

O/M.411
N19

40414

**OPTIMIZACIÓN DE LAS
ESTRUCTURAS TÉCNICO
ADMINISTRATIVAS DE LOS
SERVICIOS PARA LA
ATENCIÓN MÉDICA DE LA
COMUNIDAD (S.A.M.Co.)
DE LA
PROVINCIA DE SANTA FE.**

**Hospitales S.A.M.Co. Niveles
IV y VI**



**EFICIENTIZACIÓN ECONÓMICA-FINANCIERA DE LAS
PRESTACIONES.
SU INTEGRACIÓN DENTRO DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD
SOCIAL.**

INFORME FINAL

**Experto: Dr. Roque M. Niklison
Colaborador: Dr. Rodolfo R. Milesi**

Junio de 1996

O/M.411
N19
M 22
M 3

PROVINCIA DE SANTA FE

Santa Fe es una de las *provincias históricas* de la República Argentina, ya que organizó su territorio a partir de la fundación de Santa Fe de la Vera Cruz, su ciudad capital, efectuada por don Juan de Garay en 1573.

Integra la región pampeana agroganadera e industrial que concentra la mayor parte de la población del país y donde se desarrollan las actividades económicas de mayor importancia.

El caudaloso río Paraná recorre el límite oriental de la provincia y es un factor fundamental en su poblamiento y en sus actividades económicas.

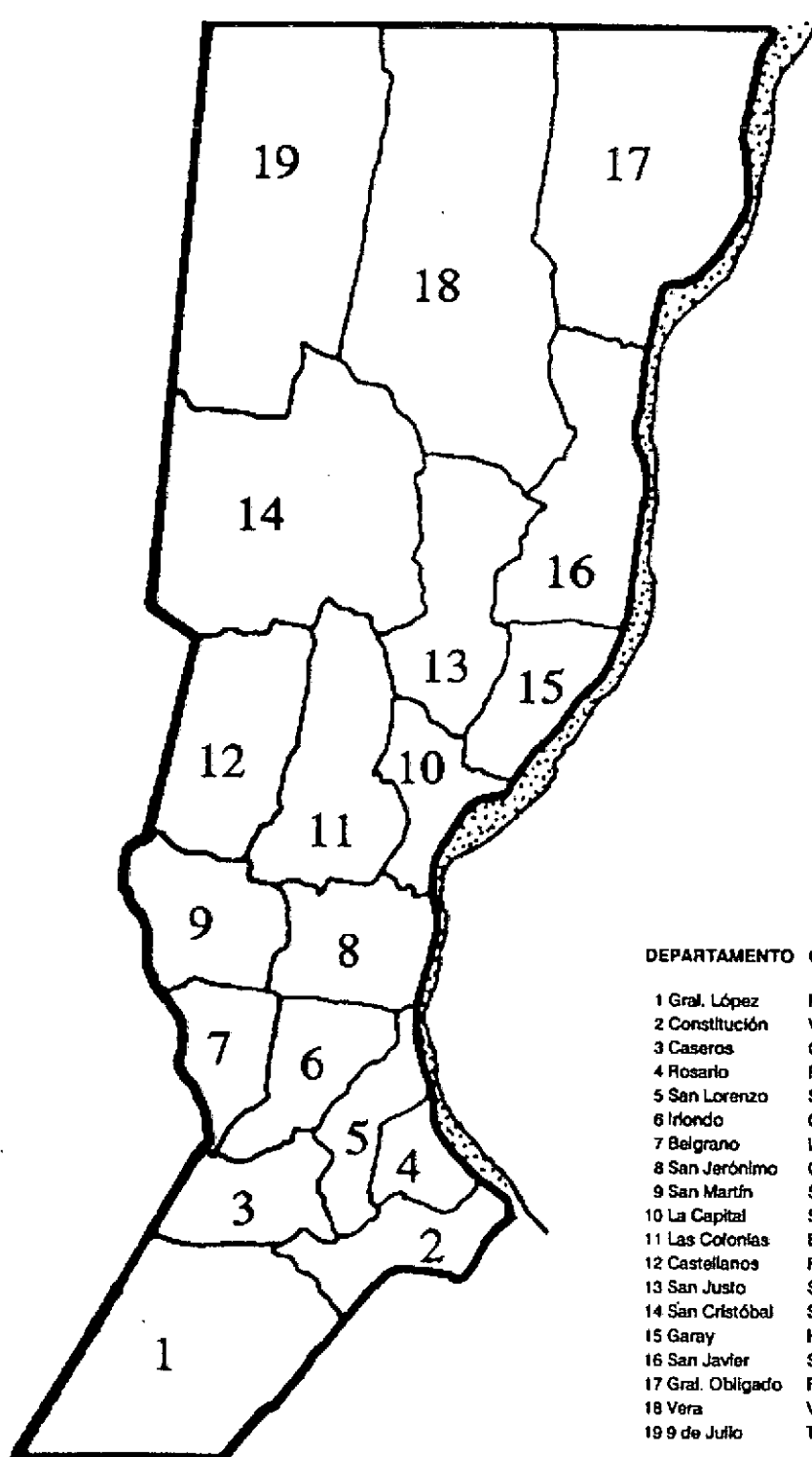
El territorio provincial se divide administrativamente en diecinueve departamentos; la capital provincial es la ciudad de Santa Fe y Rosario es el centro urbano más importante, por el número de habitantes y por sus funciones varias

DIVISIÓN POLÍTICA PROVINCIAL

Departamento	Cabecera	Sup. en Km ²	Población
TOTAL PROVINCIA	Santa Fe	133.007	2.798.422
Belgrano	Las Rosas	2.386	38.818
Caseros	Casilda	3.449	76.690
Castellanos	Rafaela	6.600	141.994
Constitución	V. Constitución	3.225	79.419
Garay	Helvecia	3.964	16.253
Gral. López	Melincué	11.558	172.054
Gral. Obligado	Reconquista	10.943	145.265
Iriondo	Cañada de Gómez	3.184	62.838
La Capital	Santa Fe	3.055	441.982
Las Colonias	Esperanza	6.439	86.046
9 de Julio	Tostado	16.730	27.285
Rosario	Rosario	1.890	1.079.359
San Cristóbal	San Cristóbal	14.850	63.353
San Javier	San Javier	6.929	26.369
San Jerónimo	Coronda	4.282	69.739
San Justo	San Justo	5.575	36.887
San Lorenzo	San Lorenzo	1.867	129.875
San Martín	Sastre	4.860	57.118
Vera	Vera	21.221	47.078

LAMINA N° 1

DIVISION POLITICA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE



DEPARTAMENTO	CABECERA	CATEGORIA	
1	Gral. López	Melincué	Comuna
2	Constitución	V. Constitución	Municipio
3	Caseros	Casilda	Municipio
4	Rosario	Rosario	Municipio
5	San Lorenzo	San Lorenzo	Municipio
6	Irondo	Cda. de Gómez	Municipio
7	Belgrano	Las Rosas	Municipio
8	San Jerónimo	Coronda	Municipio
9	San Martín	Sastre	Municipio
10	La Capital	Santa Fe	Municipio
11	Las Colonias	Esperanza	Municipio
12	Castellanos	Rafaela	Municipio
13	San Justo	San Justo	Municipio
14	San Cristóbal	San Cristóbal	Municipio
15	Garay	Helvecia	Comuna
16	San Javier	San Javier	Municipio
17	Gral. Obligado	Reconquista	Municipio
18	Vera	Vera	Municipio
19	de Julio	Tostado	Municipio

En la lámina N°1 obran los 19 departamentos en que se divide la provincia, juntamente con sus cabeceras, y en el cuadro la lista de ciudades. Institucionalmente, el verdadero nombre de éstas es **municipio**, categoría que, de acuerdo al art. 106 de la Constitución Provincial, se adquiere cuando el distrito llega a los 10.000 habitantes. Por debajo de esta cifra es **comuna**.

MUNICIPIOS DE LA PROVINCIA

I Total de distritos de la Provincia:

Comunas	311
Municipios	47
<i>Total</i>	<i>358</i>

II Nómima de municipios, por departamento:

	Departamento	Municipios
SUR	Gral. López	Venado Tuerto, Firmat Rufino, Villa Cañas
	Constitución	V. Constitución
	Caseros	Casilda
	San Lorenzo	San Lorenzo, Cap. Bermúdez Carcaraña, Fray Luis Beltrán Puerto Gral. San Martín, Roldán
	Rosario	Rosario, Arroyo Seco, Pérez Gr. Baigorria, Villa Gdor. Gálvez
	Iriondo	Cañada de Gómez, Totoras
	Belgrano	Las Rosas, Armstrong, Las Parejas
CENTRO	San Jerónimo	Coronda, Gálvez
	San Martín	San Jorge, El Trébol, Sastre
	Castellanos	Rafaela, Sunchales, Frontera
	Las Colonias	Esperanza, San Carlos Centro
	La Capital	Santa Fe, Laguna Paiva, Santo Tomé
	San Justo	San Justo
	San Cristóbal	San Cristóbal, Ceres
NORTE	San Javier	San Javier
	Gral. Obligado	Reconquista, Avellaneda, Las Toscas Malabrigo, Villa Ocampo
	Vera	Vera, Calchaquí
	9 de Julio	Tostado

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Datos actuales y su relación histórica

La población total de la Provincia de Santa Fe es para el censo 1991 de 2.798.422 habitantes. Del porcentaje general el 75,42% está concentrado en seis de los diecinueve departamentos que integran el contorno provincial; ellos son: Rosario, La Capital, Gral. López, Castellanos, Gral. Obligado y San Lorenzo.

Rosario es el departamento con mayor número de habitantes, 1.079.359, lo que equivale a un 38,55% del total general.

En ciudades con más de 300.000 habitantes, Rosario y Santa Fe, reside el 45,13% de la población total de la provincia. Rafaela (Castellanos), Villa Gobernador Gálvez (Rosario), Venado Tuerto (General López), Reconquista (General Obligado), Santo Tomé (La Capital) y Villa Constitución (Constitución) son las ciudades que registran entre 40.000 y 100.000 habitantes.

El aglomerado de Rosario concentra un 40,07% (1.120.970 habitantes) de la población total de la provincia; por su parte, el aglomerado Santa Fe reúne un 14,63% (409.239 habitantes) del total general. Como se puede apreciar ambos aglomerados suman un 54,70% de habitantes, porcentaje más que significativo que ratifica la disparidad regional a la que hicimos mención con anterioridad.

Crecimiento de la población en los departamentos

El crecimiento de la población de un territorio cualquiera depende de:

- 1) El crecimiento vegetativo, es decir, la diferencia entre el número total de nacimientos y el de defunciones que se dan en el seno de una población durante un momento histórico dado.
- 2) El balance migratorio que indica el total de personas que emigran o ingresan al territorio.

En la provincia, de acuerdo a los datos obtenidos en el último Censo Nacional de Población y Vivienda, se observa un crecimiento de la población, en todos los departamentos, respecto de los resultados arrojados por el censo realizado en 1980. Así, se destacan Gral. Obligado con un crecimiento del 23,74%; San Lorenzo con uno del 17,73% y Castellanos con un 16,31% más de habitantes que once años antes.

Los aumentos más insignificantes se produjeron en Vera con un 0,14%, Garay 0,40%, San Cristóbal 2,42%, Iriondo 4,36% y 9 de Julio 1,87%. Comparando el decenio 1970-1980 y el período 1980-1991, se advierte en este último una manifiesta disminución del porcentaje de crecimiento poblacional en la mayoría de los departamentos excepto en Caseros, Castellanos, Las Colonias, 9 de Julio, San Cristóbal, San Javier, San Justo y San Martín. En el período 1970-1991 el mayor crecimiento se dio en Gral. Obligado con el 50,04%. Es de destacar la importancia de la ciudad de Reconquista, en este departamento del norte provincial. Esta

posee un parque industrial inaugurado en 1971, lo que coadyuvó a la creación de fuentes de trabajo y por ende al crecimiento de la población.

El mayor incremento en la población se da en Avellaneda con el 37,68%, que cercana a Reconquista, desarrolló tempranamente un activo comercio; así como el cultivo e industrialización del algodón le confirieron impulso a partir de la década del '60.

Crecimiento de la población en los municipios

El Municipio de Avellaneda (General Obligado) registra el mayor crecimiento con el 37,68%; le siguen Malabrigo con el 29,11% y Reconquista con el 30,30%, ambas pertenecientes, también, al departamento del norte. Las Parejas (Belgrano) presenta un 24,22%.

A la sazón, los municipios de Laguna Paiva (La Capital), San Cristóbal (San Cristóbal) y Coronda (San Jerónimo), obtuvieron los menores crecimientos con 1,27%, 2,93% y 2,87% respectivamente. En el resto de los municipios el crecimiento oscila entre el 3,76% y el 31,34%.

Si tomamos en cuenta la etapa 1970-1991, es dable observar que dos Municipios duplicaron su población: Villa Gobernador Gálvez (25,07% en el 80-91) y Granadero Baigorria (40,73% en el 80-91), ambas del departamento Rosario.

Relación de masculinidad

De los 2.798.422 habitantes que representa el total general de la provincia de Santa Fe, 1.366.361 son varones y 1.432.061 son mujeres. Así, queda establecida una relación de 95 varones por cada 100 mujeres.

Desde 1960 a 1991 se aprecia un pronunciado aumento del grupo con más de 65 años.

En los departamentos de la zona norte, los grupos de 0 a 9 años de edad son más amplios como consecuencia de las altas tasas de natalidad allí registradas. También existe un importante número de hombres en detrimento del sexo femenino; el predominio del sector rural que requiere, preferentemente, mano de obra masculina y obliga a las mujeres a emigrar hacia zonas industrializadas justifican tal apreciación.

Los mayores índices de masculinidad se dan en 9 de Julio con el 108,60%, Garay el 107,30%, San Javier el 107,16% y Vera el 104,64%.

En los departamentos del sur provincial, las tasas de natalidad son muy bajas y se advierte un mayor envejecimiento de la población. Las migraciones del sexo femenino determinan una disminución del índice de masculinidad: La Capital con el 91,45%, Rosario el 92,01%, Castellanos el 97,44%, Belgrano el 98,41% y Caseros el 98,62%.

Lo destacable dentro de este punto radica en el envejecimiento progresivo de la población, como consecuencia de las bajas tasas de natalidad y el aumento de la expectativa de vida que, aproximadamente, se encuadra entre los 66 años en el sexo masculino, y 74 años en el sexo femenino, debido a los avances experimentados por la ciencia médica.

En la capital provincial, la población estimada de niños entre 0 y 9 años significa aproximadamente un 20,30% de la población que reúne 349.874 habitantes; en el año 1980 la población era de 306.293, el grupo mencionado abarcaba 66.425 niños que determinaban un porcentaje de 21,58%.

El grupo de edad de 65 años y más, es de aproximadamente 34.800 personas 9,8% en 1991, mientras que, en 1980, representaba el 8,94% con 27.522 personas.

Rosario tiene, en 1991, 910.302 habitantes. El grupo de 0 a 9 años representa aproximadamente el 17,80%; mientras que el mismo grupo en 1980 era de 18,45% y la población total de 797.340 habitantes.

Las personas de 65 años y más representan el 12,28% en el año 1991; para 1980, idéntico grupo de edad albergaba el 10,76%.

Crecimiento de viviendas en los departamentos.

La cantidad de viviendas censadas en 1991 en nuestra provincia es de 892.730. Si recordamos que en 1980 existían unas 753.595 viviendas, se observa en once años un crecimiento del 18,46%. El mayor incremento lo registra el departamento Gral. Obligado con el 30,01%; le siguen La Capital con el 23,70%; San Lorenzo 19,93% y Castellanos con 19,85%.

Rosario registra un crecimiento del 18,47%, mientras que Garay, con el 8,75% y San Cristóbal con el 8,26%, se constituyen en los Departamentos que menos han aumentado su número de viviendas.

Cabe destacar que, en los diecinueve Departamentos y en la mayoría de los distritos, se advierte un crecimiento mayor del número de viviendas respecto del de población.

REGIONALIZACIÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Partimos del concepto de que región es toda área con características homogéneas y de unidad interna, motivada por pautas y asociaciones de fenómenos que le imprimen singularidad, funcionalidad e identidad propia.

Si queremos establecer regiones, la búsqueda debe comenzar por la determinación de los elementos estructurales más abarcativos existentes en la provincia, naturales y humanos.

A. Regiones naturales y de concentración urbana.

El primer hecho es que la Provincia de Santa Fe se inscribe en dos grandes divisiones estructurales físicas del país: la *pampeana* y la *chaqueña*. Ello resulta fundamental porque implica la existencia de dos áreas provinciales con muy distintas capacidades ecológicas de producción, lo que va a significar la existencia de dos tipos distintos de economía agropecuaria. Ver lámina N° 2.

La divisoria entre ambas regiones es, aproximadamente, la isoterma anual de los 20°C, que corre de Tostado a Alejandra, con ligera inclinación sur, y en los departamentos de San Javier y Garay desciende hacia el sur, adosado al río San José del Rincón (que queda incluida, así, en el área subtropical). Esta cuña hacia el sur se produce como consecuencia de la acción de la masa de agua del complejo fluvial del río Paraná sobre la temperatura ambiente, moderándola en invierno y generando mayor humedad ambiente, tanto en verano como en invierno.

Las diferencias entre ambas regiones naturales son:

La **región pampeana** posee clima templado y suelos brunizen (de alta fertilidad, apropiados para praderas), relación ecológica muy apta para cereales, oleaginosas y ganadería refinada. Esto llevó a partir de la efectiva ocupación humana de ese espacio (tras la fundación de Esperanza, en 1856), a la organización de cientos de colonias con gran división de la tierra. Esta región pampeana santafesina no es uniforme ya que existen dos subregiones:

Una en el *sur* con plenitud de características pampeanas y otra en el centro, llamada de *transición*, con cierta degradación de las características pampeanas.

La **región chaqueña** posee clima subtropical, apareciendo en ella dos subregiones claramente diferenciadas:

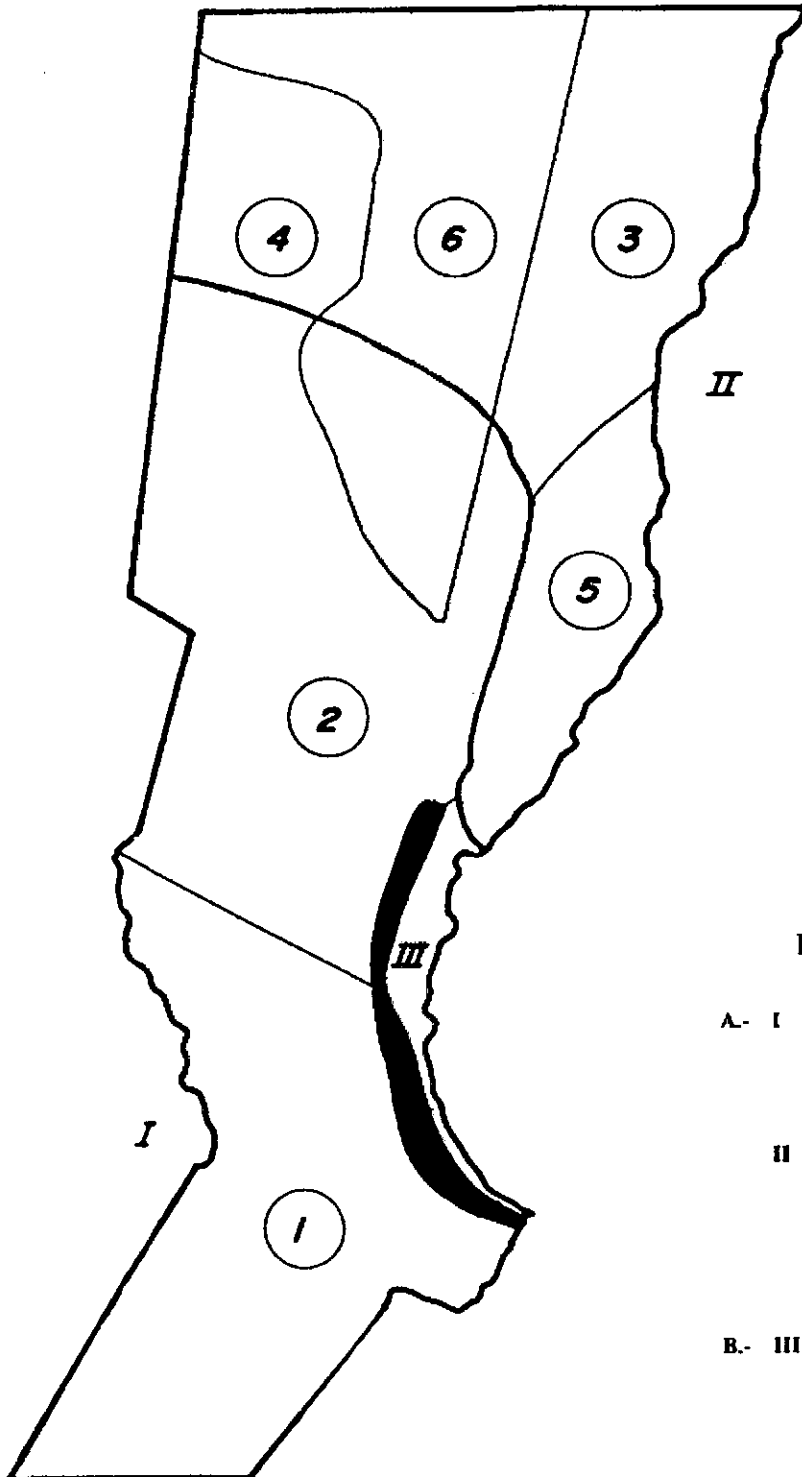
Una *húmeda* (al oeste), que está bajo el régimen de lluvias de los vientos del este y noreste (procedentes del anticiclón del Atlántico), y abarca Gral. Obligado, San Javier, Garay y este de Vera.

Una *semiseca* (al oeste), donde el sistema de alta presión invernal del centro del país eleva los vientos húmedos, posibilitando lluvias sólo en verano, caracterizadas por ser muy intensas en volumen pero irregulares en su periodicidad, con lo que el beneficio es escaso. El área comprende 9 de Julio, oeste de Vera y noroeste de San Cristóbal.

Ecológicamente el área húmeda es apta para cultivos subtropicales (azúcar, algodón, arroz), silvicultura y ganadería extensiva. Predomina en ella la gran propiedad. Sólo en la franja por donde corre la ruta N° 11 aparece mediana y pequeña propiedad.

LAMINA N° 2

- A) REGIONES Y SUBREGIONES NATURALES
 B) REGIONES DE CONCENTRACION HUMANA



REFERENCIAS

- A.- I **Región pampeana**
 1 Sur
 2 De transición
- II **Región Chaqueña**
 3 Húmeda
 4 Semiseca
 5 De la costa
 6 Bajos del centro norte
- B.- III **Región de concentración humana**



El área semiseca, en cambio, sólo es apta para ganadería extensiva y, en reducida extensión, para cosecha gruesa (sorgo, maíz de segunda). Dada la baja productividad de la tierra (por combinación de clima y suelo) existe únicamente gran propiedad.

Entre las subregiones húmeda y semiseca, una zona deprimida, conocida institucionalmente como los bajos submeridionales y que son los *Bajos del centro-norte*. El área, inundable de 4 a 5 veces al año, posee forma de triángulo; su base es el paralelo 28 (límite con Chaco) desde el límite con Santiago del Estero (al oeste) hasta el meridiano 60 (al este); su vértice se sitúa hacia el sur, en el tronque de los ríos Salado y Calchaquí. La zona carece de centros urbanos es inapta para agricultura y sólo permite ganadería extensiva practicada en grandes estancias.

Encontramos además en esta región natural subtropical un espacio que, desde la organización nacional (y en realidad desde el siglo XVI) conformó un área histórica: *la costa*. Físicamente la misma se caracteriza por un albardón (actual barranca del valle del Paraná), arenoso desde Rincón a Helvecia (limo-arcilloso desde aquí a Romang), con alto grado de humedad ambiente a lo largo de todo el año, y una casi absoluta ausencia de heladas lo que lo transforma en un microárea de excepcional importancia para el cultivo de hortalizas, flores y cucurbitáceas.

La **región de concentración humana** se da en una franja de apenas 5 a 10 km. de ancho que corre desde Villa Constitución hasta Recreo, articulada sobre las rutas nacionales número 9 y 11. Esta estrechísima franja es la que se caracteriza por una concentración demográfica, financiera, industrial, comercial, infraestructural, política, y de medios masivos de información y de comunicación de la provincia.

B. Regionalización socio-económica.

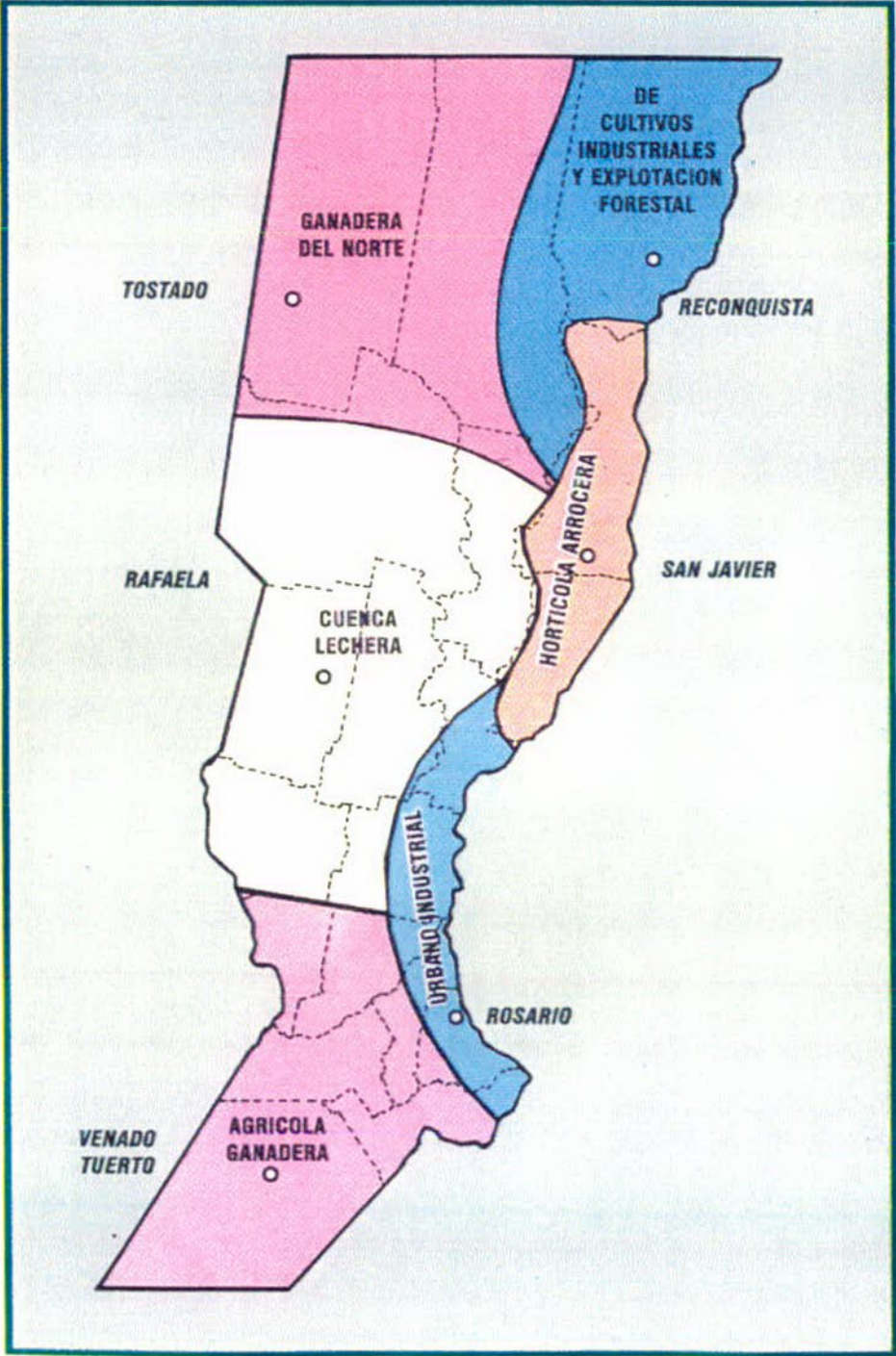
Región geográfica es un espacio donde se cumplen un sinnúmero de interrelaciones que van tejiendo tramas de flujo y absorben toda la vida cultural, social y económica.

Las regiones formales obedecen a la ocurrencia y correlación en un espacio dado de factores diversos del ambiente físico, biológico y de la vida humana, pero la entrada en el análisis regional es la organización humana del espacio, y desde esa dominante, se deben interpretar todas las correlaciones que generan finalmente un espacio conforme.

Al considerar como dominante la organización del espacio, tienen importancia relevante las actividades económicas que sirven para establecer las regiones santafesinas. (Lámina N° 3)

Región	Capital regional
Ganadera del norte	Tostado
De cultivos industriales y explotación forestal	Reconquista
Cuenca Lechera	Rafaela
Hortícola-arrocera	San Javier
Agrícola-ganadera	Venado Tuerto
Urbano-industrial	Rosario

LAMINA N° 3



Región ganadera del norte

La región ganadera del norte abarca el Dpto. 9 de Julio y la sección occidental del departamento Vera; el límite este lo constituye el sistema de cañada Las Víboras y laguna Ensenada, y el sur, el río Salado.

La ganadería es la actividad que caracteriza a la región; la densidad de población es la más baja de la provincia y no existe una red urbana ni una infraestructura moderna. Es una región que espera solucionar graves problemas socioeconómicos que impiden considerarla como un espacio organizado.

Región de los cultivos industriales y de explotación forestal

La región comprendida por el departamento General Obligado y la sección oriental del departamento Vera, integran la región dedicada a cultivos industriales y a la explotación forestal.

Las condiciones ecológicas del lomo oriental favorecen el cultivo de la caña de azúcar y del algodón, que son industrializados en la misma región.

La existencia del bosque chaqueño marcó una evolución económica particular en la zona del este, como consecuencia de la explotación del quebracho colorado.

Las actividades económicas que caracterizan a la región la convierten en el espacio más dinámico del norte santafesino. El polo regional es la conurbación Reconquista-Avellaneda, centro industrial de vital importancia en la economía santafesina.

Región de la cuenca lechera

La cuenca lechera santafesina comprende los departamentos Castellanos y Las Colonias, el centro-sur de San Cristóbal y San Justo, el centro norte de San Martín y parte de San Jerónimo. Se extiende, sin solución de continuidad, en el este de la provincia de Córdoba. Los departamentos San Cristóbal y San Justo ocupan una zona de transición, donde la actividad tambera va dando lugar paulatinamente a la ganadería, asociada a la agricultura. El departamento San Martín constituye también un área de transición entre la zona donde predomina la producción lechera y el área fundamentalmente agrícola, situada en el sur provincial.

Si bien esta región presenta una diversidad productiva basada en actividades agrarias, industriales y de servicios, se la identifica a nivel provincial y nacional, por la importancia de la producción lechera.

A los departamentos Las Colonias, Castellanos, San Martín y San Cristóbal les corresponde el 67 % del volumen provincial industrializado de leche.

El dinamismo económico regional, provocó el desarrollo de una red urbana con centros medianos y un importante centro regional, la ciudad de Rafaela, que se ha convertido en el polo más importante del oeste santafesino. La red urbana se estructura sobre una buena red de comunicaciones.

Región hortícola-arrocera

Los departamentos de San Javier y Garay integran un espacio de la provincia donde el dominante es el río. El Paraná es el modelador del paisaje y de las actividades económicas.

La región, que recibió a grupos de colonos europeos, vio desarrollarse la agricultura y las actividades portuarias en el puerto de Helvecia, antes de que se construyera el de Santa Fe.

Hoy es un área expulsora de población, baja densidad de habitantes y dedicado a la agricultura especializada.

Abarca dos sectores diferentes: el complejo isleño y el sector continental.

Región agrícola-ganadera

Comprende los departamentos General López, Caseros, Belgrano, Iriondo, San Lorenzo, Rosario y Constitución. La franja oriental de los departamentos localizados en el margen del Paraná, pertenece a la región urbano-industrial; el límite constituye un área de transición.

El sur provincial cuenta con las mejores condiciones ecológicas para las actividades agropecuarias, lo que le permite obtener los rendimientos más altos a nivel provincial. Además desarrolla una importante actividad industrial y tiene alta densidad de población y centros urbanos, interrelacionados por una eficiente red de comunicaciones.

Región urbano-industrial

La región urbano-industrial se localiza en una estrecha franja de pocos kilómetros de ancho, que abarca desde Santa Fe en el norte, hasta Villa Constitución en el sur, recostada sobre la margen derecha del río Paraná. Es la parte de la región de nuestro país más densamente poblada, y de mayor radicación industrial: el frente fluvial Paraná-Plata.

Sobre la costa se suceden ciudades-puertos, en las que converge la trama radial de las vías de comunicación: Santa Fe, Puerto San Martín, San Lorenzo, Fray Luis Beltrán, Capitán Bermúdez, Rosario, Villa Gobernador Gálvez y Villa Constitución. Estos centros están enlazados desde Rosario al norte, por la ruta nacional N° 11 y hacia el sur, por la ruta nacional N° 9.

Este espacio pertenece a los departamentos La Capital, San Jerónimo, Iriondo, San Lorenzo, Rosario y Constitución.

Las características fundamentales de esta región, la más dinámica de la provincia, son la industrialización, la urbanización y la agricultura especializada de los cinturones hortícolas.

VÍAS DE COMUNICACIÓN TERRESTRE Y FLUVIALES

Rutas que unen grandes áreas

Rutas Nacionales

Nº 9-11 y 34 que unen el sur con el norte.

Nº 9 (de Rosario hacia Córdoba), 19 y 98, unen el este con el oeste.

Nº 33, que une el sur, de noreste a sudoeste, atravesando la pampa ondulada.

Rutas Provinciales

Nº 1 y 13, de sur a norte.

Nº 2 y 4, centro con noroeste.

Nº 14, une el sur de noreste a sudoeste.

Ver lámina Nº 4

Puertos

Jugaron un rol fundamental en el desarrollo de la provincia, habiéndose producido algunos cambios en las últimas décadas a raíz del aumento de porte y tonelaje de los ultramarinos. Ello quitó funcionalidad al puerto de Santa Fe, que sólo en base a permanentes y costosos dragados puede recibir buques de apenas 21 pies de calado, tamaño notoriamente desactualizado en el transporte de ultramar.

El área, en cambio, que va desde el norte de la ribera bonaerense hasta el río Carcarañá, posee barrancas de gran altura y un cauce profundo, lo que permite, naturalmente, buques de hasta 30 pies de calado. Como consecuencia de esa ventajosa posición geovial el puerto de Rosario exporta, por sí sólo, 1/3 de la producción agrícola argentina.

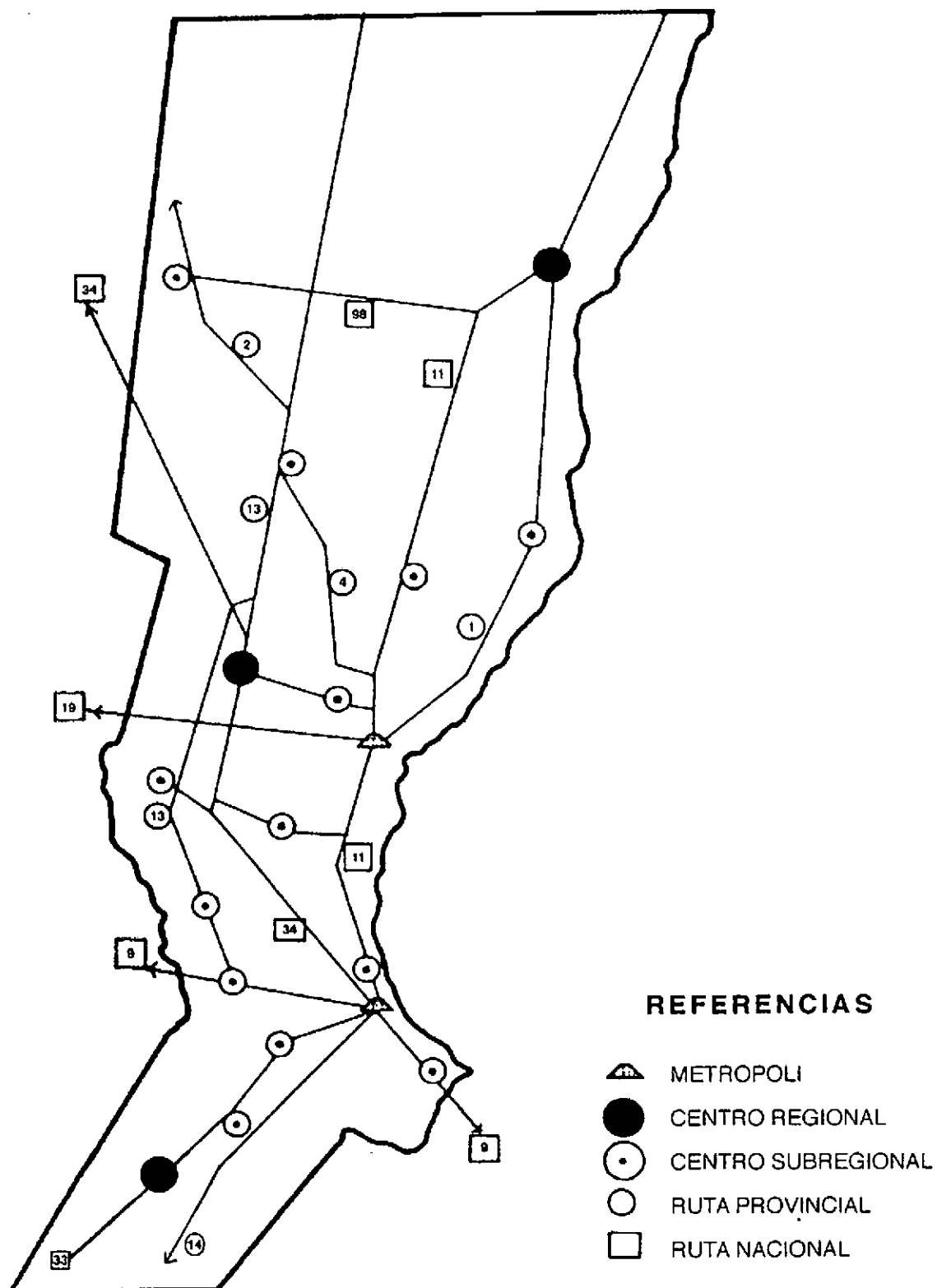
Además, en la última década, numerosas empresas privadas han instalado puertos propios en la zona que va desde Puerto San Martín a San Lorenzo en particular, aunque también los encontramos en Rosario. Por los puertos privados del departamento San Lorenzo sale el 20% de las exportaciones de granos, más otra importante cantidad de subproductos industrializados, aceites en especial.

Por los puertos (oficiales y privados) que van desde Rosario hasta Pto. Gral. San Martín sale el 55% de las exportaciones de granos y subproductos del país, a lo que se debe sumar un 5% más que sale por el puerto de Villa Constitución.

Estas cifras, que en valores absolutos significa hablar de más de 13 millones de toneladas salidas por estos puertos, da una idea clara del rol preponderante que los nudos de transporte juegan en la concentración de actividades económicas y, por ende, poblacionales.

LAMINA N° 4

JERARQUIAS URBANAS Y PRINCIPALES RUTAS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE



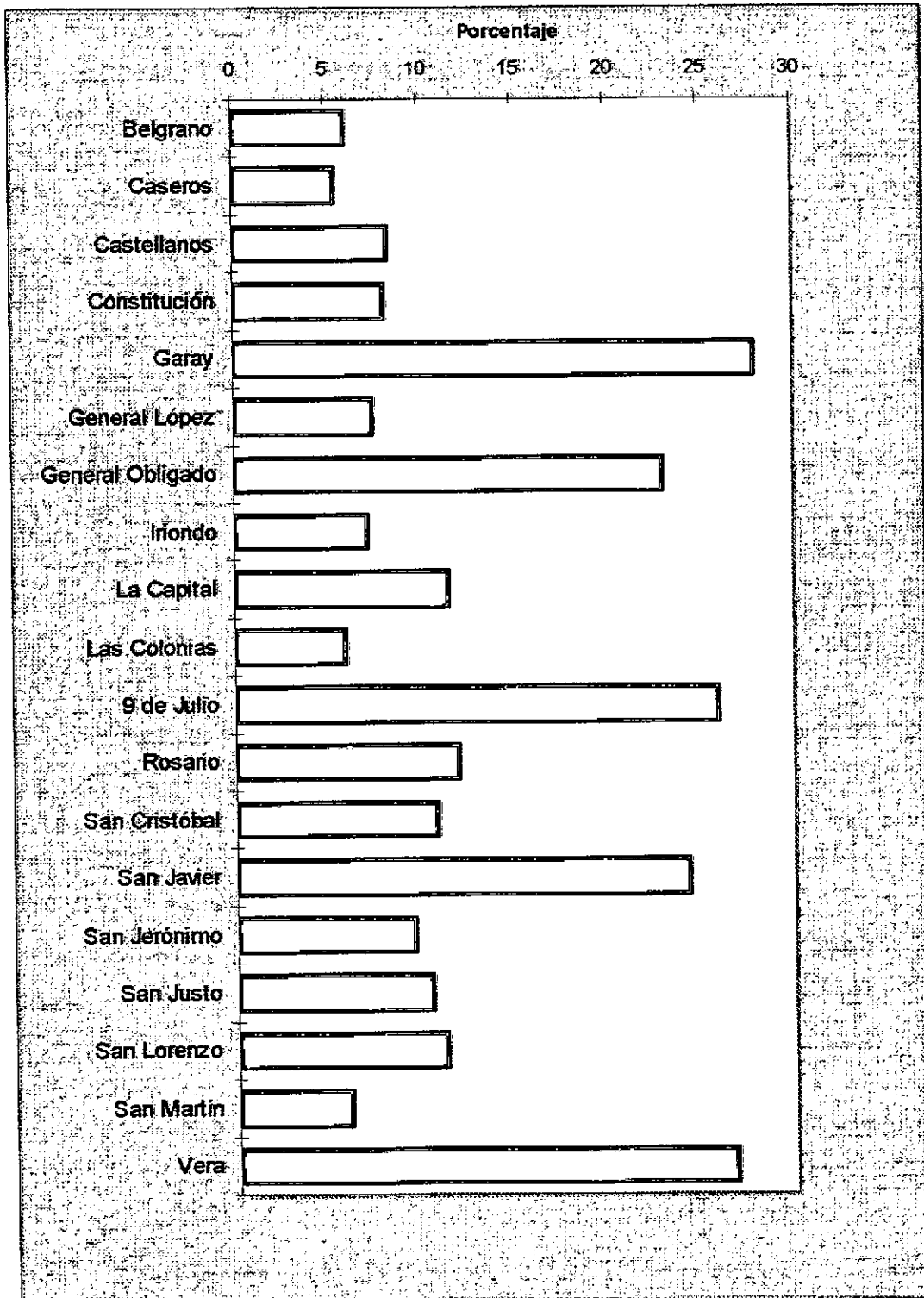
HOGARES CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI).

Las NBI están definidas de acuerdo con la metodología utilizada por INDEC en **La Pobreza en la Argentina** (Serie Estudios INDEC N° 1. Bs. As. 1984). De acuerdo con la información proveniente de la primera etapa del procesamiento del Censo 1991 se utilizan sólo 4 de los 5 indicadores seleccionados en dicho estudio. Se define a los indicadores de la siguiente manera:

- 1) Hacinamiento: hogares que tuvieran más de 3 personas por cuarto.
- 2) Vivienda: hogares que habitan en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo).
- 3) Condiciones sanitarias: hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete.
- 4) Asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela.

Total de hogares y hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI), según departamento. Censo 1991

Jurisdicción	Total hogares	Hogares con NBI	%
Total Provincia	777.178	89.919	11.60
Belgrano	11.238	690	6.10
Caseros	23.108	1.293	5.60
Castellanos	39.472	3.334	8.40
Constitución	22.372	1.832	8.20
Garay	3.910	1.093	28.00
General López	51.484	3.858	7.50
General Obligado	33.617	7.760	23.10
Iriondo	18.095	1.325	7.30
La Capital	117.571	13.655	11.60
Las Colonias	24.585	1.483	6.00
9 de Julio	6.590	1.711	26.00
Rosario	307.169	37.301	12.10
San Cristóbal	17.505	1.908	10.90
San Javier	6.629	1.617	24.40
San Jerónimo	19.974	1.920	9.60
San Justo	10.229	1.088	10.60
San Lorenzo	34.832	3.924	11.30
San Martín	17.411	1.067	6.10
Vera	11.387	3.060	26.90

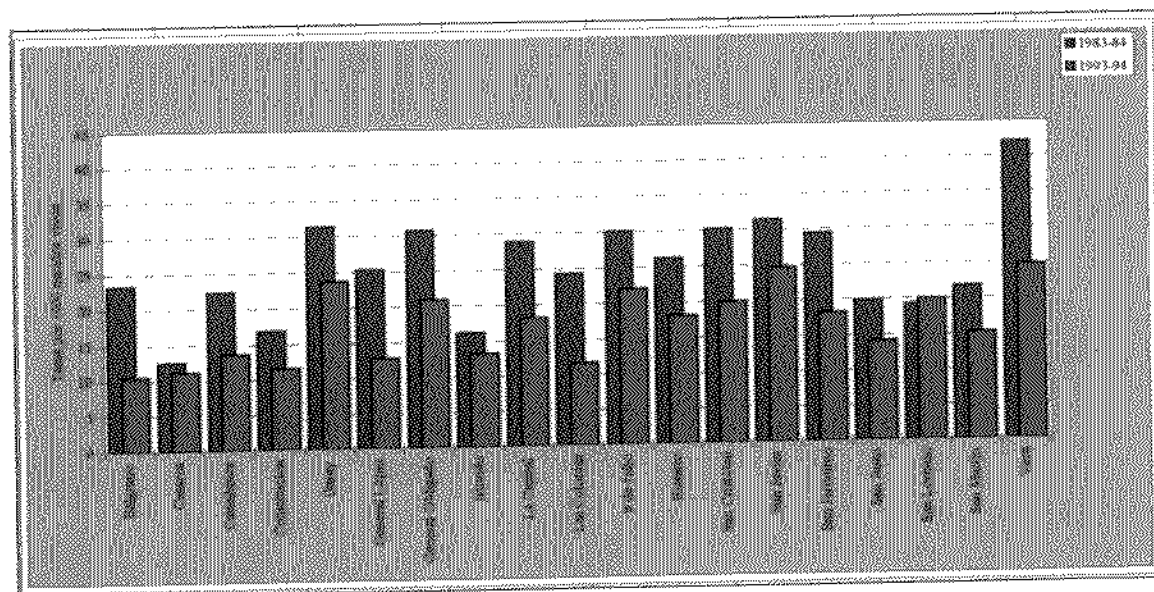
Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas según departamento, año 1991

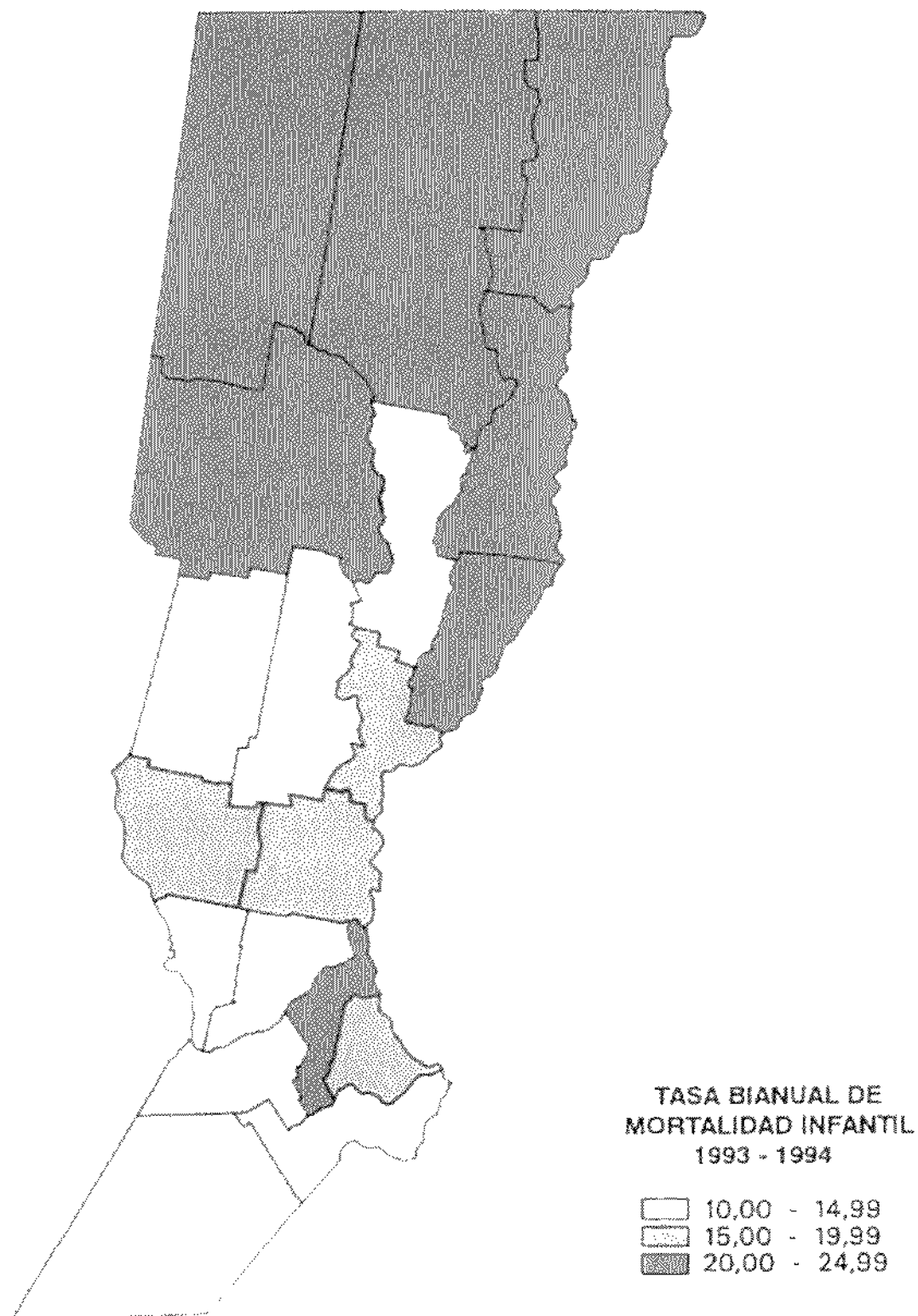
PROVINCIA DE SANTA FE, INDICADORES DE SALUD

Evolución de la mortalidad infantil Provincia de Santa Fe. 1983-1994

Departamento	1983-84	1993-94	Variación %
Belgrano	23.39	10.57	54.81
Caseros	12.58	11.14	11.45
Castellanos	22.53	13.61	39.59
Constitución	16.91	11.54	31.76
Garay	31.57	23.81	24.58
General López	25.38	12.79	49.61
General Obligado	30.78	21.01	31.74
Iriondo	16.24	13.31	18.04
La Capital	29.02	18.14	37.49
Las Colonias	24.32	11.72	51.81
9 de Julio	30.27	22.08	27.06
Rosario	26.29	18.25	30.58
San Cristóbal	30.34	20.02	34.01
San Javier	31.58	24.75	21.63
San Jerónimo	29.52	18.31	37.97
San Justo	19.93	14.09	29.30
San Lorenzo	19.32	20.00	-3.52
San Martín	21.75	15.24	29.93
Vera	42.15	24.74	41.30
Total Provincial	26.36	17.54	33.46

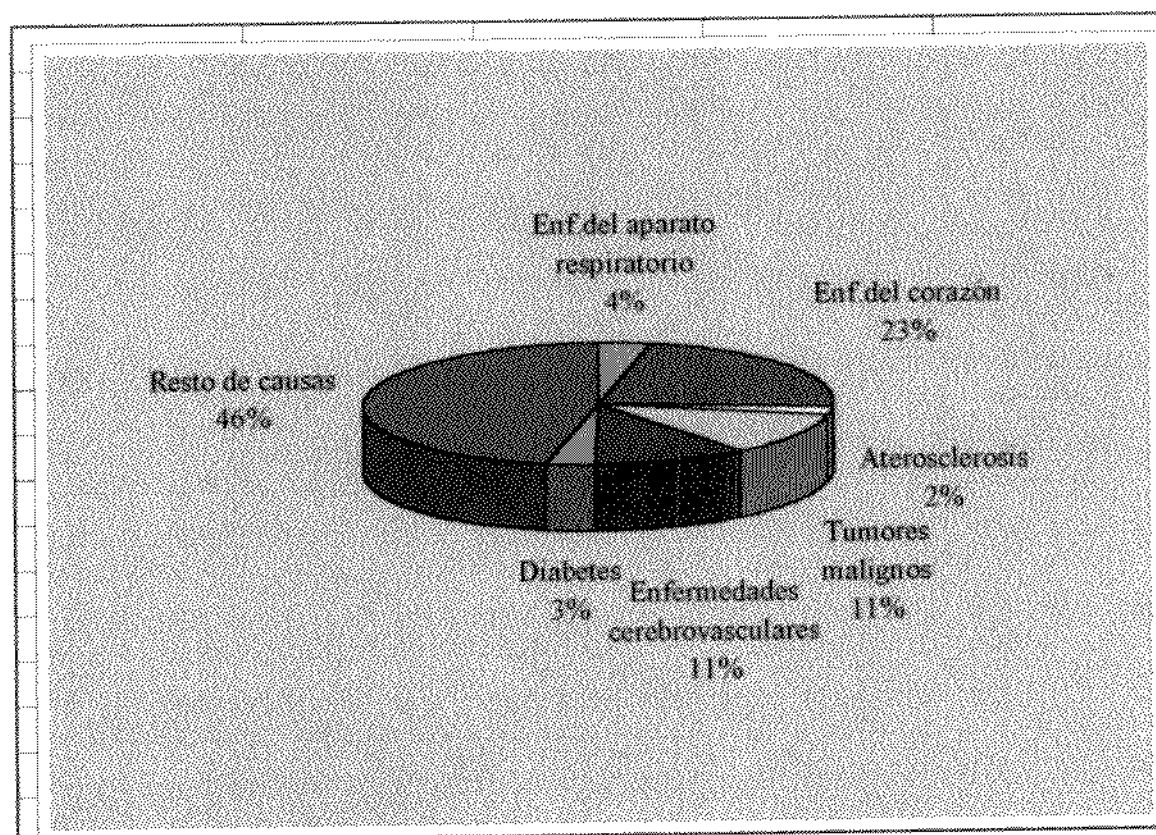
Ver lámina N° 5



LAMINA Nº 5**MORTALIDAD INFANTIL**
magnitud y tendencia

Tasa específica de mortalidad por 100.000 habitantes, según principales causas de muerte.

Principales causa de defunción	Tasa 0/0000	Distribución %
Total	831.0	100
Enf. del corazón	190.4	22.90
Tumores malignos	92.6	11.10
Enf. cerebrovasculares	88.9	10.70
Enf. del aparato respiratorio	29.0	3.50
Diabetes	26.8	3.20
Aterosclerosis	17.9	2.20
Resto de causas	385.4	46.40



**Egresos y Consultas médicas en Establecimientos Oficiales según
Departamento.
1984 y 1994**

Departamento	Egresos 1984	Egresos 1994	Variación Porcentual	Consultas 1984	Consultas 1994	Variación Porcentual
Total Pcial.	88.694	139.953	57.79	2.438.237	4.627.812	89.8
Belgrano	788	1.625	106.22	23.750	66.733	180.98
Caseros	1.029	2.604	153.06	48.932	110.815	126.47
Castellanos	3.178	6.065	90.84	110.950	179.600	61.87
Constitución	1.206	2.062	70.98	47.627	93.427	96.16
Garay	1.695	1.995	17.7	42.686	43.675	2.32
Gral.López	6.081	8.783	44.43	207.826	291.907	40.46
Gral.Obligado	7.847	12.642	61.11	132.805	226.536	70.58
Iriondo	1.774	2.856	60.99	43.553	85.635	96.62
La Capital	20.974	28.722	36.94	680.425	851.555	25.15
Las Colonias	2.282	3.363	47.37	47.417	91.725	93.44
9 de Julio	1.435	1.671	16.45	33.587	43.461	29.4
Rosario	21.978	40.573	84.61	626.814	1.877.038	199.46
San Cristóbal	2.723	3.426	25.82	87.054	80.284	-7.78
San Javier	2.909	4.529	55.69	26.710	32.140	20.33
San Jerónimo	2.018	3.293	63.18	48.699	114.785	135.7
San Justo	2.038	2.310	13.35	50.432	52.624	4.35
San Lorenzo	481	2.374	393.56	85.999	244.364	184.15
San Martín	3.505	5.231	49.24	43.505	77.943	79.16
Vera	4.753	5.829	22.64	49.466	63.565	28.5

**Población total por tipo de cobertura social en salud según Departamento.
1991**

División político administrativa	Población Total	Obra Social	Plan médico o mutual	Obra Social y plan med. o mutual	Sin Obra Social ni plan med o mutual	Con Obra Social e ignora plan med	Ignorado
Total Pcial.	2.798.422	1.204.525	189.881	456.224	802.021	110.553	35.218
Belgrano	38.818	18.266	3.775	4.386	10.778	1.306	307
Caseros	76.690	32.800	12.942	12.734	15.179	2.550	485
Castellanos	141.994	63.148	12.077	24.583	36.201	4.989	996
Constitución	79.419	36.350	10.624	12.925	17.347	1.797	376
Garay	16.253	5.200	209	535	9.591	409	309
Gral. López	172.054	74.579	13.549	23.538	51.822	6.746	1.820
Gral. Obligado	145.265	68.185	3.483	10.434	56.691	4.572	1.900
Iriondo	62.838	24.264	7.517	13.769	15.059	1.641	588
La Capital	441.982	214.244	13.928	49.729	134.574	21.694	7.813
Las Colonias	86.046	45.223	8.497	7.162	22.667	2.008	489
9 de Julio	27.285	10.586	385	2.038	13.331	544	401
Rosario	1.079.359	414.579	75.582	244.275	280.988	48.460	15.475
San Cristóbal	63.353	27.612	4.846	5.610	22.266	2.111	908
San Javier	26.369	9.595	711	1.821	12.952	814	476
San Jerónimo	69.739	34.525	4.662	6.734	20.379	2.717	722
San Justo	36.887	18.144	1.616	2.071	13.637	1.092	327
San Lorenzo	129.875	59.826	9.941	23.725	31.605	4.017	761
San Martín	57.118	25.626	5.052	7.902	16.604	1.554	380
Vera	47.078	21.773	485	2.253	20.350	1.532	685

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.

Como puede observarse hemos tratado hasta aquí de mostrar un marco general de la Provincia de Santa Fe, a fin de analizar la inserción de los hospitales SAMCo Niveles IV y VI dentro de la realidad socio económico cultural de la misma. Por este motivo es que luego de señalar la División Política de la Provincia, se indicaron los datos demográficos en lo que respecta a crecimiento de la población en los Departamentos y en los Municipios, la relación de masculinidad y el crecimiento de viviendas en los departamentos.

A posteriori se procedió a establecer la Regionalización de la Provincia en dos aspectos.

- A.Regiones Naturales de concentración urbana.
B.Regionalización Socio-económica.

A. Regiones Naturales de concentración urbana	I Región Pampeana	1. Sur
	II Región Chaqueña	2. De Transición
		3. Húmeda
	III Región de Concentración Humana	4. Semi seca
		5. De la Costa
		6. Bajos del Centro Norte

B. Regionalización Socio económica.	1. Ganadera Del Norte
	2. De Cultivos industriales y explotación forestal
	3. Cuenca Lechera
	4. Hortícola-arrocera
	5. Agrícola-ganadera
	6. Urbano-industrial

Posteriormente se establecieron las principales vías de comunicación terrestre y fluviales de la Provincia y a continuación se informó, de acuerdo a datos del INDEC, del censo 1991, los Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), según Departamento.

El siguiente paso fue señalar los indicadores de Salud de la Provincia de Santa Fe:

- a) Evaluación de la mortalidad infantil entre los años 1983 y 1994 por Departamento.

- b) Tasa específica de mortalidad por 100.000 habitantes según principales causas de muerte.
- c) Evolución de los egresos y consultas médicas en establecimientos oficiales según departamento entre los años 1984 y 1994.

Por último se informó de acuerdo a datos del INDEC del censo 1991 la Cobertura Social en Salud en la Provincia por Departamento.

En base a estos datos detallaremos en el próximo cuadro las coincidencias de impactos socio-económicos y culturales negativos en algunos que se destacan en algunos de los Departamentos de la Provincia de Santa Fe.

CUADRO DE IMPACTOS SOCIO-ECONÓMICOS-CULTURALES NEGATIVOS, POR DEPARTAMENTO EN LA PROVINCIA DE SANTA FE.

	Belgrano	Caseros	Castellanos	Constitución	Garay	Gral. López	Gral. Obligado	Inondo	La Capital	Las Colonias	9 de Julio	Rosano	San Cristóbal	San Javier	San Jerónimo	San Justo	San Lorenzo	San Martín	Vera
Zona de menor desarrollo agrícola ganadero industrial.																			
Zona de menor desarrollo de comunicación Terrestre y fluvial.																			
Departamentos con menor incremento de viviendas.																			
Departamentos con menor crecimiento poblacional.																			
Departamentos con mayor índice de masculinidad.																			
Departamentos con mayor porcentaje de NBI.																			
Departamentos con mayor índice de mortalidad Infantil.																			
Departamentos con menor cobertura a Obras Sociales.																			

Como puede observarse en el cuadro anterior hay seis Departamentos que podrían destacarse dentro de un mapa de pobreza en la Provincia de Santa Fe y ellos son los departamentos Garay, General Obligado, 9 de Julio, San Cristóbal, San Javier y Vera. Estimamos que en la actualidad el departamento San Lorenzo se halla en una situación de crecientes problemas sociales; esto es fundamentalmente debido a lo observado en cuanto al incremento de la desocupación ya que fue el único Departamento que aumentó la mortalidad infantil entre 1983 y 1994 (3,52%) siendo que el promedio de disminución de la mortalidad alcanzó el 35,46% en el total de la Provincia y al elevado incremento de consultas en el sector público entre los años 1984 y 1994 (184%) mientras que la Provincia en el mismo lapso fue del 90%.

NORMATIVA LEGAL RELACIONADA CON LOS SAMCo.

Cuatro son las normas jurídicas que debemos conocer para poder entender cual es soporte sobre el que se basa la creación de los SAMCo y cual la estructura técnico administrativa que lo dirige, sus atribuciones y su dependencia.

- I. Ley Provincial 6.312/67 y sus modificatorias, Régimen de Servicios para la Atención Médica de la Comunidad.
- II. Ley Provincial 10.608/90 Régimen de Hospitales Públicos Descentralizados.
- III. Decreto Provincial 2542/72 (Reglamento Básico de Hospitales)
- IV. Decreto Nacional Nº 578/93 Sistema de Hospitales Públicos de Autogestión

I. Ley Provincial 6.312/67 Régimen de Servicios para la Atención Médica de la Comunidad.

Este primer cuerpo normativo crea bajo la denominación genérica de "SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA COMUNIDAD" tantos entes como fueren necesarios, cuyos objetivos y bases jurídicas se establecen en la presente Ley y en los Decretos Reglamentarios. (art. 1º)

Estos entes no tienen ni pueden tener fines de lucro y en todos los casos se estructurarán sobre las bases de los organismos asistenciales y sanitarios existentes o a crearse, que dependan o debieran depender, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con la finalidad de propender al mayor rendimiento y mejor prestación de servicios médicos curativos y preventivos que es obligación del Estado prestar a la Comunidad. (art. 2º).

A estos establecimientos tienen accesos todos los habitantes de la jurisdicción donde funciona el ente y pueden disponer del mismo para la internación, operación, curación, etc., de sus pacientes, todos los profesionales médicos de la localidad y/o jurisdicción pertinente... (art. 4º)

El Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, controlará el funcionamiento de estos entes y en especial modo, en todo lo que se relaciona con la eficaz prestación de atención médico-asistencial gratuita a personas de escasos recursos económicos, cuya deficiencia debidamente probada es causa mas que suficiente para disponer de su intervención. (art. 9º).

Los entes denominados “Servicios para la Atención Médica de la Comunidad” serán promocionados en cada lugar por las instituciones de bien público de reconocida solvencia moral y económica que no persiguen fines de lucro, existentes en la localidad respectiva y/o en la zona de influencia..., debiendo la Municipalidad o Comisión de Fomento del lugar, integrar obligatoriamente el Consejo de Administración que regirá los destinos del mismo. (art. 10°).

En el aspecto técnico, estos entes estarán a cargo exclusivamente del Médico Director designado y rentado por el Poder Ejecutivo... Es el único responsable de la conducción técnica del servicio e integra el Consejo de Administración en calidad de Asesor y no tendrá voto en las resoluciones, pero sí voz en sus deliberaciones. (art. 17).

En el aspecto administrativo, “Servicios para la Atención Médica de la Comunidad”, estarán a cargo de un CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN formado por la representación igualitaria de las instituciones que gestionan su puesta en marcha, en número no inferior a ocho personas como titulares y el mismo número como suplentes... (art. 19°).

Del seno del Consejo de Administración, se designará una Comisión Ejecutiva compuesta de tres miembros del mismo Consejo, con la denominación de Presidente, Secretario y Tesorero, que tendrán a su cargo la conducción efectiva del ente y lo representarán ante los organismos y poderes públicos oficiales y privados y será el órgano ejecutivo del mismo en todas sus relaciones necesarias con terceros y con el Servicio.(art. 23°).

Para asegurar el desenvolvimiento de estos entes la Ley ha previsto cinco fuentes distintas de financiamiento:

1. Los créditos que a cada uno asigne:

- a) El presupuesto general de la Provincia de Santa Fe por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- b) El presupuesto de las Municipalidades y/o Comunas respectivas.
- c) Las universidades y/o entes oficiales en forma anual y continuada.

2. Los aportes, subvenciones o subsidios que le acuerden las entidades privadas y personas físicas o jurídicas;

3. Los aportes que le acuerden como subvenciones o subsidios transitorios o permanentes los organismos o instituciones internacionales.

4. Las herencias, legados o donaciones que reciban de particulares.

5. *Los aportes o retribuciones por prestaciones efectuadas a personas individuales o entidades responsables, mediante el sistema que se establezca y cualquier otro estipendio percibido como contraprestación por servicios prestados dentro de las atribuciones del ente, o el producido de beneficios organizados por el mismo.*(art. 28°)

Si bien con la transcripción de la ley queda claro no solo el ordenamiento administrativo y su dependencia, sino los objetivos de los SAMCo y el legítimo derecho de cobrar por las prestaciones brindadas, sería conveniente, a forma de mejor esclarecimiento y de

los alcances de tal derecho remitirse al Decreto 4321/67, reglamentario de la Ley que analizamos.

De cualquier manera, el hecho de que a estos servicios tengan accesos personas que cuentan con medios económicos para sufragar los gastos que demande su atención médica y curación no puede significar bajo ningún punto de vista que ello sea en detrimento de las prestaciones a personas que carezca de tales recursos, sino por el contrario, las prestaciones onerosas deben servir para mejorar el servicio gratuito que los Entes deben prestar obligatoriamente a quienes tengan derecho a ello y lo reclaman.(art. 3°).

El art. 4° de este decreto establece tres categorías de personas en condiciones de asistir en los SAMCo, a saber:

- a) Quienes no estén en condiciones de afrontar los gastos que demande su curación;
- b) Quienes puedan afrontar parcialmente dichos gastos;
- c) Quienes puedan afrontar totalmente los gastos de su tratamiento.

A esta altura del análisis y antes de pasar a otros considerandos debemos remarcar el art. 6° del decreto que trata simplemente de establecer un derecho igualitario para las tres categorías de personas: *“La atención que se preste a las personas comprendidas en las tres categorías determinadas en el art. 4° deberá ser de igual calidad no debiendo admitir distingos ni tratamientos preferenciales o privilegiados de ninguna naturaleza.”*

II- Ley Provincial 10.608/90 Régimen de Hospitales Públicos Descentralizados.

Esta Ley constituye a los establecimientos asistenciales con internación, dependientes del Ministerio de Salud y Medio Ambiente, en personas jurídicas públicas estatales, con el consiguiente grado de capacidad administrativa y financiera.

Estos establecimientos sanitarios están conducidos por un Consejo de Administración integrado por:

- a) Un representante del estado que lo presidirá, designado y removible por el Poder Ejecutivo
- b) El Director Médico
- c) Un representante del personal elegido en forma directa por sus pares del establecimiento;
- d) Un representante de la Asociación Cooperadora del Hospital o en su defecto de la entidad similar que en el mismo se desempeñe;
- e) Un representante del cuerpo profesional del establecimiento elegido en forma directa por sus representados;
- f) Un representante de las organizaciones institucionalizadas de la comunidad.(art. 3°).

A diferencia con la ley 6312, esta norma integra al Director Médico como miembro del Consejo y no como un mero asesor lo que le otorga voz y voto.

El representante del Estado, presidente del Consejo, debe ser una persona que posea título habilitante de Administrador hospitalario, Médico Sanitarista o análogo... (art. 4°)

Al Director Médico, le corresponde la conducción técnica y administrativa del Ente; de él dependerán los cuerpos técnicos y administrativos pertinentes y será el mismo, o su reemplazante, de manera exclusiva, quienes ejecutarán las decisiones del Consejo de Administración que refieran a la organización o funcionamiento interno del establecimiento. (art. 5°).

Los recursos con los que cuentan estos establecimientos para el logro de sus objetivos serán:

- a) Las partidas que se le asignen en el presupuesto general de la provincia.
- b) Los ingresos en virtud de los convenios que puedan celebrarse con municipalidades y Comunas.
- c) Las retribuciones por servicios que prestan.
- d) Las partidas de jurisdicción nacional que se le designen.
- e) Los aportes, subsidios, legados, donaciones y todo otro ingreso legítimo.

Nuevamente aquí, en el punto c) vuelve a aparecer el legítimo derecho que tiene el establecimiento de percibir los servicios prestados a la Seguridad Social o a terceros.

Por último el art. 11° da a los SAMCo, la posibilidad de incorporarse al régimen que crea esta ley, con la sólo celebración del respectivo convenio.

III. Decreto Provincial 2542/72 (Reglamento Básico de Hospitales).

De este Decreto extractaremos algunos artículos que nos permitirán normatizar y fundamentar normas que permitan una mejor prestación.

Los hospitales se registrarán dentro de lo posible por este reglamento, adoptando lo pertinente, de acuerdo al nivel de complejidad que les corresponda y reglamentando los Directores por Disposición lo particular del establecimiento. (art. 1°)

En el art. 2° vuelve a hacerse mención a la obligación de prestar asistencia médica a los enfermos no pudientes pero expresamente *"no impiden que previo a las reglamentaciones y la legislación correspondiente, los hospitales provinciales atiendan la demanda de otros niveles socioeconómicos de la población, mediante distintos sistemas de retribución de prestaciones"*.

En todos los servicios de internación de los hospitales deberá establecerse un diagnóstico presuntivo de los pacientes que ingresen, dentro de las doce horas, e igualmente deberá establecerse, un diagnóstico definitivo antes de ser dado de alta los enfermos. (art. 4°)

En los establecimientos existirá un Archivo Central de Historia Clínica. (art. 5°)

En los establecimientos se usará una Historia Clínica Única, para la cual sobre la base de la aceptada por convenios previos, se elaborará una adaptación que convenga a las características hospitalarias.

Del archivo Central de Historias Clínicas y Radiografías (art. 68°)

- 1) Mantener centralizadas las Historias clínicas y realizar el análisis cuantitativo de las mismas,
- 2) Compaginar y numerar las Historias Clínicas.
- 3) Entregar las historias Clínicas numeradas a la oficina de inspección y de Admisión de acuerdo con el promedio diario de inscripción de pacientes nuevos.
- 4) Recibir, controlar y ensobrar las radiografías efectuadas a pedido de los consultorios externos.
- 5) Entregar el duplicado de las Historias Clínicas que se soliciten para uso externo del establecimiento.
- 6) Facilitar toda la documentación que soliciten los Comités de Historias Clínicas y Auditoría Médica.

IV. Decreto Nacional N° 578/93 Sistema de Hospitales Públicos de Autogestión

Este Decreto obliga a los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud a pagar las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los Hospitales Públicos inscriptos en el registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (art. 1°).

Los Hospitales Públicos de Autogestión actuarán como organismos descentralizados con capacidad para:

- a) Realizar convenios con entidades de la Seguridad Social.
- b) *Complementar servicios con otros establecimientos asistenciales.*
- c) Cobrar los servicios que brinde a personas con capacidad de pago o terceros pagadores.
- d) *Integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales.(art. 4°)*

Los ingresos que perciba el Hospital Público de Autogestión por el cobro de las prestaciones serán administrados directamente por el mismo, debiendo establecer la autoridad sanitaria jurisdiccional el porcentaje a distribuir entre:

- a) El fondo de redistribución solidaria asignado por el nivel central, con destino al desarrollo de acciones de salud en áreas prioritarias.
- b) El fondo para inversiones, funcionamiento y mantenimiento del hospital
- c) El fondo para distribución mensual entre todo el personal del hospital sin distinción de categorías o funciones, de acuerdo con las pautas y en los porcentajes que la autoridad jurisdiccional determine en base a criterios de productividad y eficiencia de los establecimientos.(art. 11)

Grado de adhesión de los Hospitales SAMCo niveles IV y VI al Decreto Nacional N° 578/93

Hospitales Inscriptos en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA)

• Hospital SAMCo Rafaela	21.32.0555
• Hospital SAMCo San Cristóbal	21.32.0557
• Hospital SAMCo San Justo	21.32.0559
• Hospital SAMCo Tostado	21.32.0560
• Hospital SAMCo Esperanza	21.32.0561
• Hospital SAMCo Ceres	21.32.0562
• Hospital SAMCo Villa Ocampo	21.32.0567
• Hospital SAMCo Barrancas	21.32.0572
• Hospital SAMCo Coronda	21.32.0573
• Hospital SAMCo El Trébol	21.32.0574
• Hospital SAMCo Gálvez	21.32.0575
• Hospital SAMCo San Javier	21.32.0579

Hospitales que están tramitando la inscripción en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA)

- Hospital SAMCo Reconquista
- Hospital SAMCo Vera
- Hospital SAMCo Cayastá
- Hospital SAMCo Helvecia
- Hospital SAMCo Rufino
- Hospital SAMCo Pilar
- Hospital SAMCo Las Rosas
- Hospital SAMCo Firmat
- Hospital SAMCo Venado Tuerto
- Hospital SAMCo San Jorge
- Hospital SAMCo Carlos Pellegrini

Hospitales que no han tramitando la inscripción en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA)

- Hospital SAMCo Armstrong
- Hospital SAMCo Villa Constitución
- Hospital SAMCo San Lorenzo

En la actualidad todos los Hospitales Niveles IV y VI analizados son S.A.M.Co. y ninguno de ellos se adhirió al Régimen de Hospitales Públicos descentralizados.

Por su parte, de los 26 S.A.M.Co. niveles IV y VI analizados, 12 de ellos tienen N° de inscripción en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA), 11 de ellos lo están tramitando y 3 no iniciaron el trámite de inscripción hasta la fecha en que se realizó la evaluación en terreno del establecimiento. De cualquier manera, ninguno de los doce que ya tienen N° de registro realizaron reclamos de pago al ANSSAL por facturación alguna.

ORGANIZACIÓN DE LAS ZONA DE SALUD.

La Provincia de Santa Fe se halla dividida en ocho zonas de salud.

Si bien la cantidad de habitantes descripta en este capítulo no surge del censo, sino de cálculos de crecimiento poblacional que realizó el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe, para el año 1994, hemos querido rescatarlas por cuanto los datos de rendimiento, utilización y económicos relevados en nuestras visitas a los establecimientos corresponden al período 1994, 1995. De no hacerlo así, caeríamos al momento de querer determinar tasas, en un grave error.

ZONA DE SALUD I

Está conformada por los departamentos de Castellanos, 9 de Julio y San Cristóbal y cuenta una población de 238.492 habitantes para el año 1994, distribuidos de la siguiente forma:

Castellanos 145.003 habitantes.
9 de Julio 28.380 habitantes.
San Cristóbal 65.109 habitantes.

ZONA DE SALUD II

Está conformada por los departamentos General Obligado y Vera y cuenta con una población de 200.253 habitantes para 1994, distribuidos de la siguiente manera.

General Obligado 151.591 habitantes.
Vera 48.662 habitantes.

ZONA DE SALUD III

Está conformada por los departamentos San Javier y Garay y cuenta con una población de 44.005 habitantes para 1994, distribuidos de la siguiente manera.

San Javier 27.283 habitantes.
Garay 16.722 habitantes.

ZONA DE SALUD IV

Está conformada por los departamentos San Jerónimo y San Martín y cuenta con una población de 132.762 habitantes para 1994, distribuidos de la siguiente manera.

San Jerónimo 84.458 habitantes.
San Martín 48.304 habitantes.

ZONA DE SALUD V

Está conformada por los departamentos La Capital, Las Colonias y San Justo y cuenta con una población de 581.258 habitantes para 1994, distribuidos de la siguiente manera.

La Capital 455.706 habitantes.

Las Colonias 87.770 habitantes.

San Justo 37.782 habitantes.

ZONA DE SALUD VI

Está conformada por los departamentos Belgrano, Caseros e Iriondo y cuenta con una población de 180.472 habitantes para 1994, distribuidos de la siguiente manera.

Belgrano 39.523 habitantes.

Caseros 77.422 habitantes.

Iriondo 63.527 habitantes.

ZONA DE SALUD VII

Está conformada por el departamento General López que cuenta con una población de 174.918 habitantes para 1994.

ZONA DE SALUD VIII

Está conformada por los departamentos Constitución, Rosario y San Lorenzo y cuenta con una población de 1.320.088 habitantes para 1994, distribuidos de la siguiente manera.

Constitución 80.525 habitantes.

Rosario 1.104.914 habitantes.

San Lorenzo 134.649 habitantes.

PERFILES DE COMPLEJIDAD HOSPITALARIA

A continuación nos referiremos a los perfiles de Complejidad Hospitalaria donde se definen los niveles I al IX aclarando que la Provincia de Santa Fe no cuenta con Hospitales S.A.M.Co. de niveles VIII y IX. Estos perfiles de complejidad Hospitalaria se analizan en base al documento sobre "Elementos para Clasificación de los Servicios de Atención Médica" aprobados por los representantes de las Provincias reunidos a tal fin en la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación en enero de 1969.

Esta clasificación se hace tomando como referencia sólo las actividades finales, ya que ellas son el elemento que define la categoría o nivel del hospital, debiendo las intermedias generales adecuarse a la complejidad de aquellas.

Las principales características de los perfiles o niveles teóricos aceptados actualmente son:

NIVEL I

Personal:

Médico general de concurrencia periódica programada.

Auxiliar de enfermería. En caso de no contar con este personal agente sanitario con adiestramiento adecuado.

Mucama.

Actividades Finales

En estos establecimientos se brinda exclusivamente atención ambulatoria.

Realizar acciones de promoción y protección de salud mediante visita y consulta por auxiliares de enfermería.

Efectuar mediante visita y consulta por auxiliares de enfermería acciones elementales y esencialmente sintomáticas para la recuperación de la salud.

Realizar en forma periódica atención médica integrada por profesional médico.

Colaborar y asegurar el traslado adecuado de los enfermos que deban ser derivados a otro nivel de atención.

Actividades intermedias

Realizar prestaciones de botiquín de medicamentos destinada a los tratamientos sintomáticos.

Realizar pruebas elementales de laboratorio programadas.

Registrar las prestaciones según normas estadísticas.

Los servicios intermedios y generales con los que cuenta son desarrollados con personal no especializado para laboratorio, estadística, farmacia, administrativo contable, dirección, servicios generales y de mantenimiento

NIVEL II

Personal

Médico general.
Auxiliar de enfermería.
Auxiliar administrativo.
Mucama.

Actividades finales

Realizar las acciones de promoción y protección de la salud programadas para su nivel, mediante visita y consulta.
Realizar acciones de atención médica integrada por médico general mediante visita y consulta.
Realizar en forma periódica prestaciones de odontología.
Realizar prestaciones de rehabilitación programadas.

Actividades intermedias

Efectuar prestaciones de botiquín de medicamentos.
Realizar prestaciones de laboratorio normalizadas para este nivel.
Registrar las prestaciones estadísticas

Normas referentes a las actividades finales

El servicio se brinda con la concurrencia diaria de un médico general o bien con la presencia permanente del mismo, de manera de poder atender a las necesidades del servicio las 24 hs. del día.
Brindará prestaciones de odontología.
Realizar prestaciones de rehabilitación programadas.

NIVEL III

Personal:

Médico general (con funciones de Director).
Obstetra.
Auxiliar de Enfermería.
Auxiliar de Estadística.
Auxiliar Administrativa.

Actividades finales:

Realizar en forma permanente, acciones de atención médica integrada por médico general.
Realizar prestaciones de odontología en forma periódica.
Realizar prestaciones de obstetricia, excluida la cirugía obstétrica.
Realizar prestaciones de rehabilitación programadas para este nivel.

Actividades intermedias:

Laboratorio de análisis.
 Radiodiagnóstico.
 Banco de sangre.
 Botiquín de medicamentos.
 Esterilización.
 Realizar registros estadísticos.

Normas referentes a las actividades finales:

El servicio contará con la concurrencia diaria de un médico general o bien con la presencia permanente del mismo, de manera de poder atender las necesidades del servicio las 24 hs.

Las actividades de obstetricia se realizarán excluyendo la cirugía obstétrica excepto en aquellos casos cuya urgencia no permitan la derivación.

El servicio brindará prestaciones odontológicas de promoción, prevención y recuperación.

El servicio contará con un mecanismo de derivación que asegure se realicen en los niveles correspondientes aquellas prestaciones de mayor complejidad.

NIVEL IV**Personal:**

Director con capacitación en Administración Hospitalaria.
 Médico general con adiestramiento específico.
 Odontólogo.
 Profesional de Laboratorio.
 Obstetra.
 Auxiliar de Enfermería.
 Auxiliar de Estadística.
 Auxiliar de Radiología.
 Auxiliar de Laboratorio.
 Auxiliar de Hemoterapia.
 Auxiliar de Anestesiología.
 Auxiliar de Farmacia.
 Auxiliar Administrativa.

Actividades Finales:

Realiza en forma permanente, acciones de atención médica integrada, correspondiente a las cuatro clínicas básicas: Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Clínica Pediátrica y Clínica Tocoginecológica. Los médicos generales de este nivel, especialmente adiestrados, realizan las actividades correspondientes a las cuatro clínicas básicas y las especialidades de los servicios de Diagnóstico y Tratamiento.

Realiza acciones de atención médica integrada, en forma periódica, por médicos de las especialidades críticas: Otorrinolaringología, Oftalmología y Traumatología.

- Realiza prestaciones de odontología en forma permanente por odontólogo.
- Realiza prestaciones de rehabilitación programadas.
- Disponer el transporte de enfermos que requieran ser referidos a otros servicios.

Actividades Intermedias:

- Prestaciones de Laboratorio de Análisis por profesional Bioquímico
- Radiodiagnóstico.
- Banco de sangre.
- Prestaciones de anestesiología por médico general.
- Botiquín farmacéutico.
- Esterilización.
- Realizar registros estadísticos.

Normas referentes a las actividades finales:

Los médicos generales de este nivel realizarán las actividades correspondientes a las cuatro clínicas básicas y las especialidades de los servicios centrales de diagnóstico y tratamiento.

NIVEL V

Personal:

- Médico Especialista en Clínica Médica.
- Médico Especialista en Pediatría.
- Médico Especialista en Tocoginecología.
- Odontólogo.
- Auxiliar de Laboratorio
- Auxiliar de Radiología.
- Auxiliar de Enfermería.
- Auxiliar de Farmacia.
- Auxiliar de Laboratorio
- Auxiliar de Servicios Sociales.
- Auxiliar de Servicios Generales.
- Mucama.
- Auxiliar Administrativo Contable.
- Auxiliar de Estadística.

Actividades Finales:

- Realizar las acciones de promoción y protección de la salud mediante visitas y consultas.
- Realizar acciones de atención médica integrada por médico general mediante visita y consulta.
- Realizar acciones de atención médica integrada por médico Pediatra y Tocoginecólogo en consulta.
- Realizar prestaciones de odontología.
- Realizar las prestaciones de rehabilitación.

Actividades Intermedias:

Realizar prestaciones de farmacia.
 Realizar determinaciones de laboratorio.
 Realizar los registros de prestaciones según normas estadísticas.
 Realizar prestaciones de Servicio Social.

Normas referentes a las actividades finales:

Este nivel debe constituir un servicio periférico de uno con internación y de mayor complejidad.

NIVEL VI**Personal:**

Director
 Médico Especialista en Salud Pública
 Médico Especialista en Clínica Médica
 Médico Especialista en Pediatría
 Médico Especialista en Tocoginecología
 Médico Especialista en Clínica Quirúrgica.
 Médico Especialista en Otorrinolaringología
 Médico Especialista en Oftalmología.
 Médico Especialista en Traumatología.
 Médico Especialista en Radiología.
 Médico Especialista en Hemoterapia.
 Médico Especialista en Anestesiología
 Médico Especialista en Anatomía Patológica.
 Médico Especialista en Fisiatría.
 Profesional de laboratorio.
 Profesional Farmacéutico.
 Odontólogo.
 Obstétrica.
 Kinesiólogo.
 Dietista Nutricionista.
 Fonoaudiólogo
 Enfermero
 Auxiliar de Laboratorio
 Auxiliar de Hemoterapia
 Auxiliar de Radiología.
 Auxiliar de Fisioterapia.
 Auxiliar de Psiquiatría.
 Auxiliar de Necropsias.
 Auxiliar de Enfermería.
 Auxiliar de Servicios Sociales.
 Auxiliar de Farmacia.
 Auxiliar de Histopatología.
 Estadístico.



Actividades Finales:

Realiza en forma permanente, acciones de atención médica integrada, correspondiente a las cuatro clínicas básicas por médicos especialistas: Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Clínica Pediátrica y Clínica Tocoginecológica.

Realiza acciones de atención médica integrada, en forma permanente, por médicos de las especialidades críticas: Otorrinolaringología, Oftalmología y Traumatología. Atender mediante visitas periódicas la demanda de estas especialidades de los servicios de menor complejidad de su zona.

Realiza prestaciones de odontología en forma permanente por odontólogo.

Realiza prestaciones de rehabilitación programadas.

Disponer el transporte de enfermos que requieran ser referidos a otros servicios.

Realizar prestaciones de obstetricia incluida la cirugía obstétrica.

Actividades Intermedias:

Prestaciones de Laboratorio de Análisis por profesional Bioquímico

Radiodiagnóstico por médico radiólogo.

Banco de sangre.

Prestaciones de Anatomía Patológica.

Prestaciones de anestesiología por médico general.

Botiquín farmacéutico.

Esterilización.

Realizar registros estadísticos.

NIVEL VII**Personal:**

Director.

Médico General o Clínico.

Médico Especialista en Pediatría.

Médico Especialista en Tocoginecología.

Médico Especialista en Clínica Quirúrgica.

Médico Radiólogo.

Profesional Bioquímico.

Médico Especialista en "Especialidades Críticas".

Odontólogo.

Farmacéutico.

Estadístico.

Asistente Social.

Administrador.

Auxiliar de Laboratorio

Enfermera.

Auxiliar de Radiología.
 Auxiliar de Medicina Física.
 Auxiliar de Enfermería.
 Auxiliar de Servicios Sociales.
 Auxiliar de Farmacia.
 Auxiliar de Administrativo.
 Oficial de mantenimiento.
 Mucama.
 Auxiliar de Servicios Generales.

Actividades Finales:

Al igual que el nivel V brinda atención exclusivamente ambulatoria, pero agrega especialidades quirúrgicas. Habitualmente está asociado a un establecimiento de nivel VIII.

Realiza visitas, periódicas de auxiliar de enfermería, enfermería y medicina general.
 Realiza consultas periódicas programadas en auxiliar de enfermería, enfermería, medicina general, pediatría, tocoginecología, cirugía, especialidades críticas y odontología.

Actividades Intermedias:

Desarrolladas con personal no especializado: anatomía patológica
 Desarrolladas con personal profesional especializado: laboratorio, radiológico, medicina física, estadística, servicios sociales, farmacia, administrativo contable, dirección, servicios generales y mantenimiento.

NIVEL VIII

Personal:

Director
 Médico Especialista en Salud Pública
 Médico Especialista en Clínica Médica
 Médico Especialista en Pediatría
 Médico Especialista en Tocoginecología
 Médico Especialista en Clínica Quirúrgica.
 Médico Especialista en Oftalmología.
 Médico Especialista en Traumatología.
 Médico Especialista en Otorrinolaringología
 Médico Especialista en otras especialidades.
 Médico Especialista en Radiología.
 Médico Especialista en Hemoterapia.
 Médico Especialista en Anestesiología
 Médico Especialista en Anatomía Patológica.
 Médico Especialista en Fisiatría.
 Profesional Bioquímico.
 Profesional Farmacéutico.

Odontólogo.
 Obstétrica.
 Kinesiólogo.
 Dietista Nutricionista.
 Fonoaudiólogo
 Enfermero
 Auxiliar de Laboratorio
 Auxiliar de Hemoterapia
 Auxiliar de Radiología.
 Auxiliar de Fisioterapia.
 Auxiliar de Psiquiatría.
 Auxiliar de Necropsias.
 Auxiliar de Enfermería.
 Auxiliar de Servicios Sociales.
 Auxiliar de Farmacia.
 Auxiliar de Histopatología.
 Estadístico.
 Personal de Servicios Generales.

Actividades Finales:

Realiza en forma permanente, acciones de atención médica integrada por profesionales médicos de las cuatro especialidades básicas críticas y menores.
 Realizar prestaciones odontológicas en forma permanente.
 Realizar las prestaciones de rehabilitación.
 Realizar tareas inherentes a la Salud Pública

Actividades Intermedias:

Realizar prestaciones de laboratorio por bioquímico.
 Realizar prestaciones de radiodiagnóstico por médico radiólogo.
 Realizar prestaciones de hemoterapia por médico hematólogo.
 Realizar prestaciones de farmacia por farmacéutico.
 Realizar prestaciones de anestesiología por anestesista.
 Realizar prestaciones de anatomía patológica por anatomopatólogo.
 Realizar registros estadísticos.
 Realizar prestaciones de medicina nuclear.
 Realizar prestaciones de medicina física.
 Realizar prestaciones de terapia ocupacional.

Normas referentes a las actividades finales:

Estos establecimientos cuentan con una amplia gama de especialidades médicas, tanto clínicas como quirúrgicas, apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad (radioterapia, medicina nuclear y cuidados intensivos). Se encuentran en grandes centros urbanos a menudo como centros de docencia universitaria.

La modalidad operativa de los sectores finales son:

- a) Visitas, periódicas de auxiliar de enfermería, enfermería y medicina general y medicina especializada.
- b) Consultas periódicas programadas en auxiliar de enfermería, enfermería, medicina general, pediatría, tocoginecología, cirugía, especialidades críticas, especialidades menores y odontología.
- c) Atención en internación de auxiliar de enfermería, enfermería, medicina general, pediatría, tocoginecología, cirugía y especialidades críticas y especialidades menores.

Los **servicios intermedios y generales** con los que cuenta son:

- a) Desarrollados con personal profesional especializado: laboratorio, radiológico, hemoterapia, anestesiología, anatomía patológica, medicina física, alimentación, estadística, servicios sociales, farmacia, administrativo-contable, dirección, servicios generales, mantenimiento y radioterapia.

NIVEL IX

Se alcanza la máxima complejidad, concentrada en un único establecimiento. Ubicados en los centros de docencia universitaria.

El recurso humano, la modalidad operativa de los **sectores finales** y los **servicios intermedios y generales**, son similares al nivel anterior.

La Provincia de Santa Fe no cuenta con SAMCo de niveles VIII y IX, siendo los niveles IV y VI por su mayor grado de complejidad y desarrollo en internación los que abarcan este estudio.

Distribución de los Hospitales SAMCo niveles IV y VI por Departamento

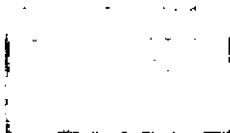
DEPARTAMENTO	SAMCo	DEPARTAMENTO	SAMCo
Belgrano	Armstrong (IV)	San Cristóbal	Ceres (IV)
	Las Rosas (IV)		San Cristóbal (IV)
Castellanos	Rafaela (VI)	San Javier	San Javier (IV)
Constitución	Villa Constitución (IV)	San Jerónimo	Barrancas (IV)
			Coronda (IV)
			Gálvez (IV)
Garay	Cayastá (IV)	San Justo	San Justo (VI)
	Helvecia (IV)		
General López	Firmat (IV)	San Lorenzo	San Lorenzo (IV)
	Rufino (VI)		
	Venado Tuerto (VI)		
General Obligado	Reconquista (VI) Villa Ocampo (IV)	San Martín	Carlos Pellegrini (IV)
			El Trébol (IV)
			San Jorge (IV)
Las Colonias	Esperanza (VI)	Vera	Vera (VI)
	Pilar (IV)		
Nueve de Julio	Tostado (IV)		

Distribución y cantidad de beneficiarios de P.A.M.I. y I.A.P.O.S. en las localidades donde están ubicados los SAMCo niveles IV y VI

Departamento	Localidad	Habitantes	Cant. Afiliados P.A.M.I.	Cant. Afiliados I.A.P.O.S.
Castellanos	Rafaela	67.230	11.385	11.386
9 de Julio	Tostado	11.780	1.438	3.489
San Cristóbal	San Cristóbal	13.991	2.413	3.662
	Ceres	12.000	2.153	2.061
Vera	Vera	16.206	2.012	6.254
Gral. Obligado	Reconquista	66.656	6.680	10.312
	Villa Ocampo	11.780	2.464	2.710
Garay	Cayastá	1.501	254	702
	Helvecia	4.680	417	1097
San Javier	San Javier	9.694	727	3.486
San Jerónimo	Barrancas	4.031	765	849
	Coronda	12.685	1.252	5.876
	Gálvez	16.814	4.268	3.330
San Martín	Carlos Pellegrini	4.164	833	638
	El Trébol	8.679	1.628	1.779
	San Jorge	14.108	2.689	1.950
Las Colonias	Esperanza	28.605	4.529	6.292
	Pilar	3.932	780	964
San Justo	San Justo	18.228	2.836	4.161
Belgrano	Armstrong	8.879	1.696	1.178
	Las Rosas	10.983	2.101	2.380
General López	Venado Tuerto	58.784	9.041	6.014
	Rufino	17.540	3.659	3.237
	Firmat	17.086	3.190	2.335
Constitución	Villa	41.161	6.668	6.248
	Constitución			
San Lorenzo	San Lorenzo	40.535	6.037	6.379

Departamentos que integran las distintas Zonas de Salud

Zona de Salud I
Zona de Salud II
Zona de Salud III
Zona de Salud IV



Zona de Salud V
Zona de Salud VI
Zona de Salud VII
Zona de Salud VIII



ANÁLISIS DE LAS ESTRUCTURAS DE LOS HOSPITALES SAMCo NIVELES IV Y VI

Los organigramas propuestos en enero de 1969, para los distintos niveles de complejidad de los Establecimientos Hospitalarios, por los representantes de las provincias, reunidos en la Secretaría de Salud Pública de la Nación, (cuadros 1 y 2), no fueron confeccionados para la estructura que creó la ley 6312, (cuadro 3), a pesar de lo cual en la mayoría de los establecimientos relevamos los modelos propuestos (cuadro 4).

Como se recordará de acuerdo al análisis descripto anteriormente, la Ley 6312 y sus modificatorias hace una neta separación entre la faz técnica que depende del Director Médico según el art. 14, y una faz administrativa que depende del Consejo de Administración según art. 19.

El Director depende del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la provincia, quien es nombrado y remunerado por éste.

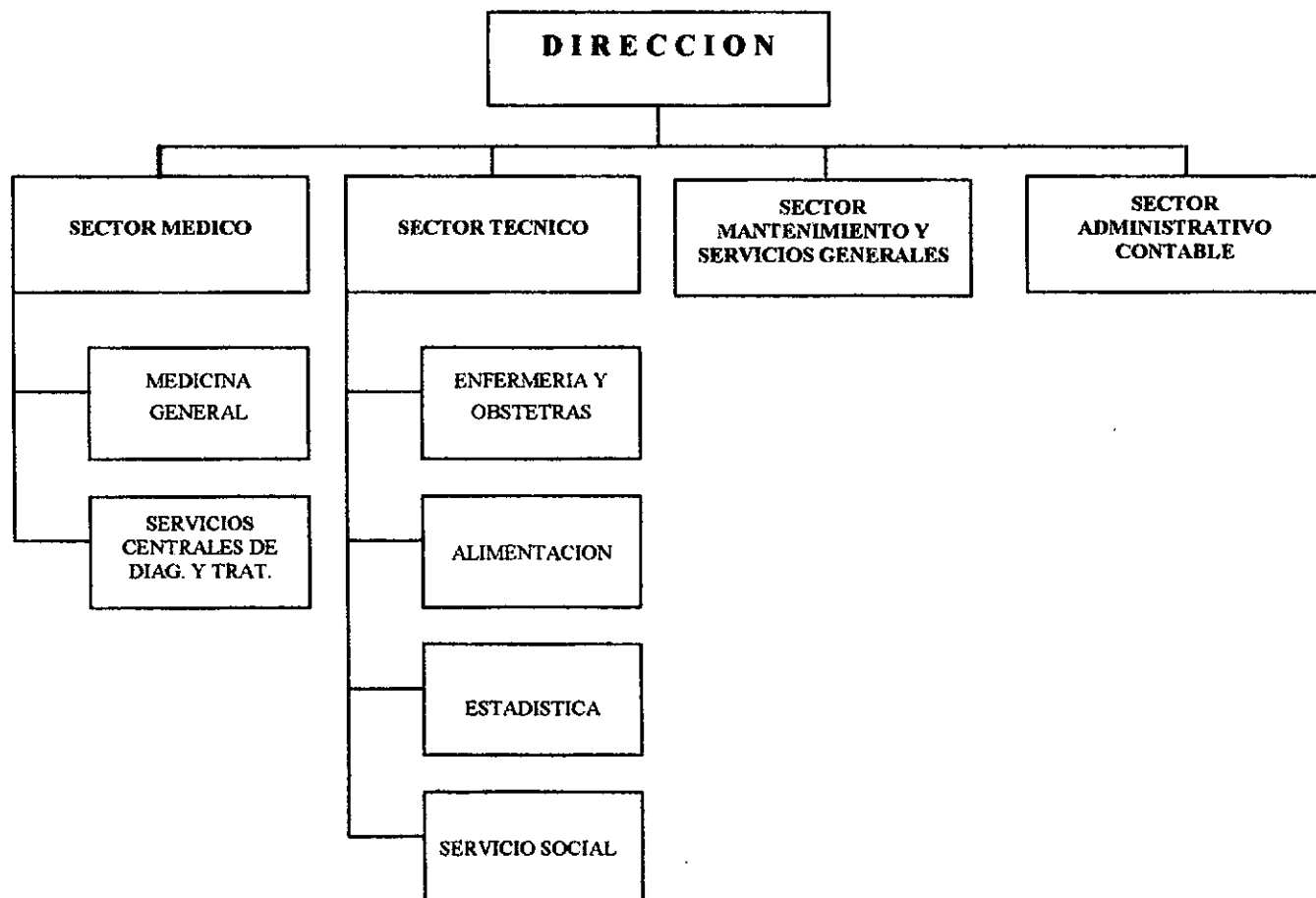
El Consejo, elegido en Asamblea por las Asociaciones de Bien Público de la zona de influencia, es supervisado por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la provincia, al cual incluso le cabe la facultad de intervenirle ante evidencias de irregularidades.

Por lo tanto, hasta que estos establecimientos no se adhieran a la Ley 10.608 de hospitales descentralizados, en la faz técnica, toda implementación de nuevas normas, deben ser ejecutadas a través del Director médico, y las administrativas a través del Consejo de Administración.

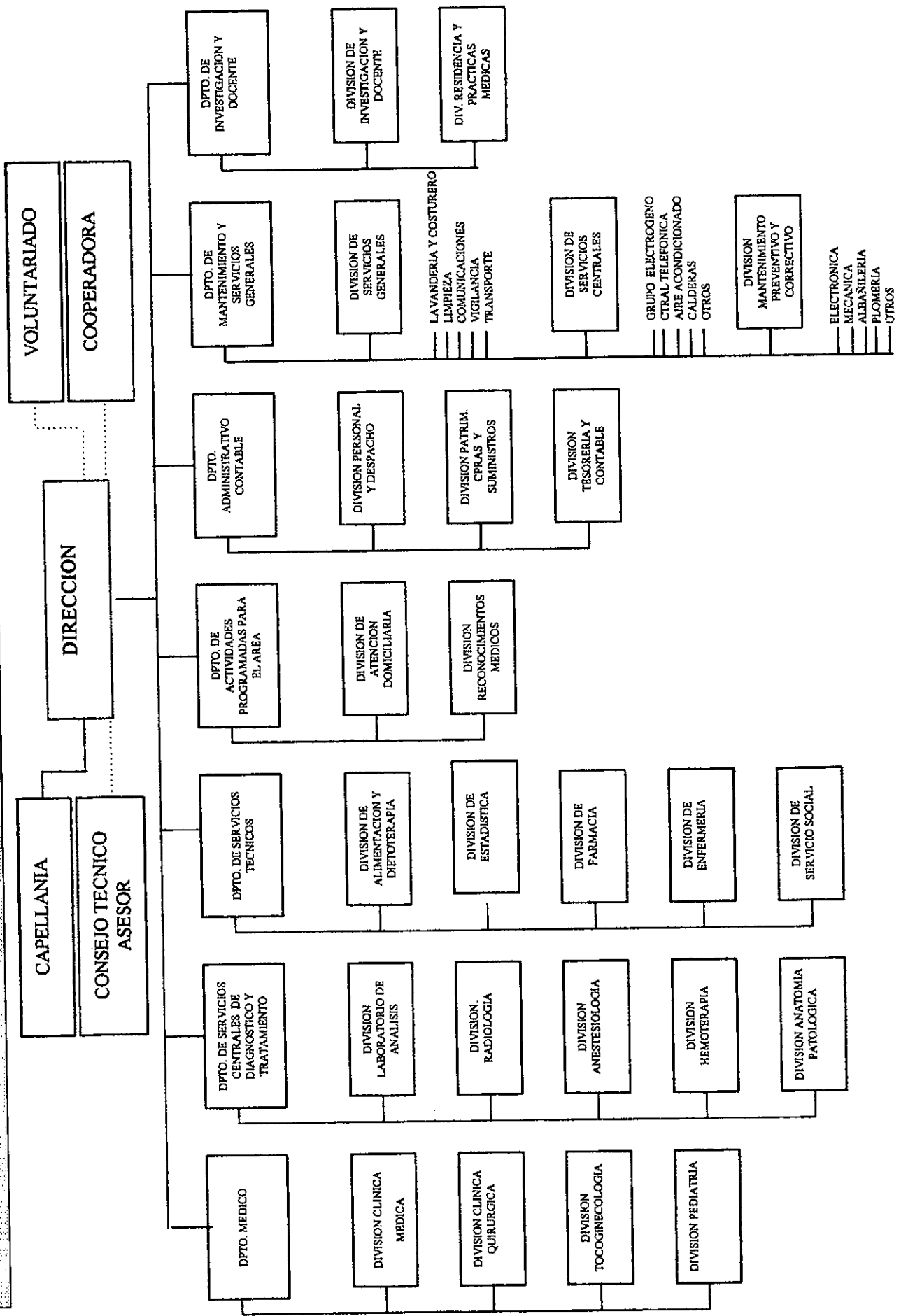
**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS HOSPITALES
S.A.M.Co. NIVELES IV Y VI**

- 1: Análisis del Recurso Humano, Físico y Técnico.
- 2: Análisis Comparativo del Rendimiento de la Capacidad Instalada.
- 3: Análisis Demostrativo del Grado de Utilización de los Servicios Ofrecidos.
- 4: Análisis de Interrelación del los Hospitales con P.A.M.I. - I.A.P.O.S.

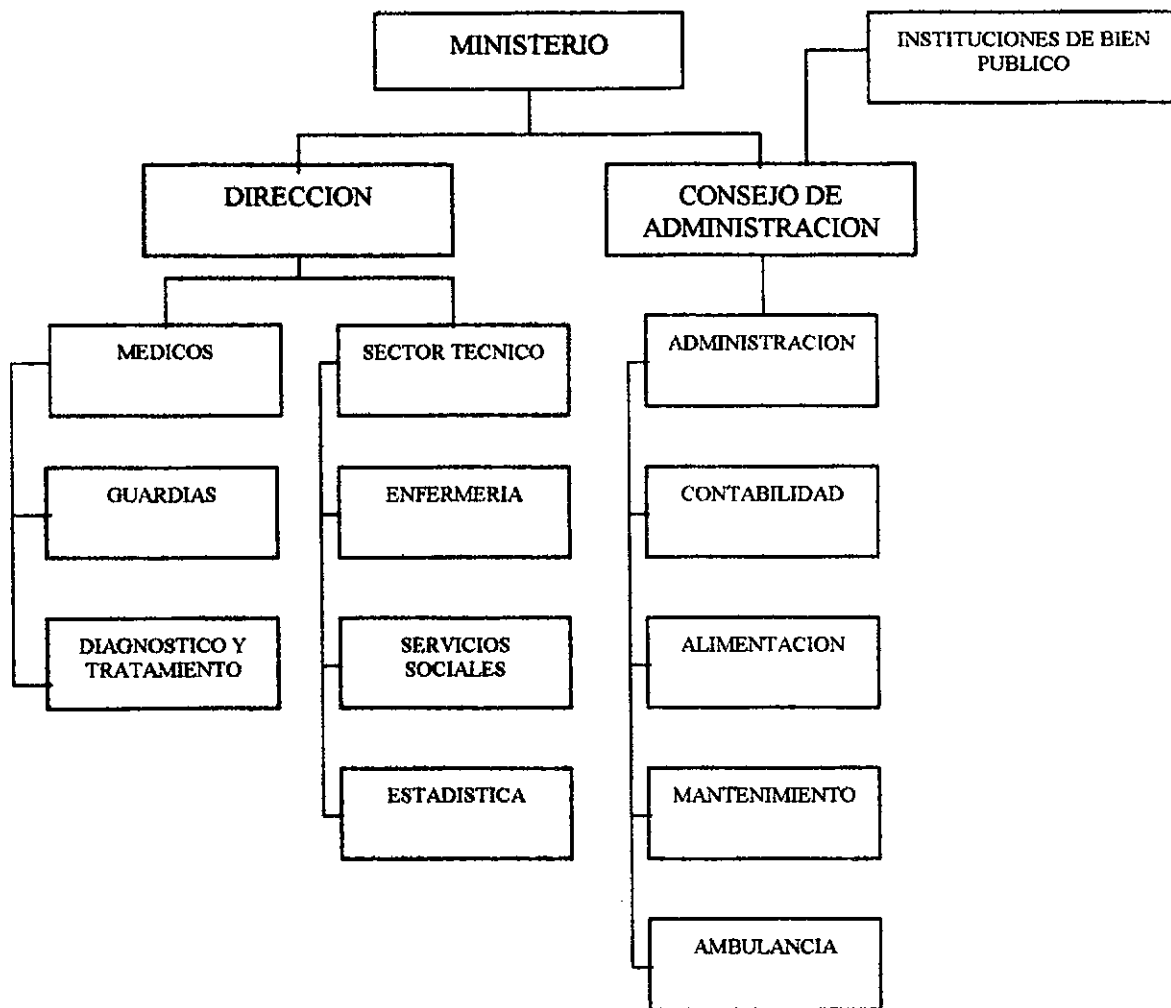
CUADRO N° 1
ORGANIGRAMA MODELO DE HOSPITALES NIVEL IV



CUADRO N° 2 - ORGANIGRAMA MODELO DE LOS HOSPITALES NIVEL VI



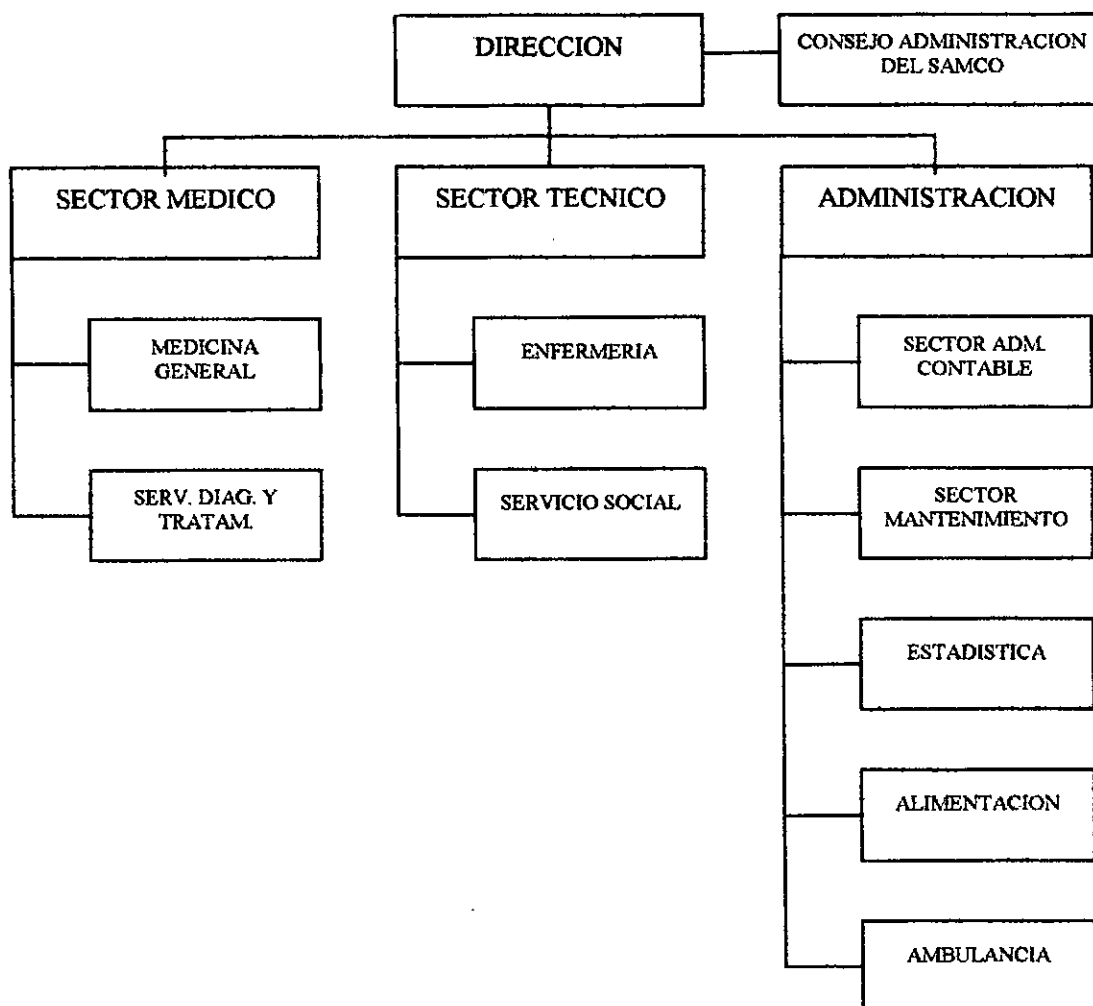
CUADRO N° 3
ORGANIGRAMA DE LOS HOSPITALES SAMCO NIVELES IV Y VI DE
ACUERDO A LA INTERPRETACION DE LA LEY 6312



Área Técnica

Área Administrativa

CUADRO N° 4
ORGANIGRAMA RELEVADO EN LOS HOSPITALES SAMCO NIVELES
IV Y VI



1: Análisis del Recurso Humano, Físico y Técnico.

El total de camas ofrecidas por los Establecimientos públicos estudiados es de 1.462 camas siendo 1.140 (88%) destinada a la atención de patología aguda y 322 camas (22%) a la de cuidado de gerontes (camas geriátricas).

Las camas del sector privado en las mismas localidades es de 1333, habiendo en consecuencia una relación de 1,17 camas públicas agudas por cada cama de este sector.

La cantidad de enfermeros que presta servicio en los S.A.M.Co. es de 626 de los cuales el 27,64% son profesionales, el 70,12% auxiliares y solamente el 2,24% son empíricos.

Cabe destacar que los rendimientos del S.A.M.Co. de Villa Constitución no son analizados por cuanto este hospital ha sido inaugurado en Diciembre de 1995 y el actual establecimiento en nada se parece al anterior.

Análisis de los S.A.M.Co. nivel VI

Salvo el S.A.M.Co. de Vera, al que le falta brindar atención en tocoginecología por especialista, todos los demás tienen las cuatro especialidades básicas.

Las especialidades críticas son ofrecidas en todos, salvo por Vera que no tiene ninguna y por Esperanza que cuenta con algunas.

La Guardia pasiva ya sea médica o de laboratorio están cubiertas en los siete establecimientos de este nivel, no contando con guardia médica activa los S.A.M.Co. de Vera y San Justo.

Todos los establecimientos cuentan con Servicio de rehabilitación y enfermeros profesionales.

Análisis de los S.A.M.Co. nivel IV

Entre los 19 S.A.M.Co. niveles IV, ocho de ellos tienen todas las especialidades críticas, cinco algunas y seis ninguna.

Con respecto a la cobertura de otras especialidades, siete Hospitales no la tienen. En lo que respecta a guardia pasiva, cuatro carecen en laboratorio y en lo que se refiere a rehabilitación nueve no la tienen.

Finalmente cuatro son los Hospitales S.A.M.Co. nivel IV que no tienen enfermero profesionales: Armstrong, Ceres, Pilar, Tostado.

CUADRO COMPARATIVO DEL RECURSO HUMANO, FISICO Y TÉCNICO DE LOS HOSPITALES S.A.M.Co. NIVEL VI

S.A.M.Co.	Nivel Complejidad Actual	Nivel asignado en la evaluación	Tipo de hospital	Hospital de Agudos	N° Camas agudas del SAMCo	N° de camas Privadas	Hospital de Crónicos	Camas Geriátricas	Centros de Salud del Area	N° de Médicos en el SAMCo	N° de Médicos en Sector Privado	N° de Médicos en Localidad	Enfermeros Profesionales	Enfermeros Auxiliares	Enfermeros Empíricos
	SAMCo Esperanza	VI	VI	Abierto	si	60	50	si	7	17	35	37	42	6	27
SAMCo Rafaela	VI	VI	Cerrado	si	91	243	no	no	35	49	220	216	17	42	2
SAMCo Reconquista	VI	VI	Abierto	si	139	155	no	no	20	60	105	110	49	40	1
SAMCo Rufino	VI	VI	Abierto	si	46	90	si	12	7	27	32	49	3	19	1
SAMCo San Justo	VI	VI	Abierto	si	53	85	no	0	7	22	20	30	3	12	1
SAMCo Venado Tuerto	VI	VI	Cerrado	si	76	220	no	0	9	76	166	180	18	40	1
SAMCo Vera	VI	VI	Abierto	si	81	40	si	81	10	10	15	17	3	33	no

CUADRO COMPARATIVO DEL RECURSO HUMANO, FISICO Y TÉCNICO DE LOS HOSPITALES S.A.M.Co. NIVEL VI

S.A.M.Co.	Clinica Médica	Pediatría	Tocoginecología	Cirugía General	Residencias	Especialidades Críticas	Otras Especialidades	UTI	Guardia Médica Activa	Guardia Médica Pasiva	Guardia de Laboratorio	Rehabilitación	Hemoterapia	Ambulancia	Sistema de Radio	Sistema de Computos
SAMCo Esperanza	si	si	si	si	si	algunas	si	no	si	si	si	si	no	si	si	si
SAMCo Rafaela	si	si	si	si	no	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	si
SAMCo Reconquista	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
SAMCo Rufino	si	si	si	si	no	si	si	Cuid.Esp.	si	si	si	si	si	no	si	si
SAMCo San Justo	si	si	si	si	no	si	si	no	no	si	si	si	no	si	si	si
SAMCo Venado Tuerto	si	si	si	si	no	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	si
SAMCo Vera	si	si	no	si	no	no	no	no	no	si	si	si	no	si	si	si

CUADRO COMPARATIVO DEL RECURSO HUMANO, FÍSICO Y TÉCNICO DE LOS HOSPITALES S.A.M.Co. NIVEL IV

S.A.M.Co.	Nivel Complejidad Actual	Nivel asignado en la evaluación	Tipo de hospital	Hospital de Agudos	N° Camas agudas del SAMCo	N° de camas Privadas	Hospital de Crónicos	Camas Geriátricas	Centros de Salud del Area	N° de Médicos en el SAMCo	N° de Médicos en Sector Privado	N° de Médicos en Localidad	Enfermeros Profesionales	Enfermeros Auxiliares	Enfermeros Empíricos
	SAMCo Armstrong	IV	III	Abierto	si	12	26	no	0	no	5	6	12	no	5
SAMCo Barrancas	IV	IV	Abierto	si	29	12	si	23	7	6	5	8	2	8	1
SAMCo Cayastá	IV	III	Abierto	si	12	no	no	0	no	2	no	2	1	5	no
SAMCo Ceres	IV	IV	Abierto	si	29	32	no	0	2	8	20	20	no	9	no
SAMCo Coronda	IV	III	Abierto	si	23	40	si	40	5	6	20	22	2	16	1
SAMCo El Trébol	IV	IV	Abierto	si	35	12	si	28	4	10	4	14	3	11	no
SAMCo Firmat	IV	IV	Abierto	si	35	53	si	33	8	28	28	40	1	12	no
SAMCo Gálvez	IV	IV	Cerrado	si	31	53	si	21	10	11	18	24	6	12	no
SAMCo Helvecia	IV	III	Abierto	si	27	no	no	0	5	4	no	4	1	12	no
SAMCo Las Rosas	IV	IV	Abierto	si	30	8	no	0	3	18	2	18	3	13	no
SAMCo Pellegrini	IV	IV	Abierto	si	31	no	si	6	6	4	no	4	1	9	1
SAMCo Pilar	IV	III	Abierto	si	14	no	si	71	no	5	no	5	no	11	no
SAMCo San Cristóbal	IV	III	Abierto	si	35	12	no	0	13	9	18	18	8	10	no
SAMCo San Javier	IV	III	Abierto	si	53	no	no	0	8	10	10	10	1	25	no
SAMCo San Jorge	IV	VI	Abierto	si	47	10	no	0	6	34	3	40	11	13	no
SAMCo San Lorenzo	IV	VI	Abierto	si	30	102	no	0	22	34	90	100	4	16	no
SAMCo Tostado	IV	III	Abierto	si	23	25	no	0	no	9	6	10	no	14	4
SAMCo Villa Constitución	IV	VI	Abierto	si	43	50	no	0	14	48	90	90	20	12	no
SAMCo Villa Ocampo	IV	IV	Abierto	si	55	15	no	0	11	10	6	16	10	13	no

CUADRO COMPARATIVO DEL RECURSO HUMANO, FISICO Y TÉCNICO DE LOS HOSPITALES S.A.M.Co. NIVEL IV

S.A.M.Co.	Clinica Médica	Pediatría	Tocoginecología	Cirugía General	Residencias	Especialidades Críticas	Otras Especialidades	UTI	Guardia Médica Activa	Guardia Médica Pasiva	Guardia de Laboratorio	Rehabilitación	Hemoterapia	Ambulancia	Sistema de Radio	Sistema de Computos
SAMCo Armstrong	si	si	si	no	no	no	no	no	si	si	no	no	no	si	si	no
SAMCo Barrancas	si	si	si	si	no	si	si	no	si	si	si	no	no	si	si	si
SAMCo Cayastá	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	si	si	no
SAMCo Ceres	si	si	si	si	no	algunas	no	no	no	si	si	si	no	si	si	no
SAMCo Coronda	si	si	si	si	no	no	no	no	no	si	si	no	no	si	si	no
SAMCo El Trébol	si	si	si	si	no	si	si	no	no	si	si	si	no	si	si	si
SAMCo Firmat	si	si	si	si	no	si	si	no	si	si	si	si	no	si	si	si
SAMCo Gálvez	si	si	si	si	no	algunas	si	no	no	si	si	si	no	si	si	si
SAMCo Helvecia	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	si	si	no
SAMCo Las Rosas	si	si	si	si	no	si	si	no	si	si	no	no	si	si	si	si
SAMCo Pellegrini	si	si	si	si	no	si	si	no	no	si	no	no	no	si	si	no
SAMCo Pilar	si	no	si	si	no	algunas	no	no	no	si	si	no	no	si	si	si
SAMCo San Cristóbal	si	si	si	si	no	no	no	no	no	si	si	si	no	si	si	no
SAMCo San Javier	si	no	no	si	no	no	si	no	no	si	no	si	no	si	si	si
SAMCo San Jorge	si	si	si	si	no	si	si	no	si	si	si	si	no	si	si	si
SAMCo San Lorenzo	si	si	si	si	no	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	si
SAMCo Tostado	si	no	si	si	no	algunas	si	no	no	si	si	si	no	si	si	si
SAMCo Villa Constitución	si	si	si	si	no	si	si	si	si	si	si	no	no	si	si	si
SAMCo Villa Ocampo	si	si	si	si	no	algunas	si	no	no	si	si	si	no	si	si	si

2: Análisis Comparativo del Rendimiento de la Capacidad Instalada.

Análisis de los S.A.M.Co. nivel VI

Si clasificamos a la ocupación de las camas en tres niveles de rendimiento, bueno, regular y bajo, deberíamos agrupar a Rafaela, Reconquista y Venado Tuerto, que oscilan entre el 71,82% y el 68,66% en el primer grupo y a los de Esperanza, San Justo Rufino y Vera que lo están entre el 35,09 y el 29,57% en el tercero.

Con respecto al giro cama podemos decir que el de Rafaela, San Justo, Reconquista y Venado Tuerto es bueno, el de Esperanza y Rufino regular y el de Vera malo.

Análisis de los S.A.M.Co. nivel IV

El porcentaje de ocupación promedio para este nivel es de 36,32, destacándose un buen aprovechamiento en San Javier (68,09%), regular en Gálvez, Helvecia, Las Rosas, San Jorge, San Lorenzo, y Tostado; y siendo malo el resto.

El giro cama es muy bueno en San Javier y San Lorenzo; bueno en Tostado, San Jorge y Pilar; malo en Firmat, Helvecia y Carlos Pellegrini; y regular el resto.

CUADRO COMPARATIVO DEL RENDIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTALADA DE LOS HOSPITALES S.A.M.Co. NIVEL VI

S.A.M.Co.	Nivel Complejidad Actual	Prom. diario Camas Agudos	Prom. Diario Pac./ Días	% Ocupación	Prom. Permanencia Egresados	Egresos por mes	Defunciones x mes	Giro Cama
SAMCo Esperanza	VI	60	20,14	33,57	3,12	199	2,5	3,32
SAMCo Rafaela	VI	91	65,36	71,82	5,64	382,25	5,91	4,20
SAMCo Reconquista	VI	139	99,03	71,24	3,88	760	15,25	5,47
SAMCo Rufino	VI	46	14,54	31,61	4,6	145,58	2,33	3,16
SAMCo San Justo	VI	53	18,6	35,09	2,4	250	0,41	4,72
SAMCo Venado Tuerto	VI	76	52,18	68,66	4,4	354,83	5,58	4,67
SAMCo Vera	VI	81	23,95	29,57	4,47	162,4	1,91	2,00

CUADRO COMPARATIVO DEL RENDIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTALADA DE LOS HOSPITALES S.A.M.Co. NIVEL IV

S.A.M.Co.	Nivel Completada Actual	Prom. diario Camas Agudos	Prom. Diario Pac./ Días	% Ocupación	Prom. Permanencia Egresados	Egresos por mes	Defunciones x mes	Giro Cama
SAMCo Armstrong	IV	12	2,1	17,50	2,52	25	1	2,08
SAMCo Barrancas	IV	29	7,14	24,62	2,55	82,8	1,98	2,86
SAMCo Cayastá	IV	12	2,60	21,67	3	26,75	0,83	2,23
SAMCo Ceres	IV	29	8,85	30,52	2,89	92	1	3,17
SAMCo Coronda	IV	23	5	21,74	2	62	0,41	2,70
SAMCo El Trébol	IV	27	6	22,22	3	75	1,83	2,78
SAMCo Firmat	IV	35	7,77	22,20	3,6	66,5	0,58	1,9
SAMCo Gálvez	IV	31	15,53	50,10	5,5	92	0,25	2,97
SAMCo Helvecia	IV	27	14	51,85	3	45	0,5	1,67
SAMCo Las Rosas	IV	30	13,00	43,33	5	76,83	1,08	2,56
SAMCo Pellegrini	IV	31	4,70	15,16	3,1	53,75	1,83	1,73
SAMCo Pilar	IV	14	5,38	38,43	2,98	55,09	2,29	3,94
SAMCo San Cristóbal	IV	35	10,30	29,43	2,5	124,16	1,86	3,55
SAMCo San Javier	IV	53	36,09	68,09	3,5	270,72	2,09	5,11
SAMCo San Jorge	IV	41	23,50	57,32	4,75	178	10,83	4,34
SAMCo San Lorenzo	IV	30	16,25	54,17	3,06	161,5	0,91	5,38
SAMCo Tostado	IV	23	12,39	53,87	3,79	98,41	0,91	4,28
SAMCo Villa Constitución	IV	43	0	0	0	0	0	0
SAMCo Villa Ocampo	IV	55	17,40	31,64	2,4	211,81	2	3,85

3: Análisis Demostrativo del Grado de Utilización de los Servicios Ofrecidos.

Análisis de los S.A.M.Co. nivel VI

El Promedio de Placas por consultas médicas efectuadas fue de 7,8 placas por consulta y el de determinaciones de laboratorio por consulta de 1,04. Para este último cálculo se excluyeron las determinaciones realizadas en Vera por cuanto el índice para este establecimiento era de 4, valor muy superior al encontrado en los otros Hospitales.

Dos relaciones son dables destacar: **la primera** la relación que hay entre cantidad de consultas y cantidad de profesionales, haciendo previamente la salvedad de que no todas las consultas son realizadas por esos profesionales por cuanto a estos establecimientos concurren otros que lo hacen ad-honorem.

La segunda, la cantidad de consultas con el número de habitantes de la Localidad. Aclarando previamente que, tanto la existencia de establecimientos privados en la misma, localidad donde están ubicados los hospitales S.A.M.Co., como la demanda que estos satisfacen a la población de otras localidades vecinas (por tener mejores recursos), pueden hacer variar en mas o en menos los resultados de esta relación.

Consultas por profesionales: 97,67 Consultas por habitantes: 0,10
--

Análisis de los S.A.M.Co. nivel IV

Mientras que el Índice promedio consulta/placas en este nivel es similar al anterior (8,42), el de consulta/determinaciones de laboratorio, se encuentra incrementado en un 146%, siendo de 2,56.

Con las mismas salvedades mencionadas anteriormente podemos decir que la relación consulta/Nº de médicos del S.A.M.Co. y consulta / Nº de habitantes son:

Consultas por profesionales: 121,61 Consultas por habitantes: 0,12

CUADRO DEMOSTRATIVO DEL GRADO DE UTILIZACION DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS EN LOS HOSPITALES S.A.M.Co. NIVEL VI

S.A.M.Co.	Egresos por mes	Cirugías x mes	Cantidad de Partos x mes	Consultas Medicas x mes	Determinaciones Laboratorio	Cantidad. Placas de Rx x mes	Cantidad de Ecografías x mes		Cant. Sesiones Fisiokinesio	Presl. Odontológicas x mes
							s/reg.	no hay		
SAMCo Esperanza	199	54	42	1502	1966	170	s/reg.	s/reg.	1242	541
SAMCo Rafaela	382	89	78	3978	3071	690	s/reg.	s/reg.	452	560
SAMCo Reconquista	760	115	145	7464	10515	1056	90	30	97	328
SAMCo Rufino	146	23	17	2044	1179	408	6	202	1001	
SAMCo San Justo	250	20	35	2527	2271	302	s/reg.	s/reg.	240	703
SAMCo Venado Tuerto	355	133	70	7918	1860	1106	s/reg.	s/reg.	170	280
SAMCo Vera	162	19	32	1819	2892	143	s/reg.	s/reg.		

CUADRO DEMOSTRATIVO DEL GRADO DE UTILIZACION DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS EN LOS HOSPITALES S.A.M.Co. NIVEL IV

S.A.M.Co.	Egresos por mes	Cirugías x mes	Cantidad de Partos x mes	Consultas Medicas x mes	Determinaciones Laboratorio	Cantidad. Placas de Rx x mes	Cantidad de Ecografías x mes	Cant. Sesiones Fisiokinesio	Prest. Odontológicas x mes
SAMCo Armstrong	25	0.3	0.5	1621	s/reg.	120	s/reg.	no	120
SAMCo Barrancas	83	13	15	1636	1140	118	30	no	s/reg.
SAMCo Cayastá	27	5	4	552	604	42	no	10	142
SAMCo Ceres	92	11	13	1115	1208	456	no	no	143
SAMCo Coronda	62	33	15	1441	739	162	no	no	s/reg.
SAMCo El Trébol	75	25	14	1552	3000	484	no	no	150
SAMCo Firmat	67	17	15	1819	1254	206	20	s/reg.	218
SAMCo Gálvez	92	11	20	2083	1647	103	no	328	137
SAMCo Helvecia	45	0	15	1112	1688	106	no	no	200
SAMCo Las Rosas	77	193	15	2497	870	236	31	no	365
SAMCo Pellegrini	54	33	8	1504	78	283	no	no	180
SAMCo Pilar	55	4	5	451	345	215	20	s/reg.	185
SAMCo San Cristóbal	124	63	18	1209	2433	186	s/reg.	179	185
SAMCo San Javier	271	37	42	2037	1675	190	s/reg.	106	223
SAMCo San Jorge	178	44	27	1031	3193	228	40	74	130
SAMCo San Lorenzo	162	26	52	5961	6074	998	s/reg.	139	385
SAMCo Tostado	98	14	21	1446	725	140	no	s/reg.	s/reg.
SAMCo Villa Constitución	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAMCo Villa Ocampo	212	39	54	2674	443	2539	91	27	s/reg.

4: Análisis de Interrelación del los Hospitales con P.A.M.I. - I.A.P.O.S.

Análisis de los S.A.M.Co. nivel VI y IV

Básicamente podemos decir que hay dos tipos de relaciones contractuales, a) directamente con las obras sociales por el sistema de Cápita para el P.A.M.I. y de cartera Fija para el I.A.P.O.S. en los Establecimientos de la Costa y b) por Adhesión a los contratos que suscribieron las Asociaciones Médicas Departamentales (AMD) , las Sociedades Anónimas (SA) o la Unión Transitoria de Empresas (UTE).

En estos últimos casos los establecimientos cobran por prestación.

La facturación se realiza manual o por cómputos pero en la gran mayoría el arancel es grabado por la Asociación que distribuye los gastos.

La relación promedio de afiliados-cama en el sector público, es para los dos niveles aproximadamente el mismo (162,13 afiliados por cama), superando ampliamente el promedio Rafaela (250), Venado Tuerto (198) y Esperanza (180) en el nivel VI y San Lorenzo (413), Villa Constitución (300), Tostado (214) y Coronda (309) en el nivel IV.

CUADRO DE INTERRELACION DE LOS HOSPITALES S.A.M.Co. NIVEL VI CON P.A.M.I.- I.A.P.O.S.

S.A.M.Co.	Nivel de complejidad	N° Camas agudas del SAMCo	N° Camas del sector Privado	Total de camas en la Localidad	N° Af a PAMI y IAPOS	Relación afiliados/camas	Tipo Contrato c/ PAMI	Tipo Contrato c/ IAPOS	Facturación. Manual / Comput.
SAMCo Esperanza	VI	60	50	110	10821	180,35	x Ad a AMD	x Ad a AMD	manual
SAMCo Rafaela	VI	91	243	334	22771	250,23	x Ad a UTE	x Ad ACS y M	computos
SAMCo Reconquista	VI	139	155	294	16992	122,24	x Ad a UTE	x Ad a AMD	manual
SAMCo Rufino	VI	46	90	136	6896	149,91	x Ad a AMD	x Ad a SA	computos
SAMCo San Justo	VI	53	65	118	6997	132,02	x Ad a AMD	x Ad a SA	computos
SAMCo Venado Tuerto	VI	76	220	296	15055	198,09	x Ad a SA	x Ad a AMD	manual
SAMCo Vera	VI	81	40	121	8266	102,05	x Ad. A.S.M.	x Ad. A.S.M.	computos

CUADRO DE INTERRELACION DE LOS HOSPITALES S.A.M.Co. NIVEL IV CON P.A.M.I.- I.A.P.O.S.

S.A.M.Co.	Nivel de complejidad	N° Camas agudas del SAMCo	N° Camas del sector Privado	Total de camas en la Localidad	N° At a PAMI y IAPOS	Relación afiliados/camas	Tipo Contrato c/ PAMI	Tipo Contrato c/ IAPOS	Facturación, Manual / Comput.
SAMCo Armstrong	IV	12	26	38	2874	239,50	x Ad a AMD	x Ad a AMD	manual
SAMCo Barrancas	IV	29	12	41	1614	55,66	Integra AMD	Integra AMD	manual
SAMCo Cayastá	IV	12	0	12	956	79,67	Cápita c/ INSSJP	Cart. Fija c/ IAPOS	manual
SAMCo Ceres	IV	29	32	61	4214	145,31	x Ad UTE Raf	x Ad a AMD	manual
SAMCo Coronda	IV	23	40	63	7128	309,91	no tiene	no tiene	manual
SAMCo El Trébol	IV	35	12	47	3406	97,31	x Ad a AMD	x Ad a AMD	manual
SAMCo Firmat	IV	35	53	88	5525	157,86	x Ad. a UTE	x Ad.C.M.D.	computos
SAMCo Gálvez	IV	31	28	59	7598	245,10	no tiene	no tiene	manual
SAMCo Helvecia	IV	27	0	27	1514	56,07	Cápita c/ INSSJP	Cart. Fija c/ IAPOS	manual
SAMCo Las Rosas	IV	30	8	38	4481	149,37	x Ad a AMD	x Ad a AMD	computos
SAMCo Pellegrini	IV	31	0	31	1471	47,45	x Ad a AMD	x Ad a AMD	manual
SAMCo Pilar	IV	14	0	14	1744	124,57	x Ad a AMD	x Ad a AMD	computos
SAMCo San Cristóbal	IV	35	40	75	6075	173,57	x Ad a UTE	x Ad a AMD	manual
SAMCo San Javier	IV	53	0	53	4213	79,49	Cápita c/ INSSJP	Cart. Fija c/ IAPOS	manual
SAMCo San Jorge	IV	47	10	57	4639	98,70	x Ad. a UTE	x Ad a AMD	computos
SAMCo San Lorenzo	IV	30	102	132	12416	413,87	no tiene	x Ad a AMD	manual
SAMCo Tostado	IV	23	25	48	4927	214,22	x Ad a AMD	x Ad a AMD	manual
SAMCo Villa Constitución	IV	43	50	93	12916	300,37	x Ad a UTE	x Ad a UTE	computos
SAMCo Villa Ocampo	IV	55	15	70	5174	94,07	x Ad a AMD	x Ad a AMD	manual

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Desarrollo de los S.A.M.Co. en la localidad donde están establecidos.

La primera división que habría que hacer es analizar cuál es el desarrollo socioeconómico del área donde están los SAMCo.

A. Puede observarse que en las zonas de escaso desarrollo socioeconómico y con mayor índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), caben en general dos posibilidades:

1. En la zona de la costa (Helvecia, Cayastá y San Javier), donde los SAMCo son prestadores únicos, y no hay desarrollo de la actividad privada; los establecimientos se han desarrollado con una adecuada atención a los afiliados a Obras Sociales con la modalidad, de cápita para el P.A.M.I. y de cartera fija para el I.A.P.O.S., convenidos directamente con ellos.
2. En otras zonas, debido a problemas de estructura edilicia, equipamiento y de organización, los SAMCo se mantienen con un escaso desarrollo de atención a los afiliados a Obras Sociales, con respecto al sector privado, como ocurre con los hospitales de Tostado y Vera.

B. En las zonas de mejor desarrollo socioeconómico y con menor índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), caben en general tres posibilidades:

1. SAMCo ubicados en localidades donde el escaso desarrollo del sector privado y la adecuada estructura y organización de los mismos, han permitido un buen desarrollo de estos como prestador de la Seguridad Social (San Jorge, Carlos Pellegrini, El Trébol, etc.).
2. SAMCo donde el mejor desarrollado del sector privado o la deficiente infraestructura, equipamiento y organización de los mismos no ha permitido una real integración del Hospital Público al Sistema de la Seguridad Social (Gálvez, Firmat, etc.). Por el contrario han destinado una parte importante de su estructura a geriátricos, hecho que les permite incrementar sus recursos económicos para el mantenimiento de los Servicios.
3. SAMCo donde se observa un equilibrio en el nivel de prestaciones a beneficiarios a Obras Sociales con respecto al sector privado, justificado por una adecuada estructura edilicia, equipamiento y organización como son los Hospitales de Rufino, etc..

Rol de los profesionales médicos e interacción entre su actividad en los SAMCo y el Sistema de la Seguridad Social

Antes de analizar este tópico es necesario aclarar que en el Sistema de la Seguridad Social el gasto en prestaciones asistenciales se desglosa en honorarios, derechos o gastos y medicamentos. El primero es percibido por los profesionales y los otros dos por los

establecimientos asistenciales o por los propietarios de los equipos de diagnóstico y/o tratamiento.

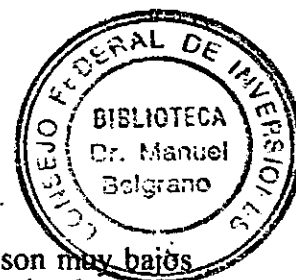
Los profesionales que se desempeñan en los SAMCo revisten en carácter de profesionales por concurso, interinos, de refuerzo, contratados, de emergencia o ad-honorem en relación con el Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Estos a su vez pueden ver incrementados sus ingresos por los honorarios que perciben por la atención a afiliados de obras sociales.

No hay profesionales con dedicación exclusiva ya que así no lo prevé la Ley Provincial 9282 y sus modificatorias de "Estatuto y Escalafón de los Profesionales", excepto en los escasos ejemplos de médicos residentes a quienes la provincia los contrata a plazo determinado con dedicación exclusiva (Ej. Reconquista, etc.).

Otros profesionales que trabajan en forma independiente, asisten a los SAMCo ya sea contratados por los Entes o como prestadores de las Obras Sociales y Compañías de Seguros.

Hemos observado que los profesionales perciben de distinta forma por la atención a los afiliados a las Obras Sociales en los SAMCo:

- a) Lo correspondiente a honorarios solamente.
- b) Los honorarios y un porcentaje de lo facturado en concepto de derechos.
- c) Los honorarios y un porcentaje de lo facturado por derechos y medicamentos.



Cabe destacar que en el Sistema de la Seguridad Social los honorarios son muy bajos (Ej. valor de la consulta I.N.O.S. \$2,33) razón por la cual en muchos casos y donde así las circunstancias lo permiten, los profesionales han buscado incrementarlos en el sector privado, a través de los adicionales y la plusvalía que dejan los derechos y los medicamentos. Este elemento en su momento será analizado cuando efectuemos las recomendaciones pertinentes.

Análisis de las estructuras arquitectónica.

Desde el punto de vista arquitectónico, podemos decir que en algunos casos los SAMCo están ubicados dentro de la localidad, en lugares poco accesibles a las personas, distantes de los lugares céntricos, a diferencia de los establecimientos privados que, mejor ubicados, atrae de una manera importante la demanda de pacientes con Obras Sociales.

En general, desde el punto de vista arquitectónico, están sobredimensionados en su capacidad instalada, para la cantidad de habitantes de esa localidad y zona de influencia, como lo demuestran los bajos porcentajes de ocupación relevados.

El estado de conservación de los edificios es bueno, salvo excepcionales casos, atribuibles a la antigüedad que tienen los edificios y a la pocos recursos económicos destinados para repararlos.

Esto dos elementos han influido en la decisión de las autoridades de los establecimientos para que destinen parte de su capacidad instalada a geriátricos, lo cual les permite generar recursos y aprovechar la estructura con que cuentan.

Es de destacar que la existencia de habitaciones con mayor confort en algunos establecimientos (para ser destinada a la internación de enfermos con cobertura social), o el

proyecto en un futuro inmediato en otros, de invertir recursos en la construcción de ese tipo de habitaciones, crea de alguna manera una discriminación entre la prestación que se le brinda a las personas carecientes y a las que cuentan con cobertura de obra social. Esta es una situación que se contrapone a lo normado en el artículo 6° del Decreto 4321/67, reglamentario de la Ley 6312.

En general, los SAMCo, cuentan con habitaciones de dos a tres camas, por lo que no hace falta adecuar la estructura hospitalaria al concepto actual de confort para los establecimientos. Si cabe destacar, que en el área destinada a geriatría, hay un grado de hacinamiento importante.

Con respecto a los S.A.M.Co. como hospitales base referencial, podemos decir que la mayoría, excepto Armstrong, Cayastá Tostado y Pilar, cumplen con este rol de Hospital base asignado por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

Análisis de la organización del grupo directivo.

Sobre la conformación del grupo directivo, debemos destacar que son dos los estamentos directivos conforme lo establece la Ley 6312.

- a) Por una parte el Director, quien abarca, no sólo la faz técnica, sino también, a través de un administrador algunas veces, u otras personalmente, la administración del Hospital.
- b) Por la otra, el Consejo de Administración, quien representa al establecimiento y provee los recursos económicos, conjuntamente con el Ministerio, para el mantenimiento del Hospital.

Tal vez, este hecho se deba a que los consejeros, en general, no cuentan con conocimiento de Administración Hospitalaria.

Debemos destacar que el Consejo de Administración se reúne con periodicidad, redacta el libro de Actas y confecciona la memoria y el balance anual.

Análisis del Nivel de Complejidad asignado

Con respecto a los niveles asignados a cada uno de los establecimientos podemos decir, que en la mayoría se cumple con el nivel asignado, siendo raras las excepciones.

Análisis del Recurso Humano

Los recursos humanos asignados por la Provincia es el adecuado.

En general está reforzado por profesionales médicos de la localidad y de otros lugares en algunos SAMCo. No todos los SAMCo tienen guardia activa, aunque si, todos la tienen en forma pasiva.

Las especialidades médicas así como los bioquímicos apoyan en forma pasiva al médico de guardia. Enfermería cubre mediante guardia activa las 24 hs. del día.

Con respecto a las prestaciones de Laboratorio, en la gran mayoría no se facturan las prestaciones de las prácticas a los pacientes de Obras Sociales a favor del SAMCo, es decir que si se realizan, lo hace el bioquímico a su cuenta. Esto debe ser analizado en profundidad y corregido porque cabe la posibilidad que los gastos de los insumos para el laboratorio, sean aportados por la Provincia y no cobrados cuando se preste a las Obras Sociales.

En algunos SAMCo, se realizan las prácticas en los consultorios privados de los bioquímicos.

Con respecto a anatomía patológica, se deriva a centros de mayor complejidad. En general, no tienen anatomía patológica.

En Hemoterapia, se hace, la serología y la compatibilidad en todas las transfusiones. Está a cargo de un bioquímico. Se realizan todas las determinaciones serológicas que determina la legislación vigente para los sueros de los dadores, incluyendo HIV, aunque en algunos laboratorios no realizan determinación de hepatitis C.

Respecto a las prestaciones de Radiología, en muy pocos establecimientos hay médicos radiólogos, habitualmente son realizadas por técnicos radiólogos y en pocos casos por empíricos.

Las prestaciones ambulatorias de radiología son facturadas por los SAMCo siendo para éstos los gastos y para el técnico los honorarios.

En cuanto a los servicios de Diagnóstico por Imágenes, por ejemplo, ecografía, podemos decir que la mayoría no posee. En algunos casos se deriva al sector privado y el costo es soportado por el SAMCo en los casos de pacientes carecientes. En otros, el SAMCo ha incorporado el equipamiento y paga honorarios por prestación al profesional que realiza los estudios.

En lo referido las prácticas de anestesia, en el nivel 4, donde no se prevé que la anestesia esté a cargo del profesional especializado, el Consejo del SAMCo, contrata por prestaciones anestestas, a fin de elevar el nivel prestacional, mientras que en otros hospitales, es realizado por médicos no especializados del establecimiento.

Odontología. Todos tienen odontólogos, pero dan prestaciones de baja complejidad. No realizan en la mayoría, radiografías, ortodoncias ni endodoncia. Ninguno de los establecimientos tiene equipo dental móvil en uso.

En el servicio de Farmacia, la mayoría de los establecimientos carecen de profesionales farmacéuticos, sólo tiene personal técnico entrenado, los cuales son supervisados por el farmacéutico de la Zona de Salud y el director médico. Todos aplican el vademécum del Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

Es de destacar que no hay una sistematización uniforme en todos los SAMCo para la recopilación de la información estadística sobre la utilización de medicamentos. En algunos establecimientos, a los fines estadísticos se interpreta "la receta" como una unidad que engloba a todos los específicos prescritos en ella, en otros entienden como unidad a cada específico de "la receta", en otros se cuentan por unidad de comprimidos.

En lo que respecta a internación, es aún más complejo ya que hay SAMCo que interpretan por "receta" todo lo prescrito en un día de internación al paciente, otros, una por comprimido dado y por último en otros, una por cada específico suministrado.

El departamento de enfermería está a cargo de una enfermera profesional. En raros casos no hay jefatura o está a cargo de una auxiliar de enfermería. Hemos constatado muy pocas enfermeras empíricas.

Análisis de la Información estadística.

La recolección de los datos está al día en todos los establecimientos. Se informa el rendimiento global del mismo no discriminando los datos de las prestaciones brindadas a los afiliados a las Obras Sociales, respecto de las globales.

Salvo en dos establecimientos, en los restantes no se resume la información estadística por períodos semestrales o anuales, no se gráfica y no se da a conocer esta información a los niveles de conducción de los establecimientos, remitiéndolos sí a la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

La ocupación es baja, por lo que la gran cantidad de camas disponibles hace que los días-cama declarados surjan de un simple cálculo matemático, de multiplicar el número de camas de dotación, por los días del período, y no como debería ser, descontando los días-cama inutilizados. Sólo se registran las prestaciones en establecimientos por el Programa Provincial de Estadísticas de Salud, omitiendo registrar otras prestaciones como ser ecografía.

Prestaciones a Obras Sociales.

En general los SAMCo trabajan como efectores adherentes a las Asociaciones Médicas Departamentales, participando de los contratos que éstas suscriben (por prestación, cápita o cartera fija) con las Obras Sociales.

Pocos tienen convenios directos con algunas Obras Sociales, y en estos casos los contratos suscriptos son por cápita, cartera fija o por prestaciones moduladas o no.

Utilizan un sistema de prefacturación manual, haciendo la facturación definitiva la Asociación Médica Departamental por sistema de computación.

No se utilizan indicadores de rendimiento (Ej. facturación paciente /día, facturación promedio por internación clínica o quirúrgica), no se determina el costo prestacional, lo que no permite planificar la estrategia asistencial al sector.

En general se nota una importante mora en la presentación de las facturas, debido a dos causas: a) a la imposibilidad por parte de los afiliados de pagar el co-seguro que por cada internación le cobra su Obra Social y b) a que al momento del alta, la Historia Clínica no está totalmente confeccionada.

El recurso humano destinado a la facturación es competente y conocedor de las normas establecidas por el Nomenclador Nacional y las propias de cada Asociación Médica careciendo de la posibilidad de actualizarse por no efectuarse o no poder concurrir a cursos periódicos a esos fines.

Al comenzar este trabajo se pensó en recopilar algunos datos de rendimiento económico por las prestaciones brindadas a los afiliados a las Obras Sociales, para que cotejados con los tradicionales indicadores de rendimiento Hospitalario nos permitiesen sacar otros que demostrasen la situación del establecimiento frente a la demanda realizada por el sector de la Seguridad Social y el grado de inserción de los S.A.M.Co. en éste.

Estos indicadores a los que hemos denominado **“Indicadores del rendimiento económico como prestador de la seguridad social”**, buscan relacionar aspectos económicos con cantidad de prestaciones, a fin de determinar el rinde y las prestaciones realizadas en el

universo del S.A.M.Co. con las prestaciones efectuadas para la Seguridad Social, lo que marca el grado de inserción del S.A.M.Co. en este sistema.

Lamentablemente la organización del trabajo en los S.A.M.Co. relevados, no estaba preparada para obtener estos datos; ya que en unos no se registraban la cantidad de prestaciones a Obras Sociales (egresos, prácticas de laboratorio, radiografías, etc.) o el monto facturado en un periodo determinado. En otros, informaban el importe ingresado por balance (confeccionado por el sistema de lo percibido) y las prestaciones efectuadas en el mismo periodo.

Tampoco se discriminaba entre lo facturado por prestaciones ambulatorias y por internación, lo que hubiese permitido saber cual era la capacidad instalada mas utilizada por los beneficiarios.

Al analizar los egresos económicos, también nos encontramos con distintos criterios de trabajo, ya que mientras unos imputaban como honorarios médicos no sólo lo que percibe el profesional por el acto que realiza (para la Obra Social) sino la remuneración mensual (sueldo) que cobra de la provincia o los honorarios que por guardia paga el Ente. Otros contabilizan los honorarios que el Ente factura a nombre del profesional y que al momento de su liquidación ésta se hace directamente al profesional a través de la Asociación Médica Departamental.

Toda este desorden originado en una inadecuada planificación, ha hecho que los datos recopilados no nos permitiesen hacer un diagnóstico (en este aspecto) certero de cada establecimiento y mucho menos uno comparativo.

Esto nos ha puesto en la obligación de buscar un nuevo grupo de indicadores, que sumados a los de Calidad, del "Programa Provincial de Control de Calidad de Atención" (que a continuación describimos), nos van a permitir tener una idea mas cabal del impacto que produce el S.A.M.Co. entre los afiliados a las obras sociales de la zona y el rendimiento económico-financiero de la estructura puesta a disposición de la Seguridad Social.

Indicadores del Programa Provincial de Control de Calidad de Atención.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1.- N° de egresos que ingresaron a servicios de medicina crítica / total de egresos en el periodo. 2.- Promedio de días de estada en servicios de medicina crítica. 3.- N° de cirugías realizadas / total de egresos en el periodo. 4.- N° de boletas de Tomografía Axial Computada realizadas en el periodo / total de egresos en el periodo. 5.- N° de boletas de ecografía solicitadas en el periodo / total de egresos en el periodo. 6.- N° de boletas de estudios radiológicos contrastados solicitados en el periodo / total de egresos en el periodo. 7.- N° de boletas de estudios radiológicos directos solicitados en el periodo / total de egresos en el periodo. 8.- N° de prácticas de laboratorio realizadas / total de egresos en el periodo. 9.- N° de traslados fuera del Hospital / total de egresos en el periodo. |
|--|

RECOMENDACIONES GENERALES

Esquemáticamente diríamos que son tres las recomendaciones

1. Del Recurso Humano

- Crear una estructura del recurso humano administrativo donde haya una correcta y definida división de tareas, las cuales deben estar específicamente establecidas y comunicadas por escrito a quien deba ejecutarlas.
- Remarcar el Rol del Director Médico que al ingresar al sistema de la Seguridad Social adquiere una faceta nueva, como la que es representar científicamente a la institución ante las Obras Sociales, velando por sus intereses.
- Recordar a los profesionales las obligaciones que le impone el reglamento básico de hospitales y la importancia de cumplir con la confección de la documentación requerida por las Obras Sociales.

2. Del Proceso:

- Diseñar nuevos modelos de documentos (Historias Clínicas, formularios, etc.) que permitan registrar de una manera ágil, sencilla y segura todas las actuaciones realizadas en pos de recuperar la salud de los enfermos.
- Describir el modo en que se deben realizar las tareas administrativas.

3. Del Resultado

- Llevar los registros contables y prestacionales que permitan extraer en forma sistemática los indicadores del rendimiento económico como prestador de la Seguridad Social que luego describiremos.

1. Del Recurso Humano

• ESTRUCTURA DEL RECURSO HUMANO ADMINISTRATIVO •

Objetivo

Crear un sistema que contemple los tres estamentos por los que pasa todo paciente internado (Admisión permanencia y egreso), que no cree superposición entre sí y permita a su vez una fluida interrelación.

Estos estamentos, al igual que los engranajes de un sistema actuarán creando un método de control recíproco lo que optimará la eficiencia de los mismos.

Sectores

Es menester, para alcanzar los objetivos propuestos, sectorizar el Departamento Administrativo que se ocupa de la relación con los pacientes y las Obras Sociales, en dos sectores, autónomos en sus funciones y bajo una misma dependencia jerárquica.

Sector de Obra Sociales

Tendrá a su cargo dos secciones:

- a) **Admisión, Permanencia, Egreso y Archivo.**
- b) **Facturación**

Su misión será la de actuar como agente de conexión entre las dependencias internas del Hospital y las Obras Sociales y/o pacientes. En consecuencia no saldrá documentación alguna (referente a internación) del establecimiento, sino a través de este sector.

a) **Admisión, Permanencia, Egreso y Archivo**

Estará a cargo de una persona que trabajará en tal función (por la mañana, y recibirá colaboración en horas de la tarde de otro que a la vez realiza las tareas que le son propias) ordenando la información y registrando los datos de lo acontecido.

Serán sus funciones:

1. Solicitar al paciente la documentación necesaria para su admisión y permanencia, y entregará al *sector de facturación* la documentación según corresponda.
2. Informar a la Obra Social que corresponda, el ingreso de los pacientes a internación dentro de las 24 hs. hábiles de producido.
3. Entregar a *facturación*, al alta del paciente, la Historia Clínica completa con los correspondientes informes de prácticas, protocolos, etc.
4. Fotocopiar toda la Historia Clínica a fin de remitirla a la Obra Social como aval de la factura confeccionada.

5. Archivar el Original de la Historia Clínica.
6. Registrar los datos estadísticos que se necesitarán para confeccionar los **indicadores de rendimiento como prestadores de la Seguridad Social.**

Por el perfil que tienen los técnicos en estadística o quienes desarrollan esta tarea en los Hospitales, es éste el personal más adecuado para asumir estas funciones

b) Sección Facturación:

Serán sus funciones:

1. Tener a su cargo la facturación de toda práctica o medicamento que se hayan realizado a los internados y/o en Consultorios Externos.
2. Presentar la Facturas a las Obras Sociales o a las Organizaciones contratantes con la Obras Sociales en el término previsto.
3. Realizar junto con un profesional, designado por la Dirección las auditorías Médicas compartidas.
4. Informar al área Contable los motivos de los débitos sufridos.
5. Registrar los datos estadísticos que se necesitarán para confeccionar los **indicadores de rendimiento como prestadores de la Seguridad Social.**

El personal que cumpla estas funciones deberá conocer el Nomenclador Nacional, las normas de facturación y conocimientos básicos de contaduría.

• ROL DE LA DIRECCIÓN MÉDICA EN LOS HOSPITALES PRESTADORES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El Director es el responsable ante las Obras Sociales del gasto en salud que se hace para la atención adecuada de cada beneficiario; por ello velará para que la permanencia del paciente sea la necesaria, para recuperar la salud perdida y que las prácticas que se realicen sean las indispensables para arribar a un diagnóstico o tratar al paciente.

Avalará con su firma la fotocopia de cada hoja de la Historia Clínica que se remita a la Obra Social para justificar la facturación presentada.

Participará en la auditoría compartida con las obras sociales a fin de defender los justos intereses del Hospital.

• OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES

Del reglamento Básico de Hospitales Generales (Decreto 2542/72)

(Art. 4) Establecer un diagnóstico presuntivo de los pacientes que ingresen, dentro de las (12) doce horas, e igualmente debe establecerse un diagnóstico definitivo antes de ser dado de alta los enfermos.

(Art. 26) Tener en forma sintética, pero al día, las Historias Clínicas, anotando en ellas la evolución del estado del enfermo en el proceso de la enfermedad que lo aqueja.

(Art. 39 inc. 12) Del Cirujano. Confeccionar prolijamente el protocolo quirúrgico.

(Art. 40 inc. 7) Del Anestesiólogo. Confeccionar la ficha anestesiológica.

FLUXOGRAMA ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON COBERTURA SOCIAL.

Los movimientos del paciente dentro del Hospital se marcan en rojo y señalan el ingreso para internación que puede ser ordenada por el médico de guardia o el que atiende los consultorios externos, hasta el alta que se producirá con la recuperación de la salud del mismo.

El paciente en su estancia en el establecimiento va a requerir la utilización de prácticas diagnósticas y terapéuticas, para lo cual será llevado hasta éstos, donde le serán practicadas las indicaciones del médico junto con su Historia Clínica a fin de que en la misma se asiente el informe, (protocolo correspondiente). Es decir, a donde va el paciente, va su historia clínica, a la cual se le van a ir agregando los informes de todas las prestaciones.

Los registros escritos que se producen por la atención de un paciente pueden ser de dos clases:

Documentales
Informativos

Documental:

Es todo escrito que relata algún aspecto del estado de salud del enfermo o de los medios indicados para su estudio o tratamiento. Por tal motivo este tipo de registro formará parte de la Historia Clínica del paciente. La Historia Clínica es un documento de alto valor legal, científico y económico.

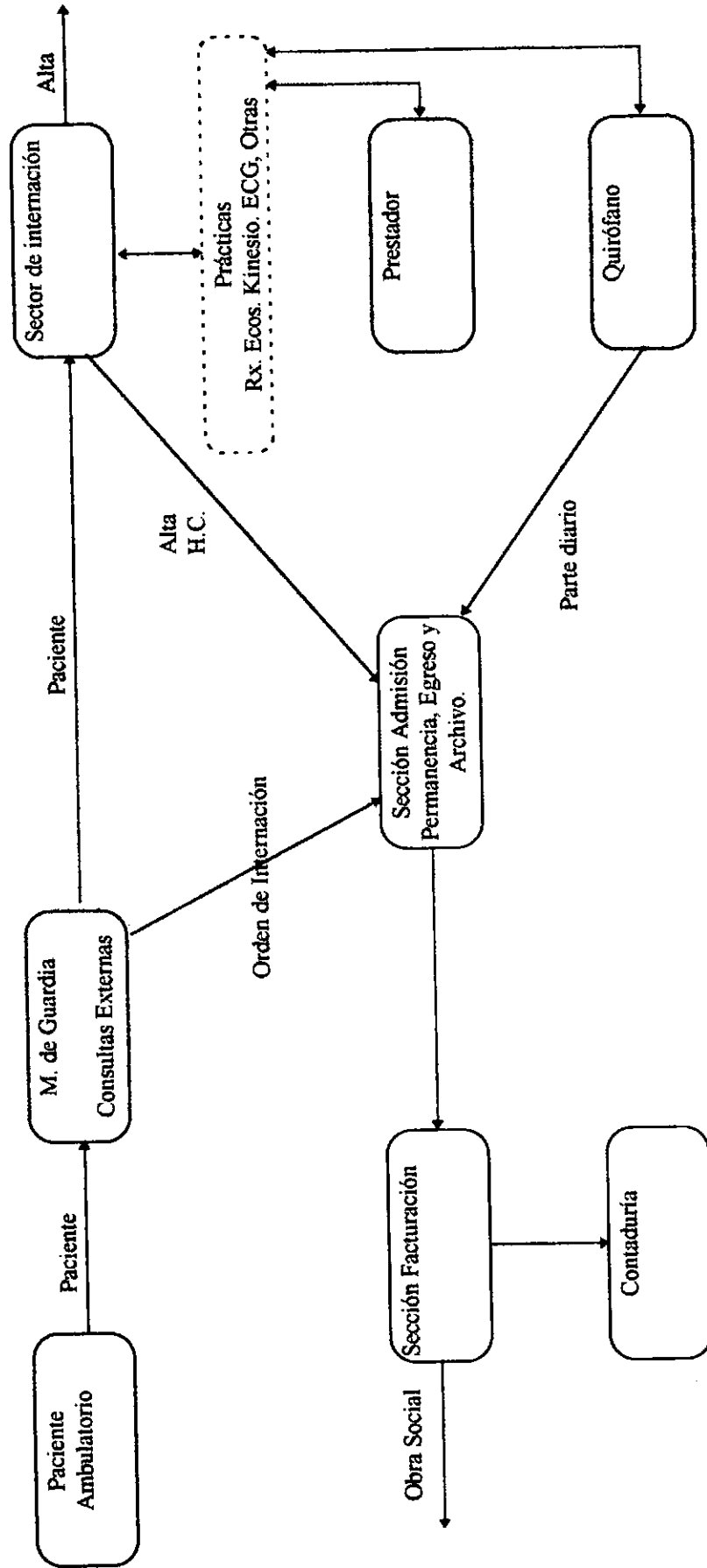
- a) **Legal:** Porque es el único documento que será requerido por la justicia cuando se deba responder ante una demanda civil o penal hacia el establecimiento, los profesionales intervinientes o terceros.
- b) **Científico:** Porque es la historia escrita del estado de salud del enfermo narrada por los profesionales que intervinieron en ella, que trasciende a ellos, y que garantiza la transmisión de la información a otros con la terminología adecuada y permite revisar las hipótesis de los diagnósticos, las conductas terapéuticas asumidas y evaluar los resultados.
- c) **Económico:** Porque quienes financian el gasto en salud sólo reconocen como deuda todos las prestaciones o prácticas asentadas en la Historia Clínica.

Informativo:

Es todo escrito que referido a un paciente registra datos de interés administrativo, estadístico o informativo.

El movimiento de la documentación está marcado en el fluxograma con flechas verde y el informativo con flecha azul. Cabe recordar que según el Reglamento Básico de Hospitales Generales, los establecimientos sólo pueden facilitar el duplicado de la Historia Clínica cuando esta sea solicitada para uso externo.

FLUXOGRAMA ADMINISTRATIVO PARA LOS PACIENTES CON COBERTURA SOCIAL.



- Movimiento del Paciente
- Movimiento de la Documentación
- Movimiento de la información.

2. Del Proceso:

Utilizar una Historia clínica única igual en todos los establecimientos, cuyo modelo se adjunta al final de este informe, que prevea espacios claramente definidos para la evolución o anotaciones de los profesionales intervinientes en la atención del enfermo y otros para las tareas de auditoría y de facturación.

Esta Historia Clínica cuyo modelo se diseña a continuación debe confeccionarse observando las siguientes normas e instrucciones.

• NORMAS GENERALES PARA LA CONFECCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La Historia Clínica es el documento médico legal y administrativo que refleja y registra fielmente el acto médico. La redacción de la Historia Clínica es obligatoria.

Desde el punto de vista administrativo representa un documento fundamental para la institución y su relación con las Obras Sociales.

Debe entenderse que para reconocer una práctica, ésta debe figurar en la Historia Clínica en las hojas que corresponda, sólo así la Obra Social la reconocerá como realizada.

Una adecuada Historia clínica es la base de estudios científicos de las distintas patologías detectadas en la Institución.

La Historia Clínica es evaluada sistemáticamente, en especial al alta.

• INSTRUCCIONES PARA LA CONFECCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La Historia Clínica de todos los paciente internados debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Anamnesis, Examen Físico y complementarios de Ingreso: Debe estar consignado dentro de las 24 hs. de producido el Ingreso.
2. Evolución: Debe efectuarse diariamente y consignar en la Historia Clínica todas las prácticas efectuadas (curaciones, canalizaciones, estudios, etc.) Debe reflejar el *estado actual* del paciente y es conveniente no repetir los motivos que dieron origen a la internación por cuanto eso no justifica la permanencia del paciente.
Es conveniente emitir opinión sobre la marcha del plan diagnóstico y terapéutico, como así también de las conductas asumidas y sus fundamentos correspondientes. Si el paciente es visto más de una vez por día, debe figurar en la Historia Clínica (recordar que el proceso de auditoría de las Obras Sociales se basa generalmente en la constancia o no en la Historia

Clínica, de las prácticas realizadas). Según normas del Nomenclador Nacional (N.N.), se debe firmar y aclarar nombre y apellido, servicio, fecha, hora y matrícula.

3. Indicaciones Médicas: Diariamente debe figurar el plan terapéutico y de controles o en cada oportunidad que se modifique, con fecha, hora, firma, aclaración, Servicio y matrícula.
4. Hoja de Controles e informes de Enfermería: En la página de controles se registrarán por lo menos una vez por turnos los signos vitales y en la de informes se consignarán los tratamientos y cuidados de enfermería efectuados, síntomas observados y consultas requeridas. En ambos casos con fecha, hora y firma de enfermería.
5. Informes de Prácticas: En esta hoja y a fin de que no se extravíen los informes de las prácticas efectuadas ya que la presencia de ello en la Historia Clínica es indispensable, no sólo para que esta quede completa sino también para que la Obra Social reconozca la prestación efectuada, se pagarán (plegados al medio) los mismos cuando el protocolo utilizado no fuese del tamaño de una hoja, de abajo hacia arriba en los renglones marcados, evitando invadir el espacio de facturación donde luego se asentarán los códigos.
6. Informes de Laboratorio. En el anverso se anotarán los resultados de las determinaciones efectuadas con fecha, hora y firma del bioquímico y en el reverso se pegarán (plegados al medio) los protocolos que por su presentación no permitan su transcripción; ej. informes de antibiogramas, cultivos, análisis de orina, etc.
7. Hoja de Cirugía: (Protocolo) Informa sobre los procedimientos quirúrgicos realizados en quirófano.
8. Hoja de Anestesia (Protocolo) Informa sobre el procedimiento anestésico, los medicamentos y gases utilizados.
9. Hoja de Medicamentos: Informa todo medicamento suministrado al paciente, independientemente de quien lo provee (conviene aclarar cuando lo provee el paciente para evitar una facturación impropia).
10. Hoja de Epicrisis: es el resumen de la conducta diagnóstica, de la evolución terapéutica, y del resultado de la misma.

Estas hojas son sistemáticamente fotocopiadas y derivadas a las obras sociales para que reflejen el contenido de la Atención Médica y como aval de la facturación.

3. Del Resultado

INDICADORES DE RENDIMIENTO ECONÓMICO COMO PRESTADOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL

N° de Egresos con cobertura Social / N° de Egresos del establecimiento

Indica la cantidad de egresos de pacientes con cobertura social por cada egreso del establecimiento.

N° de Egresos con cobertura Social / Promedio de camas disponibles

Indica el giro cama para la Seguridad Social

Monto Facturado en Ambulatorio / Monto Facturado en Internación

Indica la cantidad facturado en ambulatorio por cada peso en internación.

Monto Facturado en gastos en Internación / N° de Egresos con cobertura Social

Indica el Monto Facturado en gastos por cada Egreso con cobertura Social

Monto Facturado en medicamentos en Internación / N° de Egresos con cobertura Social

Indica el Monto Facturado en medicamentos por cada Egreso con cobertura Social

Monto Facturado en honorarios en Internación / N° de Egresos con cobertura Social

Indica el Monto Facturado en honorarios por cada Egreso con cobertura Social

Honorarios pagado por el S.A.M.Co. a los profesionales x 100 / Monto Facturado
Indica el porcentaje del monto total facturado para el S.A.M.Co. que se destina para honorarios profesionales asistenciales.

Altas Voluntarias x 100 / N° de Egresos con cobertura Social
Indica el porcentaje de altas voluntarias sobre el número de egresos con cobertura social. Grado de satisfacción de la demanda.

Monto liquidado por O.S. x 100 / Monto Facturado
Indica el porcentaje del monto facturado que la Obra Social liquida al S.A.M.Co.

Monto Facturado en Internación por año

Monto Facturado en Ambulatorio por año

PRUEBA PILOTO

Analizada la posibilidad de implementar la propuesta de optimización de la estructura técnico administrativa en un establecimiento, se seleccionó el S.A.M.Co. de Helvecia.

Cabe recordar que este establecimiento se halla asentado en la localidad de Helvecia, ubicada en la Región Chaqueña húmeda, que corresponde a una región hortícola arrocera, y cuenta con una población de 4680 habitantes donde el hospital es el único prestador de salud, no habiendo desarrollo de la actividad privada en la misma, ni en su zona de influencia.

La localidad de Helvecia es la ciudad cabecera del Departamento Garay, el cual presenta el mayor porcentaje (28%) de necesidades básicas insatisfechas de la provincia (NBI).

La variación de la mortalidad infantil en el Departamento entre los años 1983-1994 es sensiblemente menor a la producida en toda la provincia en su conjunto (mortalidad infantil en la provincia 33,46%, en el Dto. Garay 24,58%).

El Departamento Garay es la zona con menor desarrollo socio-económico-cultural de la Provincia por ser una zona de menor desarrollo agrícola-ganadero-industrial, de menor desarrollo de comunicación terrestre y fluvial, de menor incremento de viviendas, de menor crecimiento poblacional, con mayor índice de masculinidad, con mayor porcentaje de NBI, con mayor índice de mortalidad infantil, y con menor cobertura de Obras Sociales

El departamento Garay es el que posee mayor porcentaje de habitantes sin cobertura social. El Hospital S.A.M.Co. de Helvecia atiende a los beneficiarios de la seguridad social y actualmente está tramitando su inscripción en el registro de Hospitales Públicos de Autogestión.

Este S.A.M.Co., de nivel IV, por su grado de desarrollo sólo alcanza un nivel de complejidad III. Cuenta con 27 camas, 5 centros de salud en el área, 4 médicos y una dotación de 13 enfermeros.

Cuenta con guardia médica y de bioquímica pasiva, ambulancia de traslado y equipo de comunicación radial.

Los indicadores de productividad de este establecimiento para 1995 ha sido de :

- Porcentaje de ocupación : 51,85%
- Promedio de permanencia de egresados : 3 días.
- Número de Egresos : 45 por mes.
- Giro cama : 1,67.
- Partos 15 por mes.
- Consultas médicas : 1112 mensuales.
- Determinaciones de laboratorio : 1668 mensuales.
- Placas radiográficas : 106 mensuales.
- Prestaciones odontológicas : 200 mensuales.

La modalidad actual de contratación con los sistemas de Obras Sociales es para con el IAPOS la de cartera fija y para con el PAMI la de cápita.

TAREAS DESARROLLADAS

Implementación de la historia clínica única :

A estos fines se entregó la historia clínica que se adjunta en el informe y se intercambiaron opiniones con el director del Hospital sobre la factibilidad de su implementación. A prima facie se decide utilizarla sin modificaciones previa instrucción a los profesionales y administrativos sobre su utilización.

Reasignación de tareas al sector administrativo :

Se asignó la tarea de recopilación de los datos para extraer los indicadores prestacionales para la seguridad social y los de rendimiento económico entre el personal de estadística y facturación.

A estos fines se indicó la necesidad de contar con registros propios sobre prestaciones a personas con cobertura social como ser :

- Número de egresos.
- Promedio de permanencia de egresos con cobertura social.
- Número absoluto de las prácticas ambulatorias realizadas (Rx, laboratorio, etc.)

También se aconsejó registrar :

- Monto facturado por prestaciones ambulatorias por mes y por O.S.
- Monto facturado por internación por mes por O.S.
- Monto facturado por medicamentos por internación
- Monto facturado por honorarios en internación.
- Monto liquidado por las O.S. por factura.

Implementación del fluxograma :

Dado las características de este establecimiento a la sección de admisión, permanencia, egreso y archivo se le asignó la tarea de atención de prestaciones ambulatorias y la de gestionar la atención de los enfermos llamando a los profesionales de guardia.

INFORMES DE LABORATORIO

PEGAR DE ABAJO HACIA ARRIBA

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

CURRICULUM VITAE

NOMBRE: Roque María Niklison.

DOCUMENTO: D.N.I.: 11.045.101

FECHA DE NACIMIENTO: 02/06/54

NACIONALIDAD: Argentina

MATRÍCULA: Nacional : N° 58785 Prov. Santa Fe: N° 1671 L° 2 F°59

C.U.I.T. 20-11.045.101-7

I.V.A. Responsable "No Inscripto".

DOMICILIO: Urquiza 1849 P.B. C.P. 3000 Santa Fe

TELÉFONO: (042) 59-2885

ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN:

1. Egresado de la Universidad de Buenos Aires el 13 de septiembre de 1980 con el título de médico.
2. Especialista en Endocrinología desde el 23 de septiembre de 1985.
3. Médico del trabajo desde el 13 de diciembre de 1984.

ACTIVIDADES PROFESIONALES:

1. Médico de guardia en la división Guardias y Urgencias del Hospital "Dr. J.M. Cullen" de la ciudad de Santa Fe como personal temporario desde el 06/02/81 hasta el 29/12/81.
2. Médico de guardia en la división Guardias y Urgencias del Hospital "Dr. J.M. Cullen" de la ciudad de Santa Fe como personal de refuerzo desde 01/01/82 hasta el 31/07/82
3. Médico de guardia en la división Guardias y Urgencias del Hospital "Dr. J.M. Cullen" de la ciudad de Santa Fe como personal interino desde el 01/08/82 hasta el 31/07/87.
4. Médico concurrente al Servicio de Clínica Médica, sección Endocrinología, del Hospital "Dr. J.M. Cullen" de la ciudad de Santa Fe, desde el 02/02/81 hasta el 23/03/85.
5. Médico asistente al Servicio de Clínica Médica, sección Endocrinología, del Hospital "Dr. J.M. Cullen" de la ciudad de Santa Fe desde enero de 1986 hasta el 28/03/88.
6. Gerente Médico del convenio Sociedad Medica de Santa Fe-P.A.M.I. desde el 22/12/83 hasta el 31/12/85.
7. Médico clínico de guardia con práctica quirúrgica en el Policlínico Ferroviario de Laguna Paiva (Pcia. de Santa Fe) desde el 03/07/88 hasta octubre de 1991. Designado efectivo por ser ganador del concurso llamado por disposición N° 406/87.
8. Médico Auditor interno de la Mutualidad Hospital Italiano de Santa Fe y Colonias desde 09/07/86 hasta el 01/08/93.
9. Médico Auditor de S.M.A.T.A. desde el 01/09/90 hasta la fecha.

10. Director médico interino de la Mutualidad Hospital Italiano de Santa Fe y Colonias desde el 01/09/93 hasta el 05/07/94.
11. Médico Auditor interno de la Mutualidad Hospital Italiano de Santa Fe y Colonias desde el 06/07/94 hasta la fecha.
12. Médico Auditor de la Asociación de Sanatorios, Clínicas y Sociedades de Asistencia Médica de Santa Fe para el convenio capitado con el I.N.S.S.J.P., Con Salud y Luz y Fuerza desde el 3/1/94 hasta la fecha.

ACTIVIDADES DOCENTES:

1. Ayudante de 2da. interino en la 3ra. Cátedra de Anatomía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires desde el 01/03/74 hasta el 01/08/76; desde el 23/02/77 hasta el 01/03/78; y desde el 01/03/78 hasta el 13/06/78.
 2. Profesor de la Cátedra de Clínica Médica en la Escuela Superior de Enfermería de Santa Fe desde el 08/07/86 hasta 1989.
- Docente de Anatomía, Fisiología y Patología en la Asociación de Agentes de Propaganda Médica desde marzo de 1993 hasta la fecha.

CONCURRENCIA A CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN PARA GRADUADOS.

De mas de 200 horas:

1. Medicina del Trabajo.
Curso de 400 hs. dictado en la Universidad Nacional del Litoral, Escuela Superior de Sanidad "Dr. Ramón Carrillo" (1984).
2. Administración Hospitalaria.
Curso de 500 hs. dictado en la Universidad Nacional del Litoral, Escuela Superior de Sanidad "Dr. Ramón Carrillo" (1986).
3. Curso de Actualización en Diabetes y Nutrición.
Organizado por la Sociedad de Diabetología del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires.
Realizado de marzo a diciembre de 1988.

De 100 a 200 horas:

1. Auditoría Médica.
Curso de 100 hs. dictado en la Universidad Nacional del Litoral, Escuela Superior de Sanidad "Dr. Ramón Carrillo" (1988).
2. Curso de Perito Médico del Trabajo.

CURRICULUM VITAE

NOMBRE: Rodolfo Ramón Milesi

DOCUMENTO: D.N.I. 6.255.331

FECHA DE NACIMIENTO: 2 de agosto de 1944

ESTADO CIVIL: Casado

NACIONALIDAD: Argentino

MATRÍCULA PROFESIONAL: N° 0660 (Colegio de Médicos 1ª Circunscripción Provincia de Santa Fe

C.U.I.T. 20-06255331-7

IVA Responsable "No Inscripto"

DOMICILIO: Santiago del Estero 3225 - C.P. 3000 - Santa Fe

TELÉFONO: (042) 52-6161

TÍTULOS Y ANTECEDENTES MÉDICOS

1. Egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba el 12 de Abril de 1969.
2. Especialista en Cardiología desde el 12 de abril de 1973.
3. Médico Ayudante en la especialidad de Cardiología por concurso en el Servicio de Cardiología del Hospital Provincial Dr. José M. Cullen desde marzo de 1980.
4. Miembro Titular de la Asociación de Cardiología de Santa Fe.
5. Miembro Titular de la Federación Argentina de Cardiología.

CARGOS DESEMPEÑADOS EN LA FUNCIÓN PÚBLICA

1. Director Provincial de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia de Santa Fe desde enero de 1984 a febrero de 1986.
2. Director Provincial de Recuperación de la Salud del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia de Santa Fe desde febrero de 1986 a febrero de 1987.
3. Secretario de Programación de la Salud y Recursos Humanos del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia de Santa Fe desde diciembre de 1987 a diciembre de 1988.
4. Asesor del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia de Santa Fe en el modelo Provincial de Salud desde enero de 1989 a octubre de 1989.
5. Asesor del Ministro de Bienestar Social de la Provincia de Entre Ríos de marzo a noviembre de 1991.

FUNCIONES OFICIALES

1. Representante del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia de Santa Fe en la IV Reunión Nacional de Servicio Hospitalario en Mar del Plata entre los días 14 y 16 de noviembre de 1985.
2. Integrante de la Comisión que tuvo a cargo el estudio de la Integración de la Obra Social Provincial (I.A.P.O.S.) año 1986.
3. Integrante de la Comisión para la formación de un Modelo Integrado de Atención de la Salud Provincial. Año 1986.
4. Integrante de la Comisión designada para elaborar Normas de Actualización de Reglamentos de Hospitales. Año 1986.

5. Integrante de la Comisión designada para la elaboración de un proyecto de modificación de la Ley 9282 Estatuto y Escalafón para los Profesionales Universitarios de la Sanidad, posteriormente aprobada como Ley 9839.
6. Representante Oficial del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia de Santa Fe a la comisión de estudio de la situación médico sanitaria de la Ciudad de Santa Fe. Año 1987.

CARGOS O FUNCIONES NO TÉCNICAS AD-HONOREM.

1. Representante oficial del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia de Santa Fe ante la Facultad de Medicina de San Pablo -Brasil- a los fines de realizar Residencia de Cardiología en 1971.
2. Vocal de Comisión Directiva de la Sociedad Médica de Santa Fe desde septiembre de 1972 a septiembre de 1973 y de septiembre de 1977 a septiembre de 1978.
3. Vocal de la Comisión Directiva de la Asociación de Cardiología de Santa Fe en el período de 1980.
4. Miembro del consejo de Dirección Médica de la Revista Jano de medicina y humanidades (edición argentina) desde septiembre de 1981 a 1994.
5. Presidente de la Asociación de Cardiología de Santa Fe por el período 1994-1996.

CURSOS JORNADAS SIMPOSIOS CONGRESOS

Relator, asistente, panelista e integrante del comité organizador de numerosos cursos, jornadas y congresos.

Se destacan:

- Presidente del Comité Organizador de la VI Jornada Nacional de Cardiología organizada por la Federación Argentina de Cardiología. Junio de 1980.
- Presidente del Comité Organizador del Simposio Nacional de Hipertensión Arterial organizado por el Servicio de Cardiología del Hospital Provincial Dr. José M. Cullen. Noviembre de 1983.
- Presidente del Simposio Internacional de Avances en Insuficiencia Cardíaca Congestiva. Octubre de 1986.
- Autor y co-autor de numerosas publicaciones y comunicaciones orales y escritas.

FUNCIONES ACTUALES

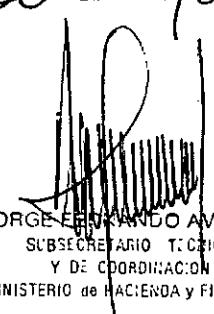
1. Presidente de la Asociación de Cardiología de Santa Fe.
2. Director de la Clínica de Cardiología de Santa Fe.
3. Médico Cardiólogo por concurso en el servicio de Cardiología del Hospital Provincial José M. Cullen.
4. Jefe del Departamento de Capacitación y Docencia del Servicio de Cardiología del Hospital Italiano de Santa Fe.

INDICE

División Política, Provincia de Santa Fe	1
División Política, Provincia de Santa Fe	3
Datos demográficos de la Provincia de Santa Fe.	4
Regionalización de la Provincia de Santa Fe. a) Regiones Naturales y de Concentración urbana, 7. b) Regionalización socio-económica, 9	7
Vías de comunicación terrestre y fluviales.	13
Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas.	15
Indicadores de Salud, Provincia de Santa Fe Evolución de la mortalidad infantil (1983, 1984), 17. Tasa de mortalidad según principales causas de muerte, 19. Evolución de egresos y consultas médicas en establecimientos oficiales según departamento 1984 . 1994, 20. Población total por tipo de cobertura en salud por Departamento 1991, 21.	17
Cuadro de impactos socio-económicos-culturales negativos por Departamento.	24
Normativa Legal relacionada con los S.A.M.Co. Ley Provincial 6312/67 y modificatorias del Régimen de los SAMCo, 26. Ley Provincial 10608/90, Régimen de Hospitales Públicos Descentralizados, 28. Decreto Provincial 2542/72 Reglamento Básico de Hospitales, 29. Decreto Nacional 578/93 Sistema de Hospitales Públicos de Autogestión, 30.	26
Grado de adhesión de los S.A.M.Co. al decreto Nacional N° 578/93	31
Organización de las Zonas de Salud	33
Perfiles de Complejidad Hospitalaria. Nivel I, 35. Nivel II, 36. Nivel III, 36. Nivel IV, 37. Nivel V, 38. Nivel VI, 39. Nivel VII, 40. Nivel VIII, 41. Nivel IX, 43.	35
Distribución de los Hospitales SAMCo Niveles IV y VI por Departamento	44
Cantidad de Afiliados a PAMI e IAPOS por localidad	45
Análisis de las estructuras de los Hospitales S.A.M.Co. Nivel IV y VI Organigrama modelo de los hospitales nivel IV, 47. Organigrama modelo de los hospitales nivel VI, 48. Organigrama de los Hospitales SAMCo niveles IV y VI de acuerdo a la interpretación de la ley 6312, 49. Organigrama relevado en los Hospitales SAMCo niveles IV y VI, 50.	46
Análisis Comparativo de los Hospitales S.A.M.Co. Niveles IV y VI Análisis del recurso Humano, físico y técnico, 52. Análisis comparativo del rendimiento de la capacidad instalada, 57. Análisis demostrativo del grado de utilización de los servicios ofrecidos, 60. Análisis de interrelación de los hospitales con PAMI-IAPOS, 63.	51
Diagnóstico de Situación Desarrollo de los SAMCo en la Localidad donde están establecidos, 66. Rol de los profesionales médicos, 66. Análisis de la estructuras arquitectónicas, 67. Análisis de la organización del grupo directivo, 68. Análisis del nivel de complejidad asignado, 68. Análisis del Recurso Humano, 68. Análisis de la Información estadística, 70. Prestaciones a Obras Sociales, 70. Indicadores del programa provincial de control de calidad de atención, 71.	66
Recomendaciones Generales	72
Del Recurso Humano.	73
Estructura del recurso Humano Administrativo, 73. Rol de la Dirección Médica, 74. Obligaciones	

de los profesionales, 74. Fluxograma administrativo para la atención de los pacientes con cobertura social, 76.	78
Del Proceso	
Normas Generales para la confección de la Historia Clínica, 78. Instrucciones para la confección de la historia clínica, 78.	80
Del Resultado	
Indicadores del rendimiento económico como prestadores de la Seguridad Social, 80.	
Prueba Piloto	82
Modelo de Historia Clínica	
Curriculum vitae.	

Recibo 3 ejemplares
13/6/86


JORGE FERNANDO AVALOS
SUBSECRETARIO TÉCNICO
Y DE COORDINACIÓN
MINISTERIO de HACIENDA y FINANZAS