórica está al alcance de los grupos técnicos, en Argentina no ha aplicado aún ese modelo con rigurosidad o sólo se han levantado aspectos parciales. Para un sistema de salud como el neuquino podría considerarse como un avance frente a su actual desarrollo y los ejes centrales del enfoque parecen apropiados para la actual coyuntura y congruentes con las áreas problemas detectadas y los lineamientos preliminares sugeridos por la actual conducción del Hospital, según consta en el 2º Informe Parcial.

El tema de la calidad es reconocido con distintos nombres: calidad total, mejoramiento continuo de calidad (CQI), gerencia de calidad total (TQM).

Vale la pena aclarar que el concepto de calidad es diferente que el tradicionalmente acuñado por la atención médica y vinculado a la auditoría o al monitoreo de la atención efectuado exclusivamente por profesionales médicos. En realidad se trata de un nuevo enfoque o teoría de la administración empresarial llevado al campo de la salud, en la que todos los miembros de la organización en los distintos niveles son verdaderos "gerentes o custodios" de la calidad de los procesos de producción y sus resultados parciales o finales. Está más dirigido al cómo hacer que al qué hacer, en el entendimiento que la validación de las decisiones estriba principalmente en los procedimientos de sus adopciones y que el conocimiento íntimo asienta en los que utilizan las tecnologías y producen.

Esos enfoques de calidad levantan prioritariamente la cuestión del liderazgo y su compromiso con el cambio, con el concepto de calidad, con la importancia de los sistemas y procesos, y por supuesto, con los usuarios. En ese sentido, la "misión" de la organización hospitalaria se centra en la calidad.

Los expertos afirman que el mejoramiento efectivo de la calidad requiere compromiso importante e involucramiento de los que están ejerciendo liderazgo, bajo el supuesto de que si el cambio no es promovido desde arriba, difícilmente se producirá.

Los líderes deben entender los principios relativos a calidad y construir a partir de ellos la misión de la organización. Deben comprometerse con conceptos tales como: "empowerment" (en el sentido de fortalecimiento y participación), satisfacción de las expectativas de los clientes, comprensión de procesos e instrumentos para el cambio, educación del personal en la filosofía del cambio, estímulo a la comunicación y espíritu de respeto entre el personal de todos los niveles.

Los líderes para el cambio hospitalario, sobre todo tratándose de un establecimiento de referencia provincial, son como mínimo los que conforman el grupo de conducción y gobierno del establecimiento, los jefes de departamentos y de servicios médicos y de enfermería, todos ellos con la adhesión de crecientes núcleos del personal y con la comprensión y apoyo de las autoridades sectoriales del gobierno: ministro, secretario y directores del nivel central.

La intención es conseguir un número importante de personas, dentro y fuera del hospital que compartan el criterio de la necesidad del cambio y acuerden acerca de su direccionalidad.

Lo que se dijo acerca de la formulación explícita del ideario compartido de la institución podría identificarse con la definición de la propia concepción de calidad que se asumirá en la gestión. La definición que se adopte acerca de la calidad marcará los valores de la organización y de ella se habrán de desprender los objetivos concretos hacia los cuales se oriente la acción hospitalaria.

Puede precisarse que la calidad podrá estar referida a todos o a algunos de aspectos tales como: conformidad con estándares, satisfacción de pacientes, resultados de salud adecuados, mejoramiento continuo de las prestaciones, alta productividad, acceso a la atención, cuidados apropiados, derechos de los usuarios, humanización y ética, etc.

La construcción del ideario compartido es el momento en que los líderes que habrán de conducir la propuesta de cambio deben acordar, a nivel del sistema de salud provincial y del propio hospital Castro Rendón, el paquete valorativo que dé direccionalidad y rumbo a sus organizaciones. Las preguntas que deberán surgir posteriormente, para la toma de decisiones respecto al qué hacer, harán referencia a la medida en que las actividades que se proponen o realizan contribuyen a alcanzar la calidad deseada y concretar la misión. Esto quizás, no es nuevo para la provincia, pero lo que es nuevo es la circunstancia. Una vez adoptado el ideario, hay que ser perseverante y coherente hasta obtener frutos.

Se estima que la tarea de definición de un ideario compartido generará expectativas positivas que facilitarán la gobernabilidad del establecimiento. Es necesario despejar toda duda acerca de las intenciones del gobierno, dejando en claro la voluntad de sostener a los efectores públicos como actores principales en la atención de la salud neuquina.

Algunas de las definiciones de calidad propuestas por los entendidos en el campo empresarial pueden ayudar a precisar su orientación valorativa.

W. Edwards Deming: "Reducción en la variación (respecto de lo producido), como base de un mejoramiento continuo, sin fin".

"Otros componentes de la calidad incluyen: el orgullo del trabajo humano, profundo conocimiento y profunda habilidad"

"Es necesario separar conformidad del usuario de

conformidad con especificaciones (diseño) y dar satisfacción a ambas".

Joseph M. Juran: "Ajustado al uso; hay dos componentes de ese ajuste: características del producto o servicio que satisfagan las necesidades del cliente y libre de deficiencias".

"Para entender la calidad es necesario conocer en detalle el significado de satisfacción e insatisfacción en relación a un producto. La satisfacción del usuario es sólo una parte: "pequeña calidad"; para tener una visión completa de la "gran calidad" hay que tener en cuenta el punto de vista de todos los afectados por la producción y venta, así como los servicios de comercialización y apoyo, de los bienes y servicios."

Philip B. Crosby: "Conformidad con los requerimientos y hacerlo bien la primera vez; el estándar para esa conformidad es: defecto cero".

Limitar la definición de calidad a conformidad con requerimientos de los usuarios no facilita la innovación ni el mejoramiento de procesos ni la gestión de la organización como tal. Es necesario pues calar en cada uno de los procesos y en toda su dimensión, reducir sus insatisfacciones, hacerlo con profundo conocimiento y habilidad, hacerlo bien en la primera vez sin repeticiones y sin defecto, de acuerdo a diseño, ajustado estrictamente a lo necesario y suficiente, con estabilidad en la producción salvo las variaciones que se requieran para un mejoramiento continuo.

El reconocimiento del trabajo bien hecho, que redundaba en el orgullo por lo producido, es una función del liderazgo frecuentemente postergada o no ejercida, problema vigente en el Hospital Castro Rendón y señalado por la nueva conducción.

Dentro de estos enfoques, es importante la idea de que el mejoramiento de los procesos y los sistemas es más relevante que las acciones tendientes al mejoramiento del desempeño de las personas. Los líderes deben entonces entender el funcionamiento de los sistemas y sus procesos; ese conocimiento no es sólo cuestión de sentido común o de intuición, sino que "requiere estudios detallados y precisos".

Otro factor importante para el desarrollo de los enfoques de calidad es el involucramiento del personal y el trabajo en equipo. Para ello se requieren también actividades de entrenamiento y promoción, a fin de facilitar la aplicación de dichos conceptos en la acción cotidiana.

Para que los grupos funcionen es necesario tener un lenguaje común acerca de calidad, debe haber una atmósfera de cooperación y confianza y los trabajadores deben ser estimulados a asumir riesgos, es necesario un grupo responsable para eliminar los obstáculos de modo que los demás puedan trabajar con efectividad y ese grupo debe asegurar que cada uno tenga la capacitación necesaria para el

mejoramiento de la calidad. Uno de los mayores beneficios es la eliminación de la competitividad.

El mejoramiento de la calidad tiene puesto su foco en los usuarios y en las relaciones prestador-cliente, tanto internas como externas; los pacientes y sus familias en este esquema, no son los únicos clientes: cuando un especialista solicita un estudio o una interconsulta, su rol es el de cliente y quien brinda el servicio es el prestador. Pensarlo de esa forma otorga a los procesos mayor complejidad, ya que se requiere no sólo identificar a los "clientes" sino que es necesario comunicarse con ellos, conocer sus preferencias y sus expectativas. La apreciación de esas relaciones es básica para entender el concepto de calidad. Es necesario un estudio detallado de esas relaciones, si existe el compromiso del mejoramiento de la calidad.

El cambio exige una ardua tarea para su implementación.

Los aspectos básicos para la implementación del cambio se refieren a: toma de conocimiento y sensibilización acerca de la necesidad del cambio, compromiso de los líderes, cambios estructurales para dinamizar el cambio y capacitación del personal.

Las etapas de la implementación del cambio, son:

- . Sensibilización de los líderes,
- . Compromiso de los líderes,
- . Capacitación gerencial,
- . Adecuaciones estructurales, en particular la constitución de un grupo de líderes, para dinamizar el cambio,
- . Establecimiento de prioridades, selección y priorización de áreas,
- . Desarrollo de proyectos en áreas seleccionadas,
- . Diseminación de proyectos,
- . Incorporación de los principios del cambio en todos los niveles,
- . Cambio cultural.

Los líderes de un proceso de cambio deben formular el plan general y no hacer pequeños planes, deben definir objetivos y productos de los macro-procesos.

Los líderes deben, según Juran, establecer un enfoque formalizado para:

- . Determinar la organización basada en los clientes
- . Detectar las necesidades de los clientes
- . Involucrarse en esa detección
- . Monitorear a los responsables de esa detección
- . Auditar el proceso de planificación de calidad
- . Desarrollar los objetivos de calidad para la organización basados en la información obtenida acerca de sus clientes y necesidades.
- . Priorizar esos objetivos
- . Seleccionar los vitales, que deben ser alcanzados
- . Establecer los grupos por proyectos y asignar responsabilidades

- . Asegurar capacitación
- . Proveer los recursos necesarios
- . Establecer un sistema para evaluar el desempeño de calidad en la organización.

Deming dice que los líderes deben:

- . Aceptar la responsabilidad de la mayor parte de los problemas de calidad de la organización de carácter sistémico y por lo tanto bajo su control
- . Entender y establecer los procesos estructurados en base a solución de problemas
- . Entender las limitaciones de los datos retrospectivos y trabajar el presente con miras al futuro
- . Comprometerse con la calidad estableciendo un sistema que asegure que la calidad está diseñada para cada producto o servicio
- . Institucionalizar el trabajo de grupo
- . Seleccionar los focos de calidad para la organización
- . Proveer la capacitación necesaria
- . Concentrar los esfuerzos de la organización en los cambios sistémicos

Crosby dice que los líderes deben:

- . Determinar el estado actual de la calidad
- . Establecer objetivos de calidad
- . Desarrollar los planes estratégicos para orientar la organización a la situación deseada de calidad
- . Promover el compromiso de la organización hacia la calidad
- . Capacitarse
- . Comprometerse con la capacitación de otros
- . Desarrollar consistencia, nunca aceptar como válida ninguna razón para que un producto o servicio no se adecue a los diseños preestablecidos.

El tiempo que demanda la totalidad del proceso de implementación del cambio es algo poco predecible, y seguramente será diferente según el establecimiento y sus respectivas cultura e historia; los que lo han afrontado dicen que se necesita paciencia y persistencia, pero difícilmente haya ejemplos disponibles de procesos terminados. Salvo las dos últimas etapas, un tiempo razonable podría estimarse entre dos y cuatro años; pero pueden aparecer resultados parciales antes de ese período.

Valen algunas reflexiones acerca del costo de la calidad; los mitos establecen que la calidad es gratis, pero la realidad es que la calidad tiene un precio, expresado en compromiso y tiempo de los trabajadores, en equipos, tecnología e información, en capacitación y en tiempo y experiencia gerencial.

Con frecuencia se dice que la calidad representa un gasto adicional que los clientes pueden no querer pagar. La realidad es que bien hecha, la calidad puede ahorrar dinero a través de reducción de tiempo, conocimiento y materiales mal gastados, o del incremento de

la productividad removiendo barreras y cuellos de botella, o del mayor interés en el trabajo, o la mayor satisfacción de los clientes.

Muchos de los principios y métodos de calidad han sido incorporados como estándares de acreditación hospitalaria:

- . el rol clave de los líderes para el mejoramiento del desempeño de los servicios,
- . el hecho de que la mayor parte de los problemas y oportunidades para el mejoramiento provienen de debilidades de los procesos y no de incompetencias individuales,
- . la necesidad de una coordinación cuidadosa del trabajo entre departamentos y grupos profesionales,
- . la importancia de recoger opiniones de los pacientes y de otros "clientes" acerca de la calidad y usar esos juicios para identificar áreas de mejoramiento,
- . la importancia de establecer inteligentemente las prioridades para el mejoramiento,
- . la importancia del mejoramiento del desempeño de las funciones claves y el mantenimiento de la estabilidad de estas funciones.

b. El enfoque del Modelo Evaluativo de la Calidad de los Sistemas de Salud

Un segundo enfoque instrumental, que consideramos puede ser de suma utilidad para la conducción sectorial y hospitalaria, es el modelo evaluativo para sistemas locales de salud, en cuya elaboración el grupo consultor ha participado así como personal y otros actores locales de las provincias de Neuquén y Río Negro.

Este segundo enfoque debe ser visto en complementariedad con el primero y como un avance de su operacionalización conceptual, ya que intenta una definición pragmática de la calidad para los sistemas locales de salud.

No se ha intentado ninguna adaptación al nivel hospitalario pues entendemos que lo contiene y que el establecimiento debe ser interpretado en su contexto local, en vinculación con otras organizaciones de salud, en un espacio poblacional concreto y no como una entidad aislada.

El modelo incluye tres grandes dimensiones de la calidad, como "capítulos" principales:

- Capacidad y desempeño Organizacional y Gerencial
- Capacidad y desempeño Técnico Asistencial
- Capacidad y desempeño Social

La hipótesis central que vincula las tres dimensiones se expresa en que la calidad de los sistemas locales, entendida como Capacidad y Desempeño Social de los mismos, depende de la interacción apropiada entre lo Organizacional y Gerencial y lo Técnico-Asistencial, reflejada en el equilibrio y armonía de sus desarrollos, en un contexto dado.

Esas dimensiones se refieren básicamente a aspectos estructurales la primera, a aspectos de proceso la segunda y a resultados la tercera. Desde una perspectiva tecnológica también pueden ser vistas como de tecnologías de apoyo, de tecnologías centrales y de efectos sociales de la aplicación tecnológica.

En cada una de las dimensiones se incluyen a la vez aspectos intermedios estructurales, procesuales y de resultados; a ello hacen referencia los conceptos de "capacidad", como los aspectos más estructurales, y de "desempeño", como los aspectos más procesuales y de resultados, bajo el supuesto de que la calidad de los sistemas locales de salud se expresa en términos de potencialidades (capacidades) y de cumplimiento de objetivos mediante acciones adecuadas (desempeños).

La apertura de esas dimensiones en subdimensiones y variables levanta aquellos aspectos de los cuales dependen los mejores desarrollos a fin de facilitar a los decisores las intervenciones que permitan operar cambios positivos. Por lo tanto, constituye un esquema evaluativo para la acción. Las preguntas que guiaron básicamente la elaboración fueron: ¿de qué depende o dependió? además de, ¿qué sucede o sucedió? en materia de desarrollo organizacional y gerencial, desarrollo técnico asistencial y retorno social del sistema.

En otras palabras, constituye un enfoque evaluativo prospectivo útil para la planificación y programación de actividades, más que una visión retrospectiva exclusivamente. No separa la evaluación de la planificación, ya que la primera concluye habitualmente con recomendaciones avanzando en el terreno de la planificación. La principal diferencia consiste en que una visión únicamente retrospectiva/descriptiva considera la situación presente como punto de llegada, mientras que la inclusión de un enfoque prospectivo considera el presente como un nuevo punto de partida. En este marco, los aspectos contextuales se tienen en cuenta en el análisis de cada una de las subdimensiones y variables, no exclusivamente como factores restrictivos u obstáculos, sino como desafíos para la innovación, la adecuación y el cambio.

Lo anterior no niega la necesidad de un enfoque histórico, como concepto más amplio que lo meramente retrospectivo, posibilitando una mejor interpretación y formulación de las intervenciones requeridas. Las dimensiones del modelo representan espacios de transformación: la primera -organizacional y gerencial- es de índole político-jurídica y político-administrativa, y contempla principalmente los aspectos de autonomía y de descentralización y participación; la segunda -técnico - asistencial- representa el campo político-operativo para la real transformación asistencial; la tercera -capacidad y desempeño social- expresa la direccionalidad y el retorno social del sistema.

Las variables incluídas en el modelo son conceptos, o sea, abstracciones obtenidas de acontecimientos observados o una representación abreviada de una diversidad de hechos. Su propósito es simplificar el pensamiento, resumiendo un número de acontecimientos bajo un epígrafe general.

DIMENSION I : CAPACIDAD Y DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL Y GERENCIAL

1. Aptitud para la conducción del sistema

- .Condiciones para la conducción autónoma del sistema local.
 - Existencia de Normas Jurídicas que respalden la gestión autónoma: autoridad local en materia decisoria en salud.
 - Ambito de competencias y funciones en el sector salud, (concentración/dispersión).
 - Dependencia jurisdiccional de los efectores.
 - Autonomía económico-financiera:
 - .Peso de los recursos externos (del sistema mayor) en relación a los recursos locales en salud.
 - .Aplicación de los recursos externos (del sistema mayor) a programas verticales o a programas propios.
 - .Existencia de programas que generen recursos genuinos.
 - Actitud de los decisores respecto del ejercicio de sus facultades autónomas (reafirmación pública de la autonomía local).
- .Capacidad de gerencia.
 - Adecuación institucional en relación con el desempeño de las funciones gerenciales:
 - .Existencia de áreas funcionales claves.
 - .Espacios institucionales de articulación entre niveles.
 - .Actualización/obsolescencia de la estructura orgánica.
 - Desarrollo de recursos humanos a nivel gerencial:
 - .Capacitación (tipo y nivel alcanzado) de los gerentes.
 - .Sistema de capacitación gerencial.
 - .Mecanismos de reclutamiento y recambio de los cargos.
 - .Criterios de interdisciplina para la cobertura de los cargos.
 - .Estabilidad o continuidad en las funciones.
 - Desarrollo de la función gerencial en los distintos niveles:
 - .Adecuación de decisiones estratégicas a demandas y necesidades del contexto local.
 - .Adecuación de los procesos de administración de recursos.
 - .Negociación y administración de conflictos.
 - .Liderazgo.
 - .Aptitudes para la innovación.

2. Ordenamiento organizacional y coordinación de redes

- .Estructura de la organización del sistema
 - Evolución del peso relativo de los subsectores en la conformación del sistema.
 - Distribución geográfico-poblacional de las organizaciones sectoriales.
 - Evolución del ordenamiento regionalizado de los subsectores: criterios, funciones, unidades político-administrativas, unidades de operación. Relación de la regionalización del sector con la de otros sectores.
 - Alcance del proceso de descentralización:

- .Roles centrales/roles locales: grado de autonomía decisoria alcanzado a nivel regional, local e institucional; facultades y competencias transferidas:
 - .identificación de problemas y decisión sobre objetivos de acción en las instancias locales.
 - .capacidad de decisión sobre recursos y procesos administrativos claves.
 - .capacidad de regular y controlar las acciones de los actores involucrados.
- Inclusión del enfoque participativo en el proceso de descentralización.
- .Articulación entre organizaciones, sectoriales y extrasectoriales.
 - Actitud y desempeño de los principales actores respecto del trabajo conjunto.
 - Vínculos entre organizaciones:
 - .naturaleza: .intercambio de información/comunicación .trabajo coordinado, cooperativo o colaborativo, en prestaciones y/o programas y proyectos, en docencia/investigación
 - .formalización: marco legal, existencia de convenios
 - .modalidad de adhesión: voluntariedad, flexibilidad, horizontalidad, fluidez.
 - .continuidad: periodicidad y estabilidad.

3. Aptitud para la gestión participativa

- .Concepción de los decisores públicos y de distintos actores sociales, acerca de la participación en salud y de las estrategias para su desarrollo.
- .Existencia de demandas organizadas de la población en torno a problemáticas de salud. Reconocimiento y agregación de las mismas por parte del sistema.
- .Institucionalización de la participación.
 - Espacios formales e informales para la deliberación y concertación en las instituciones y con la comunidad, en los diferentes niveles.
 - Tipo de actores convocados en los espacios existentes (grados de exclusión/inclusión)
 - Intervención de los actores en las etapas del proceso de deliberación y concertación (elaboración, adopción, ejecución y control de decisiones).
- .Modalidades para la promoción de la participación comunitaria:
 - Fomento de formas organizativas.
 - Estrategias de activación de la participación comunitaria.

4. Idoneidad económico-financiera del sistema

- .Disponibilidad y oportunidad de recursos financieros.
 - Mecanismos de ejecución presupuestaria y liberación de créditos: flujo financiero.

- Montos asignados en Personal, Funcionamiento, Capital; relaciones entre sí.
 - Gasto per capita del Estado y la Seguridad Social.
 - Capacidad de pago de bolsillo de la población.
- .Adecuación de los mecanismos de financiamiento al modelo organizativo deseable.
- Montos y modalidades de pago por prestaciones entre subsectores (intersectorialidad).
 - Distribución de recursos financieros entre niveles de atención (integralidad).
 - Distribución de recursos financieros por áreas geográficas/ población (equidad).
 - Montos y modalidad de asignación de fondos a las unidades de ejecución (descentralización).
- .Aplicación de instrumentos económicos para la regulación del uso y de la incorporación de tecnología.
- Existencia de normas regulatorias.
 - Existencia de precios regulados.
- .Modalidades de vinculación entre población, aseguradores y prestadores.
- Formas de pago y mecanismos de acreditación y control.
 - Normas de contratación entre aseguradores y prestadores: integralidad, calidad.
 - Pago de bolsillo / Pagos adicionales
 - Dependencia de las entidades contratadas.
 - Intermediaciones.
- .Modalidades y estructura de la programación, la ejecución y el control presupuestario.
- Metodología de programación presupuestaria.
 - Capacidad de ejecución presupuestaria: % de ejecución por partidas principales.
 - Niveles y mecanismos de información y control.
 - Existencia y uso de información de costos para la formulación de presupuestos.
- .Productividad del sistema.
- Rendimiento de los recursos, global y por niveles de atención (personal, cama, servicios)
 - Capacidad ociosa de infraestructura y equipamiento
 - Disponibilidades: horaria, de personal, de insumos, de mantenimiento.
5. Idoneidad del sistema de comunicación institucional y social
- .Adecuación a la problemática social y sanitaria
- Correspondencia y oportunidad de los contenidos comunicacionales con la situación epidemiológica.
 - Alcance y destino de los programas comunicacionales.
 - Percepción y opinión de la población respecto de los mensajes.
 - Conocimiento de la población respecto a conductas recomendables frente a problemas de salud específicos.

- .Adecuación de los procesos y recursos comunicacionales al desempeño y desarrollo del sistema.
 - Asignación de la función comunicacional en las estructuras institucionales.
 - Componentes comunicacionales en los programas.
 - Correspondencia entre contenidos, modalidades y destinatarios.
 - Etica de los procesos comunicacionales.
 - Proceso de elaboración y transmisión de mensajes (perfil de los participantes, capacidades, interacciones, etc.)
 - Consistencia entre los contenidos comunicacionales sociales e institucionales.

- .Contribución a la transparencia de la gestión del sistema.
 - Difusión de los resultados de la gestión.
 - Grado de conocimiento de determinados actores respecto de la gestión del sistema (en aspectos específicos).

DIMENSION II : CAPACIDAD Y DESEMPEÑO TECNICO ASISTENCIAL

1. Adecuación de los servicios de salud y de otras organizaciones sociales vinculadas, a las necesidades y demandas locales.
 - .Reconocimiento de las necesidades y demandas locales.

 - Juicio apreciativo de los técnicos locales respecto de la información básica: disponibilidad, confiabilidad, actualización, cobertura, desagregación, difusión, utilización, participación de los usuarios y de los servicios. En particular sobre los siguientes rubros:
 - Análisis poblacionales y epidemiológicos:
 - .identificación de la estructura de población:
 - .por edad y sexo
 - .por áreas geográficas y programáticas
 - .por indicadores socioeconómicos (de pobreza)
 - .dinámica poblacional:
 - .evolución de las tasas de natalidad, mortalidad; migraciones.
 - .evolución de la tasa de crecimiento poblacional.
 - .estudios epidemiológicos:
 - .evolución de las tasas de mortalidad por causas.
 - .evolución de las tasas de mortalidad y morbilidad por causas evitables.
 - .evolución de las principales tasas específicas: mortalidad infantil y otras.

- Análisis de la demanda histórica:

- .Consultas y egresos; prácticas y estudios especializados.
 - .Consultas y egresos por causas.
 - .Consultas y egresos por edad y sexo.
 - .Consultas y egresos por complejidad: por especialidades, por cuidados progresivos.
- .Reconocimiento de las disponibilidades locales y del espectro de funciones y prestaciones del sistema.
- Tipología de efectores, sectoriales, de otros sectores y sociales, según naturaleza, capacidad resolutive, especialización y áreas geográfico-poblacionales.
 - Funciones y prestaciones que se brindan localmente y prestaciones de derivación externa al sistema.
- .Correspondencia entre problemas, prestaciones y disponibilidades
- Normatización y articulación entre niveles de atención
 - .Relación entre la complejidad de la demanda y el nivel en que se la atiende.
 - .Proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Balance entre necesidades/demandas y estructura de la producción histórica y potencial.
- .consultas y egresos por hab/año, controles a grupos de riesgo, vacunaciones, etc, comparado contra parámetros y normas.
 - .idem, contra la producción potencial con los recursos disponibles, (rendimientos potenciales).
- Acompañamiento del sistema en su desarrollo histórico, frente a los cambios tecnológicos y socio-epidemiológicos de la población
- .Balance entre análisis socio-epidemiológicos y respuestas y previsiones del sistema para la atención de las personas y del medio.
2. Atención de la demanda espontánea, focalización de acciones en grupos poblacionales en riesgo biológico-social o con daños específicos y estrategias promocionales para la población general.
- .Resolución de los problemas de urgencia, agudos y de larga evolución.
 - Caracterización de la utilización en pacientes de urgencia, de consultas no urgentes y de internación, de acuerdo a estándares, según áreas geográfico-poblacionales.
 - Organización del sistema y de los establecimientos para la atención de los problemas de urgencia, agudos y de larga evolución.
 - .Disponibilidad horaria de los servicios en la

- urgencia y la atención programada y de demanda espontánea no urgente.
 - .Redes de atención de especialidades y de urgencias por patologías.
 - .Mecanismos para otorgamiento de turnos para la atención.
 - .Disponibilidad de medios de comunicación y traslado para atención de las urgencias.
 - .Acceso a medios diagnósticos y terapéuticos para resolución de urgencias y no urgencias.
 - .Disponibilidad de servicios para pacientes de larga evolución.
- Rechazos de la demanda de atención espontánea y programada.
- .Estimaciones por parte de los servicios.
 - .Apreciación por parte de los usuarios reales y potenciales
- Modalidades de atención no tradicionales: internación domiciliaria para pacientes de larga evolución, hospital de día, cirugía ambulatoria, enfermería domiciliaria, etc. (existencia, peso relativo de la producción).
- Captación de pacientes demandantes para su incorporación en programas selectivos (ej. para programas materno-infantiles).
- Resolución de otras necesidades de salud y sociales acumuladas.
- .Utilización del tiempo de pacientes en tratamiento e internación, en particular los de larga duración.
 - .Captación para incorporación a otros programas sociales (educación, nutrición, vivienda, infraestructura, trabajo, etc).
- .Desarrollo de programas selectivos para grupos en riesgo y de estrategias de prevención primordial para la población general.
- Concepción de los decisores acerca del enfoque de riesgo para la toma de decisiones en el campo sanitario y social, su promoción y alcance aplicativo en las distintas instancias y niveles del sistema.
- Identificación de las áreas poblacionales de pobreza (pobres estructurales y pauperizados).
- Aprovechamiento de recursos sociales (escuelas, clubes, centros comunitarios, etc.)
- Desarrollo central y local de la vigilancia epidemiológica.
- .existencia y vigencia estructural de la función epidemiológica en los niveles central y local.
 - .normativa epidemiológica existente.
 - .difusión y utilización de la información producida.
- Incorporación del concepto de riesgo en la programación local participativa.
- Programas de promoción, captación, control y seguimiento para grupos específicos de riesgo: pertinencia, índole,

- cobertura, destinatarios, recursos atribuidos, articulación entre sí y con otros programas sociales, de infraestructura y del medio.
 - Actividades programadas del personal de los efectores -médico y no médico- en la comunidad (visitas periódicas, rondas, campañas).
 - Desarrollo del autocuidado.
 - .Grado de dependencia de los usuarios con el sector.
 - .Acciones desde el sector salud para el autocuidado.
 - Campañas comunicacionales específicas: tabaquismo, alcoholismo, hábitos alimentarios, SIDA, drogas, seguridad, accidentes, etc.
 - Accesibilidad y utilización de los servicios por parte de la población en riesgo.
 - .Desarrollo de la normatización de la atención de la salud.
 - Características generales del proceso normativo: promoción, generación, difusión, adecuación, control, actualización, uso de criterios de riesgo, conocimiento y uso por parte del personal respectivo; en particular para:
 - .principales patologías
 - .acciones de los programas selectivos.
 - .referencia y contrarreferencia de pacientes.
 - .aspectos administrativos del proceso de atención.
 - .control de programas, proyectos e instituciones.
 - Acreditación de efectores y control de calidad de las prestaciones.
 - Desarrollo de la humanización y ética de la atención.
 - Difusión y docencia de aspectos de humanización y ética
 - .inclusión de temas relativos en programas, discursos etc.
 - .existencia de materiales informativos acerca de derechos y obligaciones de los usuarios.
 - Trato humanizado por parte del personal de salud. (opiniones de los usuarios)
 - Condiciones de privacidad y confort de los establecimientos.
 - Resolución de problemas éticos.
 - .existencia de comités de ética, o grupos ad-hoc, en los diversos niveles del sistema.
 - .tratamiento de casos: temáticas, participantes, mecánica de trabajo, decisiones adoptadas.
 - Conciencia y defensa de derechos por parte de la gente.
 - .quejas, reclamos, juicios, etc. registrados.
 - .nivel de información de los usuarios acerca de sus derechos y obligaciones.
 - .práctica del consentimiento informado para procedimientos de diagnóstico y tratamiento.
3. Suficiencia y adecuación de los recursos para la realización de las acciones requeridas.
- .Adecuación cuali-cuantitativa de las disponibilidades de recursos humanos, de sus capacidades y compromisos.
 - Estructura del recurso humano existente en el sistema, y su relación con la población.

- Requerimientos para el ingreso.
 - Modalidad de trabajo en equipo/interdisciplina.
 - Formación local de recursos humanos/Reciclaje local.
 - Oportunidades de actualización y capacitación continua.
 - Vinculación docencia-servicios.
 - Sistemas de incentivos.
 - Formas de pago a los recursos. Niveles remunerativos.
 - Niveles de ausentismo.
 - Atrición/rotación del recurso humano.
 - Múltiple pertenencia/tiempo de dedicación profesional.
- .Adecuación de los insumos y del sistema de producción y suministros.
- Existencia de comités y normativa para compras y suministros (ej. medicamentos, vademecum por niveles).
 - Descentralización/centralización de las compras.
 - Criterios para el destino y distribución de los insumos.
 - Coordinación interinstitucional y subsectorial para el abastecimiento.
 - Organización de almacenes, procesamiento y abastecimiento.
 - Mecanismos de control de existencias.
 - Adecuación de los insumos a las necesidades de atención y cuidado.
 - Disponibilidad/continuidad/oportunidad de recursos críticos.
 - Regulación, fiscalización y control de las plantas productoras locales.
- .Adecuación de los recursos físicos -tecnologías de equipo y planta-.
- Mantenimiento/obsolescencia de los establecimientos.
 - Funcionalidad/seguridad/confort de las plantas y del equipamiento de obra.
 - Desarrollo de equipos para la arquitectura e ingeniería hospitalaria.
 - Estado, funcionamiento y mantenimiento de los equipos (asistencial, mobiliario y automotores).
 - Disponibilidad de equipos claves.
- .Adecuación de las combinatorias de recursos a la especialización funcional de las organizaciones.
- Exceso/defecto de recursos entre sí, en relación con las complejidades de los establecimientos y de las prestaciones realizadas y requeridas.

DIMENSION III : CAPACIDAD Y DESEMPEÑO SOCIAL DEL SISTEMA

1. Resultados logrados en equidad, en términos de cobertura y acceso.

.Desarrollo de la extensión de la cobertura geográfica-poblacional, prestacional, de recursos y financiera en relación con los requerimientos sociales del área sanitaria.

- Cobertura de recursos humanos y de prestaciones por áreas sanitarias; comparación con la jerarquización
- Distribución del gasto por área geográfica; comparación con la jerarquización.
- Brecha de cobertura en las distintas entidades del seguro: población cubierta por Obras Sociales según ingresos medios de las mismas.
- Cobertura de los programas materno-infantiles comparado con madres y niños NBI, por áreas geográficas. Juicio sobre "llegada" de los programas a los grupos vulnerables.

.Evolución del acceso al sistema de salud:

- Probabilidad de acceso de la población a efectores de los diferentes niveles de atención.
- Restricciones al acceso por coseguros (en Obras Sociales) o aranceles (en los efectores públicos).
- Evolución de los tiempos de espera en algunos servicios seleccionados (o para ciertas prestaciones seleccionadas): listas de espera, esperas presenciales, otorgamiento de escasos números diarios, etc.
- Evolución de los horarios de atención en los servicios.

2. Efectividad social del sistema

.Mejoramiento de la situación de salud

- Evolución de las tasas de mortalidad general y específicas (por edad, sexo, áreas, etc.)
- Evolución de la estructura de la mortalidad por causas
- Evolución de la expectativa de vida.
- Evolución de los "años útiles de vida".
- Evolución de la mortalidad evitable.
- Evolución de la mortalidad proporcional.
- Evolución de la morbilidad; tasas generales y específicas (para algunas patologías y grupos seleccionados).
- Evolución de las discapacidades sensitivas, motoras y mentales.

.Contribución al mejoramiento de la calidad de vida.

Opiniones de la gente y de los miembros del equipo de salud acerca de la contribución sectorial en:

- Información brindada por los efectores a los pacientes o familiares, sobre diagnósticos y procedimientos. (Existencia de consentimiento informado).
- Trato personalizado, confort y consideración al grupo familiar, en los efectores y su personal.
- Confianza de la gente en el sistema para la conservación de la salud familiar y el cuidado de los enfermos.
- Comprensión de la población acerca de la cadena causal del proceso salud-enfermedad: cuidado del ambiente, del agua, de la disposición de excretas; nociones de puericultura, de la dieta, de los cuidados post-alta de los enfermos, etc.
- Cambios favorables generados en instituciones extrasectoriales debido a acciones sectoriales (en escuelas, saneamiento ambiental, clubes, otras instituciones)

- .Satisfacción respecto del sistema de atención.
- Satisfacción de la gente respecto del acceso a los servicios: distancias, horarios, trámites, pagos.
- Satisfacción de la gente respecto a la resolución técnica de la atención.
- Satisfacción de la gente respecto del trato por parte del equipo de salud.
- Satisfacción de la gente respecto de la información brindada por el equipo de salud.
- Satisfacción de la gente respecto de las condiciones de confort y privacidad en los espacios de atención.
- Satisfacción de los miembros del equipo de salud respecto del sistema.

3. Eficiencia social del sistema

- .Eficiencia y costo/eficiencia
- Evolución de la productividad global del sistema.
- Evolución de la relación consultas/egresos.
- Gasto unitario por consultas y por egresos.
- Índice compuesto de gasto unitario.
- Estructura de costos según niveles de atención (terapia intensiva, internación en cuidados moderados, ambulatorios generales y especializados, atención de primer nivel)
- Evolución del gasto unitario de consultas y egresos según niveles de atención.
- Evolución de la relación gasto unitario en consultas/gasto unitario en egresos.

- .Evolución del costo/efectividad
- Relación entre gasto en salud y disminución de morbilidad y de mortalidad.
- Evolución del gasto per cápita comparado con la evolución de tasas de mortalidad y morbilidad, por áreas geográficas, comparado con la jerarquización de áreas.

c. Algunos aspectos gerenciales y económico financieros

Todos los problemas planteados en las reuniones habidas con la actual conducción del hospital y que fueran sintetizados en el segundo informe parcial, tienen cabida dentro de este esquema y adquieren una particular y determinada jerarquía dentro de un ordenamiento de conceptos, en un intento de vincularlos en una interrelación causal.

Sea este el esquema u otro que el grupo de conducción adopte, este camino habrá de transitarse para encontrar códigos comunes y poder operar. La construcción del ideario común no termina en el enunciado de buenas intenciones y el proceso de cambio tampoco con la construcción de este esquema. La cuestión es llevar ideas e intenciones a la práctica profesional, institucional y social, y éstos son pasos intermedios ineludibles.

La idea sería conformar grupos de calidad en torno a los problemas categorizados y jerarquizados en esta forma u otra, atenderlos con un

orden de prioridad y darles tratamiento con los criterios de calidad especificados previamente. La capacitación no debería ser masificada sino particular para esos grupos al igual que otros apoyos.

Los gerentes deberán tener claras las premisas para el trabajo que habrán de promover:

- . Protagonismo activo de los distintos actores que tengan que ver con los procesos (teniendo en cuenta el criterio de "clientes"), desde la identificación de los problemas, las propuestas resolutorias, la acción y el control.
- . Paralelismo y simultaneidad de acciones, que significa no fragmentar la acción de acuerdo a las distinciones conceptuales (ejemplo: programación, ejecución y control), ataque simultáneo a varios problemas priorizados y conformación de diversos grupos para ello, implementando un abanico de acciones en respuesta a la multicausalidad de los problemas.
- . Gradualismo, en el sentido de intensidad relativa de las acciones, en forma creciente, por pasos, de lo simple a lo complejo tanto para afrontar la causalidad del problema como para la acción.
- . Interdisciplina, que aporte distintas visiones de la naturaleza de los problemas y de las acciones para la resolución de los mismos.

Se dijo anteriormente que para conseguir un objetivo común se necesita la colaboración de otros; cuanto más compleja la acción, más necesidad de colaboración. Si la acción es muy compleja y en gran escala, como es el caso del Hospital Mayor y del Sistema de Salud Provincial, exige la coordinación y articulación de un gran número de personas y de intereses. En esos casos la gerencia requiere de otros enfoques, particularmente por los cambios que se vienen produciendo en:

- . el intercambio con el ambiente
- . la participación en las decisiones
- . la atomización de las organizaciones (producto de la descentralización)
- . la difusión más abierta de la información
- . la aceleración del cambio contextual

También se sugirió que en una gerencia con criterios estratégicos hay que aprender a convivir con la ambigüedad y lo ilógico. En consecuencia, para tomar decisiones hay que:

- . asumir la imprevisibilidad
- . reducir los horizontes de tiempo
- . aceptar nuevas demandas públicas
- . aceptar la sorpresa tecnológica
- . someter las decisiones a criterios sociales

Entender y aceptar las organizaciones y programas modernos como entidades complejas y dinámicas, es fácil y todos lo afirman, pero conducir y hacer en la complejidad y el dinamismo no resulta sencillo ni habitual.

Hay que estar prevenido contra los engaños de la racionalización, el sentido común, las analogías, lo obvio, las tramas del poder.

Para actuar frente a la complejidad y el dinamismo, es necesario incorporar otras visiones, hay que hacer nuevos amigos, hay que traer otras disciplinas al análisis de la realidad. Hay que aprender a diferenciar, hay que precisar y no sólo medir. Debe comprenderse que lo bueno y lo malo no van en bloques tan diferenciados, hay fortalezas y debilidades concomitantes.

Hay que tener flexibilidad, esto es:

- . Aceptar la imposibilidad de consensos absolutos
- . Reconocer futuros alternativos
- . Aceptar la posibilidad de la multiplicidad de objetivos
- . Aceptar las contradicciones y comprenderlas, sin que esto signifique la síntesis de contradicciones sino la convivencia
- . Saber y hacer en el desorden
- . Ser continente de los problemas

La estrategia es la dimensión emprendedora de la organización y expresa su capacidad de renovación y crecimiento para las operaciones o la acción.

En un ambiente en rápido cambio, hay que enfrentar riesgos, lidiar con la incertidumbre, convivir con la ambigüedad y el cambio repentino. De ahí que con frecuencia se intente reprimir la incertidumbre con:

- . incrementalismo (hacer más de lo mismo),
- . reconciliación con el pasado (lo que se hacía antes era mejor)
- . disociación planificación - ejecución (unos piensan, otros hacen)
- . planificación por mini-análisis (ignorar el todo)
- . definición de objetivos en forma amplia e imprecisa (si no se sabe a donde ir, cualquier camino es bueno)
- . atención de la coyuntura (sólo evitar males y no intentar objetivos de cambio),

todas ellas líneas de acción que constituyen ejemplos de lo que no debería hacerse en una gerencia de cambio.

Para "hacer" estratégicamente, hay que tener en cuenta aspectos tales como:

- . análisis y cuestionamiento permanente del propósito final de la empresa o de su misión socio-económica,
- . fijación de objetivos en función del propósito, de los valores, de la disponibilidad de recursos y de las relaciones con el ambiente,
- . definición de los medios y estrategias según un proceso gerencial que valore la iniciativa, la proacción, el análisis racional, la visión económica, así como la intuición, la adaptación, la reacción y la decisión política.

Conviene hacer unas pocas aclaraciones sobre cuestiones relacionadas con aspectos de la administración de los recursos, en particular, los económico financieros, actualmente relevantes en un hospital cabecera de provincia en el actual contexto del estado, y con eventuales posibilidades de descentralización.

Descentralización no significa dejar librado al azar el funcionamiento de un ente, ni el desentendimiento de los niveles centrales de los problemas de la institución, sino imprimirle un mayor grado de autonomía a sus operaciones con el fin de lograr mejores desempeños en menores tiempos.

No obstante, tratándose de un ente público, la decisión de operar en forma descentralizada no se adopta desde su interior, sino que debe emerger de la autoridad de aplicación que corresponda, a efectos de contar con un marco jurídico preciso que respalde plenamente el desarrollo institucional. Aún sin la existencia de una ley sancionada, el nivel central puede desconcentrar y delegar funciones y decisiones, en el contexto de la legislación vigente, otorgando así un mayor grado de autonomía para los directivos del hospital en las decisiones fundamentales. En el campo económico financiero, la descentralización debería alcanzar el manejo de los fondos asignados presupuestariamente y los autogenerados, incluyendo los relacionados con personal.

En la actualidad cada vez crecen más las posibilidades de contar con otra importante fuente de financiación para los hospitales públicos, como son los fondos que se recuperan mediante facturación de las prestaciones brindadas a usuarios con cobertura. Obviamente siempre existieron ingresos más allá de las partidas de los aportantes, pero fueron prácticamente insignificantes en la vida de las entidades (aranceles, rifas, donaciones, etc.). La referencia que aquí se hace se relaciona con interesantes montos que se pueden lograr facturando las prestaciones que el hospital brinda a entidades intermedias como obras sociales, prepagos, empresas, etc.

Merece la pena destacar que se hace referencia a un cobro indirecto que de ninguna manera supone pagos directos de bolsillo por parte de los usuarios, por lo cual es un concepto distinto al del arancelamiento directo que sí constituiría una barrera económica al acceso a la atención de importantes sectores de la población. No se trata de pagos al momento de la prestación, sino de pagos a posteriori que se facturan para ser saldados con fondos previamente constituídos con esa finalidad por los aportes de los afiliados.

Para ello se debería implementar un simple pero eficiente sistema de registro de las prestaciones a pacientes con cobertura de algún tipo, para luego proceder a su facturación. Las líneas básicas, para que el "costo de facturar" no sea superior a lo cobrado, responden a:

- que los datos necesarios para facturar surjan desde los circuitos normales de atención a los pacientes, no creándose un oneroso subsistema sólo a los efectos de la facturación.
- debe evitarse que los pacientes o sus familiares deban acudir a las entidades de seguro para solicitar autorizaciones o compra de

bonos, lo cual es posible mediante acuerdos específicos entre el Hospital y las prestatarias, de lo contrario se generará una burocratización del sistema, pérdidas de tiempo en la atención, interminables "colas" y como peor consecuencia el ocultamiento de la cobertura por parte de los pacientes, una vez que hayan detectado que de esta forma son atendidos más rápidamente.

- los valores a facturar por las prestaciones tenderán a globalizarse, en principio a través del uso de los nomencladores de tal tipo y posteriormente con importes modulados que surjan de un sistema interno de costos, puestos en vigencia a través de contratos pertinentes. De no ser así, si se facturara cada prestación que se brinda, el área de facturación crecería tanto en número de agentes, que habría que revisar la ecuación costo-beneficio para decidir si resulta conveniente continuar facturando.
- En la actualidad no puede concebirse el éxito de un sistema de facturación, por más pequeño que sea, sin soporte informático, pero éste no debe pensarse con un alto grado de sofisticación. Bastará, en principio, con que los datos vitales se recojan en los puntos precisos.
- Por último, una estudiada distribución de la cobrado por la facturación entre el personal retroalimentará el sistema, ya que el interés de cada agente por incrementar sus ingresos, posibilitará que cada vez se pierdan menos oportunidades de facturar, a la vez que se aportará al sistema de incentivos y estímulos para el compromiso del recurso humano con el hospital.

El conocimiento por parte de los niveles decisorios de los costos de las prestaciones que otorga el hospital es de máxima relevancia. El hecho de contar con el conocimiento de los costos de las prestaciones del Hospital, no sólo hará más simple la tarea de presupuestación, sino que permitirá también una mejor información para la apertura de nuevas áreas o modalidades de atención, y mejores posibilidades de negociación para la compra o venta de servicios.

Si bien debería existir un grupo, sector o departamento de costos que organice la tarea, sólo se arribará a buenos resultados, si todo el personal del hospital (por lo menos en sus niveles altos e intermedios) desarrolla su trabajo con el convencimiento de registrar todo lo concerniente a su actividad a fin de obtener costos.

Debe recordarse que el factor determinante de mayor peso en la conformación del costo es personal y el recurso humano más caro el médico; con algunas salvedades, las horas médicas disponibles actualmente por el hospital podrían aumentar sensiblemente su producción y el nivel de ausentismo del personal fue señalado como un problema actual. El incremento de la productividad podría representar un ingreso adicional y redundar también en el mejoramiento de las remuneraciones.

La contabilidad del ente se encargará de registrar sistemáticamente todas las transacciones dignas de ser valorizadas. De esta manera informes sintéticos y oportunos retroalimentarán el proceso decisorio y posibilitarán la presentación de los estados contables a las

autoridades de contralor.

Un plan de cuentas que condense principios de claridad y síntesis permitirá registrar todos los datos de las operaciones que se desarrollan a diario, sin omitir ninguno de los conceptos que en oportunidades pasan inadvertidos pues no son desembolsados directamente por el hospital (residentes o becarios, sueldos a cargo de fundaciones, aportes o gastos de los usuarios, otro tipos de subvenciones, etc.) y su falta de contabilización inducirá a error en cuanto al costo general de funcionamiento de la institución.

Tanto el circuito administrativo, como el plan de cuentas, tratarán de contener las adecuaciones necesarias para que las mismas alimenten la contabilidad general y la contabilidad de costos, sin necesidad de un doble registro.

Por supuesto que el área contable antes de registrar una operación, someterá la misma al proceso de validación. Este control posterior, bien llevado a cabo, garantiza la "salud financiera", y es el último del circuito, pues si un error o fraude no es detectado en esta instancia, la documentación se archiva en forma definitiva y salvo la casual intervención de una auditoría, el tema no se revisará más.

Se reitera que con el aprovechamiento de la información que surja de una buena contabilidad de costos, es posible evaluar ante cada necesidad de contratar un servicio o un mantenimiento, la conveniencia de realizarlo con personal propio o transferirle la tarea a terceros contratados. En ese sentido, no debieran seguirse ciegamente los rumbos de modas o ideologías ya que cada caso puede presentarse con distintas características, resultando que en oportunidades es más eficiente contratar a terceros y en otras se ahorrarán recursos realizando los trabajos con personal propio.

En cualquier caso la decisión debería respaldarse en precisos informes técnicos que evalúen el costo-beneficio.

Pero los problemas y los riesgos no están sólo en los costos y la facturación sino al momento de la contratación. No es la intención analizar la situación actual del sector salud ni los cambios habidos, pero sí señalar algunos hechos que afectan la situación de las Clínicas y Sanatorios y de los Hospitales Públicos que actúan como prestadores, hechos vinculados sobre todo a la relación con las Obras Sociales.

La tradicional relación entre las Obras Sociales y el sector prestador, se viene diluyendo en el nuevo contexto; han aparecido otros actores y otros instrumentos en esta vinculación. Quizá el origen del cambio se encuentre en la situación económico-financiera de las propias Obras Sociales, producto de la dificultad para alcanzar un razonable equilibrio entre sus ingresos y sus egresos.

A fin de ajustar sus gastos, numerosas Obras Sociales transfirieron la responsabilidad de organizar la red comercial de sus prestadores a organizaciones intermedias, bajo la forma de Uniones Transitorias de Empresas (UTE), sociedades anónimas o sociedades comerciales. Una

Obra Social puede convenir así con una o varias organizaciones intermedias, encomendándoles la totalidad o parte de la población a su cargo, pudiendo en este último caso mantener a la vez convenios directos con profesionales o grupos médicos específicos o con instituciones prestadoras, en la modalidad tradicional. La forma indirecta, o sea, la contratación de servicios por parte de las Obras Sociales a los prestadores mediante la intermediación de las UTE, parece la tendencia dominante.

Aparece así, un circuito de pagos desde las Obras Sociales (que mantienen su función financiadora) hacia las UTE y de éstas a los prestadores, sean profesionales o instituciones.

Cuando se trata de instituciones, la conducción o gerencia de éstas, paga a la vez a los profesionales que son los que prestan en forma final el servicio a los usuarios cubiertos.

En este ciclo de intermediaciones se da un nuevo juego de interrelaciones, con nuevas reglas, nuevas explicaciones de intencionalidades y nuevos riesgos para los actores involucrados, o sea: las Obras Sociales, las UTE, las conducciones de las instituciones prestadoras, los profesionales prestadores y las propias poblaciones cubiertas, como usuarios efectivos o potenciales.

Una consecuencia ya evidente, es que los riesgos se van transfiriendo con la linealidad enunciada, y que cada uno de esos actores va elaborando sus estrategias para desembarazarse de ellos.

El juego se instrumenta a través de convenios en los que se definen principalmente, la forma en que se va a pagar, los servicios que se esperan, y el precio. Las formas de pago, según se trate del pago por prestación, por caso, por capitación, por cartera fija, o por salario, tienen efectos diversos, algunos de ellos bien conocidos, en el ciclo de relaciones planteado anteriormente.

Los servicios que se esperan pueden estar altamente desagregados o itemizados, como es el caso de los nomencladores, o bien expresados en unidades más agregadas, como pueden ser: la consulta vestida, la consulta integral o completa, en la producción ambulatorial, o bien el egreso, el paciente día, la cama ocupada, el módulo, u otras denominaciones circulantes.

El precio que se establece por estas unidades, depende de numerosos factores, entre los que se pueden mencionar: el costo del servicio brindado, la demanda existente, el valor intrínseco de la prestación para la vida del paciente, la complejidad del servicio, la composición de los factores de producción, la tradición de precios, las limitaciones legales y éticas de las profesiones intervinientes, etc.

La conducción de una entidad prestadora requiere capacidades para afrontar las nuevas reglas de negociación, a fin de minimizar los riesgos a asumir, ya que en gran medida se incurre en ellos por desconocimiento de la materia a tratar. El hospital público no debería subvaluar el precio de su producción sino competir con

eficiencia, ya que esa conducta introduce desvíos y externalidades.

Por ende, la conducción debe estar preparada para la negociación y disponer de un sistema de información para los análisis previos a las tomas de decisiones, tanto para los contratos de riesgo (indicadores de utilización de la población a cubrir, en consultas, pacientes/día, egresos, terapia intensiva y servicios de laboratorio e imágenes; valores de precios convenidos y costos de producción), como para los convenios por prestación (costos internos de producción).

Es importante que los que trabajan en las áreas de producción estén alertados acerca de los valores convenidos, a fin de estandarizar calidad técnica y costos compatibles.

Respecto a la definición de un sistema de participación porcentual sobre los ingresos autogenerados, convendría buscar un estadio intermedio entre las situaciones polares de pago por prestación a cada agente y la de reparto indiscriminado de lo producido. En el primer caso porque se estarían reproduciendo las condiciones de la medicina privada que llevan a la sobreprestación, en el segundo porque no se genera el estímulo individual suficiente para una participación más activa. La situación intermedia estaría dada por acuerdos con cada servicio para acceder al fondo de ingresos autogenerados, sobre la base de superar ciertos umbrales de producción y asumir compromisos de cumplimiento y calidad.

III. CONCLUSIONES

Se parte del convencimiento que los problemas y la crisis constituyen motores para el cambio.

Del diagnóstico se levantan dos grandes tipos de problemas: uno a nivel de la calidad institucional del Hospital Castro Rendón y otro a nivel de la calidad del sistema neuquino de salud. Los problemas se manifestaron en los recientes movimientos de fuerza que se expandieron desde el hospital al sistema, y estarían en gran parte ligados al debilitamiento o des-adequación del paradigma sanitario provincial.

En ambos casos la problemática es de carácter sistémico y por lo tanto de competencia primaria de las respectivas conducciones.

También se rescatan fortalezas, tanto para la actual coyuntura hospitalaria como las provenientes de la tradición del sistema neuquino de salud.

Se sugieren enfoques globales de carácter instrumental para el abordaje de esas problemáticas, centrados en el mejoramiento de la calidad; uno basado en el concepto de "calidad total" y otro proveniente de la evaluación de calidad de los sistemas locales de salud. Estos enfoques son complementarios, el mencionado en primer lugar de carácter más abstracto o conceptual y el segundo más aplicativo.

Los enfoques propuestos se centran en las perspectivas de los usuarios, están basados en la resolución de problemas, abordan macroprocesos en toda su extensión, lo cual les otorga su carácter sistémico, intentan resoluciones colaborativas e involucramiento de todos los actores que tienen que ver con los procesos, requieren la visión de la interdisciplina y enfatizan el fortalecimiento de los liderazgos que impulsen y conduzcan los cambios.

Particularmente, el Modelo Evaluativo tridimensional propone categorías como campos de transformación para la acción y el cambio, a la vez que ofrece una "teoría de alcance medio" que jerarquiza aspectos de los sistemas y de sus causalidades procurando facilitar la toma de decisiones; debe ser considerado como el aporte del saber técnico que debiera someterse a la discusión con los saberes de otros actores involucrados en los procesos y problemas.

Estos enfoques están más orientados al "cómo hacer" que al "qué hacer", en el entendimiento que el cómo hacer valida y legitima las decisiones que se adopten y que el qué hacer se encuentra en el conocimiento de los que tienen los problemas y que operan y producen para su superación. Por ello las recomendaciones hechas enfatizan la sensibilización y compromiso de los líderes, la capacitación gerencial, el seguimiento y monitoreo de los grupos y de los cambios para ir gradualmente alcanzando el cambio cultural que impregne toda la organización.

Las premisas mencionadas para el trabajo serían el protagonismo activo, el paralelismo y la simultaneidad de acciones, el gradualismo y la interdisciplina.

Se incluyen también unas observaciones sobre los aspectos de la administración de recursos económico financieros, ya sea en un marco de descentralización o no, tendiendo a mayores grados de autonomía decisoria. Se levantan cuestiones relacionadas con la facturación por prestaciones a usuarios con cobertura, la contabilidad de costos, y la recuperación de fondos que pueden luego distribuirse, de acuerdo con criterios establecidos, entre el plantel, como forma de cooperar con un sistema de estímulos al personal.

Ing. Juan J. Ciacera
Secretario General
Consejo Federal de Inversiones (CFI)
San Martín 871, Capital
s/d

Ref. Expte. Nº 2538
Provincia del Neuquén
Análisis de la factibilidad y
eventual ejecución de una
reestructuración orgánico-funcional
del Hospital Neuquén

Dr. Néstor A. Perrone

Buenos Aires, 11 de Febrero de 1994

SEGUNDO INFORME DE AVANCE

El presente documento contiene una síntesis de las actividades realizadas entre el 11 de Diciembre de 1993 y el 11 de Febrero de 1994 en el marco del estudio de la referencia.

Según se detalló en el Primer Informe de Avance, presentado oportunamente, durante la primera etapa se había recogido un importante caudal de información secundaria relativa al área de salud de la Provincia del Neuquén. Durante esta segunda etapa, dicha información fue sistematizada y se realizaron análisis de la misma, en particular para precisar el contexto sanitario en que se inserta el establecimiento objeto del estudio y los impactos sanitarios en materia de equidad, eficiencia y efectividad. De ese modo se construyeron 19 tablas de síntesis de información que permiten una apreciación global de la situación sanitaria neuquina. Se anexan dichas tablas síntesis.

La Tabla I muestra la situación actual del sector salud en 1992, con datos resumidos de: Población, Conformación del Sistema (establecimientos con y sin internación según dependencia), Recursos (personal, camas, presupuesto), Producción (consultas y egresos), y Productividad (principales indicadores: % de ocupación, giro, promedio de estadía). La tabla incluye además de los datos provinciales, los correspondientes a la Zona Metropolitana donde está emplazado el Hospital y que es el área de acceso directo del mismo, y los específicos del Hospital Neuquén, objeto de este estudio.

La Tabla II sintetiza la distribución de los recursos y la producción por zonas sanitarias de la Provincia del Neuquén, para 1992. La columna matriz especifica las zonas sanitarias que reflejan la división regionalizada de la provincia, en tanto que el encabezamiento señala las variables de Población, Establecimientos Públicos, Personal (diferenciando médicos, enfermeras, otros y totales), disponibilidad de camas y producción de consultas y egresos, todos en valores absolutos.

La Tabla III muestra las relaciones de cobertura de recursos y de producción de los efectores del subsector público para 1992, distribuidas por zonas sanitarias. Su análisis permite inferir una aceptable equidad en las decisiones que atañen a la distribución de recursos, así como a la cobertura de consultas y egresos, cuyos valores más importantes están centrados en las zonas más desprotegidas y carentes de recursos del subsector privado.

La Tabla IV muestra algunos indicadores que reflejan el importante peso del Hospital Neuquén en la Provincia y en la Zona Metropolitana. Se tomaron las camas, el personal, la producción de consultas y egresos y el gasto.

La Tabla V se orienta al análisis de la eficiencia y presenta estimaciones de los gastos unitarios de la consulta, el egreso y el paciente/día a nivel provincial en el subsector público, en base a dos hipótesis de gastos ejecutados: la hipótesis A con moneda ajustada incluyendo bienes de capital, obras y administración y la hipótesis B de gastos de funcionamiento con moneda corriente, excluyendo el plan de obras y los bienes de capital; en ambas hipótesis se hicieron cálculos con dos alternativas de atribución porcentual del gasto total: una del 20% para la consulta y 80% para el egreso y otra del 25% para la consulta y 75% para el egreso. De allí también se deducen dos estimaciones acerca del gasto per cápita del subsector público.

La Tabla VI también se orienta al análisis de la eficiencia y procura una aproximación al gasto medio de la consulta, el egreso y el paciente-día del Hospital Neuquén para 1992, comparándolos luego con los promedios provinciales estimados.

Las tablas VII, VIII y IX presentan la estimación del gasto per cápita del subsector público y los gastos medios de la consulta, el egreso y el paciente día por zonas sanitarias, en función de las hipótesis mencionadas para la tabla V. Estas tablas se orientan tanto a la eficiencia como a la equidad del subsector público.

Las Tablas X a la XVII están orientadas al análisis de la efectividad del sistema; los indicadores seleccionados son: natalidad, mortalidad infantil y mortalidad general, mortalidad proporcional, mortalidad infantil, precoz y tardía por zona sanitaria, mortalidad materna y del grupo de 1 a 4 años por zonas sanitarias, mortalidad por primeras causas, incidencia de patologías seleccionadas por zonas sanitarias, morbilidad de los egresos por causas, partos institucionales y control de embarazadas y menores de 1 año.

Finalmente las Tablas XVIII y XIX procuran estimar actitudes del personal del sistema, a través del indicador de ausentismo según zona sanitaria y para el propio hospital, particularmente para enfermería.

Visita realizada el 24, 25 y 26 de Enero de 1994 a la Ciudad de Neuquén:

El grupo de consultores estuvo integrado por el Dr. Néstor Perrone, la Lic. Olga Nirenberg y el Dr. Alberto Dal Bó.

Las actividades adoptaron la modalidad de taller a nivel de la conducción del Hospital Neuquén, con la participación del Dr. Fernando Leonfanti, el Dr. Rodolfo Bertholami y del Dr. Antonio García. Los dos primeros han sido designados por el Sr. Ministro de Salud, Cdor. Jorge Lara, para asumir la Dirección y Subdirección Médica respectivamente, del Hospital del Neuquén, Castro Rendón. La asunción por parte de las autoridades está prevista recién para la segunda quincena del mes de Febrero de 1994. El Dr. Antonio García se desempeña como Director de Planificación de la Subsecretaría de Salud, quién conjuntamente con el propio Subsecretario, Dr. Ricardo Lopez, habían sido designados como los interlocutores provinciales de esta consultoría, según se informó en el primer informe de avance; cabe consignar que el subsecretario se encontraba haciendo uso de su licencia anual en el momento de la visita. También debe aclararse que otro funcionario que debió haberse incorporado al taller es el Cont. Alberto Soto, designado como Subdirector Administrativo del Hospital, quien estaba ausente de la provincia debido a un problema personal de salud.

Las tres etapas por las que transitó el taller de trabajo, pueden resumirse en:

- . Acuerdos sobre la apreciación diagnóstica del sistema provincial de salud neuquino en la actual situación de coyuntura,
- . Apreciación de las principales problemáticas relevadas por los consultores y avizoradas por la nueva conducción respecto del Hospital Neuquén,
- . Acuerdos acerca de la modalidad de la tarea conjunta y de las principales líneas del trabajo colaborativo de esta consultoría.

Buena parte de la primera de las etapas mencionadas del taller estuvo destinada a esclarecer los acontecimientos durante y posteriores al conflicto de cien días de duración que acababa de padecer el sistema sanitario provincial, ya mencionado en el primer informe de avance. El levantamiento de las medidas de fuerza se produjo a fines de Noviembre de 1993 sin que se hubieran conseguido ninguno de los reclamos que desencadenaron los episodios, debido a la firmeza de las decisiones adoptadas por el Gobierno provincial, el que además procedió a aplicar sanciones y descuentos de días caídos.

Como toda situación de crisis, se generaron frustraciones y desencuentros, pero también se han creado oportunidades y expectativas para proponer y operar cambios sustanciales.

El propio recambio de autoridades en el Hospital Neuquén, que fue el epicentro de la situación de conflicto, debe ser entendida dentro de ese contexto de oportunidades, y en consecuencia ello condiciona la misión y labor de esta consultoría, que atraviesa en forma concomitante el difícil proceso de la transición en la conducción y gestión hospitalaria.

En relación con el sistema provincial de salud se destacaron como áreas problemas, la necesidad de **especificar y difundir mejor el alcance de los eventuales procesos de descentralización** que el gobierno provincial encara mediante proyectos de legislación específicos, que acarrearán temores sobre posibles atomizaciones y privatizaciones, particularmente en algunos grupos profesionales.

Otro de los problemas destacado es la necesidad de encarar la **recuperación de los procesos de regionalización**, que en épocas pasadas habían alcanzado un buen desarrollo, con clara asignación de espacios poblacionales y **especificación de los roles y funciones de los distintos efectores**.

Se hizo referencia también al **decaimiento del espíritu del personal** en torno a objetivos compartidos, a la paralela carencia de liderazgos aglutinadores, a la falta de intervenciones entre personas y organizaciones del sector, puestos en mayor evidencia con motivo del reciente conflicto gremial, de su prolongación en el tiempo, y de la endeblez de las consignas planteadas como reivindicaciones.

El problema actitudinal del personal del sistema provincial en general y del Hospital Neuquén en particular, fue reiteradamente mencionado y presentado como un común denominador de las restantes problemáticas, lo que visto desde el planteamiento de expectativas o requerimientos de acción, puede traducirse en una **necesidad de fortalecimiento de liderazgos**.

Concomitantemente, los **niveles salariales** del personal han venido deteriorándose y son **relativamente bajos**; la pirámide salarial, en términos jerárquicos ha sido muy "achatada", con lo cual se potencia la desazón del cuerpo profesional y en particular de los mandos medios.

Otro factor agregado es el **desdibujamiento del sistema de "premios y castigos"** y la falta de otros mecanismos informales de reconocimiento que afectan negativamente la moral del personal y dejan de lado la "mística" y los sentimientos solidarios de épocas pasadas en la provincia.

No obstante las observaciones referidas al clima actitudinal del personal del sector, hubo acuerdo acerca de las **bondades y fortalezas de los indicadores** que resultan del análisis de la información secundaria disponible, en términos de **resultados últimos de cobertura, equidad, y efectividad**, a los que se hacen referencia en las tablas que se presentan en este documento.

En cuanto a la **segunda etapa encarada durante el taller de trabajo**, referida al Hospital Neuquén, se tocó una extensa gama de áreas temáticas, de las que se consignan, por su relevancia, las siguientes:

- . Necesidad de un **mayor grado de autonomía para las decisiones**, en particular en el **manejo de fondos claramente atribuibles a la institución**, y con una regularización de los flujos financieros. Dada la conciencia de esa necesidad, la futura

gestión ha iniciado provisiones en tal sentido, tanto en los acuerdos requeridos con las autoridades como en los aspectos estructurales y de la gestión hospitalaria, más allá de la legislación en vías de tratamiento en las cámaras legislativas provinciales, respecto a la descentralización.

Articulación entre los establecimientos en un trabajo en red, y determinación de roles y funciones del Hospital Neuquén dentro de un esquema regionalizado; en tal sentido, se plantea la necesidad de atenuar la característica actual de "hospital cerrado", para colocarlo en una más estrecha vinculación con el resto del sistema. La idea de **recuperar la "salida" del personal del hospital al interior** fue enfatizada. También se mencionó la conveniencia de trabajar en **redes especializadas** y que los servicios de alta complejidad retomen la docencia y la normatización en materia de **referencia y contrarreferencia de pacientes.**

Lo anterior se planteó en relación con el sistema provincial, pero también vale en particular para la relación del Hospital Neuquén y del Bouquet Roldán, entre ellos y con el conjunto de los Centros Sanitarios del Area Metropolitana.

La necesidad de ese replanteo de articulaciones se justificó en pro de una utilización más eficiente de los recursos.

No parecieran existir grandes conflictos entre el Hospital Neuquén y los efectores del Sector Privado y las instituciones de las Obras Sociales. Por el contrario hay un criterio de complementariedad en la actual gestión del Ministerio y la Subsecretaría.

Se mencionó también la **necesidad de articular acciones con organizaciones extrasectoriales** para la mejor resolución de algunos problemas que afectan la salud de la gente, como los accidentes y violencias, el alcoholismo, la drogadicción, el embarazo adolescente, las enfermedades de transmisión sexual, etc., algunos de los cuales ocupan los primeros lugares en la estructura de mortalidad y morbilidad provincial.

Dado el rol del Hospital Neuquén no sólo de alta complejidad, sino de referencia provincial, no obstante los desarrollos regionales habidos (Zapala, Chos Malal, Cutral Có, San Martín de los Andes), las mencionadas articulaciones constituyen una función primordial del mismo y por ende exige algunos **desarrollos infraestructurales**, como son las comunicaciones y traslados, la normatización, la disponibilidad horaria de los recursos especializados y los contactos personales entre profesionales para un mejor conocimiento entre sí.

Concomitantemente con el proceso de descentralización que se está procurando implantar con fuerza legal, es intención de las autoridades promover los **procesos participatorios**, tanto del propio personal del Hospital y del sistema, como de la comunidad usuaria.

En particular, en lo que se refiere al Hospital, algunas líneas de acción que prevé la futura conducción en cuanto a la promoción de la participación y que fueron mencionadas, son: sumar a los jefes de servicios a los procesos decisorios; recuperar la imagen del Hospital frente a su tradicional clientela, recabando opiniones de los usuarios ambulatorios y de la internación, sobre su conformidad de la atención y brindando información acerca de la gestión con adecuados mecanismos de difusión; con criterios graduales, la futura dirección no descarta la posibilidad de llegar a incorporar representantes de la comunidad en los procesos decisorios del establecimiento.

Las primeras acciones que plantea incorporar para procurar gradualmente la participación activa de los usuarios en la gestión del establecimiento, es recabar opiniones mediante diversos mecanismos o técnicas (formularios, entrevistas, libros de quejas, reuniones grupales de usuarios con personal, etc.); a la vez que desarrollar acciones tendientes a sensibilizar al personal para tener en cuenta las opiniones de los usuarios y capacitar a algunos de los profesionales para el manejo grupal. Se discutió asimismo la idea de un "ombudsman" de la comunidad usuaria.

Se puso énfasis en la necesidad de mejorar la eficiencia del establecimiento, mejorando su productividad, incorporando mecanismos que permitan conocer los costos de las prestaciones y poder así compararlos con precios de mercado, para eventualmente realizar las correcciones correspondientes.

Ello contribuiría a mejorar los precios de venta de prestaciones que brinda el Hospital a los beneficiarios de las Obras Sociales, contribuyendo así a incrementar recursos genuinos, que puedan utilizarse para solventar complementariamente algunos gastos de funcionamiento y en particular para estímulos al personal.

Lamentablemente existe en la provincia una confusión, en cierta medida intencional, acerca del recupero de fondos por prestaciones realizadas por efectores públicos a los beneficiarios de las Obras Sociales, identificando esto con el concepto de "arancelamiento" o sea con el gasto directo de bolsillo por parte de los usuarios que indudablemente significaría una barrera económica al acceso de la población de menores recursos, cuestión muy diferente al recupero de fondos mediante facturación a las Obras Sociales, que no pone a los usuarios frente a ningún desembolso de su propios bolsillos. Esta confusión lleva a los médicos de dedicación exclusiva a rechazar la idea de facturar a las Obras Sociales y tal negativa ha sido tomada como bandera de reivindicación en el pasado conflicto. La propia prensa se ha ocupado de difundir equívocamente estos conceptos, contribuyendo de esa forma, como un boomerang, al histórico subsidio de los hospitales públicos a las arcas de las entidades aseguradoras e indirectamente al sostenimiento de los efectores privados. Pareciera necesario clarificar esta cuestión que

paradójicamente incluye a los médicos con dedicación exclusiva del Hospital Neuquén.

- Es preocupación también de la futura conducción, los **relacionamientos económico financieros del Hospital con los entes aseguradores y las entidades intermediarias**, con la consiguiente necesidad de modificar las pautas de contratación y los instrumentos respectivos (ex-nomencladores) que actualmente resultan muy subvaluados e inadecuados para las nuevas denominaciones de las unidades que identifican las prestaciones.
- Una deficiencia del sistema público y específica del Hospital Neuquén, hace a la **comunicación institucional interna y externa**. Una de las razones por las que el establecimiento "perdió imagen" entre los restantes efectores y en la población misma, es la poca difusión de su gestión y resultados. Hay conciencia de que tal función no es espontánea y que requiere de esfuerzos y profesionalidad para su apropiado desarrollo.

- Un último aspecto dentro de la dimensión organizacional es lo referente a las **capacidades de gerencia de los niveles de conducción del establecimiento y sus servicios**. En principio se prevé que la Dirección estará apoyada por una Subdirección Médica y otra Administrativa, de las que dependerían tres otras direcciones: una médica, otra de servicios intermedios (que incluye enfermería) y otra de servicios generales con la subdivisiones administrativo-contables, de personal, mantenimiento y servicios.

A la vez es intención generar grupos o **comités de apoyos en temas relevantes**, como calidad de la atención y humanización y ética.

Respecto de las jefaturas intermedias, se planteó la necesidad de desarrollar actividades tendientes al **fortalecimiento de liderazgos**, que permitan la recuperación de valores, tradiciones y respetos profesionales. Se destacó la importancia del **trabajo en equipos multiprofesionales** y el desarrollo de la **interdisciplina entre las especialidades médicas y con otras disciplinas**, lo que indudablemente conduciría a una revalorización del rol de la enfermería, las nutricionistas y las trabajadoras sociales.

En relación con el desarrollo de los liderazgos se mencionó la importancia de construir y compartir un **"ideario común"** y la **atribución de responsabilidades** a los miembros de los equipos.

La concepción compartida sobre el liderazgo como función de la gerencia y no como calidad innata de ciertas personas líderes, implicó también el acuerdo acerca de que son capacidades adquiribles mediante capacitación apropiada.

En particular se mencionó las **capacidades para la negociación con las conducciones gremiales y con el personal de**

agregaciones muy numerosas y críticas para el funcionamiento del hospital, como son enfermería y mucamas.

Se plantearon diversas **alternativas organizativas para la prestación de servicios**, de carácter más desconcentrado y descentralizado dentro de las unidades funcionales del propio establecimiento, como por ejemplo áreas de laboratorio, o personal de enfermería y limpieza atribuidos a servicios especializados cuyos requerimientos lo justifiquen (terapias, neonatología, quirófanos, etc.). Asimismo se planteó la posibilidad de diseñar nuevos perfiles de personal de apoyo técnico o auxiliar con características más polivalentes que la mera enfermería o la mera mucama, o el mero técnico, que permitirían un uso más racional y eficiente que los tradicionales recursos especializados.

Se consideraron algunas **alternativas de funcionamiento**, de acuerdo a las experiencias exitosas, por ejemplo del Hospital Británico, la experiencia del Hospital de Panamá cuya internación está sectorizada según barrios de procedencia de los pacientes, o la experiencia de Chile con alta participación comunitaria, o el Hospital Garrahan con su organización por cuidados progresivos y su peculiar desarrollo de la gerencia administrativa. Si bien no se planteó la organización por cuidados progresivos para el Hospital Neuquén, la idea del desarrollo de los cuidados intermedios está presente.

Acerca de los servicios intermedios se enfatizó en la necesidad de encauzar un uso racional, vinculándolo con la calidad de la atención y con los costos de las prestaciones.

Como se dijo, el problema de las actitudes, de un ideario común y de la humanización y la ética en la atención fueron ejes muy reiterados en el análisis de la gestión y desempeño de las unidades finales, intermedias y generales.

En los aspectos **propriadamente técnico-asistenciales** hay acuerdo acerca de la **calidad de las actividades** que se vienen llevando a cabo en el Hospital, tanto para la atención de patología en la demanda espontánea, ya sea programada o de urgencia, como para la realización de actividades preventivas o de captación, en los programas que la provincia tradicionalmente viene promoviendo.

La **información secundaria** cuantitativa acerca de producción y productividad fue completada y comentada, de lo cual se informa más adelante. Sin embargo, se observó la necesidad de una mejor utilización de dicha información dentro del sistema provincial y en particular en el Hospital, en forma más oportuna y sistemática, para la toma de decisiones.

La **diversificación de las actividades** y el grado de desarrollo alcanzado, ponen al Hospital en un nivel de complejidad alto, que traduce el **acompañamiento y adecuaciones** que este establecimiento tuvo a los cambios socio epidemiológicos de la

población y a los avances tecnológicos habidos en los últimos veinte años.

Desde el punto de vista de la atención de la urgencia, parece necesaria una mayor vinculación de los profesionales de la guardia con los servicios respectivos.

Si bien no se plantean importantes reemplazos en las jefaturas de los servicios, se encararán acuerdos con dichas jefaturas para introducir modificaciones en el funcionamiento de los mismos. La actual estructura de la división del trabajo por servicios, se piensa mantener pues parece adecuada para el funcionamiento del Hospital: los mencionados problemas de funcionamiento no pasan por las estructuras en sí, sino por factores actitudinales (responsabilidad, compromiso, solidaridad, identificación de objetivos), cuyos principales indicadores son el alto ausentismo en el personal no profesional y el incumplimiento horario en los profesionales.

Se analizaron las cuatro clínicas básicas así como la organización de los consultorios externos, como ejemplos claros de "desgobierno" en los servicios, donde los profesionales de base se encontrarían deseosos de cambios en las modalidades de trabajo, de que se precisen mejor los roles y los límites y se definan mejor las conducciones.

La posibilidad de algunos reemplazos es viable y factible en el marco normativo vigente.

Se mencionaron algunos servicios con prolongados tiempos de espera para el acceso a la atención y a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Si bien la provincia ha tenido un buen desarrollo normativo para la atención en diversas especialidades, probablemente se requieran ajustes en los aspectos funcionales, particularmente el lo que respecta a redes y sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes.

La provincia tiene también muy buena tradición en lo que se refiere a capacitación, pero pareciera requerirse otra modalidad y diferentes contenidos para poder afrontar los cambios que se proponen para el funcionamiento del hospital. Uno de los propósitos de la futura conducción es elaborar un programa anual de capacitación, definiendo con precisión los contenidos, orientados principalmente a la gerencia y el fortalecimiento de liderazgos, para el cambio actitudinal.

No surgió como un problema destacable la insuficiencia o inadecuación de los recursos humanos y materiales existentes para llevar a cabo las actividades, ni tampoco se cuestionó la provisión de insumos.

Adicionalmente a la información cuantitativa detallada en el primer informe de avance y de cuyo análisis se sintetizaron las tablas que se incluyen en este documento, durante la visita a la provincia

se suministró información cualitativa proveniente de trabajos grupales participativos llevados a cabo en el Hospital Neuquén, con el personal de cada servicio respaldados por coordinadores-facilitadores, durante el año 1992. Lamentablemente no se sistematizó la abundante información cualitativa que se obtuvo de los trabajos grupales en un documento consolidado que permita una síntesis orientadora para la acción de cada uno de los servicios y de la dirección del establecimiento. Es muy probable que el personal de los servicios que prestó su participación y esfuerzo en esos diagnósticos y programaciones grupales se haya sentido posteriormente frustrado frente a la no difusión y utilización de una síntesis para la acción.

Justamente, una de las apreciaciones que se hicieron durante el taller entre los consultores y las futuras autoridades del Hospital, con referencia a los procesos participatorios en la provincia, es que los mismos parecen reducirse a los momentos deliberativos pero no avanzan a los momentos de concertación, y por ende no viabilizan decisiones y acciones consensuadas.

No obstante los problemas y requerimientos planteados, se reconocieron una serie de fortalezas que consituyen a la vez factores facilitadores u oportunidades para el cambio en el Hospital Neuquén; algunas de ellas están vinculadas con:

- . El excelente nivel profesional y técnico de la mayoría de los recursos humanos del hospital, no exclusivamente médico sino también de la enfermería y de los servicios en general.
- . El alto porcentaje de profesionales con dedicación exclusiva (más del 60%), con grandes expectativas de retomar el camino de excelencia tradicional del establecimiento.
- . La excelente supervisión en el área de enfermería, como factor relevante en la calidad de las prestaciones.
- . La reciente adquisición de equipamiento de primera línea, que pondría al Hospital en la avanzada de la tecnología médica en la región y a niveles comparables al subsector privado, que en la última década concentró la incorporación de tecnología. Dicho equipamiento ha sido ya licitado y adjudicado, y se espera su pronta incorporación.
- . La existencia de un grupo importante de profesionales altamente motivados y comprometidos con su trabajo, pese al clima global de desánimo mencionado.
- . La posibilidad reciente de contratar personal y servicios en el mercado, si esto surge como necesario.
- . No obstante las conocidas limitaciones de la planta física y las dificultades para su expansión, las actividades de mantenimiento parecen adecuadas y los sistemas de señalización orientadores.
- . La futura habilitación del Hospital del Barrio El Progreso,

daría posibilidad de desconcentrar algunos servicios (obstétrico neonatológico).

- La próxima incorporación de un sistema de informatización en red que no sólo permitirá mejorar la admisión y el registro médico sino que a la vez permitirá conocer con buen grado de detalle y confiabilidad, consumos, producción y gastos.

Algunos servicios como Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología, fueron analizadas por las dificultades para conseguir recursos especializados en la provincia. El área de oncología presenta una problemática más complicada y específica.

En relación con la tercera etapa transitada durante el taller de trabajo, vinculada con los acuerdos acerca de la modalidad de la **tarea conjunta** y de las principales líneas del trabajo colaborativo de esta consultoría, se acordó enfatizar los aspectos de apoyo para el fortalecimiento de la gerencia y los liderazgos requeridos para el cambio y la reestructuración funcional del Hospital Neuquén. La consultoría proveerá un documento **Plan de Gerencia para el Hospital Neuquén**, que será sometido a la consideración de las autoridades y eventualmente luego presentado en taller para la discusión y ajuste con las jefaturas intermedias del establecimiento. Se incluirán los principales contenidos temáticos y las modalidades pedagógicas para un programa de fortalecimiento de liderazgos. El documento se organizaría sobre un conjunto de áreas problema gerenciables e incluiría las principales metodologías y abordajes para una resolución compartida entre los principales responsables en un horizonte temporal.

Dado que por razones personales de salud, tal como fuera mencionado, el Sub Director Administrativo Contador Alberto Soto, no pudo participar de las actividades del taller, se convino en una reunión con el mismo en compañía del Sub Director Médico del Hospital Neuquén Dr. Bertholamy, a realizarse en Buenos Aires, en la sede del Hospital Nacional de Pediatría, para analizar conjuntamente con el equipo de la consultoría, incluido el Contador Rosende Gerente Administrativo de ese establecimiento, la experiencia administrativa del Hospital de Pediatría y las propuestas en el campo administrativo gerencial del Hospital del Neuquén.

Por último, cabe consignar que culminando la visita, el equipo de consultores tuvo oportunidad de contactar con el Sr. Ministro de Salud de la Provincia del Neuquén, Contador Jorge Lara, quien se mostró complacido con la tarea desarrollada y se informó acerca de los principales acuerdos habidos.

TABLA I : PRINCIPALES INDICADORES DE LA SITUACION DE SALUD
 PRV. NEUQUEN - 1992

Indicadores Ambito y Subsectores	P E R S O N A L †						Canas	Presu- puesto Ejecut. \$ x 10000	Consultas	Egresos x 100	Cons./hab. x 100	Egresos hab/año x 100	% Ocupa- cional	Giro/ cama	x de Estadia
	Población	Establec. C/ Cent Int. San.	Médicos	Enfermer.	Resto	Total									
PROVINCIA	388.934	29 128					1.499								
Público		22 128	604	1.006	1.566	3.176	874	82.144	1.127.125	33.012	2.9	8.5	57.3		5.3
Privado y O.S.		7 -	667	397			625								
ZONA METROPOLITANA	167.078	6 16	†††	†††	†††	†††	613								
Público		2 16	366	476	710	1.552	291		443.773	12.844	2.7	7.7	80.0		6.7
Privado y O.S.		4 -	416	261			322								
HOSPITAL NEUQUEN			251	335	495	1.081	238	††27.108	165.739	10.172			81.8		7.1

† No se incluyó el Nivel Central ni la Jefatura de Zona

†† Estimado como el 33% del Presupuesto Provincial

††† No es posible estimar las cantidades totales debido a la superposición de cargos en efectores públicos y privados de un gran porcentaje de médicos y enfermeras (son pocos los puramente públicos o privados)

TABLA II : RECURSOS Y PRODUCCION POR ZONAS SANITARIAS
 PROV. NEUQUEN - 1992

Indicadores Zonas	Población	Establecimientos Públicos		P E R S O N A L †					Camas	Consultas	Egresos
		Con Internac.	Centros Sanit.	Médicos	Enfermeras	Otros	Total (%)				
ZONA METROPOLITANA	193.487	2	16	366	476	710	1.552	(49)	291	278.034	12.844
Zona I A	48.416	5	18	50	109	204	363	(11)	100	218.714	3.911
Zona I B	39.065	4	16	37	93	118	248	(8)	91	106.191	3.026
Zona II	44.790	7	29	72	143	223	438		157	143.306	5.846
Zona III	27.394	6	27	33	95	142	270		96	84.021	3.005
Zona IV	35.782	4	22	46	90	169	305		139	131.120	4.380
TOTAL	388.934	28	128	604	1.006	1.566	3.176		874	1.127.125	33.012

† No se incluyó el Nivel Central ni Zonas.

TABLA III - RELACIONES DE COBERTURA DE RECURSOS Y PRODUCCION - SUBSECTOR PUBLICO
 PROVINCIA DE NEUQUEN - AÑO 1992

Zonas	Cobertura	P E R S O N A L / 1000 HAB.				Total	Eamas x 1000 hab.	Consultas x hab.	Egresos / 100 hab.
		Médicos	Enfermeras	Otros					
ZONA METROPOLITANA		1.9	2.5	3.7	8.0	1.5	1.4	6.6	
ZONA I A		1.0	2.3	4.2	7.5	2.1	4.5	8.1	
ZONA I B		0.9	2.4	3.0	6.3	2.3	2.7	7.7	
ZONA II		1.6	3.2	5.0	9.8	3.5	3.2	13.1	
ZONA III		1.2	3.5	5.2	9.9	3.5	3.1	11.0	
ZONA IV		1.3	2.5	4.7	8.5	3.9	3.7	12.2	
TOTAL		1.6	2.6	4.0	8.2	2.2	2.9	8.5	

TABLA IV : PESO DEL HOSPITAL NEUQUEN EN LA PROVINCIA
Y EN ZONA METROPOLITANA - AÑO 1992

Población de Ciudad Neuquen/Provincia:	43.0%
Establecimientos Ciudad Neuquen/Provincia:	15.1%
Camas Ciudad Neuquen/Provincia:	41.0%
Camas Hospital Neuquen/Camas Totales:	16.0%
" " " / " Públicas Provincia:	27.0%
" " " / " Total Ciudad:	39.0%
" " " / " Públicas Ciudad:	82.0%
Personal Hospital Neuquen/Pers.Público Provincia:	30.0%
" " " / " " Ciudad:	70.0%
Consultas Hospital Neuquen/Cons. Totales Públicas:	15.0%
" " " / " Ciudad :	37.0%
Egresos Hospital Neuquen/Egresos Públicos Totales:	31.0%
" " " / " " Ciudad:	79.0%
Gasto Hospital Neuquen/Gasto Prov.en finalidad Salud:	34.0%

**TABLA V - ESTIMACION DEL GASTO UNITARIO DE LA CONSULTA
EL EGRESO Y EL PACIENTE DIA PARA EL SUBSECTOR
PUBLICO DE LA PROVINCIA NEUQUEN - AÑO 1991**

Hipótesis A : Monto presupuestario ejecutado '91, en moneda ajustada
incluyendo bienes de capital, obras y administración:
en miles: \$ 82.144
=====

Hipótesis B: Monto presupuestario ejecutado '91, valores corrientes,
sin plan de obras ni bienes de capital, en miles: \$ 54.801
=====

Alternativas: a = Atribución del 20% a la consulta
" " 80% al egreso
b = " " 25% a la consulta
" " 75% al egreso

Hipótesis Gasto Unitario	A		B	
	a	b	a	b
Consulta	14.6	18.2	9.7	12.2
Egreso	1.991	1.866	1.328	1.245
Paciente día	360	338	240	225

Estimación del Gasto per Cápita anual del Subsector Público
Provincial:

en hipótesis A: \$211
en hipótesis B: \$141

**TABLA VI : ESTIMACION DEL GASTO UNITARIO DE LA CONSULTA,
EL EGRESO Y EL PACIENTE DIA PARA EL
HOSPITAL NEUQUEN - AÑO 1992**

GASTO TOTAL del Hospital Neuquén a valores actualizados, '92 =

\$ 26.414.265

Consultas : 165.739

Egresos: 10.172

Pac.día: 72.118

Alternativas de % atribuidos	Consulta	Egreso	Pac/día
1.- 20/80	31.9	2.077	293
2.- 25/75	39.8	1.948	275
3.- 15/85	23.9	2.207	311
4.- 10/90	15.9	2.337	330

**TABLA VII: COMPARACION DE LOS GASTOS UNITARIOS ESTIMADOS
PARA EL HOSPITAL NEUQUEN Y LA PROVINCIA
AÑO 1992**

	Consulta \$	Egreso \$	Pac.Día \$
Hosp.Neuquen (Alt.3)	23.9	2.207	311
Provincia (Alt.A a)	14.6	1.991	360
Variación	64%	44%	- 14%

TABLA VIII - ESTIMACION DEL GASTO PUBLICO DE SALUD, TOTAL Y PER CAPITA, POR ZONA SANITARIA - NEUQUEN - 1992
(Sin ajustes por complejidad)

Zonas	Gasto Total *		Gasto Per Cápita	
	Hip. A	Hip. B	Hip. A	Hip. B
ZONA METROPOLITANA	40.251	26.853	208	139
ZONA I A	9.035	6.028	187	125
ZONA I B	6.572	4.384	168	112
ZONA II	11.500	7.672	257	171
ZONA III	6.572	4.384	240	160
ZONA IV	8.214	5.480	230	153
TOTAL	82.144	54.801	211	141

* En miles

TABLA IX : ESTIMACION DEL COSTO UNITARIO DE LA CONSULTA, EL EGRESO Y EL PACIENTE DÍA, POR ZONAS SANITARIAS
PROV. NEUQUEN - AÑO 1992

Alternativas	H I P O T E S I S A						H I P O T E S I S B					
	a (20/80)			b (25/75)			a (20/80)			b (25/75)		
	Consulta	Egreso	Pac/día	Consulta	Egreso	Pac/día	Consulta	Egreso	Pac/día	Consulta	Egreso	Pac/día
ZONA METROPOLITANA	29.0	2.507	378	36.2	2.350	354	19.3	1.673	252	24.1	1.568	236
ZONA I A	8.3	1.848	479	10.3	1.733	449	5.5	1.233	319	6.9	1.156	299
ZONA I B	12.4	1.737	420	15.5	1.629	394	8.3	1.159	280	10.3	1.087	263
ZONA II	10.7	1.574	286	20.1	1.475	268	10.7	1.050	191	13.4	984	179
ZONA III	15.6	1.750	334	19.6	1.640	313	10.4	1.167	223	13.0	1.094	209
ZONA IV	12.5	1.500	304	15.7	1.407	285	8.4	1.001	203	10.4	938	190
TOTAL	14.6	1.991	360	18.2	1.866	338	9.7	1.328	240	12.2	1.245	225



TABLA X : NATALIDAD, MORTALIDAD INFANTIL, MORTALIDAD GENERAL
ARGENTINA Y NEUQUEN - AÑO 1991 *

Indicador	Argentina	Neuquen
Natalidad	22.3	29.5
Mortalidad Infantil	23.8	17.3
Mortalidad General	7.8	4.4

TABLA XI : MOTALIDAD PROPORCIONAL : AÑO 1990 *

Muertes Grupos de Edad	Valores Absolutos	%
< de 1 año	228	13.8
1 a 14 años	68	4.1
15 a 64 años	689	41.9
65 y más	662	40.2
Total	1.647	100.0

TABLA XII : MORTALIDAD INFANTIL, TOTAL, PRECOZ Y TARDIA,
POR ZONA - NEUQUEN - AÑO 1992 *

Zona	Tasas	Mortalid. Infantil	Neonat. Precoz	Neonat. Tardia	Postneo- natal	Perina- tal
ZONA METROPOLITANA		17.1	7.1	1.4	8.5	17.1
ZONA I A		15.1	10.1	1.9	3.1	15.7
ZONA I B		9.1	4.5	0.8	3.8	12.1
ZONA II		14.1	5.3	1.8	7.0	11.4
ZONA III		20.8	11.9	0.0	8.9	22.3
ZONA IV		19.5	4.9	2.9	11.7	12.7
TOTAL		18.3	8.9	2.0	7.4	17.3

* Cifras provisorias - Sobre poblaciones proyectadas.

TABLA XIII : MORTALIDAD MATERNA Y DEL GRUPO DE 1 A 4 AÑOS
 POR ZONA - NEUQUEN - AÑO 1992

Zonas	Tasas	Mortalidad Materna	Mortalidad de 1 a 4 años
ZONA METROPOLITANA		0.7	0.5
ZONA I A		0.6	1.0
ZONA I B		0.8	0.8
ZONA II		0.0	1.0
ZONA III		0.0	0.8
ZONA IV		1.0	0.7
TOTAL		0.7	0.8

TABLA XIV : CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE - NEUQUEN
 AÑO 1991

Causas	Valor Absoluto	%	Tasa/1000 hab.
Tumores	395	22.9	1.0
Enf. Aparat. Circulat	314	18.2	0.8
Accident. y Violenc.	289	16.8	0.7
Enf. Sist. Nervioso	126	7.3	0.3
Enf. Primera Infanc.	123	7.1	0.3
Otras	630	36.5	1.6
Mal definidas	48	2.8	0.1
TOTAL	1.725	100.0	4.4

TABLA XV : INCIDENCIA POR 10000 HAB.DE PATOLOGIAS SELECCIONADAS
POR ZONAS SANITARIAS - AÑO 1990

Zonas	Patología	Diarreas	Prevenibles * por Vacunac.	Neumonías
ZONA METROPOLITANA		629.8	3.2	91.5
ZONA I A		583.5	0.4	43.8
ZONA I B		376.9	1.1	15.4
ZONA II		825.9	10.1	65.0
ZONA III		651.7	13.8	87.0
ZONA IV		443.1	0.0	32.5
TOTAL		584.6	3.4	61.9

* Coqueluche, Tétanos, Sarampión.

TABLA XVI : EGRESOS POR CAUSAS (CINCO MAS IMPORTANTES) AÑO 1991

Causas	Valor Absoluto	%
Parto Normal	6.090	17.6
Compl.Emb.parto y pauperio	6.019	17.4
Traumat.y envenenamientos	3.214	9.3
Aparato Digestivo	2.764	8.0
Infecciones Respirat.agudas	2.421	7.0
Otras	14.128	40.7
TOTAL	34.636	100.0

TABLA XVII: PARTOS INSTITUCIONALES Y CONTROL DE EMBARAZADAS
POR ZONAS SANITARIAS - NEUQUEN - AÑO 1992

Indicadores Zonas	Población < 1 año (Estim.)	Embaraza- das bajo control	% de Cobertura	Partos Institu- cionales	% sobre < 1 año
ZONA METROPOLITANA	4.673	3.046	65.2	3.603	77.1
ZONA I A	1.763	1.270	72.0	944	53.5
ZONA I B	1.462	510	34.9	851	58.2
ZONA II	1.258	877	69.7	908	72.2
ZONA III	746	656	87.9	685	91.8
ZONA IV	1.133	839	74.1	940	83.0
TOTAL	11.035	7.198	65.2	7.931	71.9

TABLA XVIII: INDICADOR ACTITUDINAL: AUSENTISMO DEL PERSONAL POR
ZONA SANITARIA - NEUQUEN - PERIODO SET.92-FEB.93

ZONAS	%
Total Provincia	10.3
Nivel Central	10.5
Hosp. Neuquen	11.7
Zona Metropolitana	9.7
Zona I	8.2
Zona II	9.5
Zona III	9.9
Zona IV	11.1

TABLA XIX: INDICADOR ACTITUDINAL: AUSENTISMO DEL PERSONAL DE
 ENFERMERIA EN EL HOSPITAL NEUQUEN
 PERIODO 1/1/93 AL 31/7/93

Servicios	%
Esterilización	19.5
Clínica Médica	16.1
Neonatología	7.2
Clínica Quirúrgica	15.0
Quirófano	11.7
Pediatría	11.3
UTI	8.8
Salud Mental	18.8
Consultorios Externos	7.0
Obstetricia	14.7
UTIP	14.0
Guardia Adultos	14.6
Ginecología	12.2
Traumatología	9.7
Sala de Partos	20.8
Consultorios Ext.Pediátricos	15.6
Departamento Enfermería	7.0
Oncología	6.6
TOTALES	12.4

Ing. Juan J. Ciacera
Secretario General
Consejo Federal de Inversiones (CFI)
San Martín 871, Capital
s/d

Ref.: Expte. Nº 2538
Provincia del Neuquén
Análisis de la factibilidad y
eventual ejecución de una
reestructuración orgánico-funcional
del Hospital Neuquén

Dr. Néstor A. Perrone

Buenos Aires, 11 de Diciembre de 1993

PRIMER INFORME DE AVANCE

El Plan de Trabajo formulado a solicitud de las autoridades provinciales, a través del Consejo Federal de Inversiones (CFI), fue iniciado el 11 de Octubre del presente año.

El **objetivo general** del proyecto está centrado en la reorganización físico-funcional del Hospital Neuquén para el mediano plazo y en el marco del proceso de descentralización y reforma administrativa del sistema de salud provincial.

Se estima que la **duración** de la elaboración y formulación del proyecto demandará no menos de seis meses, y tendrá lugar, parte en la propia provincia con la participación activa de los recursos humanos locales y parte en la Capital Federal a cargo del que suscribe, Dr. Néstor Perrone.

Tal como fuera aprobado por el CFI oportunamente, los **principales componentes** del proyecto están destinados al análisis de:

- I. La **capacidad y desempeño organizacional y gerencial** del sistema de salud provincial. Comprende básicamente el análisis de: las aptitudes para la conducción y capacidad de gerencia para el ordenamiento organizacional o diseño global del sistema, para el trabajo descentralizado y coordinado en redes, para el desarrollo de procesos administrativos participativos, para un manejo eficiente de los recursos económico-financieros, y para el desarrollo de procesos comunicacionales apropiados.
- II. La **capacidad y desempeño técnico-asistencial -o idoneidad técnica** del sistema de salud provincial-. Comprende básicamente el análisis de: el grado de adecuación de los servicios sectoriales y de otras organizaciones sociales vinculadas, a las necesidades y demandas de la población; el nivel de resolución a esos requerimientos, a través de la

atención de la demanda espontánea, la focalización de acciones en los grupos de mayor riesgo, y las estrategias promocionales para la preservación de la salud de la población en general, y por otro lado, en la suficiencia y adecuación de los recursos para la realización de las acciones requeridas.

- III. La **capacidad y desempeño social** del sistema de salud provincial producto de los desempeños organizacionales y gerenciales combinados con los técnico-asistenciales, y que expresan la direccionalidad y el retorno social del sistema. Dichos resultados se sintetizan, en aspectos de equidad en términos de: cobertura y acceso, eficacia real o efectividad y eficiencia social del sistema sanitario, de los cuales se procurarán apreciaciones globales.
- IV. El **diagnóstico organizativo-funcional del Hospital Neuquén** y de su rol en la red de servicios de salud provincial, que implica fundamentalmente el análisis de: la caracterización socio-económica y la procedencia de su población usuaria, la naturaleza de la demanda, su organización, el desarrollo de sus servicios, la suficiencia cuali-cuantitativa de los recursos humanos, físicos y financieros, la producción y productividad de sus servicios, sus vinculaciones interinstitucionales y su adecuación con los requerimientos del contexto sociosanitario de la provincia.
- V. La **propuesta de cambio para el Hospital Neuquén**, teniendo en cuenta las dimensiones antes mencionadas y los escenarios probables de mediano plazo.

La **metodología** para el desarrollo del trabajo contempla el análisis de la información secundaria cuali y cuantitativa disponible en la Provincia, algunos relevamientos ad-hoc -particularmente en el Hospital Neuquén-, los juicios de los principales actores del sistema sanitario y del propio hospital, y las apreciaciones que surjan de las intervenciones presenciales de los consultores participantes.

El **cronograma** aprobado para la realización del trabajo es:

- . 1era. Etapa: Contacto con las autoridades provinciales.
Acuerdos sobre objetivos específicos.
Organización de equipos central y local.
Desarrollo del plan de análisis.

Comienzo de la recolección de información disponible.
Visita al Hospital Neuquén y observación participante.
Supervisión del proceso de recolección y pautas de sistematización de la información disponible.
Prediagnóstico
- . 2da Etapa: Análisis de las vinculaciones entre efectores y del sistema de referencia y contrarreferencia.

Comienzo del análisis de la información recogida y sistematizada.

Taller de reflexión compartida en la Provincia para primera confrontación local
Diagnóstico y propuesta preliminar

- 3ra Etapa: Taller de reflexión compartida en la provincia para discusión de la propuesta preliminar.
Propuesta final con los contenidos del plan de trabajo.
Elaboración y presentación del informe final.

El proyecto tuvo comienzo el día 11 de Octubre, según sugerencias de las autoridades provinciales, tal como fuera informado por nota oportunamente a esa Secretaría General.

El presente informe de avance incluye las actividades desarrolladas durante el período comprendido entre el 11 de Octubre al 11 de Diciembre de 1993.

La primera actividad llevada a cabo en ese período fue la constitución del **equipo técnico central** de apoyo al presente estudio, integrado por: Lic. Olga Nirenberg (socióloga y sanitarista), Dr. Alberto Dal Bó (médico y administrador hospitalario) y el Contador Héctor Rosende (experto en aspectos económico financieros de servicios de salud), coordinados por el que suscribe. Se mantuvieron una serie de reuniones para acordar los propósitos y los esquemas de análisis a desarrollar durante el estudio, así como los respectivos roles.

También durante el período de referencia se tomó **contacto con las autoridades provinciales** a fin de comenzar las actividades previstas. Ello incluyó un viaje del que suscribe conjuntamente con la consultora Lic. Olga Nirenberg, a la provincia del Neuquén en fecha 18 de Octubre de 1993, habiéndose realizado el resto de las actividades en la sede de Capital Federal.

En la mencionada visita a la provincia, el **propósito principal** fue el de procurar acuerdos con el nivel político sectorial de la misma, para el encuadre de la tarea. Asimismo, se había solicitado previamente la preparación de diversas reuniones y la recopilación de alguna información cuanti y cualitativa básica para comenzar el estudio, según el siguiente detalle:

Reuniones solicitadas:

- con el **Ministro y el Secretario de Salud**: para acordar el con el nivel político del sector, la orientación y propósitos del trabajo y conocer las expectativas e intereses de los principales decisores acerca del desempeño del Hospital y su rol dentro del sistema sanitario provincial.
- con el **equipo técnico** que será la **contraparte provincial**: para acordar los aspectos técnicos del trabajo a realizar y conocer sus opiniones acerca del funcionamiento del Hospital y sus

expectativas de cambio.

- . con el **equipo de conducción del Hospital**: para acuerdos sobre aspectos técnicos del trabajo, recoger sus opiniones sobre el funcionamiento del Hospital y recabar información cuanti y cualitativa que permita iniciar el análisis del establecimiento.

Recopilación de la siguiente información secundaria:

- . Estructura del hospital
- . Estadísticas de producción y recursos (principalmente del Hospital Neuquén, pero también resúmenes de los restantes efectores provinciales)
- . Anteproyectos o propuestas existentes relativas al Hospital
- . Planos de la planta física
- . Equipamiento sustantivo
- . Desarrollo de las especialidades y subespecialidades
- . Legislación vigente o anteproyectos vinculados con el Hospital
- . Memorias anuales del Hospital
- . Presupuestos aprobados y ejecutados. Costos.

Al momento de la visita, el sector salud de la provincia estaba atravesando una coyuntura muy crítica, con conflictos gremiales por demandas de aumentos salariales, que habían hecho eclosión en los días previos a la jornada electoral del 3 de Octubre con la toma por parte de un grupo del personal en conflicto, del edificio de la Secretaría de Salud, lo que provocó sumarios e intervenciones judiciales y policiales.

El día de la visita coincidió con la vuelta del personal propio del nivel central a sus lugares de trabajo en el edificio de la Secretaría, pues los grupos en conflicto lo habían desalojado el viernes anterior; las líneas telefónicas aún no habían sido vueltas a habilitar. Pero los conflictos no se solucionaron y posteriormente hubo incluso huelgas de hambre y manifestaciones públicas. De las reuniones que se habían solicitado se pudieron realizar las previstas con el **Secretario de Salud**, Dr. Ricardo Lopez y el **Director de Planificación**, Dr. Antonio García, y luego con el **Ministro de Bienestar Social**, Ctdor. Jorge Lara, donde se recabó información acerca de la situación imperante, y de las negociaciones en trámite entre el grupo en conflicto y el Sr. Gobernador y el Sr. Ministro.

Pese al conflictivo contexto en que se encontraba la provincia, los funcionarios entrevistados mostraron alto interés en llevar adelante el estudio, y tuvieron actitudes sumamente cooperativas para sortear las dificultades que la situación pudiera plantear al desarrollo del proyecto. En ese sentido el que suscribe desea manifestar su agradecimiento por la disponibilidad de las personas y de la infraestructura, que facilitaron la tarea en la provincia y posteriormente en la sede de Buenos Aires.

En virtud de la coyuntura mencionada y a sugerencia de las autoridades, se descartó en esa primera visita la reunión que se

había previsto realizar con los directivos del Hospital, y que hasta la fecha fue imposible concretar.

Durante la reunión con el Ministro, se trataron además los principales problemas e intereses que actualmente le preocupan en relación con el Hospital, en sus aspectos físicos y funcionales, en el marco del sistema público sanitario de la provincia.

El principal problema que afronta actualmente el gobierno provincial es el déficit presupuestario. Tienen 6 millones de dólares de déficit mensual por pago de salarios, que cubren mediante créditos de bancos privados. Por ello es difícil que accedan a aumentos salariales, pese a que los sueldos del personal de salud están congelados desde Mayo de 1991.

En ese marco, la hipótesis del Ministro es que si se mejorara la eficiencia del funcionamiento hospitalario, se podría gastar lo mismo pero con mejores rendimientos. Para ello se requieren modificaciones organizativas y se convino que ese sería el principal propósito del presente estudio. Se deberá incluir el tema del recupero de fondos por las prestaciones que se otorgan a los usuarios con coberturas de Obras Sociales y/o de Seguros Privados, lo cual obliga a un análisis de posibilidades de facturación, cobranzas y alternativas de utilización de los fondos que así puedan generarse.

El Ministro designó al Secretario de Salud, Dr. Ricardo López y al Dr. Antonio García como los principales interlocutores provinciales en esta tarea, por el momento y hasta tanto se despeje la situación conflictiva actual. Por lo tanto ambos constituyen, por el momento, el equipo técnico provincial del presente proyecto.

La provincia está ejecutando un plan de inversiones en equipamiento para los hospitales que completaría los perfiles de complejidad de los mismos y redundaría en una reorganización del trabajo dentro y entre los efectores; también, con fondos de créditos blandos del BIRF, se afronta un plan de obras nuevas y de remodelaciones de los hospitales provinciales.

Para el Hospital Neuquén las autoridades analizaron la alternativa de un reemplazo frente a la posibilidad de una remodelación, y se optó por esta última.

La carencia de espacio es uno de los problemas graves de la estructura física actual (aproximadamente 45 m² por cama), como también la mala funcionalidad de la distribución del escaso espacio disponible. Durante la visita se analizó con el Arq. Mario Bertoni el proyecto de obras de remodelación a efectuar, que en resumen daría el encuadre de un "plan maestro" a la remodelación, con mayores criterios de funcionalidad, llevando a unos 75 m² por cama el espacio útil.

Con el Secretario de Salud se analizaron algunos indicadores de producción, rendimientos y erogaciones sectoriales y del Hospital. Mucha de la información que se había solicitado previamente fue entregada y otra fue posteriormente remitida vía Casa del Neuquén. Globalmente puede decirse que uno de los problemas detectados es la

baja productividad de los recursos y la tendencia decreciente de la misma, así como, inversamente, el alto nivel del gasto y su tendencia creciente. Naturalmente se requiere un análisis más detallado de la información obtenida, para confirmar o precisar esas impresiones generales.

El listado de la información entregada por la provincia en esa primera visita, es:

- . Estructura del hospital
- . Estadísticas de producción y recursos (principalmente del Hospital Neuquén, pero también resúmenes de los restantes efectores provinciales).
- . Planos de la planta física actual del Hospital y las remodelaciones previstas.
- . Equipamiento sustantivo existente y programado, en el Hospital y en los demás establecimientos.
- . Desarrollo de las especialidades en el Hospital.
- . Presupuestos ejecutados provinciales.
- . Legislación existente relativa al Hospital.
- . Costos de consultas y egresos del Hospital.
- . Ley nº 2003, de Reforma del Estado.

Si bien durante el período que abarca el presente informe el plan de trabajo oportunamente aprobado para el proyecto preveía una observación presencial y de intercambio con los directivos y el personal, en el Hospital Neuquén, la misma no pudo realizarse por las razones previamente señaladas y según recomendaciones de las autoridades de la provincia, situación que se viene manteniendo hasta el momento actual. Según últimas informaciones, se prevé un cambio de las autoridades directivas del Hospital, para el próximo mes de Enero de 1994, fecha en la que se espera realizar la visita al hospital, comprometida para el primer bimestre del proyecto.

Corresponde señalar que en virtud de la situación existente en la provincia, no fue posible cumplir acabadamente con una de las metas de esta primera etapa, referente a la formulación de un prediagnóstico del hospital, contando sólo con lo detallado previamente, como diagnóstico de los problemas del hospital desde la perspectiva de la conducción provincial. Si bien el actual Sr. Ministro ha sido anteriormente el Administrador del hospital Neuquén, podría considerarse que sus apreciaciones son valederas, pero no obstante, corresponde al equipo central tomar su propia perspectiva así como relevar la de otros actores dentro del establecimiento, para arribar a un prediagnóstico más ajustado y consensuado.

Frente a la circunstancia previamente descripta, se enfatizó el trabajo con la información secundaria disponible y que la Provincia viene facilitando, para el proceso de ordenamiento y sistematización de la misma, a fin de abordar un diagnóstico preliminar, como base para las futuras reuniones de trabajo y talleres previstos. Dado que el propósito del proyecto es formular una propuesta de reorganización del Hospital, en el marco del sistema provincial de salud, se inició primeramente con el abordaje analítico global provincial para luego diseñar el plan de análisis del establecimiento de referencia.

Para el plan de análisis global de la provincia pareció conveniente el esquema que se detalla a continuación, aún en conocimiento de los fuertes requerimientos de información que éste impone, pero en los casos en que no se cuente con la misma para algunos de sus rubros, se recogerán las apreciaciones correspondientes a partir de informantes claves en la provincia.

I. CAPACIDAD Y DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL Y GERENCIAL:

1. Aptitud para la conducción del sistema

- .Autonomía real del sistema sanitario provincial
- .Capacidades de liderazgo y gerencia en relación con la estructura y dinámica provincial del poder.

2. Ordenamiento organizacional y coordinación de redes

- .Modelo organizacional.
- .Grado y modalidad del proceso de descentralización.
- .Articulación entre organizaciones sectoriales y extrasectoriales.

3. Idoneidad de la gestión participativa

- .Concepción de los decisores públicos y de los distintos actores sociales, acerca de la participación en salud y de las estrategias para su desarrollo.
- .Modalidades de promoción de la participación comunitaria: estrategias de activación, movilización e inducción.
- .Espacios formales o informales para la deliberación y concertación.
- .Formas organizativas y metodologías de gestión participativa
- .Intervención de los actores en las etapas del proceso decisorio: elaboración, adopción, ejecución y control de las decisiones.

4. Idoneidad en el manejo económico-financiero

- .Disponibilidad y oportunidad de recursos financieros.
- .Adecuación de los mecanismos de financiamiento al modelo organizativo.
- .Aplicación de instrumentos económicos para la regulación.
- .Modalidades de vinculación entre población, aseguradores y prestadores.
- .Modalidades y estructura de la programación, la ejecución y el control presupuestario. Asignación de recursos y destino del gasto.
- .Productividad del sistema.

5. Idoneidad del sistema de comunicación institucional y social

- .Adecuación a la problemática social y sanitaria
- .Alcance y destino de la comunicación.
- .Adecuación de los procesos y recursos comunicacionales al desempeño y desarrollo del sistema.

.Contribución a la transparencia de la gestión del sistema.

II. CAPACIDAD Y DESEMPEÑO TECNICO ASISTENCIAL

1. Adecuación de los servicios de salud y de otras organizaciones sociales vinculadas, a las necesidades y demandas provinciales.

- .Reconocimiento de las necesidades y demandas, en base a los sistemas de información vigentes.
- .Reconocimiento de las disponibilidades y del espectro de funciones y prestaciones del sistema.
- .Correspondencia entre problemas, prestaciones y disponibilidades de recursos.

2. Atención de la demanda espontánea y focalización de acciones en grupos poblacionales en riesgo social.

- .Resolución de los problemas de urgencia, agudos y de larga evolución.
- .Desarrollo de programas selectivos para grupos en riesgo
- .Normatización de la atención de la salud.
- .Humanización y ética de la atención.

3. Suficiencia y adecuación de los recursos para la realización de las acciones requeridas.

- .Adecuación cuali-cuantitativa de las disponibilidades de recursos humanos, de sus capacidades y compromisos.
- .Adecuación de los insumos y del sistema de producción y suministros.
- .Adecuación de los recursos físicos -tecnologías de equipo y planta-.
- .Adecuación de las combinatorias de recursos a la especialización y complejidad de los establecimientos.

III. CAPACIDAD Y DESEMPEÑO SOCIAL DEL SISTEMA

1. Resultados logrados en términos de cobertura y acceso.

- .Desarrollo de la extensión y equidad de la cobertura geográfica-poblacional, prestacional, de recursos y financiera.
- .Mejoramiento del acceso a los servicios.

2. Eficacia social del sistema

- .Mejoramiento de la situación de salud
- .Disminución de las enfermedades, las discapacidades y las muertes.
- .Contribución al mejoramiento de la calidad de vida.
- .Satisfacción respecto del sistema de atención (de usuarios, trabajadores y prestadores)

3. Eficiencia social del sistema

- .Evolución de la solidaridad del modelo económico-financiero.
- .Evolución del costo/eficiencia y costo/efectividad del sistema

Un detalle de la información recogida hasta la fecha y que se encuentra en proceso de ordenamiento, sistematización y síntesis, en relación con el sistema de salud provincial, y para su posterior análisis según el esquema descrito precedentemente, es el que sigue:

De la población

- Población estimada, según zona sanitaria. - Años 1971/1983
- Población total por sexo según edad. Censo/91
- Población total por sexo según edad, distribución porcentual - Censo/91
- Población atribuida a áreas programa de acuerdo con estimaciones de crecimientos departamentales y total provincial - Años 1993 a 2000.
- Volumen y crecimiento de la población. Años 1960, 1970, 1980 y 1991.
- Distribución total y porcentual de la población por departamentos y zona sanitaria. Años 1960, 1970, 1980 y 1991.
- Población por sexo, según departamento y zona sanitaria. Años 1960, 1970, 1980 y 1991.
- Condiciones demográficas. Indicadores seleccionados y variación porcentual decenal y del período total. Años 1960, 1970, 1980 y 1991.
- Población urbano-rural - Años 1960, 1970 y 1980.
- Estructura de la población según edades agrupadas. Años 1960, 1970, y 1980.
- Población según edad y sexo y estructura porcentual - Año 1960.
- Población según edad y sexo y estructura porcentual - Año 1970.
- Población según sexo, edad y estructura porcentual. Año 1980.
- Cifras provisionarias de Población según edad y sexo y estructura porcentual -Año 1991
- Cifras provisionarias de viviendas y población, por Departamento, Censo/91.
- Totales de viviendas y población por sexo según municipalidades,

comisiones municipales, comisiones de fomento - Censo/91 - Cifras provisionarias.

- Comparación de datos censales 1980-1991 (cifras provisionarias)

De la Situación de Salud

- Estadísticas vitales - Años 1979 a 1982
- Nacidos vivos y defunciones de menores de 1 año, clasificados en menores de 28 días y de 28 días a 12 meses - Tasas de Mortalidad Infantil, Neonatal y Tardía, por área de registro - Año 1982.
- Tasas de Natalidad, Mortalidad General y de 1 a 4 años - Año 1982.
- Indicadores de Salud Períodos 1971 - 1975 - 1980 y 1er. semestre 1983.
- Población total, nacidos vivos, defunciones en menores de 1 año, defunciones fetales tardías, tasa de natalidad, mortalidad, mortalidad infantil y perinatal, según domicilio materno - Año 1992.
- Población total, nacidos vivos, población a 1 a 4, defunciones generales de 1 a 4, maternas y tasa, según domicilio habitual - Año 1992.
- Nacidos vivos, defunciones fetales precoces, intermedias y tardías, tasa de mortalidad fetal, según domicilio materno. Año 1992.
- Tasa de natalidad por departamento y zona sanitaria. Años 1960, 1970, 1980 y 1991
- Mortalidad general por departamento y zona sanitaria según lugar de ocurrencia - Años 1960, 1970, 1979 y 1988
- Defunciones generales agrupadas por causas y tasas por 1.000 habitantes - Años 1960, 1970, 1979 y 1991.
- Mortalidad infantil por grandes grupos de causas según zona sanitaria. Años. 1970 y 1979.
- Tasa de mortalidad infantil según departamento y zona sanitaria. Años 1960, 1970, 1980, 1981, 1982 y 1991
- Evolución de la natalidad, de la mortalidad infantil y proporcional - Período 1960 a 1990.
- Serie histórica de las tasas de natalidad, mortalidad infantil y mortalidad general. Años 1944 a 1991.
- Defunciones y tasa de mortalidad general - Años 1960,, 1970, 1980, 1981, 1982 y 1991
- Número de defunciones - Años 1981, 1982, 1983, 1984, 1989 y 1990.

- Tasas de mortalidad (por 10.000 habitantes) por grupos de causas, según lugar de residencia de los fallecidos - Años 1988
- Expectativa de vida al nacer. Años. 1960, 1970, 1980 y 1990
- Mortalidad proporcional para grupos de edad seleccionados. Años 1960, 1970, 1980 y 1988.
- Nacidos vivos con atención médica por departamentos y zonas sanitarias según lugar de ocurrencia. Años 1970, 1979 y 1988.
- Distribución porcentual de egresos, según causas - Años 1984, 1986, 1987 y 1988.
- Porcentaje de egresos de las cinco primeras causas, según area programa - Año 1988.
- Egresos por grupos etáreos, según causa. - Año 1984.
- Egresos por grupos etáreos, según causa - Año 1986
- Egresos por grupos etáreos, según causa - Año 1987.
- Egresos por grupos etáreos, según causa - Año 1988
- Número de egresos totales registrados ordenados según distribución porcentual de grupos de causas - Años 1989, 1990 y 1991.
- Tasas de incidencia (por 10.000 habitantes) por ciertas enfermedades prevenibles por control del medio, inmunoprevenibles y neumonías, según area programa - Años 1984-1988.
- Número de casos nuevos y tasa de incidencia (por 10.000 hab.) de patologías seleccionadas. Año 1989.
- Número de casos nuevos y tasa de incidencia (por 10.000 hab.) de patologías seleccionadas - Año 1990
- Incidencia de diarrea - Años 1982 a 1991
- Incidencia de hepatitis - Años 1982 a 1991
- Incidencia de tifoidea - Años 1982 a 1991
- Incidencia de coqueluche - Años 1982 a 1991
- Incidencia de tétanos - Años 1982 a 1991
- Incidencia de sarampión - Años 1982 a 1991
- Incidencia de neumonía - Años 1982 a 1991
- Incidencia de accidentes de tránsito - Años 1982 a 1991

De Organización y Recursos

- Modelo de regionalización de servicios, Prov.del Neuquén-Argentina, 1971.
- Establecimientos con internación y camas según Subsectores - Prov.del Neuquén - Año 1979 - Canaressa.
- Establecimientos clasificados según Nº de camas por subsectores - Año 1979 - Canaressa.
- Número de camas y relación por 1.000 habitantes - Años 1971 - 1975 - 1980 y 1983.
- Establecimiento Asistenciales, clasificados en: con internación y sin internación - Años 1971 - 1975 - 1980 y 1er. semestre 1983.
- Población y recursos humanos, por zona sanitaria - Años 1970 y 1975
- Población y recursos humanos, por zona sanitaria - Años 1979 y 1981
- Establecimientos según nivel de complejidad por zona sanitaria - Años 1970 y 1979.
- Establecimientos según nivel de complejidad y camas disponibles por zona sanitaria- Años 1979 y 1981
- Establecimientos según dependencia administrativa y tasa por 10.000 habitantes. Años 1960, 1970, 1980 (incompleto 1988).
- Establecimientos del subsector público según nivel de complejidad por zona sanitaria. Años 1960, 1970, 1980 y 1988
- Establecimientos por nivel de complejidad, según zona sanitaria. Años 1970, 1979, 1984 y 1988
- Recursos humanos según categorías seleccionadas y dependencia administrativa. Tasa por 10.000 habitantes - Años 1960, 1970 y 1980.
- Personal total, médicos y enfermeras, según área programa - Años 1984/1988.
- Habitantes por médico, por enfermera y por personal total según área programa - Años 1984/1988.
- Total y porcentaje de personal de enfermería según nivel de formación. Años 1970 a 1982.
- Recursos en salud. Indicadores seleccionados y variación porcentual decenal y del período total - Años 1960, 1970, 1980 y 1988.
- Camas según dependencia administrativa y tasa por 1.000 habitantes. Años 1960, 1970, 1980 y 1988.
- Camas por 1.000 habitantes según zona sanitaria. Años 1960, 1970,

1979 y 1988

- Efectores según Nº de camas y complejidad por zona sanitaria - año 1988.
- Número de camas disponibles del subsector oficial de salud y camas por 1.000 habitantes, según área programa - Años 1984 a 1988
- Camas de los subsectores de obra social y privado - Año 1988.
- Cartografía de la red de establecimientos de salud según complejidad - Año 1960
- Cartografía de la red de establecimientos - Año 1988.
- Listado de clínicas y sanatorios habilitados por la Subsecretaría de Salud - Año 1988.
- Listado de Laboratorios habilitados - Año 1988.
- Listado de equipos habilitados de Rx (uso médico) - Año 1988.
- Listado de equipos rayos X (uso odontológico) - Año 1988.
- Evolución del personal dependiente de la Subsecretaría de Salud por zona sanitaria y nivel Central - Años 1975 - 1979 - 1981 y 1982.
- Personal del Sector Salud.- Años 1979, 1980 y 1981
- Zonas sanitarias y red de establecimientos de la Subsecretaría de Salud - Año 1993.
- Personal total por función, según lugar de trabajo - Años 1989, 1990 y 1991.
- Personal total de Salud - Años 1984/1991
- Médicos, odontólogos, enfermeros y personal total por cada 10.000 habitantes - Años 1984 a 1991
- Personal total: Distribución porcentual por función - Años 1989 a 1991
- Personal total, su distribución porcentual, según lugar de trabajo Años 1989 a 1991
- Ausentismo de personal total según lugar de pago - Período sept.92 -Feb.93 sobre planta de personal de Febrero/93.

De la Producción

- Consultas Externas - Años 1971/82
- Egresos Hospitalarios - Años 1971/82

- Estadísticas Hospitalarias - Años 1979 a 1982
- Estadísticas Hospitalarias - Años 1976/81.
- Consultas Médicas, Egresos y Partos por Establecimiento - Años 1980, 1981 y 1982.
- Consultas médicas - Años 1989 a 1992
- Consultas externas de efectores de la Ciudad de Neuquén y egresos de Hospital Bouquet Roldán - Año 1992.
- Consultas externas de zona metropolitana - Enero-Abril 1992 y 1993
- Prestaciones de laboratorio por establecimiento - Año 1992.
- Prestaciones de enfermería, según áreas hospitalarias - Año 1992.
- Maternidad e Infancia - Actividades de Maternidad e Infancia realizadas y coberturas alcanzadas - Año 1982
- Visitas programadas y realizadas según tipo de personal, por establecimiento - Año 1992.
- Número de embarazadas captadas en Hospital y Centros de Salud y Partos, según hojas de otras prestaciones, H.C.Perinatal e infec. de hospitalización - Año 1992.
- Prestaciones de radiología por establecimiento - Año 1992.
- Inmunizaciones - Dosis totales de vacunas programadas y aplicadas - Esquemas completos en menores de 1 año y embarazadas - Cobertura alcanzada. Año 1982.
- Odontología - Actividades de odontología realizadas y porcentajes alcanzados en los grupos de embarazadas, escolares y demanda espontánea - Año 1982
- Laboratorio y Radiología - Unidades de Laboratorio y de Radiología, por consulta y por egreso - Año 1982.
- Actividades de Saneamiento Ambiental - Año 1982.
- Indicadores de Producción - Períodos 1971 - 1975 - 1980 y 1er. semestre 1983
- Indicadores de Producción - Año 1982 y 1er.semestre 1983.
- Indicadores de Producción - Años 1971- 1982 y 1er.semestre 1983.
- Indicadores de Producción - Años 1982 y 1er.semestre 1983.
- Indicadores de Internación por hospitales - Año 1989
- Indicadores de internación por hospitales - Año 1990

- Indicadores de internación por hospitales - Año 1991
- Consultas por habitante por año según zona sanitaria. Sector público - Años 1960, 1970, 1980, 1981, 1982, 1988 y 1990.
- Egresos por 100 habitantes por año según zona sanitaria - Sector público - Años 1960, 1970, 1980, 1981, 1982, 1988 y 1990
- Consultas médicas y egresos, por establecimiento - Años 1984, 1983, 1982 y 1981 y variación porcentual del período 1984/1981
- Consultas médicas y consultas/habitantes/año - Años 1989/90/91
- Consultas médicas - Subsector oficial - Años 1982 a 1991
- Consultas/habitante/año - Años 1982 a 1991
- Egresos del Subsector oficial - Años 1982 a 1991
- Egresos/100 habitantes/año - Años 1982 a 1991
- Porcentaje de embarazadas y niños menores de 2 años bajo control y porcentaje de desnutridos de este grupo. - Años 1971, 1981, 1988 y Promedio de controles por embarazada - Años 1984 al 1988.
- Partos institucionales según dependencia de los establecimientos - Años 1970, 1980 y 1990.
- Cobertura alcanzada en vacunas aplicadas (1) a la población total de niños menores de 1 año y embarazadas - Años 1960, 1971, 1981 y 1990.
- Vacunas triple, sabin y antisarampionosa, coberturas alcanzadas - Año 1971
- Dosis de vacuna antisarampionosa y tercera dosis DPT y Sabin, aplicadas a menores de un año, por area programa - Años 1984/1988.
- Dosis de vacuna B.C.G. aplicadas a menores de un año y dosis de refuerzos de triple y Sabin en niños de un años, por area programa - Años 1984 a 1988.
- Dosis de primer refuerzo de B.C.G. y segundo refuerzo DT y Sabin por area programa - Años 1984 a 1988.
- Relación consulta-egreso del subsector público según zona sanitaria. - Años 1960, 1970, 1980, 1981, 1982, 1988 y 1990.

De la productividad

- Relación consultas anuales/médicos, según lugar de trabajo - Años 1989, 1990 y 1991.
- Relación egresos anuales/médico, según lugar de trabajo - Años 1989, 1990 y 1991.

- Relación consultas anuales/odontólogo, según lugar de trabajo - Años 1989, 1990 y 1991.
- Relación prestaciones de enfermería por enfermero, según lugar de trabajo - Años 1989, 1990 y 1991
- Relación Paciente día/enfermero, según lugar de trabajo - Años 1989, 1990 y 1991.

De aspectos económico-financieros:

- Salarios brutos por hospitales y zonas- Neuquén- Agosto 1993.
- Presupuesto provincial ejecutado por año según finalidad en miles de Australes - Años 1984/89.-
- Porcentaje del Presupuesto provincial ejecutado en finalidad salud. Años 1984/89.
- Porcentaje de gastos ejecutados en la finalidad salud, según su imputación - Año 1988.
- Estado general de gastos ejecutados en finalidad salud, según imputación del gasto, en miles de australes - Años 1984/89.
- Gasto por habitante en australes y en dólares. - Años 1984/89.
- Gastos salariales provinciales. Remuneraciones de empleados provinciales. Incluye Subsecretaría de Salud. Recursos corrientes. Gastos en sueldos, soportados por el Tesoro Provincial - Año 1993.
- Presupuesto ejecutado por la Subsecretaría de Salud y Total Provincial - Años 1989/1992
- Ejecución Presupuestaria por finalidad - Años 1989 a 1991
- Licitaciones Públicas de equipamiento de mediana y alta complejidad con destino a los Hospitales Provinciales - Años 1992/1993.
- Obras delegadas a los municipios. Año 1993
- Obras con financiamiento BIRF - Provincia (70%-30%) - Año 1993
- Obras con financiamiento provincial - Año 1993
- Provisión de Insumos Hospitalarios - Año 1993
- Subsecretaría de Salud - Otros gastos de funcionamiento - Año 1993.
- Leche entera en polvo - Kgs. adquiridos y distribuidos - Año 1993.

Debe aclararse que además de la información secundaria provista por la provincia, que se detalló precedentemente, se tendrá acceso al procesamiento y análisis de información de otras fuentes, tales como entrevistas a decisores de distintos momentos históricos, y opiniones recogidas por cuestionarios aplicados al personal de los servicios de

salud, incluyendo el Hospital Neuquén, y a representantes de la comunidad. Esta información ha sido recogida por la provincia en el marco de otros proyectos evaluativos.

Por otra parte, para el diseño del análisis de la estructura y funcionamiento del Hospital Neuquén, se desarrolló a su vez el siguiente esquema:

1. Aspectos contextuales:

- . Caracterización socio-económica y procedencia de la población usuaria.
- . Naturaleza de la demanda.
- . Rol en la red de servicios de salud provincial, vinculaciones interinstitucionales y adecuación con los requerimientos del contexto sociosanitario de la provincia.

2. Aspectos organizativos y gerenciales:

- . Estructura organizativa: misiones y funciones, organigrama.
- . Desarrollo de las áreas de conducción, gerencia, administración, comercialización, facturación y cobranzas.
- . Participación de los trabajadores y usuarios en niveles decisorios y de control.
- . Suficiencia cuali-cuantitativa de:
 - . recursos humanos
 - . recursos físicos: de planta e instalaciones, de equipos y de insumos
 - . recursos financieros, fuentes y destinos.
- . Sistemas de información y registros, historias clínicas y archivos.

3. Aspectos técnico asistenciales

- . Organización y desarrollo de los servicios finales:
 - . Especialidades y subespecialidades
 - . Urgencias: emergencia y guardias pediátrica, tocoginecológica y traumatológica
 - . Ambulatorio: consultorios externos, hospital de día y otras modalidades
 - . Internación: cuidados intermedios, especiales e intensivos
 - . Referencias y contrareferencias de pacientes
 - . Programas de actividades extramurales
 - . Docencia e investigación
 - . Comités clínicos, de especialidades, de ética y otros
 - . Monitoreo de calidad, multiprofesionalidad
- . Organización y desarrollo de los servicios intermedios y generales.
 - . Areas Quirúrgicas
 - . Anestesiología
 - . Laboratorios
 - . Diagnóstico por imágenes

- . Hemoterapia
- . Terapia radiante
- . Medicina nuclear
- . Rehabilitación/kinesiología
- . Otras prácticas médicas
- . Servicio social
- . Farmacia/medicamentos
- . Alimentación
- . Esterilización
- . Seguridad e higiene laboral
- . Lavadero
- . Limpieza

4. Resultados

- . Producción y productividad de los servicios.
- . Calidad técnica de las prestaciones
- . Eficiencia de la producción, costos.
- . Satisfacción de los trabajadores, los usuarios y los prestadores.

La información disponible referente al Hospital Neuquén, entregada por la provincia hasta la fecha y que se encuentra en proceso de ordenamiento y sistematización para su posterior análisis de acuerdo con el esquema precedente, se detalla a continuación:

De la Producción

- Número de consultas profesionales según servicios y porcentaje de incremento anual - Años 1990, 1991, 1992 y primer semestre de 1993.
- Total de consultas y consultas de guardia - Años 1990, 1991, 1992 y primer semestre de 1993.
- Gráficos de consultas por servicios - Años 1990, 1991, 1992 y primer semestre de 1993.
- Gráficos de consultas totales y por guardia - Años 1990, 1991, 1992 y primer semestre de 1993.
- Promedio de pacientes atendidos por hora según servicios - Años 1990, 1991, 1992 y primer semestre de 1993.
- Consultas médicas del Hospital Neuquén en el contexto provincial - Años 1989, 1990, 1991, 1992.
- Total anual de egresos según servicios - Años 1990, 1991, 1992 y primer semestre de 1993.
- Promedio diario de pacientes y días de estada según servicios - Años 1990, 1991, 1992 y primer semestre de 1993.
- Porcentaje ocupacional y giro/cama según servicios - Años 1990,

1991, 1992 y primer semestre de 1993.

- Participación del Hospital Neuquén en la internación provincial - Año 1992.
- Número de prácticas realizadas según tipo - Años 1990, 1991, 1992 y primer semestre de 1993.
- Porcentaje de participación de las cirugías del Hospital en el total provincial - Años 1990, 1991, 1992 y primer semestre de 1993.
- Número de intervenciones quirúrgicas programadas y de urgencia y porcentaje de incremento anual. - Años 1990, 1991, 1992 y primer semestre de 1993.
- Partos según tipo - Años 1990, 1991, 1992 y primer semestre de 1993.

De organización y recursos

- Distribución del personal por especialidad y áreas - Septiembre de 1993.
- Distribución del personal por servicios - Septiembre de 1993.
- Evolución de la distribución del personal por servicios - Años 1990, 1991, 1992 y primer semestre de 1993.
- Listado de aparatos y equipos por servicios - Septiembre de 1993.
- Propuesta de la remodelación de la Organización Física Funcional del hospital - Septiembre de 1988.
- Decreto de aprobación de la estructura y funciones técnico administrativas del hospital Neuquén - Año 1982.
- Organigrama del Hospital Neuquén - Año 1982.
- Presupuestos ejecutados del hospital - Años 1988, 1989, 1990, 1991 y 1992.
- Previsión de fondo permanente de gastos por mes - Año 1993, primer cuatrimestre.
- Costo de hora de guardia médica y consulta de guardia - Año 1992.
- Promedio mensual de gastos en consultas y egresos - Año 1992
- Historia del Hospital Neuquén por Juan Mario Raone - 1913/1984.

Si bien la información disponible parece abundante, durante la segunda etapa se procederá a profundizar selectivamente, en función de los requerimientos planteados por los esquemas analíticos y por las propias características de los problemas que se detecten durante las próximas actividades de corroboración del prediagnóstico y de diagnóstico preliminar.

Atentamente:

Dr. Néstor A. Perrone