

Universidad del Aconcagua

Facultad de Ciencias Sociales y Administrativas

Maestría en Administración y Gerenciamiento de Sistemas y Servicios de Salud

**Análisis del sistema de salud público de la provincia de Mendoza,
aplicando los modelos de atención primario de la salud**

Licenciado en Administración de Empresas

Fernando dos Santos

Tutor: Licenciada Alida Ana Maturana

CALIFICACIÓN

INDICE

Introducción	5
Capítulo 1 – Marco teórico	10
Capítulo 2 – Administración en Salud	21
Capítulo 3 – Sistema de Salud	26
Capítulo 4 – Situación del sistema de salud argentino	48
Capítulo 5 – Atención médica y salud	59
Capítulo 6 – Análisis de producción de la atención ambulatoria de los efectores de salud en la provincia de Mendoza	70
Capítulo 7 – Análisis de producción de internación en los hospitales en la provincia de Mendoza.....	82
Capítulo 8 – Análisis de la producción hospitalaria por zona geográfica	86
Capítulo 9 – Indicadores vitales en la provincia de Mendoza	95
Capítulo 10 – Análisis de los presupuestos provinciales	102
Capítulo 11 – Análisis presupuestario de la producción de internación de los hospitales.....	108
Capítulo 12 – Análisis del costo de la producción por internación con respecto a las erogaciones corrientes del presupuesto.....	112
Anexo 1	126
Anexo 2	139
Anexo 3	158
Anexo 4	189
Anexo 5.....	196
Conclusión	215
Bibliografía	218

INTRODUCCION

TEMA/PROBLEMA

Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza, aplicando los modelos de Atención Primaria de la Salud y Salud de las Poblaciones

Teniendo en cuenta la importancia de la información en el mundo hoy, con el advenimiento de la informática y sus constantes cambios, esta se torna una variable fundamental en todos los sectores de un país, nos hace sentir una fuerte dependencia de su utilización para todos los actos que realizamos. Como por ejemplo en un negocio, donde se tiene que conocer las variables (informaciones) internas y externas de la organización a fin de establecer planes estratégicos exitosos que resulte en ganancias monetarias o sociales.

De esta manera, este mismo pensamiento puede ser aplicado a todos los sectores que forman el sistema de un país, como ya se ha dicho, y el sector de la salud no queda fuera. Al pensar estratégicamente en la salud desde el nivel nacional hasta un departamento, también podemos visualizar las variables internas, como aquellas informaciones de todos los actores, resultados y otras particularidades que hacen a la salud del mismo. Las variables externas, que depende de la dimensión en cuestión, si consideramos el caso de una provincia, por ejemplo, serian todas las leyes y políticas nacionales, penetración de grupos extranjeros, tasas de financiación, etc.

De esta forma, es con el ánimo de conocer el “estado de salud” del mercado de salud pública de la provincia de Mendoza, que este trabajo se propone a investigar algunas de las principales variables internas que forman parte de este sistema, como por ejemplo, su financiación, la oferta y la distribución geográfica, gastos, prestadores e identificación de la normativa legal.

Así, el manejo de la información demuestra la situación de un sistema, siendo imprescindible para actuar de forma pro activa y para que las decisiones que se tomen sean efectivas. La toma de decisión, el establecimiento de objetivos, o sea las políticas, tiene como precedente imprescindible el análisis de las informaciones pertinentes al objeto en cuestión.

Poseer información concreta y real que demuestre las necesidades, las ociosidades y los beneficios de este sistema, que abarque desde una perspectiva de bases políticas hasta sus consecuencias, es de vital importancia para la formulación de nuevas políticas sanitarias. GARCIA, Ginés González¹: “a partir del diagnóstico de la situación de salud de la Argentina se pueden establecer prioridades en salud y atención sanitaria. Se trata de una acción política en la cual la ciencia y la técnica pueden ofrecer aportes y alimentar la toma de decisiones.”

Por tanto, este trabajo procura responder a la siguiente cuestión: ¿Cuál es la situación del mercado de salud del sector público de la provincia de Mendoza? ¿Cómo se distribuye la financiación y su representatividad? La oferta y la demanda, en cuanto a ¿Cantidad? ¿Ubicación? y ¿Gastos?

OBJETIVO GENERAL

Realizar el diagnóstico de situación del Sistema de Salud Público de la Provincia de Mendoza de acuerdo al modelo de atención primaria de la salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Diagnóstico de situación del sector de Salud Público a través de la producción 1997 – 2000 y su correlato con los presupuestos sancionados y ejecutados desde 1998 - 2001
2. Con la información recolectada se analizara el sistema de salud de la provincia de Mendoza.

JUSTIFICACION

Como la salud ha dejado de ser considerado un gasto para ser considerado una inversión porque los nuevos modelos de calidad de vida y comunidades sanas consideran la salud como la resultante de factores determinantes que hacen al desarrollo integral de una provincia y para que exista desarrollo la población debe estar sana es que se propone hacer un diagnostico de situación del sector salud en Mendoza para analizar los diferentes sectores que la conforman y ver cuanto es el costo de la salud en gobierno y con impacto en la población.

Para ello se analizará el sector público en cuanto a su producción y costo relacionados con lo ejecutado de los presupuestos.

¹ GONZALEZ GARCIA Ginés; TOBAR, Federico. Más Salud por el Mismo Dinero. La Reforma del Sistema de Salud en

Si se entiende que la salud es el eje del desarrollo de una comunidad, porque es la que determina la calidad de vida de la población y por ende es uno de los factores determinantes de la producción de una comunidad.

El tema en cuestión ha surgido como consecuencia de conversaciones, de observaciones en informes y distintos libros, entre ellos el de GARCIA, Ginés González, “Mas Salud por el Mismo Dinero”, 1997, relacionadas con el área de la salud. Así, se nota que al entrar en el tema salud que no se dispone de informaciones necesarias para se obtener una visión de la situación de este mercado.

Al pensar en la importancia o en los argumentos justificativos de esta investigación, lo primero que salta es que al ponerlo en marcha se lo puede considerar como un paso para intentar atender al grito de la sociedad por mejores condiciones de salud, sirviendo de bases para la formulación de políticas sanitarias. Este trabajo se transformará en una herramienta de trabajo importante para todos los que están en el sector y para mejorar el sistema de salud de la provincia. Se habla, se escucha y se le mucho respecto a las reformas en el sector salud, o sea, la gente pide una transformación en la salud. Como lo dice GARCIA, Ginés González “Necesitamos una auténtica reforma del sector salud.”²

Así, el mercado de salud argentino, al igual que muchos países, está pasando por diversas dificultades, la gente está insatisfecha, el propio sistema no se satisface con los resultados y la necesidad de los recursos es cada vez mayor. “Todos admiten que el sistema de salud está enfermo, y los distintos sectores que lo integran, así como los actores que lo protagonizan, aspiran a un cambio.”³

Además, las necesidades, las culturas, la cantidad de recursos humanos y financieros de los sistemas de cada país son distintas, así como cada provincia de un mismo país. Por lo tanto, para que se conozcan las demandas particulares del sistema de salud de la provincia de Mendoza hace falta el análisis de sus datos. Así: “Las reformas sanitarias no se importan!”⁴

Argentina, (Bs. As. editora Isalud 1997) Pág. 24.

² GONZALEZ GARCIA Ginés; TOBAR, Federico “op cit” Pág. 15

³ GONZALEZ GARCIA Ginés; TOBAR, Federico “op cit” Pág. 13

⁴ GONZALEZ GARCIA Ginés; TOBAR, Federico “op cit” Pág. 24

A partir del diagnóstico de la situación del sistema será posible establecer prioridades en salud y atención sanitaria. Se trata de una acción política en la cual la ciencia y la técnica pueden ofrecer aportes y alimentar la toma de decisiones, pero nunca reemplazar la racionalidad política.

-“Todos los sectores concuerdan en que la República Argentina necesita redefinir sus políticas y su sistema de salud. Para ello es necesario: a) identificar alternativas y, b) establecer prioridades. Para avanzar en el primero de estos condicionantes es preciso desarrollar una revisión técnica del conocimiento acumulado, analizar las experiencias internacionales, identificar sus fortalezas y debilidades, y luego evaluar el impacto potencial que tendrían esas alternativas en la Argentina.”⁵

HIPÓTESIS

- El gasto en salud va hacia el tratamiento y la recuperación de la salud y no hacia la promoción.
- No se destinan fondos suficientes a la atención primaria de la salud.
- No hay articulación intersectorial en cuanto a la salud de la población.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Bibliografía impresa y de Internet.

Departamento de Bioestadística de la Dirección de Promoción de la Salud, Maternidad e Infancia del Ministerio de Desarrollo Social y Salud de Mendoza; que brindó Información de Producción de Hospitales y Centros de Salud de Mendoza, y Estadísticas Vitales.

Leyes de Presupuesto 1998 – 2001.

METODOLOGÍA

Se realizó la revisión bibliográfica para el estudio y análisis del modelo a seguir para la observación del sistema de salud de Mendoza.

⁵ GONZALEZ GARCIA Ginés; TOBAR, Federico “op cit” Pág. 16

Se decidió adoptar como modelos: la estrategia de Atención Primaria de la Salud, Salud de las Poblaciones y el presentado por GONZALEZ GARCIA Ginés y TOBAR, Federico. Más Salud por el Mismo Dinero. La Reforma del Sistema de Salud en Argentina.

Se recopiló y analizó la información estadística de la producción de los efectores de salud de Mendoza.

Se procedió a la verificación de la Hipótesis.

CAPITULO 1

MARCO TEORICO

EVALUACIÓN

Conceptos e importancia

Al comenzar a redactar un marco teórico con una clara comprensión para el tema de este trabajo que se refiere a la evaluación de un sistema de salud es importante esclarecer antes, qué significa y cómo se relaciona una evaluación en el contexto de un sistema de salud.

Existen varias definiciones acerca, Dever considera que la evaluación está en el proceso de control, que a su vez, es una función de la administración de los servicios de salud. “El *control* puede definirse como la regulación de las actividades de acuerdo con los requerimientos de un plan. Consiste en *evaluar* y corregir las acciones de una organización para asegurar el logro de sus objetivos.”⁶

Luego, con esta misma definición, se puede notar la importancia que tiene la función de evaluar en una organización o sistema de salud, que es la de brindar la retroalimentación de las informaciones necesarias para mejorar, descartar o, seguir con las decisiones de acuerdo con lo que se ha fijado como objetivos o estándares.

Un programa, aunque sean actividades, que se pongan en marcha y que no verifique las medidas de su desempeño, por más que tenga éxito, no se podrá mejorarlo o adaptarlo a las nuevas necesidades. En este sentido, este mismo autor se refiere diciendo que el “propósito de la evaluación es responder a las cuestiones prácticas de los administradores que quieren saber si deben continuar con un programa, ampliarlo a otros sitios, modificarlo o darle fin.”⁷

⁶ DEVER, Alan. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud (Washington D. C. Fundación Panamericana para la Salud y Educación, 1984) Pág. 53

⁷ DEVER, Alan “op cit” Pag. 72

Las necesidades, los estilos de vida, la producción no solo del sector salud, los hábitos alimentarios, las tecnologías, los grupos influyentes, en fin, todo lo que tiene influencia sobre la salud cambian, por lo tanto, quizá los objetivos y los programas también tengan que cambiar.

Así lo dice Calderón, en lo referente a la evaluación de la situación, “es necesario determinar la satisfacción y mutabilidad de la situación observada en función del modelo adoptado, es decir, el análisis de la diferencia entre el modelo observado (real) y el modelo normativo ideal o teórico.”⁸

La idea que tiene Mazzafero al respecto, es que la evaluación “consiste en una apreciación sistemática de la pertinencia, la suficiencia, los progresos, la eficiencia, la eficacia y los efectos de un programa de salud. La *pertinencia* quiere decir si el programa responde a las necesidades y a las políticas y prioridades sociales y de salud que se trata de atender y aplicar. Es *suficiente* si guarda proporción con las necesidades. Se estima que logra *progresos* satisfactorios si las actividades que lo componen se ejecutan de conformidad con el plan previsto. Es *eficiente* si los esfuerzos desplegados en él son los más satisfactorios posible en relación con los recursos que se le han dedicado. Es *eficaz* si los resultados obtenidos se ejecutan de acuerdo a los objetivos y las metas fijadas para reducir las dimensiones de un problema o para mejorar una situación insatisfactoria. Los *efectos* de un programa son sus consecuencias generales en la situación sanitaria y en el desarrollo económico, significa una intervención sobre el sistema de salud como la diferencia entre las poblaciones que hayan recibido o no tal intervención.”⁹

Al analizar los factores que engloban esta definición se puede decir que es bastante amplia y completa. Esto porque, conforme la definición, se debe evaluar un sistema de salud desde las necesidades demandadas hasta sus efectos, o sea, los beneficios sociales que le ha resultado. Es decir, el análisis empieza desde el origen al cual el sistema está dedicado y no apenas de la confrontación de lo establecido como objetivo con lo observado. Pero, no considera un punto de bastante importancia que es la retroalimentación de las informaciones, que a su vez, es citado por otros autores.

Y, para Drovetta, el control, tanto para las ciencias administrativas como para las médicas, es “la verificación de lo planeado (diagnosticado), con lo ejecutado (medicamentado o intervenido).”¹⁰ Además, dice que su razón de ser es la medición y la corrección del desempeño de

⁸ Barquín CALDERON, Manuel. Dirección de Hospitales (México Nueva Editorial Interamericana, sexta ed., 1992) Pág. 62

⁹ MAZZAFERO, Vicente Enrique y otros. Medicina en Salud Pública (Bs. As. El Ateneo, segunda ed., 1994) Pág. 53

¹⁰ DROVETTA, Susana. Dirección de la Salud (Bs. As. Ed. Macchi, 1992) Pág. 166

lo actuado; que el objetivo del control no es encontrar fallas con la intención de sancionar, sino que es, fundamentalmente, la constatación de que lo actuado se ajusta a lo planeado, con el fin de que la organización, en todo su interaccionar, pueda cumplir con una de las misiones más relevantes y, a su vez, más difícil, la permanencia en el mercado.

En el contexto de lo que se espera y de lo que dictan las autoridades del campo de la salud en términos de cambios e innovaciones, como la reforma del sector de la salud y la implementación de los SILOS como la nueva estrategia para afrontar los problemas del sector, es pertinente decir que la actividad de evaluar el desempeño de la situación vigente, principalmente en la región de América Latina, es de suma importancia.

Las intenciones citadas en el último párrafo son manifestadas por la OPS, al decir que los SILOS es uno de los caminos para cumplir con el compromiso de “salud para todos en el año 2000”. Está concebido como una táctica operacional para el sector salud cuyas principales calidades son la equidad, la eficiencia y la eficacia que procura estimular.¹¹

Teniendo en cuenta que cada país o cada región tiene sus propias características y que “¡Las reformas sanitarias no se importan!, es necesario partir de la evaluación de los problemas de salud de la Argentina, comenzando por su población y siguiendo por su sistema y sus políticas de salud, para que la reforma del sector salud se realice.”¹²

Como se nota, hay varias definiciones de la actividad de evaluar, pero, al hacer un análisis de estos conceptos se notan dos puntos principales: 1) medir lo planeado con lo observado y 2) la retroalimentación.

La retroalimentación como último paso de la evaluación es donde se obtiene los beneficios de esta actividad al interconectarse con las otras funciones proveyendo informaciones para empezar otro ciclo de las funciones administrativas.

A fin de tener una definición como base de referencia de la evaluación/control se tomará el concepto de Koontz y Weihrich:

¹¹ RETANA, Germán y CORDERO, Damarís. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (Washington, D.C. OPS, serie HSS/SILOS – 17, 1993) Pág. 2-3

¹² GONZALEZ GARCIA Ginés; TOBAR, Federico “op cit” Pág. 24

Control “es la medición y la corrección del desempeño con el fin de asegurar que se cumplan los objetivos de la empresa y los planes diseñados para alcanzarlos”.¹³

A título de esclarecimiento, se tomarán como sinónimos los términos **evaluación** y **control**.

Evaluación como parte de la Administración de los Servicios de Salud

La conexión que existe entre la actividad de evaluar y los sistemas de salud, es que la evaluación es una función de la administración, técnica esta, utilizada para accionar los recursos, personas, informaciones, en fin, el sistema de salud, para lograr los objetivos que van satisfacer las necesidades en términos de salud de una población. A su vez, la administración, para desempeñar sus funciones en el sector de la salud hace uso de la epidemiología como una de las herramientas para el diagnóstico de la comunidad respecto de la existencia, naturaleza y o distribución de la salud y enfermedad en el campo de la salud.

Koontz y Wrihrich definen la **administración** “como el proceso de diseñar y mantener un ambiente en que las personas, trabajando en grupos, alcancen con eficiencia metas seleccionadas”.¹⁴

En un sistema de salud donde se encuentran diversos actores y actividades, variables internas y externas, se hace necesario la utilización de las técnicas administrativas para maximizar la utilización de los recursos y armonizar la relación de los grupos para que se logre los objetivos que se hayan propuestos.

Las funciones de la administración según Dever, desde una perspectiva clásica, aunque no exista una clasificación única, son cinco:

Planificación: “la función principal de la administración es la planificación. En esencia, planificar significa decidir anticipadamente lo que se desea hacer, determinar un curso de acción para el futuro. El objetivo de la planificación es lograr un conjunto de acciones coherentes para alcanzar ciertas metas”.

¹³ WEIHRICH, Heinz y KOONTZ, Haold. *Administración, una perspectiva global* (Bs. As. McGraw-Hill, décima ed., 1994) Pág. 578

¹⁴ WEIHRICH, Heinz; KOONTZ, Haold “op cit”_Pág. 4

Organización: es la “forma de relacionar personas y cosas de manera tal que se combinen en una unidad tendiente al logro de los objetivos inherentes a la organización. El propósito de la función de organizar es el desarrollo de un marco llamado “estructura organizativa formal”.

Dirección: “Una vez determinado los planes y creada una organización para llevarlos a la práctica, la próxima función lógica de la administración es realizar el trabajo necesario. Esto se logra por medio de la función de dirección, que comprende: impartir órdenes, supervisar, conducir, motivar y comunicar”.

Coordinación: “coordinar es el acto de reunir y sincronizar personas y actividades para que funcionen armoniosamente en el logro de los objetivos organizacionales”.

Control: “el control puede definirse como la regulación de las actividades de acuerdo con los requerimientos de un plan. Consiste en evaluar y corregir las acciones de una organización para asegurar el logro de sus objetivos y planes”.¹⁵

A continuación se demuestra los pasos de la planificación de los servicios de salud desde una perspectiva epidemiológica. La relación que existe entre esos pasos y de las funciones clásicas de la administración es: los cuatro primeros pasos están identificados con la planificación, el quinto con la organización, dirección y coordinación y el sexto, la evaluación, con el control.

Son estas las funciones administrativas de aquellos actores que brindan atención de salud a una población:

Paso 1. Identificación de las necesidades y problemas

El concepto de necesidad

Los conceptos de necesidad y de población objetivo resultan esenciales en cualquier nivel de planificación. El proceso comienza con la identificación de la necesidad de servicio de salud por parte de una población.

Donabedian dice brevemente que esta necesidad es cierto grado de alteración de la salud y bienestar. Existen muchas otras perspectivas, ya que la definición de necesidad esta condicionada por juicios de valor y por el marco de salud dentro del cual se describe.

¹⁵ DEVER, Alan “op cit” Pág. 53

Cómo determinar las necesidades

Los métodos utilizados para determinar las necesidades son los enfoques por **indicadores**, por **encuesta**, y el orientado a la **búsqueda de consenso**. Son tres las funciones comunes a todos los enfoques: compilación (recopilación de datos a partir de fuentes existentes), desarrollo (producción de nueva información) e integración (síntesis de la información que se origina dentro y fuera de los límites del sistemas).

Enfoque por indicadores: existen tres tipos de indicadores dentro de esta clasificación: de *salud*, *sociales* y de *extrapolación/suposición*. Los indicadores de *salud* resultan del análisis de los datos de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Entre las fuentes de esta información se encuentran los informes hospitalarios de internación y altas, las estadísticas de morbilidad, las estadísticas de mortalidad materna, neonatal e infantil y las tablas de expectativa de vida e índices de discapacidad para poblaciones específicas.

Los indicadores *sociales* son relevantes para identificar las necesidades de salud porque se correlacionan con la utilización de la atención. Tal como los indicadores de salud, la necesidad surge de las mediciones de la condición social de la población. Generalmente los indicadores sociales se utilizan sólo como indicadores aproximados ya que la relación entre los factores sociales y de salud pueden ser escasas. Las fuentes de información para la formación de indicadores sociales incluyen las estadísticas por edad, sexo, educación, antecedentes étnicos, vivienda, trabajo y consumo de alimentos.

El método de *extrapolación/suposición* aplica los datos epidemiológicos a la prevalencia e incidencia de enfermedades y ciertas condiciones sanitarias en una pequeña población de referencia. El propósito es estimular las necesidades de salud asociadas con esas mismas condiciones en una población mayor.

Enfoque por encuestas: cabe aquí cuatro elementos: análisis de la utilización, porcentaje en tratamiento, infraestructura de servicio y mano de obra y encuestas tipo.

El método de evaluación mediante el “análisis de la utilización” examina las necesidades en términos de la demanda de servicios. La demanda se mide por tipo y calidad de servicios efectivamente utilizados. Desde un punto de vista más amplio, este análisis compara la utilización por parte de grupos étnicos, grupos clasificados por niveles de ingreso y otros. Uno de los

propósitos de esta comparación es descubrir posibles barreras en los servicios que pueden afectar ciertos segmentos de la población.

El método de “porcentaje de individuos en tratamiento” analiza específicamente la utilización de servicios. Por ejemplo, se pueden realizar una encuesta de visitas o encuentros de servicio, es decir, visitas clínicas efectuadas durante un período determinado. Datos tales como características de los clientes, servicios recibidos, estado de salud, problemas de transporte y tiempo de espera pueden ser reunidos en formularios especialmente diseñados o tomados de los registros de las instituciones. La determinación de necesidades se basa en las características documentadas en la encuesta de encuentros.

El método que estudia la “infraestructura de servicio y mano de obra” se compara la cantidad de profesionales de la salud y de instalaciones en el lugar de estudio con el volumen conocido de utilización de servicios. La medida en la que profesionales e infraestructura no alcanzan para cubrir la utilización real marca el grado de necesidad. La necesidad es extrapolada a partir de la existencia de personal de salud y de infraestructura de servicio.

Las “encuestas tipo” de la población general determinan las necesidades reuniendo datos de problemas de salud, discapacidad y percepción de las necesidades directamente de los encuestados que a menudo son entrevistados en sus propias viviendas. Un enfoque alternativo consiste en entrevistar a los usuarios en el punto de utilización del servicio. Difiere del método de porcentaje bajo tratamiento en que la institución que presta el servicio no está involucrada en forma directa. Este método no cubre a los no usuarios.

Enfoque orientado a la búsqueda de consenso: este segmento incluye cinco factores: foro comunitario, grupo nominal, informaciones claves, técnica Delphi e impresiones de la comunidad.

El enfoque orientado a la búsqueda de consenso se centra en los medios a través de los cuales se pueden evaluar las opiniones profesionales y no profesionales de la necesidad de atención de salud en discusiones participativas de grupo.

El “proceso grupo nominal” consiste en una reunión muy estructurada y multifacética de individuos que se encuentran íntimamente relacionados con el área que se está evaluando. Por ejemplo: un grupo compuesto por usuarios de los servicios de salud, administradores miembros del personal de las instituciones sanitarias, se reúne para determinar de las necesidades de atención médica en la comunidad.

En el método de “informaciones clave”, las entrevistas se realizan a miembros de la comunidad o a trabajadores locales que tengan experiencia directa en el área en estudio. Las preguntas de la entrevista se refieren a los servicios existentes y a las características demográficas de la comunidad. Se suman los datos reunidos para obtener una visión global de la comunidad desde la perspectiva de los informantes clave.

La “técnica Delphi” ha sido definida como un método de reunión sistemática de opiniones sobre un tema en particular por medio de una serie de cuestionarios cuidadosamente diseñados que se retroalimentan en opiniones derivadas de respuestas anteriores. Esta técnica reúne y perfecciona las opiniones de los expertos en un proceso reiterativo y, finalmente, da como resultado una evaluación de la naturaleza y variedad de las necesidades actuales de salud, en la comunidad o un pronóstico de futuras necesidades.

El método de “impresiones comunitarias” integra la información reunida en entrevistas con pequeños grupos o informantes clave con datos provenientes de una variedad lo más amplia posible de indicadores o de encuestas. La lista de necesidades confeccionada de esta manera es luego convalidada por medio del proceso de foro comunitario.

Por cierto existe una gran controversia en torno del concepto de necesidades, no obstante, la administración de los servicios de salud exige – y aún presupone – una visión pragmática en la identificación de necesidades y problemas.

Así, el primer paso de la planificación, queda reducido a una *descripción de la población* que rodea a la organización, de sus *problemas de salud*, y de la *utilización que hace de los servicios de salud* así como a un análisis de la posible *etiología* de los factores involucrados en dichos problemas de salud y a la identificación de los recursos existente en la comunidad para dar respuesta a tales factores.

De la evaluación demográfica de la población y de la descripción y análisis epidemiológico de los datos de mortalidad, morbilidad y factores de riesgo, debe surgir un claro cuadro de los problemas de salud del área. Igualmente, el análisis de la utilización del servicio y de la identificación de otros recursos comunitarios indican a cuáles son los problemas a los que la institución debe apuntar.

Paso 2. Determinación de prioridades

En este punto, los administradores deben determinar cuáles de los problemas son más importantes para la planificación de las actividades y de los recursos. Diversos criterios entran en juego a los fines de la determinación de prioridades, como por ejemplo: factores políticos, plazos, alcance y grado de los problemas, partes interesadas, grado de incertidumbre, grado de complejidad y grado de consenso. La contribución que la epidemiología ofrece para la determinación de prioridades se basa en un concepto relativamente simple: los problemas de salud más importantes son aquellos que causan las mayores pérdidas y resultan más difíciles de prevenir y de mejorar. Para eso se puede utilizar la ayuda del médico de la comunidad (epidemiólogo). Se pueden aplicar dos tipos de criterios epidemiológicos:

- Magnitud de la pérdida: es posible aplicar técnicas epidemiológicas para estimar la pérdida de la vida como consecuencia de una causa de mortalidad determinada o, para calcular el tiempo de vida perdido debido a una causa de mortalidad. También es posible determinar la importancia relativa de factores de riesgo tales como riesgo atribuible, riesgo absoluto, riesgo excesivo y riesgo relativo.
- Sensibilidad a la prevención o reducción: es decir, la sensibilidad que acusa un problema frente a un programa de salud o la celeridad con que se puede prevenir la enfermedad o reducir sus efectos adversos. Esta sensibilidad puede ser determinada de alguna de las siguientes maneras:
 1. Normativamente, utilizando las opiniones y los criterios de los expertos;
 2. Empíricamente, sobre la base de la experiencia en otras regiones, Estados o países;
 3. Operativamente, usando un análisis del tipo de costo-beneficio: cuanto más bajo resulte el costo de lograr el objetivo predeterminado, mayor será la sensibilidad del problema a la prevención o reducción.

Paso 3. Fijación de objetivos

Una vez determinadas las prioridades, se puede efectuar la planificación de los programas para cada grupo de problemas o factores de riesgo. La planificación de cada programa comienza por fijar sus objetivos. La contribución de la epidemiología en este caso se centra básicamente en expresar los objetivos de manera cuantitativa (utilizando las tasas de prevalencia e incidencia). Demás, usando las relaciones de riesgo que la epidemiología brinda, se puede disponer de información sobre la factibilidad de reducir la incidencia o prevalencia.

Paso 4. Actividades para el logro de objetivos

El cuarto paso de la planificación comienza con la generación de ideas para identificar maneras posibles de lograr los objetivos. Una vez más, el marco que adopte el administrador del servicio de salud resulta crucial para la generación de actividades y servicios. En forma similar, el análisis de los factores de riesgo realizado en el paso uno mediante la utilización de las cuatro dimensiones de la salud puede y debería resultar de gran ayuda en la inspiración creativa y el desarrollo de alternativas.

Una vez generadas las alternativas, las mismas deben ser evaluadas aplicando un análisis costo - beneficio, es decir, comparando los beneficios esperados de cada alternativa con el costo y riesgos de adoptarla.

Paso 5. Movilización, coordinación de recursos

El quinto paso del ciclo de planificación es la prestación efectiva de servicios. Aquí es donde operan y se ponen de manifiesto la mayoría de las funciones de administración. La contribución de la epidemiología es mínima, limitándose a la recopilación de datos utilizables para controlar el programa y sus efectos a fin de evaluarlo luego más formalmente. Cuando no sea posible determinar desde el principio una forma definitiva de servicio, y en las cuales se puede utilizar la epidemiología para diseñar y realizar experimentos y actividades piloto para guiar decisiones posteriores.

Paso 6. Evaluación

Por fin, después de haber desarrollado a un programa sanitario o planificación, se llega en el punto de hacer la evaluación, el cuál nos va a mostrar el desempeño que obtuvo con respecto al alcance de los objetivos. Esta función comprende tres áreas de incumbencia: costos, actividades y de resultados:

- La evaluación financiera trata de la contabilización de los costos.
- La evaluación de los procesos determina la actividad de los programas en términos de:
 - 1) la población que recibe los beneficios por edad, sexo, raza y otras variables demográficas;
 - 2) la organización del programa, el personal y la financiación; y
 - 3) la ubicación y distribución de tiempo del proceso. La evaluación del proceso de una

medida de los esfuerzos que requiere el programa o las actividades propuestas más que los efectos o resultados de los mismos.

- La evaluación de los resultados mide los efectos del programa para determinar si ha habido un cambio en el estado de salud como resultado del esfuerzo.¹⁶

Ahora, teniendo una idea de cómo se ubica la actividad de *evaluar* en el sistema de salud, con qué se relaciona y cuál es su importancia, quedara más clara la comprensión de lo que se expondrá de aquí en adelante.

¹⁶ DEVER, Alan “op cit” Pág 51-72

CAPITULO 2

Administración en Salud

En el correr de ésta exposición se intentará mostrar brevemente cómo la administración se ha desarrollado y cómo se introdujo en el campo de la salud.

Al volver a los orígenes de la actividad de administrar nos encontramos con el significado de la palabra “administrar que viene de ministro y ministrar, proveer, servir.”¹⁷

Sábese que las prácticas de la administración, aunque sea de un modo empírico, son bastante antiguas, a ejemplo de esto, son “las familias” establecidas con el propósito de perpetuar, también los romanos que administraron sus vastos imperios, etc. Pero, si bien la práctica de la administración es antigua, el estudio sistemático de la administración como rama independiente dentro del conjunto de los conocimientos humanos, se originó hace menos de cien años. A seguir están algunos de los principales precursores de esta rama de estudio.

La administración científica

La administración científica tuvo como precursor a Frederick W. Taylor. A través del estudio acerca del aprovechamiento del tiempo que fue llevado a cabo en el Taller Midvale en 1881, Taylor elevó sustancialmente la producción de los departamentos donde fueron aplicadas sus teorías. Al conseguir elevar la producción tanto de las máquinas como de los obreros se logro también reducir los costos de producción. Durante esta fase es cuando se reconoce a la planificación y a la organización como funciones independientes entre si. La obsesión de Taylor era encontrar la “manera mejor” de realizar un trabajo, el cual podría lograrse mediante la introducción de técnicas científicas como el cronometraje, el estudio de movimiento, el aumento de los salarios como incentivo de la producción, por citar los más importantes.

Escuela del proceso de la administración

Una contribución sustancial a la sistematización de los conocimientos administrativos fue aportada por Henri Fayol, ejecutivo francés e ingeniero de minas. Fayol se explayó acerca de la organización y función administrativa en su libro *Administración Industrial y General*. Dividió el proceso administrativo en cinco funciones: 1) planificación; 2) organización; 3) mando; 4)

¹⁷ MAZZAFERO, Vicente Enrique “op cit” Pág 39

coordinación; 5) control. Por primera vez se hablaba de una estructura conceptual que proporcionaba bases firmes para el desarrollo posterior de pensamiento administrativo.

Además, Fayol describió una serie de principios que servirían de guía al administrador en el desempeño de sus tareas (la unidad de mando, la paridad de la autoridad y responsabilidad, el principio de la jerarquía, etc.) y que todavía están siendo aplicadas.

Escuela de las relaciones humanas

Los trabajos de Newthorne en la empresa Western Electric Company constituyeron los primeros estudios acerca del comportamiento humano en ambiente industrial. Este estudio pretendía demostrar una relación entre la magnitud y calidad de la iluminación (ambiente) y la eficiencia del obrero; al no encontrar resultados positivos en esta experiencias ni en las que realizaran acerca de la fatiga relacionada con semanas laborales más cortas, los investigadores trasladaron su atención a factores inmateriales, como las variables sociopsicológicas y el comportamiento humano en general que fue donde tuvieron éxito.

Así que, los determinante de la motivación pasaron de ser los económicos para los conceptos de normas de grupo, estándares de grupo, liderazgo informal, satisfacción social, prestigio y presión de grupo se convirtieron en expresiones comunes en la literatura administrativa. Se puede decir que esta escuela representó una reacción contra las ideas de la administración científica, que consideraba al obrero como “un hombre económico” interesado principalmente en su salario, y en la que el empleador poseía autoridad suprema.

Escuela cuantitativa de la administración

Durante la Segunda Guerra Mundial se crearon enfoques matemáticos para resolver los problemas administrativos. Se aplicó un análisis cuantitativo matemático a los problemas de la organización de los convoyes marinos y de los submarinos. Después de la guerra se elaboraron técnicas similares de análisis cuantitativo en el campo industrial de los problemas administrativos. Además, esto permitió al administrador simular el resultado que podrían producir las decisiones alternativas antes de poner en marcha un plan determinado

Las tendencias actuales de la administración

Presentase tres tendencias en la actualidad:

- 1) la creciente importancia otorgada a las ciencias del comportamiento. Por esto se dice que la administración es casi una ciencia, por el hecho de que el administrador aplica los principios científicos de campos como la economía, la psicología, la sociología y utiliza técnicas matemáticas, estadísticas y equipos electrónicos;
- 2) el uso cada vez más frecuente de las técnicas cuantitativas como por ejemplo: programación lineal y no lineal, teorías de las decisiones estadísticas, modelos de simulación, etc.;
- 3) la intención de integrar la totalidad de los conocimientos administrativos en un todo unificado. Es decir, que el administrador moderno selecciona de la escuela científica, de la del proceso cuantitativo y de la del comportamiento aquellos elementos que sean apropiados aun determinado problema y que mejor se adapten a la situación en que se encuentre.

Administración Pública y Salud

El desarrollo de la sociedad y la complejidad de la vida moderna, con necesidades cada vez mayores y las dificultades para satisfacerlas con la creación de organismos en gran escala, han favorecido el avance de la administración sobre las organizaciones públicas. Deviene así el desarrollo de la planificación, que vincula estrechamente a la política (valores y fines perseguidos) con la técnica (cómo llevar a cabo esta finalidad). De tal manera, la planificación interviene en la formulación del gobierno para atender a las necesidades y los ideales de la sociedad.¹⁸

Hasta allí, el área de la salud o servicios sociales no estaba a cargo del Estado porque se la veía como una cosa particular. Quien se hacía cargo de cuidar a los enfermos era la beneficencia privada. Por eso, la planificación en la salud casi no existía.¹⁹

La iniciativa de propuestas de planificación ha sido hecha por los economistas a los dirigentes políticos que se veían en frente a necesidades crecientes y recursos escasos con el fin de lograr el desarrollo económico sostenido. Pero, al poner énfasis en el desarrollo puramente económico dejaban de lado aspectos sociales fundamentales que hacen a la calidad de vida y al

¹⁸ MAZZAFERO, Vicente Enrique “op cit” Pág 41

¹⁹ O’DONNELL, Juan Carlos. Administración de Servicios de Salud (Bs. As. Ed. Docencia, 1995) Pág 110

bienestar de las poblaciones y que, además, influyen en el crecimiento de la economía. Estos aspectos, son los referentes a la *salud* y la *educación*, factores esenciales para asegurar la calidad de los recursos humanos de un país y consecuentemente de la estructura productiva de una sociedad.²⁰

En resumen, el área de la salud empieza a ser considerada como una cuestión importante y como una cosa pública a partir del momento en que es vista como un factor fundamental para el desarrollo económico. De allí, teniendo en cuenta las consecuencias económicas, el Estado se hace cargo de la salud y empieza entonces a introducir también en este sector las técnicas de planificación a fin de conseguir mejores resultados de salud y económicos. Al planeamiento económico se le agrega la planificación social, y es así como llegamos al campo específico de la planificación en salud.

Planificación en los Hospitales

Así, fue al comienzo de este siglo que los hospitales empezaron a utilizar técnicas administrativas en su conducción. Sonis hace mención a eso: Antes los hospitales tenían actividades sencillas, con recursos escasos y de forma simple, con personal religioso y poco capacitado y consecuentemente era administrado de forma empírica. A medida en que evolucionó el desarrollo de la salud a comienzos del este siglo con muchos cambios tecnológicos, la evolución y profundización de los conocimientos médicos y teniendo que manejar una cantidad y calidad de recursos mucho mayor, se tornó evidente la necesidad de la administración frente a estas nuevas exigencias. Nadie puede imaginar un hospital con toda su complejidad, con varios sistemas y subsistemas sin un orden que los integre y que los conduzca al mismo fin.²¹

Luego, de la necesidad del gerenciamiento en la salud, surgieron los cursos y libros especializados en Administración de Hospitales. “En 1929, cuando Michael Davis publicó en EE. UU. Su libro “Hospital Administración: a profesión”. Se reconoció explícitamente la necesidad de esta nueva especialidad y la responsabilidad de la universidad en la formación de los administradores o directores de servicios de salud”.²²

En 1933, se fundó el Colegio Americano de Administradores de Hospitales. En 1934, la Universidad de Chicago realizó un curso de Administración Hospitalaria bajo la coordinación de Michael Davis. A partir de entonces estos cursos se multiplicaron y en la actualidad se dictan en numerosos países.

²⁰SONIS, Abraam y otros. Atención de la Salud (Bs. As. ED. El Ateneo, cuarta ed., tomo II, 1990) Pág. 148

²¹ SONIS, Abraam “op cit” Pág 446

²² SONIS, Abraam “op cit” Pág 446

CAPITULO 3

Sistemas de Salud

Resulta pertinente también, tener presente el concepto del objeto de estudio de ésta investigación, que es respecto al sistema de salud, así como sus componentes y factores determinantes.

El precursor de la teoría general de sistemas fue el biólogo Ludwig von Bertalanffy que tuvo difusión al final de la segunda guerra mundial. El define como “*sistema*” a la totalidad de elementos en interacción unos con otros o a la unidad que comprende partes interdependientes, en mutua interacción, las cuales operan de acuerdo con ciertas leyes, de tal manera que producen un efecto total o final que no es la simple suma de las partes que lo componen”.²³

Según Bertalanffy existen tres factores que caracterizan el intercambio de elementos entre los sistemas abiertos:

1. El subsistema de entradas o insumos: *input*.
2. El subsistema de conversión o *proceso*.
3. El subsistema de salida, productos o respuestas: *output*.

“En el enfoque sistémico de la salud y la enfermedad los sistemas de salud constituyen una expresión biológica o cultural del hombre, en este caso frente a su preocupación por la enfermedad y su temor a lo desconocido”.²⁴

Operar un sistema de salud significa planificar, administrar y controlar los recursos y las actividades para que puedan cumplirse satisfactoriamente los objetivos perseguidos. Según Mazzafero, operar un sistema de salud implica:

1. Diagnóstico de la situación sanitaria;
2. Problemas prioritarios;
3. Política de salud;
4. Estrategia;

²³ BERTALANFFY, Ludwig von, citado por MAZZAFERO, Vicente Enrique, Medicina en Salud Pública segunda ed (Bs. As. El Ateneo, 1994) Pág. 30

²⁴ MAZZAFERO, Vicente Enrique “op cit” Pág 31

5. Programas;
6. Diseño;
7. Ejecución;
8. Monitoreo;
9. Evaluación;
10. Retroacción en el diagnóstico y prioridades.²⁵

Es importante mencionar, que no es el objetivo describir en detalles estos pasos administrativos, pero si de resaltar la actividad de “evaluar” como una función de la gerencia en salud.

Conforme este mismo autor, los factores que conforman un sistema de salud son las necesidades, demandas y ofertas. La situación ideal es que estos factores se adecuen. “De acuerdo con el desarrollo previo, es fácil percibir, respecto de cualquier sistema institucional, que las necesidades, demandas y ofertas sólo coinciden parcialmente y crean áreas de desajuste evidente (*situación inicial*); y la tarea de la planificación consistirá en lograr el ajuste correcto entre esas variables *situación buscada*”.²⁶

El fundamento del análisis de estas tres variables está medido en que una debe ser la medida de la otra, caso contrario, se producen ineficiencias o ineficacias. Se puede notar los por qué de la situación precaria de los sistemas de salud al ver las mayores posibilidades de tener desajustes que una situación ideal.

Epidemiología

Definición e importancia

Al pensar en el bienestar social de una comunidad lo primero que viene en mente es salud, sin salud no se trabaja, no se estudia, no se produce, etc. En este sentido, se nota el papel fundamental que cumple la epidemiología buscando soluciones para los problemas de salud, o mejor, buscando medidas para la prevención de las enfermedades y para la potenciación de la vida. Así, es la epidemiología quien brinda las informaciones necesarias para un buen diseño de políticas sanitarias que atiendan a las demandas de la comunidad. Es necesario que las organizaciones que conducen sistemas de salud o ya sea alguna institución, entiendan los aportes y el largo campo de acción de esta disciplina a la gestión y su relación con la utilización de los servicios. La

²⁵ MAZZAFERO, Vicente Enrique “op cit” Pág 34

investigación epidemiológica desempeña un papel muy importante en el proceso de desarrollo social.

Terris señala que si bien la teoría y práctica de la epidemiología han sido influidas profundamente por el desarrollo económico social y político de la sociedad, recíprocamente esta disciplina se ha convertido en poderosa fuerza para la evolución y transformación de las poblaciones primarias y su organización social.²⁷

Con el ánimo de tener una perspectiva de la evolución de los distintos conceptos que han dado a la epidemiología, sin citar ninguno, pero, comentando acerca de sus fases y distintos énfasis, es que se expondrá a seguir, los tres momentos en la evolución del concepto de la epidemiología: el primero, a través de la definición etimológica, expresa la preocupación por lo relativo al fenómeno epidémico, casi exclusivamente. El segundo señala la existencia de una ciencia descriptiva de las enfermedades de masa (enfermedades infecciosas), que pretende ya el establecimiento de relaciones causales con los distintos factores que rodean al individuo. El tercero plantea decididamente la importancia fundamental del ambiente en la producción de las enfermedades, orientando el campo de investigación hacia el individuo en salud. En el último enfoque, está incluido el reconocimiento de la epidemiología aplicada a la organización y evaluación de servicios de salud.²⁸

Para Dever, la epidemiología “es la ciencia que se ocupa de la salud y la enfermedad en grupos poblacionales, así como de factores –incluyendo los servicios de salud- que las determinan, y también como “la ciencia que se ocupa de la ocurrencia, distribución y determinantes” que afectan a la salud y la enfermedad”.²⁹

La visión que tiene Last (1988), es que la epidemiología se define como “el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios”.³⁰

Ahora bien, veamos cuáles son estos aspectos relacionados con la salud, dichos arriba, conforme la Organización Mundial de la Salud en 1948: salud es “el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.³¹

²⁶ MAZZAFERO, Vicente Enrique “op cit” Pág 35

²⁷ TERRIS citado por MAZZAFERO, Vicente Enrique, Medicina en Salud Pública segunda ed (Bs. As. El Ateneo, 1994) pág 128

²⁸ MAZZAFERO, Vicente Enrique “op cit” Pág 128

²⁹ DEVER, Alan “op cit” Pág 18

³⁰ LAST (1988) citado por BEAGLEHOLE y otros. Epidemiología Básica primera reimpresión (Bs. As. OPS, publicación científica 551, 1996) Pág. 3

O sea que, por lo dicho acerca de la salud y la enfermedad o un signo de enfermedad sería cualquier alteración en la percepción de “no estar bien” en cualquiera de los campos citados, y véase cuán gran es la amplitud de este “no estar bien”, porque engloba tres campos (físico, mental y social) en que la epidemiología tiene que hacerse uso en las investigaciones.

En estas definiciones salta a la percepción el hecho de que los epidemiólogos no solo estudian la muerte, la enfermedad y la discapacidad sino que también se ocupan de investigar los factores que elevan el nivel de la salud.

Evolución de los Conceptos de la Salud

La importancia que tiene la definición de salud para las acciones políticas y programas sanitarios es fundamental, puesto que, los determinantes de la salud son piezas fundamentales en la formulación del sistema de salud. Así pues, son los distintos enfoques de la salud que determinan los planes sectoriales para solucionar los problemas relacionados a éste.

En las últimas décadas se han desarrollado diferentes definiciones de la salud, se ha ampliado desde el enfoque que ponía la importancia en la atención del médico (reparadora), en la disponibilidad de hospitales, etc., a una perspectiva más global de que la salud debe ser promocionada por medio de los estilos de vida y conductas partiendo del ámbito comunitario, donde la fuerza de trabajo está basada en las acciones intersectoriales y en la integración de la comunidad. Claro que esto ha sido determinado por los cambios en los patrones de enfermedades debido a la evolución social que tuvo como punta de lanza la industrialización y la creciente urbanización.

Esto se puede ver en la evolución del cuidado de la salud a lo largo del siglo. Al cambiar los patrones de enfermedad, consecuentemente, los factores que hacen que las personas estén sanas adquieren otras perspectivas. “El informe de Departamento de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica, *Healthy People: the Surgeon General’s Report on Health Promotion and Disease Prevention* (1979) (Individuos sanos: Informe de la Secretaría de Salud sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades): Si deseamos mejorar el nivel de salud de la población de nuestro país, es necesario establecer un reordenamiento de las actuales prioridades de la atención

³¹ BEAGLEHOLE y otros. *Epidemiología Básica* (Bs. As. OPS, publicación científica 551, primera reimpresión, 1996)
Pág. 13

de la salud poniendo mayor énfasis en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud.”³²

Así, al poner énfasis en las actividades de prevención y promoción debido al advenimiento de las enfermedades crónicas, se hizo necesario que la epidemiología cambiara su objeto de estudio hacia el análisis de los factores de riesgo con una clara conceptualización de los nuevos determinantes de la salud. En este sentido, el enfoque se trasladó de causa simple - efecto simple a causa múltiple - efecto múltiple.

El **modelo tradicional** que hace frente a las enfermedades agudas tiene tres componentes: **agente, huésped y medio ambiente.**

- “Por **agente** se entiende organismos infecciosos, agentes físicos, alérgenos, agentes químicos, y excesos y deficiencias en la dieta.
- Los factores **huésped**, son elementos intrínsecos que afectan la susceptibilidad del individuo al agente.
- Los factores **ambientales** son entes extrínsecos que afectan la exposición del huésped al agente”.³³

La interacción o modificación de cualquiera de las tres afecta el equilibrio existente, aumentando o disminuyendo la frecuencia de la enfermedad.

En este momento la epidemiología era definida de la siguiente manera conforme Hirsch: “una ciencia que dará, en primer término, un cuadro de la ocurrencia, distribución y tipos de las enfermedades infecciosas del género humano, en distintas épocas en el tiempo y en diferentes puntos sobre la superficie de la tierra; y luego suministrará un conjunto de aquellos factores que rodean al individuo y determinan su manera de vivir”.³⁴

Aproximadamente en 1925 se produjo en los Estados Unidos un cambio respecto a las enfermedades infecciosas y crónicas. Las muertes por enfermedades infecciosas disminuyeron alrededor de 96% de 1900 a 1970. Las enfermedades crónicas, al contrario, aumentaron 97% en este mismo período. No obstante, desde 1970 hasta 1980 ha habido una disminución de 5.6%.

³² DEVER, Alan “op cit” Pág 1

³³ DEVER, Alan “op cit” Pág 3

³⁴ HIRSCH citado por MAZZAFERO, Vicente Enrique, Medicina en Salud Pública segunda ed (Bs. As. El Ateneo, 1994) Pág. 128

Esta transición que también es consecuencia de la transición demográfica, representa un cambio en los modelos de enfermedad. Su causa puede hallarse en el paso de una sociedad agraria a una industrializada. Las enfermedades que afectan un determinado segmento de una cultura varían de acuerdo con las condiciones sociales y físicas que caracterizan a la sociedad en ese momento.

La sociedad agraria generó un ciclo de hechos característicos, según se ilustra en el modelo de enfermedades infecciosas. Durante esa época hubo una alta fertilidad y las necesidades eran las básicas: alimentación, vivienda y vestimenta. Cuando vino la industrialización produjo un cambio drástico en los modelos de enfermedad debido a ciertas formas nocivas de vida, en lo social, físico, emocional y ambiental que pueden ser resultado de la riqueza, los valores variables y el aumento del tiempo libre. En 1970, al igual que en 1980, más del 60% de las defunciones fueron por causa de las enfermedades más importantes –cardíacas, cáncer y apoplejías.

Debido a este cambio, los epidemiólogos comenzaron estudiar entonces, no sólo a las enfermedades infecciosas, sino también las crónicas. Es válido decir que el supuesto del modelo epidemiológico tradicional no fue reemplazado sino que se desarrolló otro modelo que se encuadra al nuevo patrón de enfermedad.

A partir de la década de 1970 en que la idea de salud empezó a tomar una perspectiva más preventiva las personas empezaron a desarrollar hábitos como actividades físicas, regular la dieta, controlar el estrés y, en general, cuidar el estilo de vida individual. Esta nueva visión de la salud enfatiza el bienestar y el alto nivel de la salud más que la enfermedad.

El cambio de enfoque del cuidado de la salud que coloca el acento en la salud en lugar de ponerlo en la enfermedad, llevó a una redefinición de la epidemiología de la manera siguiente: “actualmente la epidemiología se ocupa de la salud y la enfermedad en grupos poblacionales, así como de los factores – incluyendo los servicios de salud- que las determinan,” y también como “la ciencia que se ocupa de la ocurrencia, distribución y determinantes” que afectan a la salud y la enfermedad. O sea, los factores para el análisis de la formulación de políticas y de lo que determina las necesidades sanitarias toman una perspectiva más amplia y más allá de la atención médica.³⁵

El modelo de campo de salud

Surge entonces, una nueva perspectiva sobre la salud como el “campo de la salud” proponiendo que las mejoras potenciales en la situación de salud de las poblaciones desarrolladas

³⁵ DEVER, Alan “op cit” Pág 18

estarían dictadas por los cambios en los estilos de vida, en los entornos sociales y físicos, en las características biológicas más que en la prestación de servicios de atención. Basados en estos aspectos, los cuidados de la salud deben ser dirigidos a los cuidados preventivos y no más curativos.

Esto fue resultado del modelo presentado en 1973 por “H. L. Laframboise entonces Director General de la División de Planificación de la Salud de Largo Alcance de Salud y Bienestar Social Canadá”. Este modelo sencillo, que sólo buscaba dividir a las políticas de salud en “segmentos más manejables”(Laframboise, 1973), condujo en el año siguiente a un documento de gran importancia sobre políticas conocido como el informe Lalonde (Lalonde, 1974). Laframboise estableció cuatro “divisiones primarias” de influencia sobre la salud: estilo de vida, medio ambiente, organización de atención de salud y biología humana básica”:

1. *Estilo de vida.* Estos a su vez se dividen en:

- Riesgos inherentes al ocio – algunos modos de autodestrucción aparecen como resultado de los riesgos de actividades inherentes al ocio. Por ejemplo: la falta de recreación se asocia con la hipertensión y con las enfermedades coronarias.
- Modelos de consumo – constituyen un riesgo autogenerado. Como el consumo excesivo de alimentos que causa obesidad y otros; consumo de alcohol que causa accidentes automovilísticos; consumo de tabaco, causa de enfermedades pulmonares y agrava las enfermedades cardíacas.
- Riesgos ocupacionales – se relaciona con presiones del trabajo que causan estrés, angustias y tensiones que a su vez pueden provocar úlceras pépticas e hipertensión. Otros hábitos como conducir de forma negligente, son causa de accidentes, y la promiscuidad sexual, que pueden resultar en el contagio de sífilis o gonorrea.

2. *Medio ambiente.* Este se define como los hechos externos al cuerpo sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control. A su vez, se puede subdividir en dimensiones físicas, sociales y psicológicas.

- Dimensión física – esto tiene que ver con los peligros a la salud de la contaminación del aire, el agua y el ruido. Todos estos provocan problemas en la salud, entre ellos la pérdida de audición, enfermedades infecciosas, cáncer y otros.
- Las dimensiones sociales y físicas – estos determinantes de la salud involucran factores más importantes que causan modificaciones en la conducta y problemas en la percepción y en las relaciones interpersonales. El hacinamiento, el aislamiento y los cambios acelerados, así como el intercambio social, pueden resultar causa de homicidio, suicidio, estrés y sobreestimulación ambiental. Tales condiciones ambientales crean riesgos que representan

una amenaza mucho mayor para la salud que cualquier falla del sistema de atención médica.

3. *Biología humana.* Este elemento se concentra especialmente en la biología básica del ser humano y en su constitución. Es así como la herencia genética de un individuo puede determinar desórdenes genéticos, malformaciones congénitas y atraso mental. El proceso de maduración y, envejecimiento es un factor determinante de la artritis, diabetes, cáncer y otros. Las categorías de enfermedades relacionadas con la biología humana deben ser evaluadas de acuerdo con otras divisiones del modelo epidemiológico como el asesoramiento genético a los padres cuyos niños pueden contraer enfermedades.
4. *Sistema organizativo de atención médica.* Este puede ser subdividido en tres elementos:
 - Elementos curativos – comprenden los medicamentos, tratamientos odontológicos y los profesionales de la salud.
 - Elementos restauradores – incluyen el hospital, hogares y servicios de ambulancia.
 - Con respecto a los elementos preventivos el sistema es muy limitado.³⁶

El sistema organizativo en síntesis consiste en la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar atención médica. Es importante resaltar que en los sistemas de salud que han intentado mejorar la salud poniendo mayores esfuerzos en esta perspectiva no han tenido suceso en términos de mortalidad y morbilidad, como es el caso de los Estados Unidos.

La aplicación del modelo de campo de salud en políticas sanitarias consiste en:

1. Seleccionar las enfermedades de alto riesgo que inciden en gran medida en la mortalidad y morbilidad general;
2. La asignación proporcional de los factores de enfermedad a cada uno de los cuatro elementos del modelo epidemiológico;
3. La asignación proporcional de las erogaciones totales de salud a los cuatro elementos del modelo epidemiológico;
4. La determinación de las diferentes proporciones entre 2 y 3³⁷.

Pero, se critica que, por más que el modelo de campo de la salud hubiera influenciado y sido utilizado en varios programas y políticas en Canadá y otros países como Estados Unidos, Australia

³⁶ DEVER, Alan “op cit” Pág. 30-32

³⁷ DEVER, Alan “op cit” Pág. 33

y la Comunidad Europea no hubo una operacionalización ni se pusieron en marcha la mayoría de los proyectos que se habían planificado. “La elegante sencillez del concepto de campo de la salud se perdió en el debate canadiense que siguió a la publicación del informe Lalonde. De hecho, ningún cambio importante a nivel del estilo de vida y de los factores determinantes de tipo ambiental quedó plasmado en políticas, el informe no fue seguido de ningún cambio sustancial en cuanto a recursos federales para la salud y, aparte del establecimiento de la Dirección de Promoción de la Salud, apenas se produjeron modificaciones en el respaldo programático a la promoción de la salud a nivel federal”³⁸.

Salud de la Población

Después de casi una década, el enfoque de salud se traslada de la prevención a la promoción de la salud ampliando el informe oficial de campo de la salud al profundizar los estudios de los determinantes que influyen en el estilo de vida. O sea, este nuevo enfoque parte del análisis de cómo influenciar los factores que determinan que la población tenga estilos de vida nocivos y no de incentivar que la población se niegue a adoptar a estos estilos de vida, como lo dice el modelo de campo de la salud y que es más difícil.

“En 1986, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 1986) y *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion* (Jake Epp, 1986) ampliaron el informe oficial, al concentrarse en factores sociales, económicos y ambientales más amplios que influyen en la salud. Estos factores, llamados “factores determinantes de la salud”, incluyen elementos como el nivel de ingreso, la educación y el entorno físico donde el individuo vive y trabaja, como influencias importantes en la salud”. Así, a partir de este enfoque que aborda la multiplicidad de factores que influyen en la salud surgió el término “salud de la población”³⁹.

Adoptar el enfoque de salud de la población implica que todas las políticas públicas no importando el sector a que están destinadas deben examinarse teniendo en cuenta sus impactos en la salud, ya que es el resultado de la coordinación de todos los sectores en función de la salud que se lograra acciones de promoción. “La coordinación de las Políticas públicas saludables fue creada como una estrategia de implementación para operacionalizar los mecanismos de promoción de la salud”⁴⁰.

³⁸ GOBIERNO DE CANADA. Salud de la Población (Washington, D. C., traducido y editado por OPS, 2000) Pág. 76

³⁹ GOBIERNO DE CANADA “op cit” Pág. 41

⁴⁰ GOBIERNO DE CANADA “op cit” Pág. 72

La Carta de Ottawa define la Promoción de la Salud “según la cual es básicamente un enunciado de la meta de permitir a la población asumir el control sobre su salud y mejorarla”⁴¹. Este enfoque llevó todavía más a que las personas desviasen su atención en términos de salud a los factores ajenos de los servicios de atención de salud. Teniendo como bandera las acciones de promoción se puso en evidencia los cuidados relacionados con el estilo de vida y medio ambiente.

A diferencia de la propuesta de campo de la salud, los conceptos de promoción de la salud definidos por la Carta de Ottawa fueron analizados con el propósito de elaborar una metodología y poder llevarlos a la práctica. “En un intento por darle a la Carta de Ottawa una mayor viabilidad, el documento canadiense titulado *Cómo lograr la salud para todos: marco para la promoción de la salud* (Epp, 1986) y algunas definiciones posteriores hicieron énfasis en las estrategias y los métodos por medio de los cuales la meta enunciada en la Carta podría alcanzarse en las políticas y en la práctica, desde el nivel nacional hasta el nivel local⁴². Se consideró la visión de Green y Kreuter (1991) que “la promoción de la salud es la combinación de los apoyos educacionales y ambientales para las actividades y las condiciones de vida conducentes a la salud”⁴³.

A partir del momento en que han empezado con el enfoque de la salud direccionado a la promoción relacionada con los estilos de vida y medio ambiente se produjeron más intereses en profundizar y ampliar los estudios de los factores que afectan a la salud, o sea, sobre la perspectiva causas múltiples-efectos múltiples. “En 1989, miembros del Programa de Salud de la Población en Canadien Institute for Advanced Research (CIAR, por la sigla en inglés) empezaron a avanzar en el entendimiento de los muchos factores que influyen en la situación y el funcionamiento de la salud, incluidos los factores sociales, económicos, genéticos y de atención de la salud, y las interrelaciones complejas entre ellos”⁴⁴.

En este momento se introduce el concepto de salud de la población con la propuesta de que es la interacción de los factores individuales y colectivos que determinan la salud, por ejemplo: “el desempleo puede conducir al aislamiento social y a la pobreza, que a su vez influye en la salud psicológica y las aptitudes de adaptación”⁴⁵.

“En 1994, el enfoque de salud de la población fue respaldado oficialmente por los ministros de salud federales, provinciales y territoriales en un informe titulado *Estrategias para la Salud de la Población: Inversión en la Salud de los Canadienses*. El informe, que resume nuestro conocimiento

⁴¹ GOBIERNO DE CANADA “op cit” Pág. 77

⁴² GOBIERNO DE CANADA “op cit” Pág. 77

⁴³ GOBIERNO DE CANADA “op cit” Pág. 77

⁴⁴ GOBIERNO DE CANADA “op cit” Pág. 52

acerca de los factores determinantes de la salud, también diseña un marco para guiar el desarrollo de políticas y de estrategias a fin de mejorar la salud de la población”⁴⁶.

La definición de salud de la población es: “El abordaje de la salud de la población se enfoca en un rango amplio de factores y condiciones individuales y colectivas, y las interacciones entre ellos, que determinan la salud y el bienestar de los canadienses. Las estrategias se basan en una evaluación de las condiciones de riesgo y beneficio que se pueden aplicar a toda la población, o a subgrupos particulares dentro de la población”.

Así, las acciones que propone el concepto de salud de la población buscan mejorar la salud y el bienestar de la población en general. Abordan las cuestiones que permite y que predisponen las personas a ciertos riesgos y factores nocivos.

Los determinantes claves de la salud de la población son:

Ingreso y nivel social. La situación de salud mejora a medida que los ingresos y la jerarquía social son más altos. Ingresos altos determinan condiciones de vida como vivienda segura y capacidad de comprar buenos alimentos en cantidades suficientes. Las poblaciones más sanas se encuentran en las sociedades que son prósperas y tienen una distribución equitativa de la riqueza.

Redes de apoyo social. El apoyo de la familia, los amigos y las comunidades se asocia con una mejor salud. Las respuestas efectivas al estrés y el apoyo de la familia y los amigos constituyen una relación favorable y de apoyo que parece actuar como un amortiguador en contra de los problemas de salud.

Educación. La situación de salud mejora con el nivel de educación. La educación aumenta las oportunidades de ingresos y seguridad en el trabajo y proporciona a las personas un sentido de control con respecto a las circunstancias de la vida, factores claves que influyen en la salud.

Empleo / condiciones de trabajo. El desempleo, el subempleo y el trabajo estresante se asocian con un estado de salud deficiente. Las personas que tienen más control de sus circunstancias laborales y menos exigencias relacionadas con el estrés del trabajo son más sanas y, con frecuencia, viven más tiempo que las persona que tienen un trabajo y actividades estresantes con riesgos.

⁴⁵ GOBIERNO DE CANADA “op cit” Pág 42

Entornos sociales. El conjunto de valores y normas de una sociedad influye, de diferentes maneras, en la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones. Además, la estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones de trabajo y las comunidades cohesivas proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales de la buena salud. Varios estudios han revelado que la disponibilidad de soporte emocional y la baja participación social tiene un impacto negativo sobre la salud y el bienestar.

Entornos físicos. Los factores físicos en el entorno natural (por ejemplo, calidad del aire y del agua) son influencias claves en la salud. Los factores en el entorno creado por el hombre como la seguridad en la vivienda, el lugar de trabajo, la comunidad y el trazado de los caminos también constituyen influencias importantes.

Prácticas de salud personales y aptitudes de adaptación. Los entornos sociales que permiten y respaldan elecciones y estilos de vida saludables así como el conocimiento, las intenciones, los comportamientos y los estilos de vida de las personas y las aptitudes de adaptación para enfrentar la vida de manera saludable son influencias claves en la salud. Mediante investigación en áreas como cardiopatías y niñez en desventaja muestra que hay evidencia de vínculos bioquímicos y fisiológicos a las condiciones vasculares y otros eventos adversos de la salud.

Desarrollo sano del niño. El efecto de las experiencias prenatales de la infancia temprana en la salud, el bienestar, las habilidades de adaptación y la competencia son muy importantes. Los niños nacidos en familias de bajos ingresos tienen mayores posibilidades que aquellos nacidos en familias de ingresos altos de tener bajo peso al nacer, comer alimentos menos nutritivos y tener más dificultades en la escuela.

Características biológicas y genéticas. La biología básica y la constitución orgánica del cuerpo humano, son factores determinantes de la salud fundamentales. La dotación genética proporciona una predisposición hereditaria a un amplio rango de respuestas individuales que afectan la situación de salud. Aunque los factores socioeconómicos y ambientales son factores determinantes importantes de la salud, en algunas circunstancias la dotación genética parece predisponer a ciertos individuos a enfermedades o problemas de salud particulares.

⁴⁶ GOBIERNO DE CANADA “op cit” Pág. 42

Servicios de salud. Los servicios de salud, en particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud, prevenir enfermedades y restituir la salud y el funcionamiento constituyen a la salud de la población.

Género. El género se refiere al conjunto de funciones determinadas por la sociedad, rasgos de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder e influencias relativos que la sociedad atribuye a los sexos sobre una base diferencial. Las normas “que tienen en cuenta consideraciones de género” influyen en las prácticas y en las prioridades del sistema de salud. Muchos temas de salud están en función de la posición social o en el género y los roles. Por ejemplo, las mujeres son más vulnerables a la violencia sexual o física, ingresos bajos o a ser madres solteras por razón del género (ejemplo, consumo de tabaco, el abuso de sustancias, las drogas de prescripción, enfermedades de transmisión sexual y la inactividad física). Medidas para abordar la inequidad y sesgo de género dentro y fuera del sistema de salud mejoran la salud de la población.

Cultura. Algunas personas o grupos pueden enfrentarse a riesgos adicionales para la salud debido a un entorno socioeconómico, el cual está determinado en gran parte por valores culturales dominantes que contribuyen la perpetuación de condiciones tales como la marginación, la estigmatización, la pérdida del valor del idioma y la cultura, la falta de acceso a la atención de salud y a los servicios culturales apropiados.⁴⁷

A su vez, estos determinantes pueden ser clasificados a nivel individual “(por ejemplo, prácticas de salud personales, características biológicas y dotación genética) y a nivel de población (por ejemplo, educación, empleo y disparidad en los ingresos)”.⁴⁸ Lo que sugiere el enfoque de salud de la población es que los factores a nivel de la población pueden indirectamente influenciar en los factores a nivel individual.

La relevancia de estos factores es tan evidente, que llega a restar importancia de otros aspectos que determinan la salud como el acceso y la equidad. Porque, “Si bien los canadienses gozan de acceso relativamente equitativo a la medicina curativa, no tienen todos la misma exposición a las condiciones de riesgo que amenazan el bienestar mental y la salud física”⁴⁹. O sea que, por más que toda la población tenga acceso existe algunos segmentos en que la enfermedad llega más fácil que en otros y es allí donde está la inequidad. En este sentido, se afirma más una vez que los esfuerzos en términos de políticas de salud deben ser puestos en los elementos que están

⁴⁷ GOBIERNO DE CANADA “op cit” Pág. 54-56

⁴⁸ GOBIERNO DE CANADA “op cit” Pág 47

afuera de la atención de la salud. Es cierto, que “la convicción creciente de que gastar más dinero en el sistema formal de atención de salud no tendrá necesariamente como consecuencia una mejor salud para los canadienses, han dado lugar a un interés creciente en el *enfoque de salud de la población*, que interactúa sobre los factores determinantes de la salud más generales”⁵⁰.

Cabe mencionar también, que el modelo expuesto viene al encuentro de los principales problemas de sociales de la región de la América Latina que tienen impacto en la salud de la población. Según la Revista Panamericana de Salud Pública (2000), los nueve problemas sociales claves de gran impacto en América Latina y el Caribe son:⁵¹

1. El aumento de la pobreza;
2. Su impacto;
3. El desempleo y la informalidad del empleo;
4. Las carencias en materia de salud pública;
5. Los problemas de la educación;
6. Los nuevos pobres;
7. La erosión de la familia;
8. El aumento de la criminalidad y;
9. El círculo perverso de la exclusión.

La solución de estos problemas, por supuesto, debe partir de un análisis integrado de los distintos sectores en la formulación de políticas sociales y económicas con vistas al impacto en la salud para que se disminuyan las inequidades e impulse el desarrollo de la región.

A continuación se presenta un diagrama sobre el marco conceptual de salud de la población que sirve como base para la acción política. Apoyado en una base de investigación, información y política pública, cinco categorías de factores determinantes apoyan la salud de una población. Las intervenciones y las actividades que inciden en cualquiera de los factores determinantes, o combinaciones de ellos, eventualmente afectan en la salud de la población.⁵²

⁴⁹ GOBIERNO DE CANADA “op cit” Pág 47

⁵⁰ GOBIERNO DE CANADA “op cit” Pág 44

⁵¹ KLIKSBURG, Bernardo. Los escenarios sociales en América Latina y el Caribe en la Revista Panamericana de Salud Pública, OPS, vol. VIII, núm. 79, (Washington D. C., 2000) Pág 105

⁵² GOBIERNO DE CANADA “op cit” Pág 54



Teniendo en cuenta los factores a los cuales este modelo considera como determinantes de salud, se nota que las estrategias de la salud de la población mejoran la salud de toda una población mediante enfoques amplios de prevención evitando problemas de salud potenciales antes de que impacten en el sistema de atención de salud. El sistema de salud tradicional, al contrario, atienden a las personas individualmente cuando ya están enfermas.

Al considerar la amplia gama de sectores que están afuera del sector de la salud pero que influyen en la salud de la población, la acción conjunta de todos los sectores es una pieza fundamental en la formulación de políticas saludables. O sea que, aquellos que dirigen este sector, los políticos y trabajadores tendrán que crear interacciones con grupos que normalmente no están vinculados a salud pero que desarrollan actividades que puedan tener impacto en ésta. En el intento de poner en práctica éstas medidas “Salud Canadá colaboró con el Ministerio de Transporte para desarrollar una política pública relacionada con la regulaciones del consumo de tabaco en diversas modalidades del transporte público”⁵³.

Además, este modelo de salud relaciona la salud con el desarrollo social al considerar que, por ejemplo, una persona que goza de buena salud a su vez produce más y mejor, que por un lado, va contribuir al desarrollo social y económico, y por el otro, va mejorar todavía más su nivel de

⁵³ GOBIERNO DE CANADA “op cit” Pág 42

salud. O sea, que la salud desde esta perspectiva se torna un condicionante del desarrollo social y de la calidad de vida y debe ser considerada como un recurso para la vida cotidiana, y no como el objetivo de vivir. Conforme define el libro Salud de la Población “la salud como la capacidad de las personas para adaptarse y responder a los retos y cambios de la vida, o para controlarlos”⁵⁴.

Proceso de Control/Evaluación

Lo que se pretende a seguir es trazar un camino lógico del proceso de evaluación identificado con el trabajo en cuestión.

Los pasos del proceso de control son básicamente los mismos en las distintas áreas. Este proceso es formado por tres pasos conforme Koontz y Weihrich:

1. **Establecer estándares** – los *estándares* son simples criterios de desempeño, son puntos seleccionados en los que se realizan mediciones para que los administradores puedan conocer las similitudes o diferencias de lo planeado y de lo realizado sin tener que supervisar cada paso en la ejecución de los planes. Los *estándares* son medidas de desempeño de determinados *puntos críticos* que muestran como va una empresa o institución.
2. **Medición del desempeño** – es la fase de comparar lo planeado con lo ejecutado, o sea, los estándares fijados con los resultados obtenidos detectando así las posibles desviaciones o éxitos.
3. **Corrección de las desviaciones** – hecha la medición de desempeño, el próximo paso es determinar dónde ocurrieron las desviaciones para entonces corregirlas. Es en esta fase que el control completa el ciclo administrativo estableciendo un enlace con las otras áreas proveyendo informaciones para la reformulación de los planes⁵⁵.

Al establecer los *puntos críticos* a ser evaluados, en este caso los indicadores, es importante tener en cuenta los criterios sugeridos por Calderón:

1. **Disponibilidad:** deberán estar disponibles registros del mayor número posible de territorios y de países.
2. **Cobertura:** el indicador se debe relacionar tanto como se posible con cada país y territorio como un todo y no sólo con un área seleccionada o un grupo determinado de población.

⁵⁴ GOBIERNO DE CANADA “op cit” Pág 70

3. **Calidad de los datos básicos:** los registros que se necesiten para estimar el indicador deberán ser de buena calidad, es decir, el indicador no deberá estar indebidamente afectado por defectos cualitativos en los registros, como los que surgen por el registro incompleto o por diferencias en la práctica del registro, definiciones o procedimientos usados para clasificar y consolidar los datos.
4. **Amplitud:** el indicador tendrá que poseer un carácter tan amplio como la propia definición del término “salud”. esto significa que deberán tomarse en cuenta, tanto como sea posible, varios factores que afectan la salud a lo largo de la vida.
5. **Simplicidad:** en lo posible, el cálculo del indicador deberá ser lo sencillo como para tener aceptación internacional.
6. **Precisión, o sea, poder discriminatorio:** el indicador deberá poseer una alta precisión y una validez tal como para distinguir entre los diversos países los niveles de salud, y para indicar cambios que ocurren de cuando en cuando⁵⁶.

Por otro lado conforme las estrategias regionales de salud, se considera que la evaluación debe ser diseñada conforme las demandas del sistemas en cuestión. El uso de los métodos para la evaluación de la atención médica es flexible y depende de la adecuación a lo que se desea medir y de lo que se puede medir. Por lo tanto, no existe un modelo prefijado de indicadores, porque, esto depende de las necesidades particulares de cada sistema, cada país o región.

De acuerdo al manual que tiene como título “Gerencia de la Calidad (1996)” (que incluye la evaluación de la atención médica) desarrollado en el período de 1990 a 1993 por la OPS y la Fundación W. K. Kellogg, que tiene como objetivo incrementar el desarrollo económico y social de los SILOS, cada área o región deben desarrollar su modelo de evaluación: “los manuales no constituyen un producto acabado, listo ya para ser utilizado por los SILOS de la Región; constituyen un punto de partida, sólido y articulado, para que cada SILOS diseñe y escriba su propio manual.”⁵⁷

Evaluar la atención médica abarca varios factores que no sólo el área clínica. Al tener en cuenta todo lo que conforma un sistema de salud desde los recursos humanos (técnicos, profesionales, administrativos), recursos financieros y materiales, que actuando de forma conjunta,

⁵⁵ WEIHRICH, Heinz y KOONTZ, Harold “op cit” Pág 578-579

⁵⁶ BARQUÍN CALDERON, Manuel “op cit” Pág 4

⁵⁷ GILMORE, Carol M. y MORAES NOVAES, Humberto. Gerencia de Calidad (OPS/Fundación Kellogg, vol. III, serie HSP – UNI, Washington D. C., 1996) Pág 3

tienen como objetivo final mejorar el nivel de salud de las personas o la comunidad; es menester que también estos sean evaluados⁵⁸.

El éxito de los resultados de las actividades médicas dependen de cómo van las demás áreas que conforman el conjunto de la atención al paciente. En este sentido, los planes, metas y la consecuente evaluación deben abarcar las áreas médicas y no médicas.

Desde una perspectiva de Calidad, la OPS y la Fundación W. K. Kellogg, sugieren tres métodos para evaluar la calidad de la atención médica: “por la estructura, proceso y resultado.”⁵⁹

Estos métodos serían los grandes renglones a los cuáles se podrían encuadrar a los **puntos críticos** elegidos (indicadores). La visión que tiene Avedis Donabedian sobre estos métodos de evaluación es que:

“La *estructura* contiene las características del marco en que se prestan los servicios, entre los que están los *recursos materiales* (tales como instalaciones, equipo y dinero), *recursos humanos* (tales como el número y las calificaciones del personal) y de la *estructura institucional* (como la organización del personal médico, métodos para la, evaluación de colegas y métodos de reembolso).”

“El *proceso* contiene lo que en realidad realiza para prestar y recibir servicios e incluye las acciones del paciente al buscar atención médica, tanto como las acciones del profesional para presentar un diagnóstico y recomendar o instrumentar el tratamiento.”

“El *resultado* comprende los efectos de la atención para el estado de salud de los pacientes y poblaciones.”⁶⁰

En este sentido los **puntos críticos** involucrados en la evaluación de los SILOS deben partir desde la perspectiva: ¿qué factores” son importantes ser evaluados?

Así, lo que se pretende con estas citas es hacer conocido la flexibilidad que se puede tener en el diseño de una evaluación y dejar claro la no existencia de un modelo rígido a seguir.

Elegidos los puntos críticos, el próximo paso es establecer los **estándares** de ellos, los cuáles, se van a comparar. Lo que se tomará como medida **estándar** en este caso, serán los nuevos conceptos de salud conforme la perspectiva del gobierno Canadiense, que están dictados en el libro

⁵⁸ BARQUÍN CALDERON, Manuel “op cit” Pág 223-224

⁵⁹ GILMORE, Carol M. y MORAES NOVAES, Humberto “op cit” Pág 18

⁶⁰ GILMORE, Carol M. y MORAES NOVAES, Humberto “op cit” Pág 22

“Salud de la Población, Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables” (2000), conforme ya comentado. En este sentido, las medidas estándares serán la prevención y la promoción de la salud.

El siguiente paso, la *medición del desempeño*, o análisis de los estándares con respecto a los resultados reales, se verificará si el Sistema de Salud Público de la Provincia de Mendoza está en rumbo a un sistema que busca la prevención y la promoción de la salud. Esto incluye el análisis comparativo de la utilización y financiamiento del sistema.

Teniendo en cuenta lo dicho arriba, la tarea de *corregir las desviaciones* está fuera del ámbito de lo que se propone. Quedando en manos de los que poseen poderes políticos hacer uso de la información resultante de este análisis para reformular los planes del sistema de salud de esta provincia.

Calidad de los Servicios de Salud

Teniendo en cuenta que este trabajo pone énfasis en las nuevas formas de brindar salud que se identifica con el modelo de Salud de la Población, ya comentado, que enfoca como “caballo de batalla” la promoción de la salud mediante las políticas saludables, proceso que abarca la integración de los distintos sectores en la formulación de políticas que afectan a la salud, conviene resaltar algunas conexiones entre este y el tema de la calidad. Que a su vez, “junto con la búsqueda de la equidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social en la provisión de los servicios básicos de salud, ha sido uno de los principios rectores de la reforma del sector de la salud desde la primer Cumbre de las Américas en 1994”⁶¹.

Por ejemplo, que uno de los principales requisitos de la calidad está determinado por la integración de las actividades que resultan en el producto/servicio. O sea, que es de fundamental importancia que los servicios sean analizados en términos de procesos que resultan en la prestación final al usuario. “Tratar del trabajo en salud como un todo, más allá del trabajo médico y su orientación técnica, reconociendo de entrada la naturaleza heterogénea de los numerosos procesos envueltos, remite a una nueva indagación sobre sus objetivos dentro de una doctrina de calidad”⁶².

⁶¹ ROSS, Anna Gabriela; ZEBALLOS, José Luis y INFANTE, Alberto. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe en la Revista Panamericana de Salud Pública, OPS, vol. VIII, núm. 79, (Washington D. C., 2000) Pág 93

⁶² PASSOS NOGUEIRA, Roberto. Perspectivas de la Gestión de Calidad Total en los Servicios de Salud (Washington D. C. OPS, serie PALTEX Salud y Sociedad 2.000, núm. IV, 1997) Pág 87

En términos amplios, esta cita sugiere que a lo mejor las actividades o sectores que conforman el proceso de brindar salud están ubicadas afuera del ámbito médico y que las tienen que considerar e integrarlas en la hora de conformar los servicios de salud, afirmación ésta que concuerda con las consideraciones del modelo de salud de la población. Se busca de esta manera, reproducir la multiplicidad de las determinaciones de un problema dado, reconstituyendo los agentes heterogéneos que participan de cada proceso.

Así, se identifican las variadas actividades y relaciones en forma de cadena que afectan la salud de la población para luego integrarlas con el objetivo de satisfacer al usuario. “Un objetivo esencial es asegurar que los “clientes internos” manifiesten su opinión y reorienten el sentido de la división del trabajo. La calidad del servicio proporcionado a este cliente interno se refleja necesariamente sobre la calidad del servicio prestado al cliente externo”⁶³. La articulación estructural y funcional de los servicios es una exigencia de calidad de los servicios vista desde la óptica del usuario.

Pues bien, la calidad, ¿cómo se la define? Donabedian considera siete factores, o, **siete pilares de la calidad en salud**, denominado por él, que caracterizan a ésta.

1. Eficacia: la capacidad del cuidado, asumiendo su forma más perfecta de contribuir a la mejoría de las condiciones de salud;
2. Efectividad: en cuanto a que las mejorías posibles en las condiciones de salud son de hecho obtenidas;
3. Eficiencia: la capacidad de obtener la mayor mejoría posible en las condiciones de salud al menor costo posible;
4. Optimización: la más favorable relación entre costos y beneficios;
5. Aceptabilidad: conformidad con las preferencias de paciente en lo que concierne a la accesibilidad, relación médico-paciente, las comodidades, los efectos y el costo del cuidado prestado;
6. Legitimidad: conformidad con preferencias sociales en relación a todo lo anteriormente mencionado;
7. Equidad: igualdad en la distribución del cuidado y de sus efectos sobre la salud.⁶⁴

En este sentido, sería lógico afirmar que el concepto de calidad va en contra al modelo de salud con énfasis en la atención médica, por decir que éste, impone barreras de acceso impidiendo la universalidad de los programas debido a su alto costo. A ejemplo de esto el modelo de salud de

⁶³ PASSOS NOGUEIRA, Roberto “op cit” Pág 88

los Estados Unidos que “es una de las medicinas más caras del mundo y el acceso a los servicios, para una gran parte de la población, enfrenta enormes barreras, resultante de la falta de capacidad de pago”⁶⁵.

“El presupuesto esencial en la actualidad, tanto para los países ricos como para los pobres, es que la adopción de la filosofía de la calidad de los servicios de salud debe generar modelos asistenciales de menor costo y que esos rendimientos económicos operacionales puedan ser utilizados para ampliar el grado de equidad de la cobertura”⁶⁶.

Lo que si, concuerda con el modelo asistencial mencionado en el párrafo anterior sería la propuesta de salud basada en los SILOS (Sistemas Locales de Salud), “como una táctica operacional cuyo objetivo principal es, principalmente, permitir la implementación de la atención primaria de salud considerando que es éste el camino correcto para lograr salud para todos en el año 2000”⁶⁷. Que actúan como redes locales integradas para afrontar los problemas de salud de una comunidad. El cual, debe funcionar mediante las interconexiones entre los centros de salud periféricos y las instituciones de referencia, caracterizando así, servicios en proceso.

Así, es con el fin de verificar el éxito del sistema de salud público de la provincia de Mendoza, que este trabajo pretende analizar la calidad del mismo según tres aspectos acerca de la calidad, conforme Donabedian: a) la visión de los prestadores de servicios, b) la visión de los usuarios y c) de las prioridades consideradas por la sociedad en general.

Teniendo en cuenta todas las exigencias a que están sometidos los sistemas de atención médica tórnase cada vez más importante la aplicación de los conceptos de calidad en la gestión de ellos. Esto, abarca la calidad tanto del punto de vista del cliente/paciente como de quién brinda atención. La problemática de los costos, la relación entre las necesidades y lo que se oferta en función de éstas, la eficiencia en la gestión de los recursos, etc., son temas de gran discusión en las instituciones y las herramientas de la calidad poseen propuestas para hacer frente a esto. En este sentido, la población también reclama bienestar, equidad, accesibilidad, buena atención y principalmente buenos resultados. Esta misma idea es mencionada por la OPS y la Fundación W. K. Kellogg: “la calidad no se limita a un aspecto, sino que incluye la satisfacción del paciente, la eficiencia y los resultados clínicos”⁶⁸.

⁶⁴ PASSOS NOGUEIRA, Roberto “op cit” Pág 101

⁶⁵ PASSOS NOGUEIRA, Roberto “op cit” Pág. 100 Al contrario de esto, la idea que propone la calidad es aumentar la productividad del sistema sin elevar los costos.

⁶⁶ PASSOS NOGUEIRA, Roberto “op cit” Pág 100

⁶⁷ PASSOS NOGUEIRA, Roberto “op cit” Pág 125

⁶⁸ GILMORE, Carol M. y MORAES NOVAES, Humberto “op cit” Pág 3

Servicios de calidad llevan a una población sana y satisfecha que a su vez contribuyen más al desarrollo social y económico. Las instituciones o sistema de salud que satisface las necesidades de salud de forma eficiente y eficaz (calidad) tienen un mayor rendimiento y menores costos, el cual puede ser reinvertido en acciones asistenciales obteniendo mejores resultados y mayor eficiencia. “Existe un consenso en el campo de la salud en que la calidad no es un gasto sino un ahorro”⁶⁹.

Para verificar la calidad con que está operando un sistema de salud, en sus procesos y resultados es necesario hacer una evaluación de los elementos que caracterizan el desempeño de éste. La medición del desempeño determina el grado de funcionamiento de los procesos existentes y los resultados. La evaluación es un factor clave para impulsar el mejoramiento del desempeño de la *red* de atención de salud, además, es una función de los que encabezan el sistema. Se refiere también a “la responsabilidad que tiene una red de coordinar, integrar y ejecutar actividades en materia de diseño, medición, evaluación y mejoramiento del desempeño”⁷⁰.

En el mismo manual citado antes, la OMS define la **calidad** como:

- “Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgo para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final en la salud”⁷¹.

Siendo que las variables de análisis de este trabajo también son consideradas como indicadores de calidad por el manual citado, se puede decir, que esta investigación será un instrumento útil para la evaluación de la calidad y el mejoramiento del desempeño del sistema de salud de la provincia de Mendoza.

⁶⁹ GILMORE, Carol M. y MORAES NOVAES, Humberto “op cit” Pág 20

⁷⁰ GILMORE, Carol M. y MORAES NOVAES, Humberto “op cit” Pág 82

⁷¹ GILMORE, Carol M. y MORAES NOVAES, Humberto “op cit” Pág 2

CAPITULO 4

Situación del Sistema de Salud Argentino

El sistema de salud de la Argentina tiene características mixtas lo cual implica altos gastos y muy mala asignación de recursos, porque como no existe una población objetivo se pierde de vista dónde está el dinero, hacia dónde va y quién lo usó. En parte, esto es lo que ocurre en la Argentina, donde la mala asignación es un problema muy importante del gasto. Esto lleva a la sobre utilización y a la utilización y financiamiento cruzados. Al existir varias formas de cobertura ninguna es responsable por la salud integral del individuo⁷².

El modelo mixto de salud se caracteriza por ser compuesto por tres subsectores:

- “Modelo de salud obligatorio con provisión de servicios por contrato: los recursos son recogidos y administrados por las instituciones de seguridad social (obra sociales); la provisión de servicios se organiza por contrato. Seguro de salud con contribuciones obligatorias que supone pagos directos, bajo contrato, de los aseguradores o terceros pagadores a los proveedores, por los servicios prestados a las personas aseguradas. En este modelo los proveedores son con frecuencia independientes y los pagos contractuales que reciben tienen por lo general la forma de capitación u honorario por servicio.
- Modelo público integrado: corresponde a los servicios financiados y provistos por instituciones dependientes de diferentes organismos del Estado. La financiación se hace a través del sistema impositivo, y los pagos a los proveedores por presupuestos globales y salarios. El gobierno es el principal asegurador y el más importante proveedor. Los servicios son provistos a los pacientes directamente, con frecuencia libres de cargo.
- Modelo de seguro voluntario con provisión de servicios por contrato. Corresponde a empresas de medicina prepaga, dedicadas a la organización de seguro de salud de afiliación voluntaria, con pagos directos bajo contrato de los aseguradores o terceros pagadores a los proveedores, por servicios suministrados a las persona aseguradas. En

⁷² GONZALEZ GARCIA Ginés; TOBAR, Federico “op cit” Pág. 131-132

este modelo los proveedores son con frecuencia independientes y los pagos contractuales toman la forma de honorario por servicio”⁷³.

Al tener el sistema de salud como un “respuesta social organizada a los problemas de salud de una población”⁷⁴ nótase que el sistema mixto no es la mejor forma de organización para solucionar estos problemas, visto que este modelo estratifica la población beneficiaria y pierde la visión de solidaridad en que los más poseedores aportan más en virtud de los más carentes. Como resultado, se consigue distintos niveles de accesibilidad y cobertura.

Después de varias modificaciones del sistema de salud resultado de una intensa lucha de las partes interesadas en reformar el sistema, veamos como se encuentra el estado actual de los relaciones y de los elementos que lo conforman.

Por empezar, una de las diferencia a subrayar es el crecimiento significativo del modelo voluntario de contrato, en particular orientado a cubrir a la población de mayores recursos. Otro cambio de importancia se verifica en la distribución porcentual del gasto total destinado a atención médica entre los tres subsistemas. (Según los porcentajes estimados para 1980 correspondía un 30.1% del gasto total al subsistema público, un 35.8% a las obras sociales y un 34.1 a gasto de bolsillo; las proporciones estimadas para 1995 son respectivamente 23.6, 34.9 y 41.5%).

Relaciones de terceros pagadores y proveedores

Es en este nivel de relaciones donde se han producidos los cambios de mayores consecuencias para el subsistema de contrato obligatorio, particularmente por la generación de determinados incentivos en la oferta de servicios.

Los contratos entre las obras sociales y proveedores han dejado de estar centralizados en las organizaciones que representan a estos últimos. La crisis financiera de las obras sociales estimuló aquellas instituciones con capacidad de obtener un mejor posicionamiento en el mercado a abandonar los contratos corporativos para insertarse en un mercado algo más abierto. Se conforman las Uniones Transitorias de Empresas (UTEs) o redes de prestadores (R.P.), asociaciones de sanatorios privados a las que en algunos casos se incorporan asociaciones de profesionales independientes, sanatorios de obras sociales y hospitales públicos, que acuerdan condiciones de contratación con determinadas obras sociales. Estos contratos abandonan la forma tradicional de

⁷³ BELMARTINO, Susana. Nuevas Reglas de Juego para la Atención Médica en la Argentina (Bs. As. Lugar editorial, 1999) Pág 288-289

⁷⁴ BELMARTINO, Susana “op cit” Pág 113

remuneración por pago por acto médico y adoptan modalidades de pagos globales (cartera fija o capitación). Las UTEs o redes reciben de ese modo periódicamente sumas globales que deben administrar y transformar en honorarios por servicio para remunerar la atención proporcionadas por sus miembros.

Este cambio en la modalidad de pago de los contratos tiene consecuencias de importancia para ambos conjuntos de instituciones, ya que la introducción de pago per capita, produce un traspaso de riesgo económico desde las obras sociales las redes de proveedores. Las obras sociales adquieren de ese modo mayor previsibilidad sobre el manejo de sus presupuestos; las redes de proveedores se ven obligadas a ejercer control sobre la producción de sus miembros, desarrollando mecanismos de control de servicios y control de costos, para asegurar la viabilidad del esquema financiero del que ahora son responsables.

Con eso surge las empresas orientadas a la gestión de los nuevos contratos: las Administradoras de Prestaciones (A.P.), que actúan como intermediarias responsabilizándose de la gestión de los recursos volcados en el mercado por las obras sociales. A su vez, hacen los pagos y controlan la eficiencia de los proveedores.

Esta modalidad de pago ocasiona consecuencias importantes en la oferta de servicios, visto que existe un sobredimensionamiento de ésta oferta en relación a capacidad de pago de la demanda. Esto supone la reducción de la remuneración de cada proveedor, o bien la contratación de los recursos en aquellos servicios con menor capacidad de marketing o *lobby*, y expulsión de una parte de la oferta preexistente. En este sentido, las instituciones prestadoras de servicios deben efficientizar sus costos y controlar los excesos de prestación a fin de compatibilizar los gastos con los recursos disponibles.

Esta racionalización ha producido un mejor equilibrio financiero en el interior del sistema en una situación todavía inestable debido a las dificultades que tienen las empresas de controlar la conducta prescriptiva de sus miembros.

Esta operatoria, que se está generalizando en las obras sociales de régimen nacional, ha sido adoptada también por las obras sociales provinciales. En relación aquellas más pequeñas, que reciben en promedio menos recursos per capita y sufren inestabilidad en el pago de contribuciones y aportes por los Estados provinciales, no han introducido formas de pago que permitan transferir el riesgo a los proveedores, registrando así, niveles altos de ineficiencia. La política de contención del gasto se orienta fundamentalmente hacia la existencia de seguros, que oscilan entre el 20 30% del

valor aplicado al respectivo procedimiento, y la aplicación de trabas burocráticas que desalientan el consumo.

El sector privado, a partir de 1991, empezó a hacer inversión en innovación tecnológica consecuencia de la estabilidad de precios y del estímulo a la competencia entre proveedores generado por la desregulación de la oferta, contribuyendo todavía más con el sobredimensionamiento de la oferta. Esta idea se debe en función de obtener mayor prestigio en el mercado y así atraer el interés de las instituciones financiadoras. Las empresas a cargo del modelo voluntario con provisión de servicios por contrato siguen retribuyendo los servicios bajo la modalidad de pago por acto médico que se torna viable en función del mayor aporte por beneficiario controlado por esta modalidad de cobertura.

En el subsistema público integrado las principales diferencias en la relación entre financiación y provisión de servicios se expresan en la organización de hospitales de autogestión, orientados a la generación de recursos propios y de libre administración.

Relaciones entre pacientes y proveedores

En primer lugar, es importante señalar la reducción de la población beneficiaria del sistema, resultante de la caída porcentual del número de trabajadores asalariados principalmente en sectores como metalurgia y ferrocarriles.

Por otra parte, el acceso de la población beneficiaria a la atención médica financiada a través de las contribuciones obligatorias a la seguridad social se vio afectada durante los años de crisis financiera por la frecuente cesación de servicios decidida por los proveedores, ante el retraso en el pago de aranceles o el incumplimiento de los acuerdos de regularización de deudas. Que después se regularizó paulatinamente a partir de las transformaciones del sistema de contratos.

En un caso peor, en relación a la atención de los beneficiarios, se encuentra la obra social de los jubilados y pensionados PAMI, que por diferentes razones no ha conseguido regularizar su situación y se encuentra en una muy grave situación de desfinanciamiento e ingobernabilidad.

Otro cambio que proviene de las nuevas modalidades de contratación es que los beneficiarios de las obras sociales han sufrido reducción de la amplia posibilidad de elección entre profesionales y sanatorios que gozaban en el modelo anterior. En relación al control de las instituciones contratadas, no se ha regulado o introducido límites a la libertad de prescripción de los

profesionales y el control de los gastos en medicamentos toma fundamentalmente la forma de copagos y el relativo a procedimientos se ejerce a través de auditoría. La introducción de *gatekeepers*, puesta en marcha muy recientemente con el objeto de racionalizar el consumo y reducir costos, tiene una presencia mínima en la totalidad del sistema y tampoco se ha regulado o introducido límites a la libertad de prescripción de los profesionales.

La población cubierta por el subsistema de seguro privado a partir de la modalidad de medicina prepaga tiene acceso a un conjunto relativamente sofisticado de servicios que en los últimos años han incorporado los principales adelantos técnicos en materia de diagnóstico y tratamiento, probablemente a niveles muy superiores de las necesidades de atención de la población a cargo.

También ha surgido nuevas modalidades de atención médica: servicios de emergencia, traslado de pacientes, hospital de día, cirugía ambulatoria, vacunación, atención domiciliaria.

Las mayores trabas para acceder a la atención médica que enfrentan los sectores más débiles de la población se comprueba en el creciente número de beneficiarios de obras sociales que requieren atención en el subsistema público.

En este subsistema los únicos cambios a registrar, salvo el crecimiento de la población atendida que se expresa en el aumento del número de altas y consultas producidas, se vinculan a la mayor importancia otorgada a los servicios ambulatorios correspondientes al primer nivel de atención, y algunos programas focalizados orientados a cubrir grupos de riesgo. En el caso de la atención de primer nivel, el cambio se manifiesta en el aumento del número de servicios sin internación, ya mencionado. Los programas focalizados forman parte de proyectos financiados por el Banco Mundial, siendo el más importante a nivel nacional el PROMIN, Programa Materno Infantil, o surgen de inquietudes locales y/o nacionales cuya gestión se ubica en el nivel local, como los programas contra el SIDA o la asistencia alimentarias a familias de escasos recursos.

Relaciones entre población y terceros pagadores

La población con cobertura de seguridad social ha dejado de tener una adscripción predeterminada a la obra social de la correspondiente actividad laboral y puede elegir libremente la institución hacia la cual canalizar sus contribuciones. La estrategia, designada como *desregulación de las obras sociales*, fuertemente respaldada por el Banco Mundial, se puso en marcha a comienzos de 1997. No se han producido traspasos masivos, probablemente por los comprensibles

temores de la población ante la falta de información cierta sobre el desempeño de las diferentes obras sociales y las condiciones de su traspaso a cualquiera de ellas. El apoyo del Banco Mundial se ha expresado en un crédito destinado a sanear la situación financiera de las entidades que quieran acogerse al Programa PARSOS, financiar el despido del personal administrativo no necesario, y obtener asesoramiento técnico para adecuar los sistemas de información y poner en marcha mecanismos de control de los servicios provistos.

La estrategia de desregulación se basa, en primer lugar en la generación de condiciones de competencia que estimulen una, mayor eficiencia en el manejo de los recursos por parte de cada obra social. En segundo término en la expectativa de estimular fusiones entre las obras sociales con menor número de beneficiarios de manera de reducir el número de instituciones y aumentar el número de beneficiarios, por institución para obtener un adecuado *pool* de riesgo. El principal obstáculo para la racionalización reside en la enorme dispersión de los montos de contribución por beneficiario. Si la población con menores salarios se vuelca masivamente sobre las obras sociales con mayores recursos per capita es probable que provoque el colapso de las pocas instituciones con situación financiera equilibrada.

Para enfrentar ese problema se ha dispuesto de la cobertura que cada obra social está obligada a proporcionar a la totalidad de sus beneficiarios se limite a una canasta de servicios integrada en un Programa Médico Obligatorio. El costo del mismo se estima en cuarenta pesos mensuales por beneficiario titular y la ANSSAL garantiza ese piso mínimo de contribución a todos los beneficiarios titulares del sistema. Aquellos que deseen acceder a un nivel de servicios de mayor costo, o tener menores costos por coseguros en el momento de recibir atención deberán realizar contribuciones suplementarias.

La política de racionalizar la financiación de la cobertura de atención médica y eliminar los subsidios cruzados entre subsistemas anteriormente existentes, se aplica también a los beneficiarios de las obras sociales que acuden a recibir atención en los servicios del subsistema público. La puesta en marcha de los hospitales de autogestión, con capacidad de administrar recursos de forma descentralizada, tiene como uno de sus propósitos la identificación de la población con cobertura que acude a los servicios de atención al indigente, de modo de facilitar el pago de la atención recibida por parte de la respectiva obra social, A.R.T. o empresa prepaga.

La necesidad de reducir el gasto llevó a una amplia mayoría de las instituciones públicas a establecer aranceles o bonos voluntarios entre la población sin cobertura que demanda atención. Tras esa práctica renacieron las *cooperadoras o asociaciones de beneficencia*, expresión *aggiornada* de las viejas instituciones de caridad, que tomaron a su cargo la administración de tales

Lic. Fernando dos Santos

recursos. En los casos en que algún hospital instala – con participación del sector privado o con sus propios recursos - alguna tecnología de alto costo que puede ofrecer a las otras instituciones del sector público a precio menor que el vigente en el sector privado, surge una Fundación. Esta toma a cargo la administración de los recursos así recaudados y dirige la política de inversión del hospital que aplica la innovación.

La posibilidad abierta para el futuro a las empresas prepagas de recibir beneficiarios bajo esquemas de contribuciones obligatorias de seguridad social, ha colocado en la agenda política la necesidad de establecer un marco regulatorio para estas instituciones, que hasta el momento se rigieron por la lógica de la libertad de empresa en el sector privado. Los respectivos proyectos no han logrado aprobación parlamentaria.

Regulación

Con la desregulación de las obras sociales hubo un cambio en las relaciones internas al sistema de servicio de salud suponiendo un cambio en las instancias y modalidades de regulación.

En primer lugar desaparece la instancia de regulación centralizada con la reducción de las funciones y peso político de la ANSSAL y la desaparición del oligopolio de oferta en manos de las corporaciones. La libertad de precios y formas de pago propia de los nuevos contratos, restó valor regulatorio al Nomenclador de Prestaciones; sus valores permanecen como meros indicadores en las nuevas pautas establecidas para la remuneración de consultas y procedimientos.

La nueva instancia dominante de regulación del sistema se ha ubicado en nivel meso, en las pautas que gobiernan los nuevos contratos. En función de la libertad de contratación imperante, se ha añadido una nueva forma de regulación a las propias del modelo anterior, la generada por la operatoria de mercado, antes existente pero con escaso peso. Financiadores y proveedores de servicios pactan libremente valores de cápitas, listados de profesionales y servicios integrados en el contrato, y procedimientos cubiertos. Y no hay ninguna entidad superior a los mismos contratantes que tome a su cargo el control de los acuerdos así alcanzados. Ante la falencia o retroceso voluntario del estado no han surgido organizaciones de consumidores o de beneficiarios de obras sociales que puedan asumir la defensa del interés público comprometido en el sistema.

También se ha debilitado o por lo menos ingresado en una zona de intereses en conflicto, la anterior regulación profesional en la organización y gestión de los servicios. El interés de cada proveedor individualmente por maximizar su producción de servicios es conflictivo para la

rentabilidad del conjunto, que debe velar para que los servicios efectivamente producidos no superen el monto disponible para remunerarlos.

La transferencia del riesgo económico desde las instituciones financiadoras a las proveedoras de servicios en función del pago per capita identifica una nueva función reguladora ubicada en la conducción de la red o en la empresa administradora de prestaciones. Surge así una nueva camada de administradores, que pueden o no ser profesionales médicos, cuya función es defender intereses parcialmente conflictivos con los identificados por los miembros individuales de la red. La nueva lógica de financiación no permite la perduración de conductas de sobre-prestación o sobre- facturación.

Aquí el interés empresario en administrar la oferta de modo que no supere la capacidad efectiva de pago de la demanda se enfrenta con la tradicionalmente libertad de prescripción del médico. Los intentos de control *ex-post*, a través de técnicas estadísticas no siempre permite la identificación de los responsables de la desviación de la norma.⁷⁵

Análisis del Sistema de Salud Argentino

Resulta conveniente después de todas las medidas tomadas para reformar el sistema de salud hacer algunas análisis con respecto a qué ha resultado de las propuestas hechas.

Con respecto a la idea de establecer un ambiente competitivo en el sector de la salud, resulta que este no adquirió efectivamente características de un ambiente competitivo. Esto se debe a que a partir del momento en que se estableció la desregulación de las obras sociales éstas han tomado medidas defensivas que impidiera que sus beneficiarios se trasladasen a otras obras sociales. Como por ejemplo, campañas generadas por el subsector en cuestión dirigidas a lo lograr el desaliento de los beneficiarios advirtiéndoles que en la nueva obra social que optará sólo tendría derecho a recibir en Programa Médico Obligatorio, lo que sería común en todas las obras sociales. También, porque no hubo una promoción de las informaciones que permitiera una opción consciente de los posibles beneficios y riesgos a enfrentar, y allí, el Estado ha fallado con su función de consejero. O sea, lo que hubo fue que se creó una idea falsa de competitividad basada en la desregulación, pero en la verdad, no hubo condiciones de elección por parte de los afiliados, condición necesaria para que haya competitividad.

⁷⁵ BELMARTINO, Susana “op cit” Pág 257-317

Otra cuestión con relación a la competencia, es que si la lógica del sistema hubiera sido la orientación de eficiencia empresaria que buscaron introducir sus reformadores, las obras sociales habrían desarrollado sistemas de seguimiento y evaluación de sus contratos con sus proveedores directos. Habrían sido estimuladas a hacerlo, ya que de eso dependería el mantenimiento y captación de un número importante de beneficiarios. Esto quiere decir, supervisar la calidad de la atención mirando el lado del usuario, en cambio lo que se hizo fue establecer negociaciones en función del precio.

Esta cuestión viene dar la respuesta al porque del aumento de las personas afiliadas a las obras sociales que buscan atenderse en el sistema público y, también, al por qué del crecimiento de la captación de afiliados por el sector privado.

“Las reformas actuales de los sistemas de salud están más preocupadas por la competitividad global de la economía que por la salud y la equidad”⁷⁶. Así, notase que, los principios rectores de las reformas identificados por los Gobiernos americanos durante la reunión especial sobre la reforma del sector de la salud de 1995, no han sido alcanzadas también por el intento de la República Argentina. Los cuales son: equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación y control social.⁷⁷

La competencia se estableció en función de otros parámetros, relacionados en general con vínculos entre dirigentes de las diferentes instituciones involucradas, establecidos durante la vigencia del modelo anterior, y basados en diferentes tipos de lealtades. Las características de las relaciones entre financiadores y proveedores son de colaboración y dependencia que vinculan a sus actores a lo largo de períodos relativamente prolongados.

A su vez, estas instituciones también operan con una autonomía tan amplia que llegan a generar y reproducir sus propia reglas “informales” de relaciones en forma complementaria a la propia del Estado, que es muy débil, o la que corresponde a las organizaciones profesionales, donde mantienen sus poderes y ventajas.

Al respecto, podrían diseñarse algunas hipótesis:

⁷⁶ GONZALEZ GARCIA Ginés; TOBAR, Federico “op cit” Pág 126

⁷⁷ INFANTE, Alberto; de la MATA, Isabel y LOPEZ-ACUÑA, Daniel. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe en la Revista Panamericana de Salud Pública, OPS, vol. VIII, núm. 79, (Washington D. C., 2000) Pág 17

1. Se verificaría en primer lugar un desplazamiento parcial del *locus* de regulación desde el nivel macro hacia niveles inferiores, meso y micro;
2. Se habría producido un debilitamiento de la regulación corporativa: las corporaciones profesionales habría dejado de tener peso en las decisiones del ANSSAL, mientras la C.G.T. conservaría en parte su ascendencia a través de influencias directas e indirectas.
3. Sería posible constatar un fortalecimiento paralelo de la regulación resultante de la negociación entre nuevos y viejos actores con presencia en el sector; en esta instancia sería necesario determinar el peso relativo de las alianzas y vínculos clientelares frente a las estructuras de mercado, como inductores de decisiones empresarias.
4. Se conservaría una cuota significativa de autorregulación profesional expresada en el control de la relación médico-paciente y la resistencia a abdicar la autonomía asociada con la libertad de prescripción;
5. Subsistiría la irregular y poco efectiva capacidad reguladora de la autoridad estatal, debilitada por la fragmentación de sus aparatos y sus escaso poder arbitral de gobierno sobre los intereses particulares de sus diferentes clientelas;
6. Continuaría siendo prácticamente inexistente la instancia democrática de regulación a partir de la participación ciudadana, que en otros países se expresa a través de organizaciones de consumidores o utilizando la instancia mediadoras de los partidos políticos y la actividad parlamentaria.

La articulación de estas diferentes instancias de regulación ha contribuido para el crecimiento de la heterogeneidad preexistente que significa una deficiente asignación de recursos y la ampliación de las diferencias en el acceso a la atención médica entre distintas financiadoras.

De esto se puede sacar un análisis, que en detrimento de la débil regulación del Estado, las puertas para que el sector privado crezca quedan abiertas actuando con objetivos de lucro por medio de la selección adversa y con acciones estrictamente curativas y caras dejando a los más necesitados afuera de los beneficios. García (1997) hace dos citas con respecto a esto: “Cuando el Estado reduce sus funciones en salud los riesgos de enfermarse y morir aumentan”⁷⁸ y que; “el sistema de salud basado en los seguros privados es socialmente injusto, sanitariamente ineficaz y políticamente insatisfactorio. Pero con una característica: es carísimo. O, si ustedes prefieren, económicamente ineficiente”⁷⁹.

⁷⁸ GONZALEZ GARCIA Ginés; TOBAR, Federico “op cit” Pág 71

⁷⁹ GONZALEZ GARCIA Ginés; TOBAR, Federico “op cit” Pág 131

O sea, que además de los resultados no estar de acuerdo con los fines que se han propuestos a nivel país, también no lo están con los nuevas políticas y programas de salud a nivel internacional las cuales determinan como puntos de acción la promoción de la salud.

La dinámica interna al sistema de servicios de atención médica no ha logrado desprenderse, pese a la magnitud y la trascendencia de los cambios sufridos, de su vinculación con fuerzas que se origina en la conflictividad socio-política de nivel macro.

En conclusión, ha cambiado algunas características del sistema, en que el poder ha quedado o, continuado, en manos de aquellos que procuran hacer de la salud un negocio, que al final, mantiene el afiliado en la misma posición de expectante. Y, según uno de los determinantes de la calidad que es el impacto final en la salud, este sería nulo o, sigue ineficiente e ineficaz.

CAPÍTULO 5

Atención médica y salud

Al ver los resultados y acciones resultantes del proceso de reforma del sector en análisis, se nota la tendencia a que este sector siga teniendo acciones predominantemente de curación.

Aquí, lo que se pretende, es entrar un poco más a fondo en el análisis de la atención médica como un factor determinante de la salud y su importancia y, a partir de allí, crear una conciencia con respecto a qué rumbo tiene que dar las inversiones y todos los tipos de esfuerzos dedicados a la salud.

En este sentido, cabe resaltar una frase de mencionada por García y Tobar: “cuando la prioridad es la salud de la gente, cuando lo que se busca es agregarle más años a la vida y más vida a los años, la mayoría de las políticas de salud no pasan por el sistema de atención médica”⁸⁰.

Con el advenimiento de las enfermedades crónicas como cáncer, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, etc., lo que la atención médica, o sea, los hospitales, las clínicas y médicos pueden hacer para resolver estos problemas es poco, o tarde. Visto que, ellos actúan de forma reactiva y no proactiva. A ejemplo de esto se nota que “es muy poco lo que se puede avanzar en la reducción de los tumores a través del incremento del gasto hospitalario y tal vez resultaría más efectivo asignar estos recursos a la investigación básica de por qué se produce”. A nivel mundial, apenas 11% de los casos de enfermedad y muerte es de responsabilidad del sistema de salud⁸¹.

Así, se evidencia más una vez, que el sistema de atención médica no sólo no es eficaz como énfasis principal para solucionar los problemas de salud de la población, como es ineficiente con respecto al gasto. Partiendo de un principio de que se debe atacar a lo que causa la enfermedad o muerte, no son las falencias del sistema de atención médica que hace que las personas se enfermen o se mueran. Los factores que llevan a las personas a enfermarse actúan mucho antes de que las personas lleguen al sistema de atención médica. Lo que si el sistema de atención médica puede hacer, es tratar a esta persona pero no hacer con esta persona no hubiera adquirido cierta patología.

Al contrario de lo que se piensa la atención médica no significa salud sino que trata la enfermedad, lo que si se identifica con salud son las actividades que potencian la vida como la

⁸⁰ GONZALEZ GARCIA Ginés; TOBAR, Federico “op cit” Pág 47

promoción de la salud. En este sentido: “Nadie valora lo que no tiene. No ser uno de los miles de salvados” por la prevención y la promoción de la salud de no contraer infartos, accidentes cerebro vasculares, cánceres de pulmón o Sida no cuenta con reconocimiento colectivo o individual”⁸².

Ivan Illich (1953) comenta que “en cuanto a sostener que el sistema de atención médica no tiene efectos positivos –y en realidad, efectos negativos netos- sobre la salud de aquellos a quienes sirve, sin embargo –cómo se notó anteriormente- hay una evidencia cada vez mayor tanto en cantidad como en calidad sobre la importancia de los factores –ajenos al sistema de atención- que aumentan la salud”⁸³.

En base a esto, ya está en la hora de que los elementos que hacen la salud evolucionen su forma de brindar salud al mismo paso que lo hizo los determinantes de ésta. Y que, partiendo de un análisis estratégico de la situación, en que existe varios caminos para se llegar a la salud, que empiecen a vislumbrar otras formas de ofrecer salud con equidad.

Claro, que antes es necesario erradicar algunas ideas intrasectoriales que van en contra a la prerrogativa mayor de beneficio social que debe tener la salud. “Muchas veces las políticas y estrategias de salud buscan preservar más la salud del capital que la de las personas”⁸⁴.

Según García, los objetivos últimos, o, propósitos que el sistema de salud debe perseguir son:

1. **Universalidad:** el cual se propone incluir a todos los ciudadanos en la condición de beneficiario del sistema.

2. **Aumento de la vida saludable:** que quiere decir, no solamente agregar años a la vida sino también vida a los años. En la actualidad todos los sistemas, salvo los de países muy atrasados, están tratando de aumentar la calidad de vida antes que la cantidad de vida, proponiéndose, al mismo tiempo, extender la esperanza de vida al nacer y el lapso de vida saludable.

3. **Equidad:** disminuir las inequidades significa hacer que independientemente de dónde y cómo hayamos nacido, de nuestra biología y ocupación, todos los Argentinos alcancemos

⁸¹ GONZALEZ GARCIA Ginés; TOBAR, Federico “op cit” Pág 45

⁸² GONZALEZ GARCIA Ginés; TOBAR, Federico “op cit” Pág 47

⁸³ ILLICH, Ivan (1953) citado por GONZALEZ GARCIA Ginés; TOBAR, Federico. Mas Salud por el Mismo Dinero. La Reforma del Sistema de Salud en Argentina. (Bs. As. Editora Isalud, 1997) Pág 48

niveles de cantidad y calidad de vida homogéneos y aceptables. Se plantean sobre tres dimensiones básicas:

3.1 Equidad en la asignación de recursos financieros – implica que cada población y área dispongan del volumen de dinero adecuado para dar respuesta a sus necesidades. Es importante distinguir aquí entre un tratamiento igualitario y otro equitativo. Equidad no es que todos reciban lo mismo sino que cada uno reciba lo que necesita.

3.2 Equidad en el acceso a los servicios – que la posibilidad de recibir atención en cualquier episodio de enfermedad, y de cualquier nivel de complejidad, sea equivalente para todos los ciudadanos cualquiera sea el lugar en que se encuentren.

3.3 Equidad en los resultados – es la forma más radical de equidad. Supone que independientemente de condiciones sociales y económicas, de donde nacimos y vivimos, de en qué y cuánto trabajamos; todos los sectores de la población alcancen equivalentes resultados de salud medidos por indicadores clásicos como esperanza de vida y tasas de morbimortalidad.

4. **Satisfacción:** otra cuestión que se plantea, vinculada con la calidad, es la desconfianza e insatisfacción crecientes respecto de los sistemas de salud. La aparición de formas alternativas de medicina es testimonio de ello. En Buenos Aires, por ejemplo, que es ciertamente la ciudad con mayores adelantos tecnológicos del país, con mejores indicadores de salud y con más alto nivel socioeconómico de la Argentina, ha surgido en la última década una variedad de medicinas alternativas. Esto revela una crisis de satisfacción y también pone de manifiesto las dudas sobre la calidad de la medicina convencional, que solía ser la avanzada del conocimiento científico y se había consagrado como casi única en la mayoría de los países de Occidente. Las expectativas de la población superan las capacidades de los servicios de atención médica y la insatisfacción creciente en relación a los sistemas impone en el imaginario social la percepción de que los sistemas están enfermos⁸⁵.

Pues bien, al hacer un análisis coherente entre estos propósitos y las acciones a tomar que reflejen estos objetivos, verificase en primer lugar, la exclusión de la alternativa que considera como enfoque principal la atención médica. Esto porque, no se puede brindar salud a toda la población teniendo en cuenta el alto costo de la atención médica. También, porque ésta no aumenta la calidad de vida de las personas, sino recupera, pero la calidad de vida depende de aspectos que están fuera del ámbito de atención médica. O sea que, el éxito de un propósito depende del otro, con

⁸⁴ GONZALEZ GARCIA Ginés; TOBAR, Federico “op cit” Pág 45

respecto a la equidad, la atención médica tampoco puede llegar a alcanzarla principalmente en lo que toca a la equidad en los resultados. Siendo que este es dependiente de varios factores que anteceden al sistema de atención, como por ejemplo, hábitos, alimentación, que a su vez están determinados por los ingresos.

Al reafirmar la idea de Ivan Illich, de que son los factores ajenos al sistema de atención que aumentan la salud, verificase que los propósitos últimos que se busca en salud coinciden más bien con las acciones de prevención y promoción de salud.

Por ejemplo, los determinantes y las acciones de salud propuestos por las políticas de Salud de la Población, son políticas que buscan la totalidad de la población y parten de medidas que se encuentran mucho antes de llegar a la atención médica, o sea que, promueven las acciones saludables que, a la vez, previenen la contracción de enfermedades.

El enfoque Salud de la Población tiene una base muy amplia para atacar a los problemas de salud que abarca desde la integración de distintos sectores que tienen impacto en las condiciones de salud de la gente. Así, las políticas saludables son formuladas teniendo en cuenta:

“Entorno socioeconómico. Ingresos, empleo, posición social, redes de apoyo social, educación y factores sociales en el lugar de trabajo.

Entorno físico. Los factores físicos en el lugar de trabajo al igual que otros aspectos del entorno físico natural y construido por las personas.

Hábitos personales de salud. Comportamientos que mejoran o crean riesgo para la salud.

Capacidad individual y aptitudes de adaptación. Las características psicológicas de la persona como la competencia personal, las aptitudes de adaptación y el sentido de control y dominio; y las características genéticas y biológicas.

Servicios de salud. Servicios para promover, mantener y restablecer la salud.”⁸⁶

⁸⁵ GONZALEZ GARCIA Ginés; TOBAR, Federico “op cit” Pág 35-39

⁸⁶ GOBIERNO DE CANADA “op cit” Pág 9

Sistemas Locales de Salud - SILOS -

Considerando que este trabajo busca apoyar y resaltar la superioridad de los métodos de promoción y prevención de la salud sobre el modelo de atención médica, es menester tener en cuenta la presencia de los SILOS como estrategia para llevar a cabo la atención primaria de la salud a la población. Esta estrategia tiene sus orígenes en la Asamblea Mundial de la Salud, en 1977, donde se fijó un objetivo de salud definido y aceptado por todos los países del mundo, el cual es “salud para todos en el año 2000”⁸⁷.

“Los SILOS constituyen un planteamiento operacional para la transformación de los sistemas nacionales de salud impactados por la crisis económica, política y social que ha provocado la insuficiencia de sus respuestas institucionales y la falta de equidad, eficiencia y eficacia”⁸⁸.

Un sistema local de salud, según el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OPS, “comprende la articulación de todos los recursos existentes en una zona para su mejor utilización, adecuación a la realidad local y, sobre todo, el establecimiento de una relación de mutua responsabilidad con la población adscrita”⁸⁹.

Como se ve, los SILOS también denotan una forma de brindar salud por medio de procesos, visto que para su operacionalización se utiliza el concepto de redes articuladas donde se atiende a la población conforme su nivel de necesidad. El sistema debe estar armado de forma continua, “implica sustituir el tratamiento por enfermedad de cada individuo por la atención continua del mismo, dentro de un ámbito familiar y social, complementando esfuerzos curativos con un número importante y creciente de acciones de fomento y mantenimiento de la salud”⁹⁰.

En este sentido, es oportuno resaltar que este sistema obedece a los conceptos de calidad visto antes, según todos los sectores que afectan a la salud deben ser considerados en un programa asistencial más allá de la atención médica.

Teniendo en cuenta que los SILOS son una táctica para llevar a cabo la atención primaria y, también una técnica para reorganizar y reorientar al sector salud, veamos a continuación cuáles son las premisas a considerar en su funcionamiento en la atención primaria. “La atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente

⁸⁷ RETANA, Germán y CORDERO, Damarís. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (Washington D. C. OPS, 1993) Pág 126

⁸⁸ RETANA, Germán y CORDERO, Damarís “op cit” Pág 128

⁸⁹ RETANA, Germán y CORDERO, Damarís “op cit” Pág 125

fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación”⁹¹.

Las características que tienen la estrategia de atención primaria son:

- Concibe al sistema de salud de un país como un componente del desarrollo social y como un instrumento de justicia social.
- Se refiere a toda la población, sin, ningún tipo de restricciones; es decir, se fundamenta en el principio de la universalidad.
- Le da prioridad a la accesibilidad económica, cultural y geográfica de los más necesitados, aplicando el principio de equidad.
- Incorpora a la comunidad como factor fundamental en la toma de decisiones sobre el, cuidado de su propia salud en la participación activa en todo el sistema.
- Contempla la extensión de la cobertura de los servicios de salud incluyendo factores ambientales y del comportamiento individual y colectivo, como componentes fundamentales.
- Para su funcionamiento requiere: a) articulación intersectorial; b) la investigación y la tecnología apropiada, los recursos humanos y la disponibilidad y producción de suministros y equipos; y c) el establecimiento de sistemas nacionales de financiamiento del sector.
- Entre sus acciones, las nueve siguientes son las esenciales:
 - Educación sanitaria.
 - Promoción del suministro de alimentos y de una apropiada nutrición.
 - Adecuado suministro de agua pura y saneamiento básico.
 - Atención materno-infantil, incluida la planificación familiar.
 - Inmunizaciones.
 - Prevención y control de enfermedades endémicas.
 - Tratamiento apropiado de enfermedades.
 - Promoción de la salud mental.
 - Provisión de medicamentos esenciales.

⁹⁰ RETANA, Germán y CORDERO, Damarís “op cit” Pág 132

⁹¹ RETANA, Germán y CORDERO, Damarís “op cit” Pág 126

Adelante de esto veamos ahora, las capacidades que posee el SILOS para hacer frente a las propuestas de la estrategia de atención primaria:

- Realizar la atención de la salud con un enfoque global, a través de la integración de los recursos disponibles. La atención de la salud implica prevención, curación y rehabilitación del estado físico y mental de las personas.
- Facilitar el contexto organizacional para la aplicación de las políticas nacionales de descentralización de los sistemas nacionales de salud.
- Promover la participación social en salud: en este sentido la sociedad en su conjunto, a través de sus organizaciones sectoriales, comunitarias y políticas en sus diferentes niveles de representación, está llamada a participar en el funcionamiento de los SILOS.
- Proporcionar ámbitos más idóneos para la programación en los niveles locales.
- Definir responsabilidades para las coberturas equitativas para las poblaciones a cargo.
- Mejorar la eficiencia administrativa, agilizando y optimizando los procesos de gestión.
- Apoyar el desarrollo de diseños locales de redes de servicios.
- Retroalimentar las políticas nacionales de salud para hacerlas más sensitivas a las necesidades de la población⁹².

Pues bien, al analizar los propósitos de la atención primaria y las capacidades de los SILOS para llevar a cabo estos, verificase una congruencia necesaria entre lo que se puede decir, objetivos (de atención primaria) y métodos (estrategia SILOS). Luego, se nota la similitud entre estos objetivos con la propuesta que hace el modelo Salud de la Población:

Primera y más notable similitud, es que las dos propuestas consideran que el sector salud está determinado por una diversidad de factores más allá de la atención médica y que por eso tienen como prioridades la prevención y la promoción de la salud.

También, porque ambas apuntan como beneficiarios del sistema a toda la población. Pero, no sólo tienen como objetivo, sino que poseen las estrategias que permiten alcanzar a estos. De esto parte, los conceptos de participación comunitaria de la atención primaria y la formulación de políticas saludables de los sectores que afectan a la salud. A su vez, son estos factores los que van a permitir la accesibilidad económica, cultural, geográfica y la equidad perseguida por ambas.

⁹² RETANA, Germán y CORDERO, Damarís “op cit” Pág 129

En este contexto, la propuesta de “salud de la población” viene como siendo una base para el análisis operacional de los SILOS respecto a los factores que inciden en la salud, en vista de que este modelo hace una analiza más detalladamente las relaciones y los impactos de los determinantes de la salud.

En una síntesis bastante práctica, los SILOS consisten en los dos párrafos siguientes:

“Comprenden en una población que vive en una área geográfica y administrativa claramente definida, ya sea urbana o rural. Incluyen todas las instituciones e individuos que proveen atención de la salud en el sector, ya sea del ministerio de salud, de la seguridad social, no gubernamental o privado”⁹³. Dos de sus características son: a) las acciones efectiva poco complejas y numerosas se localizan lo más cercano posible a la vivienda y sitio de trabajo de los usuarios. b) Las acciones más complejas y, por lo tanto, menos frecuentes, se ubican en establecimientos que cubren áreas más amplias y en los cuales se cuenta con equipos de mayor tecnología y con profesionales más especializados”⁹⁴.

Para esto, se requiere una gran articulación intrasectorial y más que nada de un proceso de educación profesional, político y comunitario, con una idea de que el éxito depende de todos los elementos que forman parte del sector.

Otro punto a tocar, es que el SILOS al mencionar la acción intersectorial como base para la puesta en marcha de sus propuestas, reconoce la relación salud/desarrollo. Esto significa que de las políticas de la agricultura, la industria, la educación, vivienda, etc., depende la salud. El pueblo que posee buenos ingresos se nutre mejor, vive en mejores condiciones, tiene acceso a un nivel más elevado de educación y participa de mejores ambientes sociales.

Con los SILOS “la participación en salud dejaría de ser realizada únicamente por funcionarios, que observan los problemas y sus soluciones desde una óptica institucional, para constituirse en proceso social en el que intervienen sujetos que, con el aporte de sus vivencias cotidianas, contribuyen a la consideración y posterior resolución de las diferentes problemáticas”⁹⁵. Con el enfoque de participación comunitaria el ámbito de los trabajadores de la salud se amplía teniendo en cuenta que a este concepto se incluye además cada persona de la comunidad cuando tratan de autocuidarse con respecto a al salud.

⁹³ RETANA, Germán y CORDERO, Damarís “op cit” Pág 128

⁹⁴ RETANA, Germán y CORDERO, Damarís “op cit” Pág 133

⁹⁵ MAZZAFERO, Vicente Enrique “op cit” Pág 77

La origen de los SILOS viene como siendo resultado de la necesidad de reforma del Estado, implican un cambio estratégico en la modalidad de organización y acción en el campo de la salud. “Los SILOS combinan diversas estrategias de reforma del Estado”⁹⁶. La administración pública y junto al sector salud, se ven presionados a replantear sus estrategias de desarrollo socioeconómico adelante de los cambios económicos y políticos mundiales.

Conforme la OPS en el libro “Desarrollo y Fortalecimientos de los SILOS (1993), se plantean diversos conceptos a considerar en la recomposición del Estado:

Modernización, referida a la necesidad de introducir innovaciones de tipo administrativo, tecnológico u organizacional. Estas innovaciones tienen una cobertura parcial de origen funcional o institucional encaminadas generalmente a buscar un mayor impacto.

Privatización, en la que se entrega al sector privado (empresarios, cooperativas, asociaciones gremiales, etc.) la producción o prestación de algún bien o servicio antes en manos del Estado. Esta modalidad tiene muchas expresiones. Puede ser la venta de empresas del Estado o la cogestión, donde el sector público y el privado se unen poniendo cada cual algún elemento clave de la producción.

Racionalización, referida a la necesidad de optar por decisiones y medidas encaminadas a lograr un mejor uso de los recursos públicos, evitar las duplicaciones funcionales y, en general, obtener mayor eficiencia.

Desconcentración, enfocada contra el gigantismo institucional que conduce a serias trabas internas de funcionamiento y deterioro en la prestación de los servicios, por lo cual se resuelve dispersarlos geográficamente.

Descentralización, que parte del reconocimiento de que es necesario reducir el gigantismo institucional y supone no sólo la dispersión geográfica sino también la delegación de la capacidad para ser autónomo y tomar decisiones legítimas en aspectos de carácter estratégico como tipos de servicios, organización, administración de los recursos, expansiones, etc.

Regionalización, para tener en cuenta las variantes socioculturales y económicas de las regiones del país y la necesidad de dar respuestas específicas acordes a esas realidades y no medidas estandarizadas para todo el país.

⁹⁶ HIDALGO, Francisco. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (Washington D. C. OPS,

Sectorialización, al determinar que se requiere brindar una atención coherente por parte de las diversas entidades públicas que atienden una misma área funcional. En virtud de lo anterior se las aglutina para que integren enfoques y una mejor complementación institucional. Con frecuencia se establece qué entidades integran el sector y se designa alguna para que actúe como rectora y coordinadora del mismo⁹⁷.

En pocas palabras, esto quiere decir que el Estado ya no puede más afrontar a los nuevos ambientes con los sistemas tradicionales. Las ineficiencias que se aceptaban antes, hoy, son factores que determinan la crisis y el reclamo por la reforma estatal. Por esto, el papel del Estado tiende a cambiar, y para esto se busca fortalecer las actividades planificadoras y de orientación delegando poderes de acción, se tornando menos burocrática y más flexible.

Retrocediendo un poco más en el tiempo, considerando los factores que han llevado a la centralización de los poderes políticos de decisión que están siendo replanteadas, se nota como un factor natural, que los sistemas de salud fueron creados y desarrollados en los grandes centros más que urbanos, económicos de los países. Cuando se observa el proceso de formación de los sistemas de salud en la región de las Américas, particularmente en América Latina se comprueba que, en la mayor parte de los casos, la estructura de servicios se conformó en torno de las ciudades más importantes de cada país y sus conglomerados urbanos. Donde se constituyo desde el principio la base por donde se produjo la penetración y difusión de la economía mercantil, política, social y territorial de cada país. Es así como fueron centros de la administración y de difusión de innovaciones y fue alrededor de ellas que se articuló y desarrolló el sistema⁹⁸.

Así, al tener que desarrollar los procesos de planificación sanitaria desde un centro que tiene características particulares y diferentes de las demás áreas, resulta difícil hacerlo de forma descendiente en que inciden varios aspectos sociales, culturales, económicos, estructurales, etc., que son desconocidos. De ésta manera, con el fin de bajar la planificación a los niveles particulares de cada región se desarrollaron los estudios de planificación regional, que según Mazzafero, “el estímulo más creativo proviene de las observaciones de C. Matus, quien sostiene que el concepto de planificación regional es una abstracción intelectual porque –dice- no tiene sujeto concreto. En respuesta, cree que hay que definir espacios para la acción, con sujetos, objetivos y escenarios”⁹⁹.

1993) Pág 68

⁹⁷ HIDALGO, Francisco “op cit” Pág 67

⁹⁸ MAZZAFERO, Vicente Enrique “op cit” Pág 80

⁹⁹ MAZZAFERO, Vicente Enrique “op cit” Pág 78

Luego de esto, nace la descentralización como propósito para realizar la cobertura de la población en determinada región caracterizada por la delegación de poderes de decisión de los niveles locales. “Es la descentralización, entonces, la decisión política que permite dar los pasos tendientes a la asignación de responsabilidades en las funciones o servicios que deben corresponder al gobierno local. Por esta razón, y con el fin de aumentar la eficiencia alcanzando niveles satisfactorios de cobertura, se plantea la descentralización con el carácter de estrategia”¹⁰⁰.

A su vez, los SILOS y la descentralización se encajan como dos propuestas que se complementan, los SILOS como una regionalización con sus características sociales y culturales particulares y la descentralización como la habilitación de poderes para la toma de decisión en esta área. Los SILOS son parte del proceso de descentralización política, técnica y administrativa del sector¹⁰¹.

En este sentido, otro tema a considerar en el análisis de la recomposición del Estado, es el que tiene que ver con las funciones esenciales del Estado con respecto a la salud que en el paso del tiempo ha sido modificada y deteriorada. “La reinscripción de la salud pública en la agenda de transformación del sector pasa por la definición clara de su papel y por la operacionalización de los conceptos que le dan fundamento, entre ellos el de funciones esenciales de la salud pública (FESP)”¹⁰².

Es decir, que la protección social que tiene que ver con la cobertura universal y la equidad, dependen de acciones por parte del Estado. Y que, de inmediato, en vista de este trabajo, salta a la percepción las acciones de prevención (monitoreo de la situación de salud y vigilancia epidemiológica) y promoción de la salud.

¹⁰⁰ MAZZAFERO, Vicente Enrique “op cit” Pág 79

¹⁰¹ MAZZAFERO, Vicente Enrique “op cit” Pág 77

¹⁰² MUÑOZ, Fernando. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud en la Revista Panamericana de Salud Pública, OPS, vol. VIII, núm. 79, (Washington D. C., 2000) Pág 126

CAPITULO 6

Análisis de la Producción de la Atención Ambulatoria de los efectores de salud de la provincia de Mendoza

Para estudiar el Sistema de Salud de la Provincia de Mendoza a través del sector público se procedió al análisis de la producción de los efectores por estadísticas publicadas por los Departamentos de Bioestadística e Informática del Ministerio de Desarrollo Social y Salud de Mendoza.

Se recolectó la Información de Producción de los Centros de Salud a través de las Areas Departamentales de Salud y los Centros de Salud Municipales y la Producción Ambulatoria y de Internación de los Hospitales Públicos.

Para comparar la evolución de producción se tomó como base igual al cien por ciento (100%) el año 1997 para analizar si se cumplen los objetivos propuestos por la Atención Primaria de la Salud (APS) que se debería reflejar un incremento de las consultas externas de los Centros de Salud y disminución de las mismas en los hospitales.

A continuación se analiza la producción.

Consultas de los Centros de Salud Provinciales

Se procedió el análisis según los departamentos que más consultas produjeron en el último año.

Con el mayor crecimiento en el último año, General Alvear tuvo un incremento gradual el cual empezó con 37,30% en 1998, se mantuvo así en 1999, y en 2000 acrecentó todavía más con 48,13%; enseguida viene Lavalle, que también ha incrementado de forma gradual en los tres períodos, llega a sumar al final de 2000 67,3%; Malargüe tiene su pico de crecimiento en 1999, que fue de 18,30%, llegando totalizar al final de la evolución 43,04%; el incremento total de Luján fue de 25,85%. Es notable también, el aumento de productividad de Tunuyán, principalmente en 1998 cuando marcó 42,78% de aumento y totalizó con 67,85%; de la misma manera, Tupungato elevó en 62,83% en 1998 y terminó con una diferencia en la cantidad de consultas, desde que es considerado, de 86,36%; de 1997 a 2000 Maipú aumentó en 36,41%. En Capital el incremento

logró en 1998, todavía quedó con un buen incremento sobre 1997, que fue de 27,49%; San Carlos aumentó en 48,68%; Las Heras en 28,45%, y Guaymallén en 24,21%. Al contrario de los demás, Junín tuvo la mayor productividad en 1999, aumentando en 23,87%, lo que resultó el total de 42,77%; Godoy Cruz no pudo sostener lo que había incrementado hasta 1999, 31,63%, y disminuyó este porcentaje en 52% en 2000.

El incremento total de Rivadavia fue apenas de 4,37%, esto porque en 1999 y 2000 no sostuvo la producción que tenía en 1998 y la bajó en 6,58%; la evolución de Santa Rosa fue negativa, pues los 18,44% incrementados en 1998 se perdieron con la baja producción de 1999 y de 2000, quedando con -2,58% de la producción de 1997, San Rafael sumó 13,9%, San Martín 23,08%. Por último y con la mayor pérdida de incremento, está La Paz, que debido a la caída en la producción de 1999 y de 2000, perdió 33,8% de 48,03% incrementados en 1998.

Al analizar los gráficos de todos los departamentos, nótase que el año 1998 ha sido más productivo para todos, lo que si, para algunos más que para otros. En el siguiente año la mayoría conserva o incrementa una pequeña parte más, la minoría, 22,22%, ya empieza a disminuir el incremento anterior. Y, para 2000, ya son más los que disminuyen los incrementos de los períodos pasados, pero, a no ser Santa Rosa, todos han finalizado con incremento desde el año considerado. De esto, lo que no se puede permitir, es que esta tendencia continúe descendiendo, porque todos siguen este ritmo. O sea, que se notan grandes oscilaciones de un año para el otro, y en otros casos, un buen incremento al principio pero que no se sostiene y desciende, lo que marca una tendencia general en descenso en la cantidad de consultas.

Promedio de Consultas por Hora Médica Provincial

El siguiente análisis procederá teniendo en cuenta los promedios más altos del último año en una escala decreciente. Se considerará que un buen promedio está entre 4 a 5 consultas por hora médica.

El promedio final más alto es de Tunuyán, que marcaba cuatro en 1997, desciende a 3,67, luego incrementa y llega 2000 con 4,76 consultas por hora, logrando un incremento final de 0,76; en la misma situación está Rivadavia, que de 4,27 pasa a 3,76 en 1998, luego incrementa y finaliza con 4,02. Así, Tunuyán y Rivadavia son los únicos departamentos que estuvieron dentro del promedio considerado en 2000.

Los siguientes son los que promediaron entre 3 a 3,99. La Paz tuvo su mejor promedio en 1998, que alcanzó 3,86 enseguida bajó y llegó a 2000 con 3,65; Junín, aunque tuvo un crecimiento gradual, de 3,12 pasa a 3,59 en 2000, no llega a tener el promedio considerado. La producción de San Carlos es bastante oscilante, pues empieza disminuyendo en 1998 a 2,92, luego aumenta a 4,43 en 1999, lo que marca su mayor promedio, y para 2000 vuelve a caer con 3,59; San Martín incrementa a 3,95 en 1998, desciende en los próximos períodos llegando a 2000 con 3,5; entre las fluctuaciones de la producción de Santa Rosa, sin haber incrementado mucho, marca su mejor promedio en 2000, el cual fue de 3,46. General Alvear, logra incrementar su promedio inicial apenas en 2000, el cual fue de 3,33; la producción de San Rafael es gradual y descendiente de 3,69 a 3,16; así también está Luján, que de 3,3 pasa a 3,09, Las Heras de 3,17 a 3,05, Capital de 3,5 a 3,04. La situación de Maipú sigue esta misma tendencia, de 3,36 disminuye a 3,02, lo que llama la atención es que en el año 1999 el promedio es de 3,44; Lavalle desciende de 3,76 a 2,88; Guaymallén de 3,15 a 2,83. Godoy Cruz tiene su más alto promedio en 1999, de 2,9, y luego en 2000, disminuye a un nivel más bajo del inicial 2,53.

Los departamentos que quedaron con un promedio menor que dos consultas por hora médica son Malargüe, que tenía el promedio de 2,27 en 1997 y pasó a 1,81 en 2000; y Tupungato, que al principio, en 1997, estaba dentro del promedio considerado, 4,3, después cayó hasta llegar a marcar 1,59 en 2000, pero lo que es notable es el brusco descenso que fue de 1999 a 2000, pues este había marcado en el penúltimo período 3,77.

O sea, que nada más que dos departamentos terminaron 2000 con un promedio entre 4 a 5 consultas por hora médica, y uno de ellos viene con una tendencia a bajar. El 88,88% de ellos todavía están por debajo del promedio ideal, el 66,66% tiende a bajar más todavía, y los que tienen una perspectiva de crecimiento, son apenas 33,33%. Al considerar que hasta la última fecha, apenas el 11,12% de los departamentos están dentro del promedio ideal, es válido resaltar que los centros de salud están siendo improductivos. Además, el promedio de porcentajes de incremento, de los que han incrementado, son insuficiente e ineficientes porque, aunque haya logrado un buen porcentaje de incremento, si no alcanza para producir cuatro consultas por hora, va continuar faltando producción. En este sentido, los centros de salud están siendo menos utilizados, lo que contraría las políticas del nuevo modelo de Salud de la Población.

Consultas / Promedio de Consultas por Hora Médica Provinciales

Cruzando los números correspondiente a cada Departamento nótase la relación o las discrepancias entre estos. He decidido empezar por los departamentos que llegaron en el 2000 con el PC/HM de 4 a 5, justo porque están en menor proporción.

En el mejor de los casos está Tunuyán, que expande el 67,85% de sus consultas, y termina la evolución con 4,76 consultas por hora médica; Rivadavia finaliza su evolución con el buen promedio de 4,02 C/HM, pero, debido a su baja en la producción desde 1999, consigue incrementar nada más que 4,37% sus consultas, lo que le quita el mérito anterior.

Enseguida, con el mayor incremento en las consultas, General Alvear aumenta 86,14%, solo que no es acompañado por los PC/HM que de 2,97 pasan a 3,33. En este sentido, Lavalle aumenta 67,30% sus consultas, lo que no corresponde, es el descenso de su PC/HM que bajó de 3,76 a 2,88; Malargüe incrementa 43,04% y disminuye de 2,27 a 1,81 las C/HM; Luján aumenta 25,85% y restringe de 3,33 a 3,09. Más alarmante es el descenso de los PC/HM de Tupungato, que al mismo tiempo en que las consultas aumentan en 86,36%, éste disminuye de 4,3 a 1,59; Maipú asciende 36,41% en las consultas y desciende 10,11% en las C/HM; la Capital, expande 27,49% su movimiento ambulatorio, y disminuye de 3,5 a 3,04. San Carlos incrementa en 48,68% las consultas y pasa de 3,16 C/HM a 4,43 en 1999, lo que después baja a 3,59 en 2000; Las Heras, sube 28,45% y baja de 3,17 a 3,05; Guaymallén, sube 25,21% y baja de 3,15 a 2,83. Junín, aumenta en 42,77 e incrementa también las C/HM, pero a una proporción insignificante, de 3,12 a 3,59.

Godoy Cruz tiene un buen incremento en 1998 y 1999 que suma 31,63% que en 2000 lo baja en 2,52%, las C/HM pasarán de 2,74 en 1997 a 2,9 en 1999, cayendo a 2,53 en 2000. Crítica, es la situación Santa Rosa que tiene una expansión en las consultas en 1998, de 18,44%, que, en los próximos períodos la restringe y finaliza con -2,58% sobre 1997, entre tanto, sube de 3,16 a 3,46 las C/HM; el resultado de la expansión de las consultas en San Rafael en 1998 y 1999 y su baja en 2000 es el pequeño aumento de 13,9%, las C/HM han bajado de 3,69 a 3,16. San Martín incrementa 23,08% y desciende de 3,9 a 3,5; y La Paz, que también tiene una pequeña expansión en las consultas, de 14,23%, aumenta en 33,21% las C/HM, de 2,74 pasó a 3,65.

De este modo, es satisfactorio que el 94,4% de los Departamentos, hayan aumentado en un buen promedio sus consultas, pero con respecto a sus PC/HM es distinto, teniendo una situación en que apenas dos departamentos hayan alcanzado el promedio ideal. Lo que puede indicar esto, es

que la proporción de profesionales es mayor que la cantidad que se necesita, o que, se hayan aumentado las horas profesionales.

Consultas de los Centros de Salud Municipales

Las Heras ha incrementado un porcentaje notable, el cual sumó 171,92%, siendo que casi la mitad se logró en el segundo año, 96,11%; Godoy Cruz expande su producción recién en el 2000, con apenas 9,66% sobre 1999, porque todavía no llega a alcanzar la cantidad de consultas de 1997. Maipú también tiene un crecimiento gradual, que empieza con 46,64% en 1998 y termina sumando 70,18%; Luego, viene Capital con un aumento poco significativo que le resultó en 14,10%. Guaymallén incrementa las consultas hasta 1999, acumulando 31,44%, lo que para 2000 baja esta producción en 0,59%; en 1998 y 1999, Santa Rosa suma 44,53% de incremento, y en el último año disminuye de esto 3,77%, en el mismo caso, San Rafael acumula 57,16% y pierde 4,04%. El saldo de Rivadavia es negativo, pues el pequeño incremento de 1999 sobre 1998, 12,47%, no bastó para cubrir el déficit del segundo, 5,18%, y de tercer año, 7,97%.

En los departamentos de Luján y San Carlos no se encuentra producción del 2000, así que lo analizaré hasta 1999. Luján tiene un buen incremento en 1998 de 40,76%, luego, expande un pequeña porcentaje en 1999 y finaliza con un aumento total de 50,1%; distinto de esto, San Carlos evoluciona negativamente desde el principio, perdiendo 42,89% en 1998, aumentando en 1999 apenas 8,28% de la producción anterior.

Las similitudes que encontramos en la evolución de la producción de consultas de los departamentos, es que para el 70% de ellos el año 1998 ha sido expansivo, así también, fue para el 80% en 1999. También, que apenas el 60% terminaron la evolución con un incremento significativo, Capital ha aumentado apenas 14,1% y tiene una tendencia a descender más, Godoy Cruz y Rivadavia, que tuvieron más pérdidas que aumentos en la producción, y San Carlos que directamente desde 1998 restringió las consultas, se quedaron negativo en relación a 1997.

Promedio de Consultas por Hora Médica Municipales

Es importante aclarar, que al considerar que el promedio de consultas por hora médica ideal es de 4 a 5, así no necesariamente tenga que existir un aumento.

En los PC/HM Municipales, se nota que apenas Capital, San Rafael y Santa Rosa terminaron en 2000 con el promedio ideal, el primero apenas conservó este promedio, el segundo vino de una

baja del promedio, y el último fue incrementado. Pero llama la atención la evolución de San Carlos, que al principio tiene un buen promedio, de 4,67, luego aumenta para 8,15 en 1998, y a 14,22 en 1999, lo que significa, que en el último promedio se dedicaban apenas 4,21 minutos para cada consulta, y en el primero 7,36. Esto nos muestra una mala señal, porque compromete la calidad de la atención, cuando lo ideal es 15 minutos por consultas no puede ser que éstas se realicen en la mitad de este tiempo y mucho menos en la tercera parte. El 60% de ellos no llegaron a alcanzar al promedio considerado, con excepción de Guaymallén en 1999 que tuvo 4,54, pero volvió a bajar en 2000 a 2,94.

Consultas / Promedio de Consultas por Hora Médica Municipales

Al cruzar la cantidad de consultas incrementadas y los promedios de C/HM de los Municipios, nótase que Capital ha tenido una evolución similar entre ambos, ha pasado de 4 a 4,15 con relación a un incremento de 14,1% en las consultas, lo que permite decir que este incremento es poco significativo; en peor situación, está Godoy Cruz, que al contrario, tuvo una evolución en descenso, con menos 1,45% en las consultas, bajando de 3,08 a 2,44 en las PC/HM. Guaymallén tuvo un buen incremento, de 30,85% en las consultas, pero no ha alcanzado el PC/HM ideal con apenas 25,10% más, lo que significa que pasó de 2,35 a 2,94. La expansión de Las Heras fue significativa, 171,92%, pero no fue acompañado de los PC/HM, el cual pasó de 3,27 a apenas 3,33; en la misma situación está Luján, que expandió en 50,1% las consultas, hasta 1999, y aumentó nada más de 3,55 a 3,58 el PC/HM; también Maipú está así, pues elevó las consultas en 70,18% y el PC/HM en 9,42%, de 2,97 a 3,25. Menos productivo todavía fue Rivadavia, que bajó el 5,86% la cantidad de sus consultas y en -1,79% el promedio por hora; más bajo todavía, fue el descenso de las consultas de San Carlos, que disminuyó 37,34% de 1997 a 1999, e incrementó el promedio de consultas en 328,4%, de 4,67 a 14,22. Santa Rosa fue uno de los tres Departamentos que llegaron a 2000 con el promedio ideal, 4,43, acompañado de un aumento en las consultas de 40,76%; también San Rafael, que de 5,25 C/HM ha disminuido a 4,30 C/HM, que al contrario, con las consultas, las incremento en 53,12%.

Así, tenemos tres departamentos (30%) que tuvieron una evolución positiva con respecto a la cantidad de consultas y promedios de consultas por hora médica a que se aspira, dado que, conforme el nuevo modelo de salud, los centros de salud deben incrementar las consultas con vistas a brindar atención primaria y a disminuir la demanda a los hospitales. Guaymallén, Las Heras, Luján y Maipú, también han logrado incrementar sus consultas pero queda en cuestión sus promedios de C/HM. En una situación insatisfactoria está Godoy Cruz, Rivadavia y San Carlos que han bajado la cantidad de consultas y que tampoco tienen el PC/HM ideal.

En este caso, se hace la misma consideración que se ha hecho con respecto a la producción del PC/HM Provinciales:

Lo que puede indicar esto, es que la proporción de profesionales es mayor que la cantidad que se necesita, o que, se hayan aumentado las horas profesionales.

Consultas Provinciales / Consultas Municipales

En este caso, analizamos la productividad de los departamentos que coinciden en tener centros de salud Provinciales y Municipales.

Empezamos redactando los casos en que la expansión de las consultas fue mayor en los Municipales que en los Provinciales. En Guaymallén, los Provinciales incrementaron en 25,21% y los Municipales en 30,85%. El incremento de los Municipales en Las Heras, 171,92%, fue como seis veces mayor que lo de los Provinciales, que incrementaron 28,45%; en Luján, aunque los Municipales no tuvieron producción en 2000, éste superó los Provinciales, los cuales aumentaron en 50,1% y 25,85%, respectivamente. También en Maipú, los Municipales, con 70,18%, sobrepasaron a los Provinciales, con 36,41%. Los Municipales de Santa Rosa incrementaron en 40,76% y los Provinciales bajaron en 2,58%; en San Rafael, los Municipales incrementaron en 53,12% y los Provinciales bajaron en 13,90%.

Los siguientes casos, son los que la expansión de las consultas Provinciales fueron mayores que las Municipales. Los Municipales de San Carlos bajaron el 37,34%, y los Provinciales, aumentaron el 48,68%, considerando que los primeros no tienen producción en 2000; en Rivadavia, aunque los Provinciales tuvieron incremento, 4,37%, poco significativo, los Municipales estuvieron peor, bajaron el 5,86%. La Capital, también tiene un incremento mayor en los centros de salud Provinciales, 27,49%, que en los Municipales, 14,1%, la diferencia en la evolución, es que, mientras en 1999 el segundo incremento en 2,98%, el primero bajo el aumento anterior en 3,17%. En Godoy Cruz, los Provinciales incrementaron en total 29,11% y los Municipales disminuyeron en -1,45%;

El 60% de los casos de incremento de las consultas fue mayor en los centros de salud Municipales, lo que sí se nota, es que esta diferencia es bastante grande en Las Heras, Luján, Maipú, Santa Rosa y San Rafael.

El 30% de los centros de salud del Municipio que incrementaron menos o han bajado la producción a nivel negativo, son: Godoy Cruz, San Carlos, Rivadavia y Capital.

Consultas Hospitalarias

Lo que se nota en este gráfico, es que recién en el año 2000 la cantidad total de las consultas de los hospitales empiezan a tener signos de bajar, hasta 1999 éstas han incrementado el 10,74%. Los únicos hospitales que empezaron a descender la cantidad de consultas antes fueron: Lencinas, el Sauce, Metraux y Perrupato, que en la evolución final tuvieron -8,34%, -7,48%, -8,8% y -21,15%. Los principales años que marcaron los incrementos fueron 1998 y 1999, donde en el primero, estuvieron 18 hospitales, en el segundo 14, y ya en 2000, fueron 15 los hospitales que aumentaron, pero, la disminución fue mayor que los incrementos, por eso hubo una pequeña disminución en la cantidad de consultas.

Llama la atención, la tendencia de las consultas de los hospitales Central, Carlos Pereyra, Paroissien, Saporiti, Tagarelli, Schestakow, Eva Perón y el Scaravelli, por tener una evolución creciente.

Consultas por Hora Médica Hospitalarias

La tendencia de los promedios de consultas por hora médica de los hospitales hasta 1999 es de un incremento poco significativo de 8,54%, enseguida para 2000 vuelve a caer a 2,37, que es casi el mismo promedio de 1997. El único hospital que tuvo el promedio ideal, y durante todos los períodos de la evolución, fue el Saporiti. Se nota que la situación permanece igual, el que mejor estuvo fue General Alvear, aunque no lograra tener el promedio ideal, que pasó de 1,67 a 2,79 C/HM. También está el caso del M. Andrea, que no llega a tener 1 consulta por hora, y los que no llegan a tener 2 como el Lagomaggiore, el Pereyra, el Sauce y el Tagarelli. Lo que es cierto hasta ahora, en una situación general, es que hay una falta de productividad.

Consultas / Promedio de Consultas por Hora Médica Hospitalarias

El hospital que más ha incrementado las consultas ha sido el Eva Perón, en 46,13%, pero, al contrario de esto, ha descendido en el PC/HM de 3,86 a 3,48; después, viene el Carlos Pereyra, que aumentó las consultas en 32,19% y pasó de 1,65 a apenas 1,96 C/HM. El Central expandió el movimiento ambulatorio en 29,38%, y el PC/HM de 2,57 a 2,82; el Paroissien subió 25,47% y pasó de 2,7 a apenas 2,76 en el promedio; en quinto lugar el Schestakow, que aumentó las consultas en

18,40% y disminuyó el PC/HM en 32,47%, de 3,24 a 2,17. El incremento del Gailhac fue de 17,36%, que tenía el promedio de 2,42 en 1997 y llegó a 2000 con el mismo; el General Alvear en 16,43% y tuvo el mejor incremento en el PC/HM, pasando de 1,67 a 2,79; el Notti aumentó 16,32% y pasó de 2,12 a 2,39; el Santa Rosa 15,44% y pasó de 2,09 a 2,67; el Uspallata 14,32% y pasó de 1,94 a 2,11. El incremento de 13,05% fue del Scaravelli, con aumento de 11,79% en el PC/HM, pasando de 2,14 a 2,39; el M. Andrea en 12,25% y pasó del promedio de 0,91 a 0,96.

Entre los que menos expandieron, está el Tagarelli, que incrementó 10,72% y ha descendido de 2,24 a 1,71 en las C/HM; el Arturo Illia, 7,75% y pasó de 1,83 a 2,15; Malargüe aumentó 6,65% y pasó de 2,87 a 2,88, el Saporiti en 6,54%, y permaneció con el mismo PC/HM, pues tenía 4,31 en 1997 y pasó a 2000 con 4,30, este fue el único caso que tiene el promedio considerado ideal; el Sícoli en 2,84%, bajando el promedio de 2,75 a 2,49. El hospital Las Heras incrementó en 2,8%, y subió el promedio de 2,26 a 2,43; el Lagomaggiore ha aumentado la pequeña diferencia de 1,3%, y bajo su promedio de 1,92 a 1,61.

Los que han disminuido la cantidad de consultas son el Sauce, con -7,48%, permaneciendo casi lo mismo en su promedio, que empezó con 1,12 y terminó en 1,14; el Lencinas con -8,34%, que también bajó el promedio de 2,60 a 2,48; el Metraux con -8,8%, descendiendo de 3,17 a 2,75 C/HM; y el Perrupato, con 21,15% y que pasó de 2,28 a 2,26 C/HM.

Al analizar nada más que este gráfico, se puede decir que el porcentaje general de aumento de las consultas de los hospitales ha sido relativamente bajo, o sea, el 10,3%. Lo que no corresponde, son los promedios de consultas por hora médica, que en el transcurso de la evolución, finalizaron con el mismo promedio general, y solo 1 de los 23 hospitales posee el promedio ideal que es de 4 a 5. Los motivos de esto, puede ser que los efectores hayan incrementado más horas médicas, o, que existen profesionales en mayor proporción que la demanda ambulatoria.

Los hospitales Eva Perón, Carlos Pereyra, Central, Paroissien, tuvieron un incremento bastante más alto que el promedio general, más de 20%, lo que serían éstos, los casos críticos en vistas de que esta demanda excesiva debería ser contenida por los centros de salud conforme el nuevo modelo de Salud de la Población.

Consultas Provinciales, Municipales y Hospitalarias

Gran Mendoza: Capital, Godoy Cruz, Guaymallén, Las Heras, Maipú y Luján.

La cantidad total de consultas incrementadas en la **Capital**, muestra que, la proporción de consultas incrementadas por los hospitales es mucho mayor que la de los centros de salud, pues los centros de salud Provinciales y Municipales aumentaron juntos el 41,59%, 21,28% menos que los hospitales que incrementaron en 62,87%. En **Godoy Cruz** han producido más los centros de salud, 27,66%, que los hospitales, 3,91%, pero, esto es por mérito de los centros de salud Provinciales, porque los Municipales disminuyeron el -1,45% en el total de la evolución. También en **Guaymallén**, los centros de salud produjeron más que los hospitales, el primero en 56,06%, y el segundo en 8,84%. Los centros de salud municipales de **Las Heras** subieron exageradamente su producción, 171,92%, lo que contribuyó en mayor parte en el incremento total, de 200,37% sobre el 31,68% de los hospitales. El porcentaje de los hospitales muestra que el incremento de los centros de salud podría ser más alto todavía. En **Maipú**, los centros de salud incrementaron el 106,59% y los hospitales el 16,67%. Se aclara que en **Luján** no hay hospitales, por lo tanto se expondrá solo la producción de los centros de salud, y también que, los Municipales tienen producción solo hasta 1999, así, el incremento fue de 75,95%.

Valle de Uco: Tunuyán, Tupungato y San Carlos.

Los centros de salud Provinciales de **Tunuyán** incrementaron en 67,85% y el hospital Scaravelli 13,05%; es bastante satisfactoria la evolución de **Tupungato**, que tuvo apenas 2,8% de incremento en las consultas por parte del hospital General Las Heras, y el 86,36% en los centros de salud Provinciales. En **San Carlos** los centros de salud han incrementado nada más que 11,34%, debido a que los Municipales bajaron el 37,34% en la cantidad de consultas, y además estos no tienen producción en el 2000, de esta forma, el hospital Tagarelli ha superado el porcentaje anterior con un aumento de 10,72%.

Noreste: Lavalle, Santa Rosa y La Paz.

También es satisfactoria la situación de **Lavalle**, que tiene apenas 2,84% de incremento hospitalario y el 67,30% de los centros de salud Provinciales; el incremento de los centros de salud de **Santa Rosa** fue en menor proporción, esto por que los Provinciales en vez de aumentar las consultas han bajado en 2,58%, así, estos expandieron en 38,18% y los hospitales en 15,44%; **La**

Paz, que tiene apenas centros de salud Provinciales, elevaron las consultas solo en 14,23%, que todavía, es superior al porcentaje del hospital **Illia**, que lo hizo en 7,37%.

Este: San Martín, Junín y Rivadavia.

La producción del hospital Perrupato de **San Martín** se ha adecuado muy bien, pues bajó el 21,15% la cantidad de consultas, no tan así, fue el incremento de los efectores Provinciales, que aumentaron en 23,08%. Los efectores Provinciales de **Junín** incrementaron en 42,77%, porcentaje que no se puede comparar por no haber hospital en tal Departamento. Llama la atención el caso de **Rivadavia**, que, aunque el incremento del hospital Saporiti no haya sido tan significativo, 6,64%, los efectores Provinciales y Municipales disminuyeron el 1,49%, el primero tuvo 4,37%, y el segundo, -5,86%.

Sur: General Alvear, San Rafael, Malargüe.

En **General Alvear**, los centros de salud Provinciales expandieron en 86,14% y el Hospital en 16,43%; juntos, los centros de salud Provinciales y los Municipales. de **San Rafael**, incrementaron en 67,02%, contra el 18,40% del hospital Schestakow, pero, en el primer porcentaje, apenas el 13,90% fue la contribución de los centros de salud Provinciales. En **Malargüe**, los centros de salud incrementaron en 43,04%, y el hospital en 6,65%.

De esto, es menester resaltar algunos casos en particular, como el gran porcentaje de consultas que han incrementado los centros de salud Municipales de Las Heras, que alcanzó 171,92%, pero, por otro lado, los hospitales incrementaron en 31,68%, lo que muestra que este porcentaje tendría que ser más alto todavía. Al contrario de esto, los Municipales de la Capital incrementaron apenas el 14,1%, sumando un total de 27,49%, quedando bajo el incremento hospitalario, 62,87%. Los Municipales de Godoy Cruz, también disminuyeron las consultas en 1,45%, y los de San Carlos en 37,34%. En Santa Rosa fueron los Provinciales los que bajaron la producción, -2,58%, en La Paz no hubo porcentaje negativo, pero, el incremento fue de apenas 14,23%, y en Rivadavia, peor que los Provinciales que incrementaron nada más que 4,37%, fueron los Municipales que disminuyeron 5,86% de las consultas.

La tendencia general es optimista, pero no ideal, los centros de salud Provinciales han incrementado la cantidad de consultas el 29,83%, los Municipales el 38,26%, y los hospitales, el 10,3% desde 1997. Así, se nota que aunque los centros de salud hayan tenido una buena expansión en la producción, a juzgar por el incremento de los hospitales, ésta debe ser incrementada todavía

más, para que se pueda brindar más atención primaria. Los casos críticos que merecen más atención, ya fueron citados en el párrafo anterior, vale resaltar, que el porcentaje de crecimiento de las consultas de la Capital, San Carlos, La Paz y Rivadavia, fueron mayores en los hospitales que en los centros de salud.

CAPITULO 7

Análisis de la Producción de Internación en los Hospitales de Mendoza

Egresos

Obsérvase que la tendencia de la evolución de los egresos tiende levemente a un incremento, lo que representa el 5,36%, en 1998 eran 14 hospitales los que habían aumentado los egresos, ya en el año 2000, el número fue de 16. Al final de la evolución, el 60,87% de ellos quedaron con saldo de egresos mayor que en 1997, la otra parte, el 39,13% han bajado la cantidad de egresos. El análisis más detallado, se hará en conjunto con los indicadores de Días Camas Disponibles, Giro Cama y Porcentaje Ocupacional.

Días Camas Disponibles

La evolución general con respecto a los Días Camas Disponibles, muestra una disminución en la cantidad de días disponibles de cada cama, -3,78%, el año que tuvo más incremento fue 1998, en 16 de los 23 hospitales, en 1999, 14, y en 2000, 15. En 2000, 14 hospitales terminaron con un incremento con respecto a 1997, y 9 con un decrecimiento.

Porcentaje Ocupacional

Al final de 2000, el porcentaje ocupacional general tiene un leve incremento de 3,65%, siendo que el mayor porcentaje fue incrementado en el último año, 4,33%. Pero obsérvase, que, aunque el incremento general haya subido, casi la mitad, 10 hospitales, tuvieron al final de la evolución un porcentaje negativo de producción con respecto a 1997.

Promedio de Permanencia

El promedio de permanencia general tiene una baja gradual, disminuyendo al final de la evolución el 4,71%. En el año de 1998 más hospitales bajaron el promedio, 15 de ellos en 1999 y 12 en el 2000. Así, la evolución finalizó con 17 hospitales que bajaron el promedio de permanencia desde el año considerado, y 6 que aumentaron.

Promedio de Días Cama Disponible

En el transcurso de la evolución, el promedio de días cama general tiene un pequeño incremento en 1998, de 1,19%, después, desciende, hasta finalizar con -3,31% con relación 1997. En el conjunto de los hospitales, es notable el incremento del M. Andrea, 52,66%; también la oscilación del Tagarelli, que en 1999 desciende el 31,18%, y en el 2000 incrementa sobre 1997 el 20,35%; al contrario de esto, el Schestakow termina 2000 con -29,38%.

Pacientes Días

En el total general de la evolución de las camas ocupadas, nótase que este ha permanecido casi en la misma situación, pues ha incrementado apenas el 0,27%. El cambio más significativo, es el descenso de la producción de 1998, que era de 651.031, a 1999, que bajó a 628.461, lo que significa 3,47%. Entre los hospitales que produjeron más discrepancias, está el M. Sr. Andrea, el Chrabalowsky, el Malargüe, el Santa Rosa y el General Las Heras, los cuales oscilaron en 50%, 48%, 39%, 81% y 29%.

Giro Cama

En este indicador, es notable el incremento del Eva Perón (133,33%), del Tagarelli (56,52%), del Sauce (34,24%), del General Las Heras (24,43%) y del Schestakow (23,57%), mientras que el M Andrea, el Lencinas y el Metraux, llegan a disminuir el 29,86%, 22,17% y 21,07%, respectivamente con respecto a 1997. Pero, en general el giro cama ha aumentado, aunque sea poco, lo que significa el 8,89%.

Defunciones

El Hospital con mayor cantidad de defunciones es el Central, el cual muestra una tendencia en ascenso al incrementar de 533 a 734 ocurrencias, enseguida viene el Lagomaggiore, que muestra la mayor cantidad de defunciones en 1999, 408, que luego, las disminuye a 368 en el 2000, 6,48% menos que en 1997. Este mismo camino ha seguido la evolución del Schestakow, que tuvo 320 casos en 1999, y 287 en el 2000.

En 1997, el Hospital que tuvo la cuarta posición entre los que más casos tuvieron, es el Dr. H. Notti, que en el transcurso de los años desciende levemente las defunciones de 163 a 159. Lo

que es preocupante, es el incremento de las defunciones del Perrupato, que de 137 pasaron a 201 casos, lo que significa un incremento de 46,70%. Las ocurrencias del Paroissien disminuyeron de 100 a 87 en 1998, luego, en 1999, se repite casi la misma cantidad del primero año, y, en el 2000, vuelve a bajar, terminando con 76 casos.

Los siguientes Hospitales son los que tuvieron menos de 100 casos en cualquiera de los años. Entre ellos, está el General Alvear, que baja de 82 a 70 ocurrencias, también, el Lencinas, que disminuye considerablemente de 79 a 52 casos (-34,17%).

Al contrario de esto, con un escenario negativo, el Scaravelli incrementa gradualmente de 61 a 83 defunciones, y, el Malargüe, de 34 a 40. Las defunciones del Hospital Saporiti se incrementan hasta 1999, de 32 pasaron 38, apenas en el 2000, la situación cambia, cuando este número baja a 29, ya, el número de ocurrencias del Illia no permite visualizar una tendencia concisa, por lo que la misma ha oscilado en los cuatro años, sin embargo, si se analiza el primero y el último año, el número de defunciones baja de 19 a 13. Así, también fue con el transcurso de las defunciones del Gailhac, con la diferencia de que en el último año, la cantidad de defunciones de éste es mayor que la de 1997, la cual, era de 17 y pasó a 21.

Teniendo en cuenta, que las defunciones ocurridas en el Tagarelli en 1997 fueron 15, y en el 2000 14, constatase que la situación no ha cambiado mucho, pero, en 1998 y 1999, el números de casos es de 23 y 29. Lo que para el Hospital Sícoli no significa mucho, el incremento de 11 defunciones en 1997, a 13 en el 2000, sin quitar la situación negativa, lo significa para el General Las Heras, cuando aumenta de 6 a 12 casos en los mismos años.

Al analizar los números de las defunciones del Sauce, nótase que aumentaron las ocurrencias en 1998 de 6 a 8, pero, en seguida la tendencia cambia, bajando a 4 casos en el 2000. Entre todos los Hospitales, la situación más satisfactoria, es del Chrabalowsky, que disminuye las defunciones de 5 a 1.

Y en este mismo escenario, se encuentran las defunciones del Hospital Santa Rosa, hasta 1998, cuando las bajó de 5 a 1, pero, en seguida, se incrementa, llegando a 2000 con las mismas 5 ocurrencias.

Llama la atención, el incremento de las defunciones del Hospital Eva Perón, el cual, tuvo 3 ocurrencias en 1997, 12 en 1998, 10 en 1999, y 7 en el 2000. En una situación parecida, el Metraux, que no tuvo ningún caso en 1997, en 1998 tuvo 2, en 1999 6, y en el 2000 4. Después, está el Hospital Pereyra, con cero casos en 1997, 2, 4 y 1. Y por último, el Hospital M. Sr. Andrea, no tuvo

ninguna defunción en los cuatro años.

CAPITULO 8

Análisis de la Producción de los Hospitales por Zona Geográfica

Gran Mendoza: Capital, Godoy Cruz, Guaymallén, Las Heras, Maipú y Luján.

Capital

El hospital **Central** muestra signos de mayor productividad y eficiencia en el año 1998, cuando aumenta los egresos el 23,73%, disminuye el promedio de permanencia a 8,87%, aumenta el giro cama a 35,8 con un porcentaje ocupacional de 87,12%. En el año siguiente esta situación se modifica en pequeños porcentajes, tendiendo a una menor eficiencia. En el 2000, hubo el mayor incremento en la cantidad de egresos, 25,09%, pero también, es marcado por una menor eficiencia en los demás indicadores, el promedio permanencia aumenta a 10,41, el giro cama baja a 31,10, lo que hace que haya un aumento en los días cama disponibles, 18,54%, y una baja en el porcentaje ocupacional que llegó a 88,57%.

Así, nótase que la eficiencia del hospital **Central** tiende a bajar, aunque la cantidad de egresos siga aumentando, debido a que después de haber tenido satisfactorios índices de producción en 1998, en 1999 y 2000, los demás indicadores se tornan menos eficientes, marcado por el aumento del promedio permanencia y la disminución del giro cama.

La evolución del hospital **Lagomaggiore** es marcada por una menor producción y por una mayor eficiencia. Esto es lo que muestra los porcentajes finales, bajando el 13,35% la cantidad de egresos, el 9,59% el promedio permanencia, y aumentando el 23,53% el giro cama. La producción del año 1998 ha permanecido casi igual al 1997, cambiando pequeños porcentajes, siendo éste, el único año que hubo incremento en los egresos, 1,56%, el promedio de permanencia fue de 6,08, el giro cama 46,20, el porcentaje ocupacional 77,06%, y los días cama disponibles aumentaron apenas el 0,65%. Para 1999, los porcentajes más significativos son de los egresos, que disminuye a niveles más bajos que de 1997, lo que significa el 2,68%, también el giro cama que aumenta el 8,28% (49,70), y los días cama disponibles, que disminuyen, en consecuencia de la baja de los egresos, en 10,09%. Los demás porcentajes permanecen casi igual, el promedio de permanencia baja el 3,14%, el porcentaje ocupacional aumenta el a 79,93%, lo que marcando una ligera eficiencia.

La situación del hospital **Pereyra** es bastante insatisfactoria, pues ha disminuido su productividad final y también su eficiencia al bajar la cantidad de egresos en 9,3%, al aumentar el promedio de permanencia en 27,06% y por tener una disminución en el giro cama de 15,4 a 14,6, aunque sea poco significativa. Esto significa producir menos con un costo más alto.

Además de esto, lo que no corresponde, es que en 1998 al mismo tiempo en que se disminuyeron los egresos en 0,83%, aumentó el promedio de permanencia en 5,34%, disminuye el giro cama en 0,65%, y aumentan los días cama disponibles en 0,27%, que el porcentaje ocupacional aumenta el 4,16%. En 1999 y 2000, los indicadores siguen la misma tendencia, la producción de 2000 fue negativo: -5%; PP: 12,16%; GC: -5,19%; PO: 5,88%, y los DCD: 0,48%, con respecto a 1997.

Godoy Cruz

El hospital **Lencinas** también ha sido menos productivo y menos eficiente al bajar el 26,6% la cantidad de los egresos, aumentar 36,82% el promedio de permanencia y disminuir el 38,26% el giro cama, esto, al final de la evolución. En 1998, desciende los egresos en 1,88%, aumenta el P. de permanencia de 21,40 a 21,77, el giro cama, para no decir que permanece, aumenta el 1,74%, llegando a 11,7, se disminuyen la cantidad de camas (DCD) en 3%, y aumenta el 2,96% el porcentaje ocupacional en consecuencia del incremento de camas. Pero, es en 1999 donde se notan más discrepancias, con una baja de 21,66% en la cantidad de egresos, un incremento de 20,33% en el promedio de permanencia, y con un descenso del giro cama de 11,7 a 9,4. Otro dato importante, es que bajan los DCD en 4% también ha bajado el P. ocupacional a 66,48%. Para 2000, esta tendencia sigue disminuyendo los egresos en 27%. El promedio de permanencia no llega a disminuir el 1%, el giro cama pasa a 9, la cantidad de camas disminuyen el 2,08%, y el resultado de esto, es que el porcentaje ocupacional pasa a 60,52%.

La evolución de la producción de los egresos del hospital **Monseñor Andrea** se encuentra en una situación donde ésta no marca una tendencia, debido a que el porcentaje disminuye en 1998 y permanece así en 1999, y después vuelve a subir a un nivel más alto que 1997 en el 2000. Lo que si se puede decir, es que el nivel de eficiencia viene cayendo gradualmente, esto incluye, el promedio de permanencia y el giro cama.

El año 1998 se caracteriza por una menor producción y eficiencia, se reduce el 22,46% de la cantidad de egresos, el promedio de permanencia aumenta de 21,26 a 23,58 y el giro cama baja casi el 20% a 15,30. Lo que si queda en mejor situación, en consecuencia de la menor cantidad de

egresos, es el porcentaje ocupacional que baja de 111,26 a 98,53, y los días cama disponibles se redujeron el 3%. En 1999, la cantidad de egresos permanece igual, y el promedio de permanencia y el giro cama siguen el mismo ritmo del año anterior. En este año lo que distingue es la cantidad de camas disponibles, que se incrementan el 40%, que es lo que hace bajar el porcentaje ocupacional a 70,93%. En el 2000, se incrementan los egresos en 5% con respecto a 1997, pero también, sigue aumentando el promedio de permanencia que llega a 27,24, el giro cama tuvo un pequeño incremento de 2 puntos (10,8 – 12,9), todavía insatisfactorio. Y, aunque la cantidad de camas se hayan incrementado otra vez, ahora en 11,89%, comparado con 1999, el porcentaje ocupacional vuelve a subir a un nivel que ocupa casi toda la capacidad de camas, 95,37%.

Guaymallén

Se nota que el hospital **El Sauce** tuvo un incremento constante en la producción de sus egresos, y también ha mejorado su eficiencia con respecto al promedio de permanencia y al giro cama. Los egresos se incrementaron el 39,38%, el promedio de permanencia ha bajado de 55,93 a 44,13, y el giro camas ha incrementado el 36,84%, pasó de 5,7 a 7,8, lo que no significa mucho, desde 1997. Por lo tanto, la tendencia de la producción y eficiencia de este hospital es optimista de seguir en el mismo ritmo.

Lo que llama la atención, es que el aumento en la cantidad de egresos no es seguido en la misma proporción por la cantidad de camas disponibles para que haya un porcentaje ocupacional con un 20% de margen para incidentes, pues en 1998 cuando sube los egresos en 15,05%, las camas disminuyen el 5%. En el año siguiente sí se incrementan las camas en 3,28%, pero todavía una cantidad menor que la de 1997, lo que hace con que el porcentaje ocupacional baje a 89,5%. Y, en 2000, aumentando los días cama disponible en 4,68% más que en 1997, el porcentaje ocupacional vuelve a subir a 94,14%.

El hospital **Dr. H. Notti** tuvo un crecimiento gradual y significativo en la cantidad de egresos, que llega a 16,86%, también es satisfactoria la evolución del promedio de permanencia, que no baja significativamente, pero lo mejora todavía más, éste pasa de 3,87 a 3,55. También es positivo el curso del giro camas, que de 80,5, en 1997, pasa a 84,1, en 2000.

El gráfico muestra que a no ser en 1998, cuando los egresos suben el 9,31%, los días cama disponibles el 8%, y también el porcentaje ocupacional sube apenas el 0,84% (85,58 a 86,3%), que la tendencia del porcentaje ocupacional tiende a bajar, al mismo tiempo en que los días cama disponibles aumentan. En 1999, cuando los egresos aumentan el 8,75% y los días cama disponibles

el 10,18%, el porcentaje ocupacional baja de 86,30, en 1997, a 82,75, en 1999. Cuando se incrementaron el 16,86% en la cantidad de egresos en 2000, se incrementaron el 12,38% en los días cama disponible, y el porcentaje ocupacional bajó de 82,75%, en 1999, a 81,64% en el 2000.

Las Heras

En el hospital **Chrabalowsky** lo que caracteriza su producción de egresos, es que no marca una línea recta que permita proyectar una tendencia, pues la cantidad de egresos ha oscilado en los cuatro años estudiados, en un intervalo entre 194 a 202, lo que permite decir que su producción ha permanecido casi igual. Y, a juzgar por el porcentaje ocupacional, el cual el más alto fue de 21,76%, en 1999, esta producción es muy baja, mostrando que el hospital **Chrabalowsky** está con más de 50% de su capacidad de forma ociosa. El giro cama ha acompañado el promedio de permanencia, que tampoco ha oscilado mucho y se puede decir que es bajo.

El hospital **Gailhac** ha aumentado sus egresos en 28,57%, pero su mayor incremento fue en 1998: 32,14%, también, ha bajado el promedio de permanencia en 22,03%, pero, el giro cama, a no ser en 1998, el cual es de 0,5, ha permanecido igual en los demás años, 0,4, lo que no corresponde con la baja en el promedio de permanencia. Y, su porcentaje ocupacional se encuentra en buena situación, la cual bajó de 86,59% a 81,67%.

Maipú

El gráfico del Hospital **Paroissien** muestra que su situación con respecto a la producción ha permanecido casi igual, pues en los porcentajes finales, los egresos tienen apenas el 0,19% de incremento. Al contrario de esto, los números del promedio de permanencia y del giro camas mostraron una eficiencia gradual, el primero llegó a 2000 con -5,51% (3,49 a 3,3), y el segundo, con un incremento de 5,58%(65,8 a 69,3) sobre 1997.

Lo que se nota, en consecuencia de la cantidad de egresos, es la baja porcentaje ocupacional, el cual sube apenas en 1998, de 62,97 a 63,33, que es cuando sube los egresos el 3,75%. Otro factor importante, es que, aunque en un pequeño porcentaje, en este mismo período se incrementaron también las camas, que no era necesario al considerar tan pequeño incremento de los egresos, y siendo que había casi 40% de las camas del año anterior estaban ociosas. En 1999, el hospital se torna más ocioso todavía, pues bajan los egresos en 1,34% desde 1997, se incrementan más todavía las los días camas en 0,34%, y el porcentaje ocupacional va a 60,28%. En el año 2000, la cantidad de egresos vuelve a ser casi la misma de 1997, con apenas 0,19% más, los días cama disponibles

bajan el 4,29% sobre 1997, y el porcentaje ocupacional también incrementa a 62,26%, casi lo mismo que la del primer año.

Así, nótase que el hospital es eficiente en lo que se refiere a promedio de permanencia y giro camas, pero está siendo baja su producción, que tiene que ver con la baja porcentaje ocupacional que es consecuencia de la cantidad de egresos y de los días camas disponibles, que parece no tener un adecuado manejo.

La situación del Hospital **Metraux** es crítica, teniendo en cuenta la gradual pérdida en la cantidad de egresos al final de la evolución, -19,7%, también por tener un muy bajo porcentaje ocupacional, en 1997 tenía 28,84% esto ha bajado a 25,54% en el 2000. Al contrario, su promedio de permanencia se muestra eficiente, el cual fue 3,49 en el 2000, y el más alto, se puede decir que es regular la situación del giro cama, al principio, que empieza con 33,4 en 1997, pero decae a 26,8 en el último período.

Obsérvase una concordancia entre dos indicadores, pues, mientras que el porcentaje ocupacional va cayendo, los días camas disponibles van aumentando, lo que hace que el porcentaje ocupacional sea menor todavía, y que tenga un mayor costo ocioso. Otra relación, es que el giro cama que depende del promedio de permanencia no evoluciona de forma proporcional a éste, obsérvase que hasta 1999 el promedio de permanencia cae y el giro cama también cae, por lo que este último tendría que aumentar.

Valle de Uco: Tunuyán, Tupungato y San Carlos.

Tunuyán

El hospital **Scaravelli** incrementa a lo largo de la evolución el 15% en los egresos, lo que no es suficiente, porque el porcentaje ocupacional aumenta apenas de 51,39 a 55,03. Nótase, que al mismo paso en que se incrementan los egresos, los días camas disponibles se reducen, lo que sería una medida correcta que favorece a que haya un aumento en el porcentaje ocupacional y se disminuyan costos. También existe una simetría entre el promedio de permanencia y el giro cama, por lo que el primero baja gradualmente y el segundo incrementa. Aunque no sea una discrepancia considerable, en el año 1999 hay una disparidad entre éstos, cuando el promedio de permanencia sube 3,76 a 3,8, y el giro cama también sube de 51,5 a 52,3.

Tupungato

El gráfico del hospital **General Las Heras** muestra que su producción de egresos tiende a subir al final de 2000, éste llega a incrementar sobre 1997 el 10,61%. El porcentaje ocupacional es bastante bajo en todos los años, siendo así, no existe motivos para que en el días camas disponibles fuera aumentado en el transcurso de 1997 a 1998. Al haber un porcentaje ocupacional tan bajo, parece adecuado que en 1999 y en el 2000 hayan bajado los días camas disponibles.

Se muestra optimista la evolución del promedio de permanencia, que bajó de 3,11 a 2,47, a esto, lo acompaña, hasta 1999, el giro cama, que de 46,1 pasa a 61,7, luego en el 2000, desciende a 57,1, debido a que es afectado por el descenso del porcentaje ocupacional. O sea, que al hospital le falta producir más, en el sentido de que éste posee mucha capacidad ociosa.

San Carlos

El hospital **Tagarelli** aumenta considerablemente sus egresos en el total de los años, en 56,77%, pero al analizar los años en particular, nótase que no es suficiente para elevar a un buen nivel el porcentaje ocupacional. Lo que se nota también en este hospital, es que en el año 1998 y 2000, donde se debería conservar los días camas disponibles del año anterior, o bajar más todavía para elevar el porcentaje ocupacional, éste se ha incrementado. Con respecto al giro cama, éste ha evolucionado de acuerdo al promedio de permanencia hasta 1999, o sea, que subió de 26,3 a 43,4, esto porque, en el 2000 el giro cama fue afectado por la baja del porcentaje ocupacional. Como en el mismo hospital anterior, éste posee capacidad ociosa y por lo tanto es conveniente que aumente su producción.

Noreste: Lavalle, Santa Rosa y La Paz.

Lavalle

El Hospital **Sícoli** se encuentra en una situación poco optimista, pues, incrementa apenas el 1,3% en 1998 y el 3,51% en 1999, en sus egresos, y después, en el 2000 disminuye el 3,05% de la cantidad de 1997. Su porcentaje ocupacional, también es insatisfactorio, que empieza con 42,64% y termina en 37,04%. En este hospital también han incrementado los días camas disponibles cuando había por lo menos 50% del porcentaje ocupacional disponible, e incluso cuando han disminuido los egresos, como es el caso del año 2000. Su promedio de permanencia es satisfactorio, desciende de 4,5 a 4,05, siendo acompañado por el giro cama.

Santa Rosa

El hospital **Santa Rosa** ha disminuido su producción, con una tendencia negativa, éste baja gradualmente la cantidad de egresos hasta 1999, en 38,78%, en el siguiente año esto se ameniza con un pequeño incremento de 16,49% sobre el año anterior, lo que significa el 77,71% del porcentaje de 1997. En consecuencia de esto, el porcentaje ocupacional también va disminuyendo, el año más crítico es 1999 donde éste llega a 14,61%, es importante saber que este porcentaje no es todavía más bajo debido a que se disminuyeron los días camas disponibles. Y lo mismo pasa en el 2000, que tiene un pequeño incremento en la porcentaje ocupacional, de 14,61% pasa 20,16%, porque además, es favorecido por el incremento 16,49% en los egresos. Lo que no coincide, son los números del promedio de permanencia y del giro cama, cuando el primero va bajando, lo que es satisfactorio, el otro también baja, esto hasta 1999, y en el 2000 ambos suben.

La Paz

En la misma situación está el curso de la evolución de los egresos del hospital **Illia**, que baja la cantidad hasta 1999 en 24,79%, y en el 2000 lo incrementa quedando con el 10,63% menos que en el primer año. Aquí, se presenta una distorsión, teniendo en cuenta que en 1998 se disminuyen los egresos y se incrementan los días camas disponibles, el porcentaje ocupacional no podría haber subido de 50,23% a 54,4%. En 1999, nótase una mejor relación, cuando los egresos, los días camas disponibles y también el porcentaje ocupacional bajan. Y, en el 2000, el hecho de haber aumentado la cantidad de egresos en apenas 14,17%, no justifica el incremento de los días camas disponibles, siendo que, el porcentaje ocupacional anterior era de 51,45%. También se nota una menor eficiencia con respecto al promedio de permanencia, el cual sube de 3,28, en 1997, a 4,05, en el 2000, siendo que en el 1999 fue de 4,71.

Este: General San Martín y Rivadavia.

General San Martín

Es optimista la producción del Hospital **Perrupato**, el cual ha incrementado gradualmente el 10,4% en la cantidad de egresos, en consecuencia de esto, también aumentó el porcentaje ocupacional de 74,82% a 78,07%. El incremento de los días camas disponibles sigue el curso del porcentaje ocupacional, en la medida en que el segundo aumenta el primer también, a no ser en 1999, que éste disminuye y que es lo que no corresponde. No coincide porque si en 1998 los egresos subieron el 8,41%, los días camas disponibles el 3,2%, y en consecuencia de esto el

porcentaje ocupacional aumentó el 3,75%, como es que en 1999 cuando los egresos suben el 9,88%, los días camas disponibles permanecen casi igual, teniendo apenas una pequeña baja, que el porcentaje ocupacional también permanezca, por no decir que subió el 0,54%. La eficiencia del promedio de permanencia y del giro cama con una correspondiente evolución entre ambos, es satisfactoria, el primer bajo de 5,84 a 5,7, y el segundo aumento de 46,7 a 50,1.

Rivadavia

El Hospital **Saporiti** muestra una producción en ascenso con respecto a la cantidad de egresos, con un incremento gradual éste logró expandir el 13,55% al final de la evolución. Pero su porcentaje ocupacional todavía sigue bajo, de 51,59% en 1997, pasa a 50,46%, después a 53,77%, y a 53,77% en el 2000, teniendo en cuenta, que los días camas disponibles han tenido una leve disminución de 0,84%.

Su promedio de permanencia es satisfactorio, de 3,96 disminuye a 3,59, el giro cama en los tres primeros años permanecen casi igual: 50,6, con diferencias de décimos, y recién en el 2000 éste sube a 54,5.

Sur: General Alvear, San Rafael y Malargüe.

General Alvear

El hospital **General Alvear** muestra una tendencia con un pequeño descenso con respecto a la cantidad de egresos, pues ha bajado de 4595, en 1997, a 4588 en el 2000. Pero, si analiza desde el año 1998, el cual tuvo la mayor baja, -6,05%, la evolución tiene un rumbo en ascenso. También el porcentaje ocupacional tiene una tendencia en caída, que desciende gradualmente de 61,95% a 57,5%, pero esto, se debe en parte a que en el año 1999 y 2000 se incrementan los días camas disponibles, por que, aunque los egresos estaban subiendo, todavía estaba a un nivel más bajo que en 1997.

La evolución del promedio de permanencia es satisfactoria, desciende de 4,93 a 4,66, pero lo que no concuerda, aunque en pequeña proporción, es el curso de éste con el giro cama, nótase que al final de la evolución, el primero disminuye el 5,47%, y el segundo también en 1,96%.

San Rafael

La evolución de la producción de los egresos con respecto a 1997 del hospital **Schestakow** es negativa, lo que significa el -13,42%. Así, también desciende su porcentaje ocupacional de 56,6% a 49,01% hasta 1999, esto porque, en el 2000 este sube a 66,89%, pero esto, es consecuencia de la baja de los días camas disponibles, que al contrario del año 1998, en vez de bajar los días camas disponibles, lo aumentarían, lo que hizo más fuerte todavía, junto con la disminución de los egresos, la presión para que éste bajara. Y, recién en 1999, hubo una baja en los días camas disponibles que contribuye para que el porcentaje ocupacional no tenga un mayor descenso.

También en este hospital, no coincide el descenso del promedio de permanencia, de 5,72 en 1997 a 5,61 en el 2000, mientras que el primero, hasta 1999, va disminuyendo, el segundo también, y en el 2000, cuando ambos se incrementan.

Malargüe

El Hospital **Malargüe** tiene su punto alto en la producción de egresos en 1999 cuando aumenta el 16,27% sobre la cantidad de 1997, es válido resaltar que teniendo una evolución oscilante, éste termina con un saldo positivo, de 5,28%. Su porcentaje ocupacional era bajo y terminó la evolución más bajo todavía, de 39,21% pasó a 36,54%. En 1998, dos factores influyen en esto, uno es la disminución de los egresos en 6,41%, el otro es el aumento de los días camas disponibles en 4%, lo que resultó en el descenso del porcentaje ocupacional de 18,94%, en 1999, en virtud del incremento de los egresos, sube el porcentaje ocupacional, el 22,31%, lo que no es necesario que los días camas disponibles también aumentasen en 1,32%. En el 2000, la situación se agrava, teniendo en cuenta que bajan los egresos y los días camas disponibles suben el 7,38% sobre 1997, lo que hace que el porcentaje ocupacional vuelva a bajar a 36,54%.

Su promedio de permanencia baja de 3,89 a 3,49 en 1999, y en el 2000 sube a 3,7. El giro cama no acompaña este curso en 1998, cuando el promedio de permanencia baja el 10,03% y el giro cama también baja, el 9,81%, ya en los dos siguientes años la evolución de ambos coincide, pero el giro cama termina con un pequeño descenso, de 1,9%.

CAPÍTULO 9

Indicadores Vitales en la Provincia de Mendoza

Gran Mendoza: Capital, Godoy Cruz, Guaymallén, Las Heras, Maipú y Luján.

Capital

La población de la **Capital** aumenta gradualmente el 2,4% en el transcurso de la evolución, mientras que la natalidad disminuye el 10,34%. Con respecto a la mortalidad general y la infantil, la primera termina la evolución casi con la misma tasa, 0,2 puntos más bajo, aunque en 1998 y 1999, ésta sobrepasó en 0,3 puntos la tasa de 1997. La segunda también tiene un descenso, el cual, es de 15,06 a 14,5‰, pero, su menor tasa es de 9,82‰ en 1998. Lo que muestra, que desde la perspectiva de 1998 la mortalidad infantil tiende a subir. La menor tasa de la mortalidad de menores de 5 años, también es en 1998, de 12,2‰, luego vuelve a incrementarse a 15,5‰ situación ésta, casi igual la del 1997. La mortalidad neonatal y neonatal precoz han disminuido significativamente al final de la evolución, de 11,5 a 7,8 y 9,3 a 5,3‰, respectivamente, pero, más significativo es la baja que ambos tuvieron en el 1998, las cuales descendieron a 4,2 y 3,3‰. También la mortalidad neonatal tardía tiene su menor tasa en el 1998, 0,9‰, sin embargo, al contrario de las anteriores, su última tasa es más alta que la primera en 0,2 puntos, la cual es de 2,4‰. Lo que llama la atención, es el incremento que tuvo la mortalidad postneonatal, que pasó de 3,5 en 1997 a 6,8‰ en el 2000. La mortalidad fetal, fetal tardía e intermedia muestran un pequeño incremento al comparar el primero con el último año, sin embargo, también en estos indicadores, si se analiza el transcurso del primero al segundo año esta diferencia se torna mas grande. Mientras que la mortalidad perinatal I y II han bajado de 15,9 a 13,1‰ y de 19 a 16,5‰.

Por lo tanto, nótase que las tasas más amplias tienen una evolución en una escala con un pequeño descenso o de constancia, como es el caso de la mortalidad general, infantil y de menores de 5 años, es decir, que no hubo cambios significativos.

Godoy Cruz

Con un aumento de la población de 1,02% y una disminución significativa en la tasa de natalidad, de 17,61%, **Godoy Cruz** casi no modifica su tasa de mortalidad general, la cual es de

7,3‰ en 1997, y, así también fue con respecto a las muertes de los menores de 5 años, que en el primer año tenía una tasa de 17,8‰. Los indicadores neonatales tuvieron una baja de poca importancia, los cuales no llegaron bajar 2 puntos. Al contrario de esto, llama la atención que la mortalidad postneonatal, fetal y fetal tardía, que en 1998 descienden levemente, y después, se incrementan de la misma manera. La mortalidad perinatal I se incrementa más en 1999, a 19,2‰ que enseguida, desciende otra vez, quedando en una situación casi igual la de 1997, y la perinatal II, desciende de 20,8 a 19,7‰.

Guaymallén

Nótase, que los indicadores vitales de Guaymallén no tuvieron cambios importantes, por lo que la mortalidad general aumentó de 6,5 a 7‰, la natalidad disminuyó de 20,3 a 19,1‰, la infantil osciló en los cuatro años, teniendo 14,45‰ en 1997 y 14,10‰ en 2000, de la misma forma, la mortalidad de menores de cinco años, empezó con 16,9‰ y terminó con 16‰. Lo que sale fuera de la conclusión inicial, es la mortalidad materna que se incrementa de 2 a 6,2‰. De esto, obsérvase que en éste Departamento, el año crítico fue 1999, que es donde están las mayores tasas.

Las Heras

Entre las tasas que tuvieron los cambios más importantes en Las Heras, está la Natalidad, que disminuyó de 22,8 a 19,8‰, la mortalidad general, que aumentó de 5,7 a 6,3‰, la mortalidad infantil, que ha descendido de forma relativamente significativa, de 16,75 a 13,10‰, la mortalidad materna, que se incrementa discrepantemente de 2,5 en 1997 a 19,7‰ en 1999, y, la mortalidad de menores de cinco años, la cual, es optimista al descender de 19 a 15,3‰. Después, la mortalidad perinatal I y II, que disminuyen alrededor de 3 puntos.

Por lo tanto, verifícase, que mientras las tasas de mortalidad general, neonatal tardía y la materna, tienden a subir, las demás tasas de mortalidad, tienden a bajar.

Maipú

La mortalidad general de Maipú, también casi no se modifica durante el tiempo estudiado. Los indicadores de mortalidad que indican una menor ocurrencia de casos son la mortalidad infantil, que tiene una considerable disminución de 18,74 a 12,90‰, la de menores de cinco años, que lo hace de 21,6 a 17‰, la neonatal y neonatal precoz, postneonatal, fetal, y perinatal I y II.

Como ha pasado en otros Departamentos, aquí también la mortalidad materna indica que es conveniente ser vigilante con respecto a las tasas del mismo, por lo que se ha incrementado de 3,2 a 9,6‰. Y la tasa de natalidad, que se incrementa en 1998 de 22,2 a 24,4‰, después desciende, llegando a 2000 con 21,2‰.

Luján

En Luján, la mortalidad general ha permanecido igual durante la evolución, y tasa de natalidad, que aumenta de 21,9 a 24,9‰ en 1998, en el 2000 vuelve a la misma tasa de 1997. Los indicadores que evolucionaron de positivamente, es la mortalidad infantil, la de menores de cinco años, la neonatal, la neonatal precoz, la fetal, fetal tardía y perinatal I y II. Las tasas que lo hicieron al contrario, fueron la mortalidad materna que de 5,1 en 1997 pasa a 24,7‰ en 1999, y la postneonatal, que aumenta de 5,6 a 8,7‰.

Valle de Uco: Tunuyán, Tupungato y San Carlos.

Tunuyán

Teniendo en cuenta que la tasa de mortalidad general de Tunuyán no se modifica de forma significativa, y que la tasa de natalidad baja de 22,5 a 19,5‰, los indicadores vitales de este Departamento con mejores perspectivas, es la mortalidad infantil que desciende de 20,72 a 10,80‰, la de menores de cinco años, que disminuye de 24 a 15,6‰, la neonatal de 13,1 a 7,20‰, y la neonatal precoz que baja de 9,8 a 4,8‰. Al contrario de esto, los que tienden a agravarse, es la mortalidad materna, que en 1997 era de 10,90 y pasó a 36,1‰ en el 2000, y la mortalidad fetal tardía, que aumenta de 12 a 15,60‰ en los mismos años.

Tupungato

Al contrario de los demás Departamentos, la tasa de natalidad de Tupungato, se incrementa de 23,70 a 26‰, y también su mortalidad general, de 3,30 a 4,3‰. Obsérvase, que es considerable lo que ha bajado la tasa de mortalidad infantil y la de menores de cinco años, de 18,12 a 4,20‰, y de 18,10 a 12,6‰, respectivamente. Así, también fue con las tasas de mortalidad neonatal, postneonatal, fetal intermedia y perinatal II.

Las tasas de mortalidad que se han incrementado, es la materna, de 16,5 a 28,1‰, la fetal tardía, que tiene 6,60‰ en 1997, 10,50‰ en 1999 y 8,40‰ en el 2000. La perinatal I, al final de la

evolución, queda con una tasa un poco menor que la de 1997, pero estos números son bastante más altos en 1998 y 1999.

San Carlos

En San Carlos, la tendencia de la mortalidad general y de la tasa de natalidad tienden a un pequeño descenso, los cuales disminuye de 6,40 a 5,60‰ y de 20,6 a 19‰. Sin embargo, los siguientes indicadores lo hacen de forma significativa, éstos son la mortalidad infantil, menores de cinco años, neonatal y neonatal precoz. Por otro lado, los que aumentaron sus tasas a un ritmo acelerado, fueron la mortalidad fetal y fetal tardía, los cuales tienen los mismos números, de 3,60 subieron a 9,4‰.

Noreste: Lavalle, Santa Rosa y La Paz.

Lavalle

Vemos en este Departamento, que los indicadores de mortalidad que se incrementaron son más que los que han disminuido, como parte de los primeros, está la mortalidad general, materna, neonatal, neonatal precoz y tardía, fetal, fetal tardía, perinatal I y II, los cuales, tienen mayores diferencias en el año 1999.

Los indicadores que han evolucionado de forma positiva, o, que han bajado sus tasas, son la mortalidad infantil, que bajó de 16,88 a 11,60‰, teniendo en cuenta, que la tasa de 1999 fue de 25,09‰, la mortalidad de menores de cinco años, que tiene 26‰ en 1997, 30,10‰ en 1999, y 18‰ en el 2000, la postneonatal, que lo hizo de 9,10 a 2,60‰, la fetal intermedia, que bajó de 5 en 1998 a 3,90‰ en el 2000 y la tasa de natalidad, que pasó de 25 a 23,6‰. De esto, nótase, que las tasas de mortalidad más altas de este Departamento se encuentran en el año 1999.

Santa Rosa

En Santa Rosa, casi todos los indicadores de mortalidad, tuvieron un descenso substancial de sus tasas en el transcurso de 1999 a 2000, por lo que en 1999, las mismas se incrementaron asombrosamente con respecto a los años anteriores, y luego, en el 2000, bajaron de la misma forma. Lo que es distinto de la evolución de la tasa de natalidad, que ha bajado de 21,5 a 17‰. O sea, si el paso marcado por la tendencia que transcurre de 1999 a 2000 sigue, las expectativas de estos indicadores son buenas.

La Paz

Resulta, que en este Departamento, apenas dos de los indicadores de mortalidad terminan la evolución con una tasa más alta que la de 1997, pero, en general, en el transcurso de la misma, estos indicadores son bastante más altos que el primero año. A su vez, la población se incrementa en 5%, la tasa de Natalidad disminuye de 23,50 a 21,20‰, la mortalidad infantil de 18,69 a 4,90‰, y la de menores de cinco años de 28 a 9,90‰. Dos indicadores que llaman la atención, es la tasa de mortalidad materna que tiene 46,70‰ en 1997, y en los próximos años cero, y la mortalidad fetal intermedia, que tiene 4,70‰ en 1997, 19‰ en 1998, y 9,9‰ en el 2000.

Este: San Martín, Junín y Rivadavia.

San Martín

Con un aumento de la población de 4,32%, y una la tasa de natalidad que disminuye apenas décimos, San Martín, tiene un pequeño aumento en la mortalidad general, el cual pasa de 6,5 a 6,8‰. Pero, lo importante, es que ha bajado la mortalidad infantil de 18,19 a 13,9‰, sin embargo, en este indicador, así como, en la mortalidad de menores de cinco años, neonatal, neonatal precoz y tardía, que también han disminuido sus tasas, nótase, que estas mismas en el año 1998, tuvieron un incremento.

En un sentido contrario, las tasa de mortalidad fetal, fetal tardía y intermedia, perinatal I y II, incrementaron los casos, y de forma mas significativa, las dos primeras y la última.

Junín

Junín, también disminuyó la tasa de mortalidad infantil significativamente, de 15,05 a 9,7‰ en el 2000, pero, si se analiza con respecto a 1999, la situación es distinta, por lo que esta tasa es de 17,05‰. Su población ha aumentado en 4,92%, la tasa de natalidad tiene una pequeña baja, y, la mortalidad general se incrementa de 6,1 a 7‰. Los demás indicadores, salvo, la mortalidad postneonatal, que aumenta de 2,7 a 4,2‰, han bajado sus tasas en el total de la evolución, sin embargo, esto no es así, si se mira con respecto a 1999, las cuales, en este año, tienen la más alta tasa.

Rivadavia

La población de este Departamento se incrementa en 4,16%, y, la tasa de natalidad, junto con la mortalidad general tiene una leve disminución. Pero, es crítica la situación de la mortalidad infantil, la cual, se incrementa de 12,18 a 16,80‰. Al contrario del Departamento anterior, los demás indicadores se incrementan de forma preocupante, lo que crea una expectativa negativa con respecto a los mismos.

Sur: General Alvear, San Rafael y Malargüe.

General Alvear

También, para este Departamento el año 1999 fue crítico, siendo que la mayoría de los indicadores de mortalidad se incrementaron significativamente en este año, y para algunos, antes, en 1998. A ejemplo de esto, la tasa de mortalidad infantil sube del primero para el tercero año de 11,43 a 23,34‰, y después baja a 10,20‰ en el 2000, la mortalidad de menores de cinco años, en estos mismos años, tiene 13,50, 25,70 y 12,40‰, la neonatal 7,30, 18,7 y 9‰, la perinatal I 12,5, 28 y 6,8‰, y, la perinatal II 15,60, 30,30 y 12,40‰. Al contrario de esto, la tasa de natalidad disminuye 2,7 puntos en 1998 y permanece casi igual en los próximos años, 18,7‰.

San Rafael

La situación de San Rafael exige una posición de alerta, pues casi la mitad de sus indicadores de mortalidad tuvieron un incremento durante la evolución. Son estos, la mortalidad general, infantil, de menores de cinco años, neonatal, neonatal precoz, neonatal tardía y perinatal II. Las tasas de mortalidad postneonatal, fetal, fetal tardía y intermedia descienden, la perinatal I que baja en el 2000, tiene su mayor porcentaje en 1998, y la tasa de natalidad desciende de 21,1 a 19,1‰.

Malargüe

Con una tasa de natalidad que disminuye de 20,1 a 19,8‰, nótase, que ha variado de forma considerable la situación de los indicadores de Malargüe, donde algunas tasas suben considerablemente en el transcurso de 1999, mientras que otras, bajan en 1998. Las tasas de la mortalidad general permanecen casi en el mismo nivel, sin embargo, la mortalidad infantil y la de menores de cinco años disminuyen considerablemente, la primera de 23,86 a 13,40‰, y la segunda,

de 25,80 a 15,40%. De esto, conclúyese, que si permanece la tendencia marcada de 1999 a 2000, el escenario tiende a mejorar para la mayoría de los indicadores de Malargüe.

CAPÍTULO 10

Análisis de los Presupuestos Provinciales

Nótase que el monto de los presupuestos destinados a las Áreas Departamentales en los respectivos años, tienen una tendencia en ascenso, pues, el total general se ha incrementado de \$18.482.080,00 a \$23.109.578,00. Al calcular las variaciones de los montos presupuestarios, verificase que el único Departamento que tuvo una disminución del mismo fue San Rafael, que terminó 2001 con -9% que el monto de 1997.

Aclarase, que los porcentajes se han calculado teniendo en cuenta la variación de los presupuestos de todos los años. A seguir, se expondrán los porcentajes de variación presupuestario de los Departamentos según las zonas respectivas.

Zona de Gran Mendoza: Capital, Godoy Cruz, Guaymallén, Las Heras y Maipú.

La zona de Gran Mendoza que tuvo el menor incremento presupuestario fue Capital con 17%, después viene Godoy Cruz y Guaymallén 51%, Las Heras 85% y Luján y Maipú 56%.

Valle de Uco: Tunuyán, Tupungato y San Carlos.

Consta que Tupungato y Tunuyán tienen los más altos incrementos entre todos los Departamentos, los cuáles son de 241% y 178% respectivamente. Con el menor porcentaje de incremento de esta zona, está San Carlos que lo hizo en 86%.

Noreste: Lavalle, Santa Rosa y La Paz.

Los mayores incrementos presupuestarios de esta zona son los de La Paz y Lavalle, que tuvieron 76% y 35% respectivamente, enseguida está Santa Rosa, que tiene uno de los incrementos más bajos en el total general, 15%.

Este: San Martín, Junín y Rivadavia.

En la Región Este, encóntrase que Rivadavia tiene el tercer más alto incremento presupuestario, 160%. Diferente de Junín y San Martín, que tuvieron 73% y 71% respectivamente.

Sur: General Alvear, San Rafael y Malargüe.

Obsérvase que San Rafael es el único Departamento que tuvo una disminución del monto de los presupuestos, pues, el porcentaje final bajó en -9%. Por otro lado, los presupuestos de General Alvear y Malargüe se incrementaron en 40% y 93%.

Análisis de la Atención Ambulatoria relacionada con el Presupuesto ejecutado

Zona de Gran Mendoza: Capital, Godoy Cruz, Guaymallén, Las Heras y Maipú.

Los costos de las consultas de los Centros de Salud de la Capital están muy cerca al costo promedio general, los cuales, no se modifican significativamente durante la evolución. Los de Godoy Cruz, son más costosos en 1998, y marcan un leve incremento en su transcurso. De la misma forma, se encuentra la evolución de los costos de Guaymallén, Las Heras, Maipú y Luján, sólo, que estos están en mejor posición, debido a que se encuentran bajo el promedio de costos general.

Valle de Uco: Tunuyán, Tupungato y San Carlos.

Obsérvase, que los costos de las consultas de los Centros de Salud de Tunuyán, están entre los más bajos. Los de Tupungato, está entre los más bajos en 1998, sin embargo, enseguida se incrementa, pasando de \$9,09 a \$15,19. Los montos de los costos de San Carlos, son un poco más altos que los demás, teniendo \$12,79 por consulta en 1998, y \$16,39 en el 2001. De esto, lo que llama la atención, es el tamaño del incremento de los costos de las consultas en los últimos Departamentos.

Noreste: Lavalle, Santa Rosa y La Paz.

La evolución más optimista de ésta región es de Lavalle, que disminuye los costos de las consultas de \$16,83 a \$14,48, esto porque, los de La paz, se incrementan de \$12,10 a \$26,72, y los de Santa Rosa, de \$23,62 a \$33,03. Lo que pone a ambos, en las más altas posiciones en la clasificación general de costos.

Este: San Martín, Junín y Rivadavia.

Los costos de las consultas de Junín y San Martín se incrementan, pero, a un ritmo lento, el primero, que tenía el cuarto costo más bajo en 1998, \$9,33, lo incrementa a \$10,16, en el 2001, y el

segundo, con la tercera posición, en el mismo año, aumenta de \$8,32 a \$11,07. Resulta que Rivadavia, tiene el menor costo de las consultas al principio de la evolución, \$7,88, sin embargo, en los siguientes años, estos se incrementan, llegando a \$15,06 por consulta.

Sur: General Alvear, San Rafael y Malargüe.

Los costos más bajos en ésta zona, son los de San Rafael, los cuales se encuentran bajo el promedio, pero, aunque de forma poco importante, estos evolucionan de forma ascendente. Con un nivel de costos poco satisfactorio al principio de la evolución, está General Alvear, que tenía \$18,07 por consulta, sin embargo, esto se ameniza, cuando este costo desciende a \$13,78 en el 2001. La situación más preocupante, es de Malargüe, que tiene el costo más alto de todos los Departamentos, \$49,15 en 1998, y \$56,79 en el 2001.

Análisis de las Consultas Hospitalarias / Presupuesto

Zona de Gran Mendoza: Capital, Godoy Cruz, Guaymallén, Las Heras y Maipú.

Capital

Resulta, que la Capital es la zona con más alto costo de las consultas, estando los tres hospitales arriba del promedio de costo general de las consultas. Siendo que los que muestran signos de bajar los costos son el Central y el Carlos Pereyra. El Lagomaggiore, al contrario, los incrementa en 6%, pero, si se analiza, la evolución hasta el 2000, este incremento es de 13%.

Godoy Cruz

Como no se tiene a disposición los presupuestos del Monseñor Andrea, se analizará la situación del Hospital Lencinas; el cual, también tiene sus costos más altos que el promedio general, y no muestra señales de una disminución de los mismos, por lo que se mantiene con casi la misma cifra en los cuatro años.

Guaymallén

La situación de los dos Hospitales de este Departamento son antagónicas, pues, el Notti tiene sus costos más bajos y está ubicado bajo el promedio general, y, el Sauce, al contrario, tiene los costos más altos entre todos los hospitales. Sin embargo, la tendencia del Notti tiene un pequeño

descenso de 4%, y, la del Sauce, queda en la misma situación si se mira la evolución hasta el 2001, lo que se torna distinto, al analizar con respecto a 2000, el cual se incrementa en 5%.

Las Heras

Los costos de los Hospitales Chrabalowsky y Gailhac, están entre los más bajos. En cambio, el rumbo de la tendencia de los dos son distintas, pues, los costos del primero se mantienen en \$28, y los del segundo, tiene una leve caída, de 9%.

Maipú

Los Hospitales Metraux y Paroissien, también tienen los costos bajo el promedio, pero, los del Metraux son más bajos. Siendo que las cifras del primero permanecen en el mismo nivel, y las del segundo, desciende el 6%.

Zona del Valle de Uco: Tunuyán, Tupungato y San Carlos.

Tunuyán

El hospital Scaravelli, que tiene el costo de sus consultas bajo el promedio, tiene una perspectiva optimista, pues, además de esto, desciende los costos gradualmente de \$40 a \$34,88.

Tupungato

La misma situación, se repite con el Hospital General Las Heras, que, aunque en una pequeña escala, disminuye los costos de las consultas de \$26 a \$23,86.

San Carlos

Los costos de las consultas del Hospital Tagarelli se encuentran justo bajo el promedio general, pero, si su tendencia sigue el mismo ritmo, el escenario futuro de este tiende a ser mejor, por lo que las cifras descienden de \$51 a \$45,71.

Noreste: Lavalle, Santa Rosa y La Paz.

Lavalle

Clasificado como el quinto costo más bajo, el Hospital Sícoli está en una situación satisfactoria, pero, es menester ser vigilante, porque, si la tendencia de su evolución sigue el mismo rumbo, el nivel de sus costos empezará a perder mérito.

Santa Rosa

Los costos de las consultas del Hospital Santa Rosa, constan como los más bajos, los cuales, tienen una perspectiva de bajar todavía más, al disminuir de \$22 a \$19,31.

La Paz

Obsérvase que los costos de las consultas del Hospital Illia están bajo el promedio general, pero, es conveniente tomar medidas que cambie el rumbo de la tendencia, la cual sube.

Este: San Martín y Rivadavia.

San Martín

Es preocupante la situación de los costos de las consultas del Hospital Perrupato, que al principio, en 1998 y 1999, están por debajo del promedio general, pero, el escenario cambia en el 2000 y 2001, cuando éstos suben a \$64 y \$61,82, lo que los deja entre los más altos costos.

Rivadavia

La posición de los costos de las consultas del Saporiti es buena, por lo que es el segundo costo más bajo, y que además, tienden a una leve caída.

Sur: General Alvear, San Rafael y Malargüe.

General Alvear

Los costos de las consultas del Hospital General Alvear son menores que el promedio, de \$49 pasó a \$43,59, lo permite vislumbrar costos más accesibles en los próximos años.

San Rafael

Los dos Hospitales de este Departamento tienen los costos de las consultas ubicados arriba del promedio, por lo menos hasta 1999. Los del Schestakow, en mejor posición, tienden a bajar, por lo que disminuyen de \$50 a \$41,83. Los del Eva Perón, en 1998 y 1999 eran de \$72 y \$61, sin embargo, estos números descienden en el 2000 y 2001 a \$45 y \$44,28, lo que da una mejor perspectiva para el futuro.

Malargüe

Los costos de las consultas del Hospital Malargüe también están entre los más altos, pero, a juzgar por el descenso que marca la tendencia, éstos tienden a ser más bajos.

CAPÍTULO 11

Análisis Presupuestario de la Producción de Internación de los Hospitales

Gran Mendoza: Capital, Godoy Cruz, Guaymallén, Las Heras, Maipú y Luján.

Capital: Hospital Central, Lagomaggiore y Pereyra.

El crecimiento del presupuesto del Hospital Central no marca una tendencia concisa, el cual, tiene su mayor monto en el 2000, con 7,84% sobre 1998, sobre todo, en el último año muestra una cifra menor que el primero; en la misma situación, está el Lagomaggiore, con la diferencia de que en el 2001, el presupuesto sigue siendo mayor que en el 1998, aunque sea pequeña esta diferencia. Distinto, es la tendencia del Hospital Pereyra, que en general marca una escala en descenso pero con pequeñas diferencias.

Godoy Cruz: Lencinas y M. Andrea.

También los montos presupuestarios del Hospital Lencinas muestran un descenso, aunque poco significativo, terminando con $-3,33\%$ sobre el monto de 1998. Aclárase, que no se posee los montos del Hospital Monseñor Andrea.

Guaymallén: Hospital Sauce y Dr. H. Notti.

El Hospital El Sauce tiene la mayor baja en el presupuesto, $10,23\%$, considerando las cifras de 1998 y el 2001. Al contrario, el escenario del gráfico del Dr. H. Notti es ascendente, y, además, tiene el más alto incremento, de $11,52\%$.

Las Heras: Hospital Chrabalowsky y Gailhac.

El segundo Hospital que más ha aumentado el presupuesto es el Chrabalowsky, el cual, muestra claramente, en todos los años, un incremento, que al final resulta en una diferencia de $5,85\%$. El presupuesto del Hospital Gailhac, declina, finalizando con la tercera mayor pérdida, lo que significa el 9% .

Maipú: Hospital Paroissien y Metraux.

Los montos del hospital Paroissien que tiene una escala en ascenso, posee el tercero lugar entre los hospital que tuvieron un incremento. Con un presupuesto final que casi iguala al primero, el Metraux tiene una pequeña baja en su presupuesto considerando el primero y el último año, pero, es válido resaltar, que este se incrementa hasta el 2000 llegando a 5% sobre 1998.

Valle de Uco: Tunuyán, Tupungato y San Carlos.

Tunuyán: Hospital Scaravelli.

El presupuesto del Scaravelli al principio, en 1999, tiene un pequeño incremento de 2,5%, sin embargo, después, declina, quedando con una diferencia de -2,97% entre el primero y el último año.

Tupungato: Hospital General Las Heras.

El presupuesto del Departamento General Las Heras, muestra un pequeño incremento en 1999 y en el 2000, que de la misma manera en el 2001 lo disminuye, quedando apenas con -0,6% sobre 1998.

San Carlos: Hospital Tagarelli.

Los montos del presupuesto del Tagarelli son casi iguales hasta el 2000, lo que para el 2001, disminuye apenas el 2,71% sobre 1998.

Noreste: Lavalle, Santa Rosa y La Paz.

Lavalle: Hospital Sícoli.

Hasta el 2000, el incremento del presupuesto del Hospital Sícoli es constante, ya en el 2001, la situación se mantiene casi igual que el año anterior, lo que permite decir, que aunque en una pequeña escala, el presupuesto de este Hospital es ascendente.

Santa Rosa: Hospital Santa Rosa.

El Hospital Santa Rosa, que termina con $-9,72\%$ del monto inicial del presupuesto, tiene la segunda mayor baja, que a su vez, tendría una evolución constante si no fuera por el incremento de $2,84\%$ en el 2000 sobre 1999.

La Paz: Illia.

Al contrario del último, en el Hospital Illia, aunque con poca importancia, se incrementa el presupuesto, lo que significa una diferencia, entre 1998 y 2001, de $3,37\%$.

Este: San Martín, Junín y Rivadavia.**San Martín: Hospital Perrupato.**

La evolución del presupuesto del Perrupato desciende de forma constante y poco significativa entre 1998 y 2001, lo que corresponde a $-1,7\%$.

Rivadavia: Hospital Saporiti.

El $2,65\%$ fue el incremento total que tuvo el presupuesto del Saporiti, el cual fue incrementado hasta el año 2000, y en el 2001, ha sufrido una pequeña baja de $1,11\%$ sobre el año anterior.

Sur: General Alvear, San Rafael y Malargüe.**General Alvear: Hospital General Alvear.**

En el caso del General Alvear, recién en el año 2000 el presupuesto empieza a disminuir, finalizando 2001 con $2,36\%$ menos que 1998.

San Rafael: Hospital Schestakow y Eva Perón.

El presupuesto del Schestakow marca una tendencia en descenso, que terminó con -6% sobre 1998, el cual, tuvo la mayor baja en el 2001, $-3,5\%$, con respecto al año anterior. Nótese que

los montos de los presupuestos del Eva Perón no tuvieron una simetría, aunque todavía muestra una disminución de 2,78%.

Malargüe: Hospital Malargüe.

La evolución del presupuesto del Hospital Malargüe, que se incrementa apenas en el 2000, muestra una pequeña variación en el mismo, y disminuye el 4,78% entre 1998 y el 2001.

O sea, que teniendo en cuenta el promedio general, los hospitales con mayores presupuestos, en un orden decreciente, son, el Central, Lagomaggiore, Dr. H. Notti, Schestakow, Perrupato y el Paroissien. Después, entre los seis hospitales que tuvieron los mayores incrementos del presupuesto están el Dr. H. Notti, Chrabalowsky, Paroissien, Sícoli, Illia y el Lagomaggiore. En un contexto general, el año que tuvo el mayor presupuesto fue el 2000, pues, en la evolución general, este ha ascendido hasta este año.

CAPÍTULO 12

Análisis del Costo de la Producción por Internación con respecto a las Erogaciones Corrientes del Presupuesto

Zona de Gran Mendoza: Capital, Godoy Cruz, Guaymallén, Las Heras, Maipú.

Capital: Hospital Central, Lagomaggiore y Pereyra.

Hospital Central

Al relacionar la producción con el presupuesto, verificase, que hasta el 2000, se han incrementado los costos de los egresos en el Hospital Central debido a una baja en la producción de éstos, y en el 2000, esto se debe al incremento del monto del presupuesto. Recién en el 2001 la situación de torna más favorable, donde hemos proyectado la misma producción del año anterior por no disponer de los datos correspondientes, así, en este año el costo de los egresos disminuye a un nivel más bajo que el del 1998, esto surge, como consecuencia de un menor presupuesto asignado en este año.

Nótase, con respecto a los costos del promedio de permanencia y del giro cama, que mientras disminuyen los costos del primero, los del segundo aumentan. Es válido resaltar que en el 2000 los dos indicadores son afectados por el incremento del monto presupuestario, donde se incrementan más los costos todavía. Sobretudo, en el 2001 cuando se baja el presupuesto, el costo del promedio de permanencia termina siendo menor que el del 1998.

El costo del porcentaje ocupacional sería más simétrico si no fuera por el mismo incremento del presupuesto en el 2000, el cual, hizo que este año tuviera el costo más alto. Vale resaltar que en el año siguiente, con la misma producción (porcentaje ocupacional), pero con un presupuesto menor, el costo desciende a un nivel más bajo que el de 1998.

Llama la atención, los costos de los días camas disponibles, que tienen una evolución en descenso debido a que se aumentaron las camas, de ser al contrario, éstos serían más altos. Pero, si se analizan los costos de los días camas reales, esto se torna más alarmante, cuando el menor porcentaje que se incrementa es de 10% en 1998.

En un análisis más detenido, se multiplicó los costos de los días camas reales por el promedio de permanencia, lo que resulta en el costo de cada internación. Así, obsérvase que la evolución de las cifras son ascendentes hasta el 2000, y en último año disminuye, quedando a un nivel más bajo que los costos de 1998. Como resultado de esto, son discrepantes las cifras que cuesta cada internación, donde el mínimo es de \$1.816,69 y el máximo de \$2.009,88. Lo que ubica a este Hospital, como el sexto con más alto costo por internación.

Hospital Lagomaggiore

El incremento de los costos de los egresos del Hospital Lagomaggiore hasta 1999, es consecuencia de la disminución de los egresos. Ya, en el 2000 y 2001, se agrega otra causa, pues, se incrementa el presupuesto a un nivel más alto que los años anteriores.

Con respecto a los costos del promedio de permanencia y del giro cama, éstos evolucionan de forma correspondiente, siendo que el primero sube y el segundo desciende. A causa del incremento del presupuesto en el año 2000, ambos indicadores suben sus costos de forma considerable.

La trayectoria de los costos del porcentaje ocupacional también es afectada por el incremento de los presupuestos del 2000 y 2001. Pues, éstos habían bajado hasta 1999, efecto de la disminución del presupuesto y del incremento del porcentaje ocupacional. En el 2000, la situación se revierte, y el costo de este indicador sube, como consecuencia de la expansión del presupuesto, aunque el porcentaje ocupacional seguía en el mismo ritmo. Ya, en el 2001, con un menor presupuesto, estos costos descienden.

En consecuencia de la disminución de los días camas y del incremento de los presupuestos, los costos de este indicador suben de \$106,04 a \$129,52, lo que muestra de forma clara, que la primera causa no justifica la segunda. Al tomar los días camas reales, la situación se agrava, por lo que las cifras anteriores se incrementan en 29,77% y en 23%.

Otro indicador que comprueba la influencia del presupuesto en los costos, es el día cama disponible multiplicado por el promedio de permanencia, pues, aunque los números de este indicador hayan bajado, no justifica el incremento de \$836,69 en 1998, a \$958,70 en el 2000. O sea, que cada paciente está costando más, por apenas, tener a disposición una mayor cantidad de recursos.

Hospital Carlos Pereyra

La evolución de los costos de los egresos del Hospital Pereyra tiene una escala ascendente que es provocada también por el incremento de los montos de los presupuestos de los años 2000 y 2001, seguida por la menor cantidad de egresos.

Los costos del promedio de permanencia disminuyen, y los del giro cama aumentan, provocado por la expansión del presupuesto. Esta misma explicación, también sirve para la evolución de los costos del porcentaje ocupacional, que no ha bajado más, debido al incremento del presupuesto.

Con respecto a los costos de los días camas, este hospital tuvo una pequeña baja, que no fue más significativa, porque a partir del 2000 se incrementó el presupuesto. Lo que llama la atención, es que se han aumentado las camas, acción no justificada, por lo que los egresos disminuyeron. El promedio de la diferencia entre los costos de los días camas y los días camas reales, es de 10% más.

Los costos de cada paciente, que sería el costo de los días camas reales multiplicado por el promedio de permanencia, han incrementado a lo largo de la evolución de \$1.361,22 a \$ 1.388,90, debido al incremento del presupuesto. Motivo por el cual, estos costos se encuentran arriba del costo promedio general.

Godoy Cruz: Hospital Lencinas y M. Sr. Andrea.

Hospital Lencinas

Obsérvase, que el Hospital Lencinas tiene un alto costo en los egresos al considerar que los costos de hospitales de mayor complejidad están por debajo de este. O sea, que el año que tuvo el menor costo por egreso fue 1998, y costaba \$ 3.332,82, el cual, se que incrementó a \$4.307,20 en el 2001.

La baja del costo del promedio de permanencia fue seguida por un aumento del costo del giro cama. El bajo porcentaje ocupacional influyó a que hubiera una expansión de sus costos, aunque el monto de los presupuestos hubiera disminuido. De esta forma, conforme al porcentaje ocupacional del último año, se está utilizando apenas 60,52% de la capacidad de este Hospital, lo que permite decir, que el uso de los recursos asignados al mismo se está dando de forma ineficiente.

Los costos de los días camas disponibles, al final de la evolución, quedan en la misma situación, pero, si se analiza el costo del año 2000, nótase que este es el más alto, que es cuando el presupuesto vuelve a incrementarse. En este indicador se puede notar la baja producción de este hospital, esto porque, aunque en pequeña proporción, se disminuyen las camas, pero, el porcentaje ocupacional sigue bajando. Obsérvase, que los costos de los días camas de este Hospital casi se igualan a los del Lagomaggiore, que es un hospital de alta complejidad. Y, si se analizan los costos de los días camas reales, la situación se agrava más todavía, cuando éste, aumenta los costos anteriores en un promedio de 55% por año, lo que causa un alto precio por cada internación. Al relacionar éste con el promedio de permanencia, nótase que las internaciones de este Hospital llegan a ser más caras que las de los Hospitales de alta complejidad, pues, las cifras evolucionan de \$3.331,97 a \$4.307,28.

Hospital Monseñor Andrea

Aclárase, que no será posible analizar el Hospital en cuestión por no poseer los presupuestos del mismo.

Guaymallén: Hospital Sauce y Dr. H. Notti.

Hospital Sauce

Cónstase que el Hospital Sauce tiene uno de los más altos costos por egresos, con un valor de \$1.995,02 en 1998 por cada egreso. Sin embargo, los mismos han bajado a lo largo de la evolución, efecto causado por el aumento del número de egresos y por los menores presupuestos de los últimos años.

En direcciones opuestas, el costo del promedio de permanencia aumenta, debido al descenso de los números de este indicador y el del giro cama disminuye. El costo del porcentaje ocupacional baja debido a los menores presupuestos y al aumento del porcentaje ocupacional. Lo que es satisfactorio, son los costos de los días camas disponibles, que ya eran bajos y cayeron todavía más, pues de \$37,98 pasó a \$31,53. Al cruzar los días camas reales con el promedio de permanencia, verifícase que éste ha descendido de \$1.995,00 a \$1.478,06, pero, aún siguen altos, esto se debe, a que el promedio de permanencia de este Hospital es bastante extenso. Vale decir, que en esta institución, los costos de este último indicador, se encuentra como el quinto más alto de todos los Hospitales.

Hospital Dr. H. Notti

Si se comparan los costos de los egresos de 1998 con los del 2001, se concluye que casi no se modificaron, aunque hayan crecido en una pequeña proporción. Sin embargo, sobresale los números del año 1999, donde se encuentra el más alto costo por egreso, esto porque, es justo en este año que disminuyen los egresos, y a la vez, empieza a subir el monto del presupuesto.

En este caso, la situación de los costos del promedio de permanencia y los del giro cama es distinta, por lo que los costos de ambos indicadores suben, aunque el promedio de permanencia haya bajado y el giro cama subido. Esto, se debe a que los montos de los presupuestos también han aumentado.

Nótase, que los costos del porcentaje ocupacional aumentaron, como consecuencia del descenso de este indicador y del incremento del monto del presupuesto, sin embargo, en un sentido contrario, los costos de los días camas disponibles subieron.

Con respecto a los costos de los días camas reales, los cuales, tuvieron un incremento, se puede decir que no son satisfactorios, tampoco los de los días cama. Teniendo en cuenta, que la diferencia de los costos del segundo para el primero están en un promedio de 17,75% más alto.

El costo de los días camas reales multiplicado por el promedio de permanencia de este Hospital es satisfactorio por lo que se encuentra bajo el promedio en la clasificación general, pero esto, se debe al bajo promedio de permanencia y no a los costos de los días camas reales.

Las Heras: Hospital Chrabalowsky y Gailhac.

Hospital Chrabalowsky

En este hospital se nota una falta de coherencia entre el monto del presupuesto y la producción del mismo, pues, la consecuencia de un aumento del presupuesto y una “baja”, o igual, cantidad de egresos, es un aumento de los costos de los egresos, los cuales, se pueden comprobar en la evolución del mismo.

En la misma tendencia, los costos del promedio de permanencia, los del giro cama, y los del porcentaje ocupacional también aumentan, vale resaltar, que además del presupuesto, lo que hace que los costos de este último se incrementen es su bajo porcentaje ocupacional. Lo que permite decir, que se asignan recursos que traspasa la necesidad de esta institución.

Además de analizar el incremento de camas sin una justificación, y, por otro lado, el incremento de sus costos, es menester, sobretodo, observar la desproporción del incremento que tienen los costos de los días cama al pasarlos a días cama reales, donde el menor incremento es de 359%. Otra situación delicada, es la que muestra los costos de las internaciones, los cuales se incrementan asombrosamente, estando clasificado como el tercer hospital con más alto costo en este indicador.

Hospital Gailhac

Con un presupuesto que disminuye y una cantidad de egresos que es casi la misma en los cuatro años, los costos de los egresos del Hospital Gailhac han bajado levemente. Pero, el escenario cambia al verificar que este Hospital tiene el mayor costo por egresos entre todos los demás.

El costo del promedio de permanencia ha disminuido en virtud de los menores montos presupuestarios, sin embargo, los del giro cama aumentaron. Obsérvase, que el costo del porcentaje ocupacional termina con un leve descenso sobre 1998, pero, a lo largo de la evolución, si se analizan los costos del año 2000, constátase que existe un incremento del mismo, esto porque, del año anterior a éste, el presupuesto se incrementa teniendo como justificación apenas 3 egresos.

A juzgar por el precio de los días cama, que no son altos y que tiene un leve declive en su evolución, conclúyese, que el factor crítico de los costos de este Hospital es el promedio de permanencia. Donde el porcentaje ocupacional es satisfactorio, sin embargo, son pocos los pacientes que hacen uso de estas camas. Una prueba de esto, es que los costos de las internaciones de este Hospital, está clasificado como el más alto de todos los demás Hospitales.

Maipú: Hospital Paroissien y Metraux.

Hospital Paroissien

En este caso, es notable que se haya incrementado el presupuesto y la cantidad de egresos haya bajado, lo que resulta, consecuentemente, en un mayor costo por egreso. A su vez, este mismo

hecho, ha influenciado en la evolución de los costos del promedio de permanencia y los del giro cama, lo cuales tuvieron un ascenso.

Teniendo en cuenta el incremento presupuestario y el bajo porcentaje ocupacional, por supuesto, que el costo de este indicador sigue la misma tendencia de los demás. Pero, es menester analizar el promedio de los costos que se pagan demás por tener este bajo porcentaje ocupacional, cuando se calcula la diferencia entre los días camas disponibles y los días camas reales, los cuales, el resultado es que se tornan un 60% más caros. Sin embargo, con respecto a los precios de las internaciones, éstos están entre los más bajos, pero tienden a aumentar. De esto, a juzgar por la diferencia de costos entre los días camas disponibles y de los días cama reales, se puede decir que es posible bajar los costos con un mayor porcentaje ocupacional, o, con un menor presupuesto.

Hospital Metraux

En este Hospital, nótase que no es coherente la relación entre la evolución de los montos de los presupuestos y de la cantidad de egresos, pues, los precios de los egresos aumentan debido a que el primero se incrementa y el segundo disminuye, recién en el 2001, se percibe una baja del monto del presupuesto, pero, al tener una disminución de los egresos, el costo de los mismos siguen más altos que los dos primeros años.

Mientras los costos del promedio de permanencia disminuyen, el del giro cama aumenta. Con un bajo porcentaje ocupacional, los costos de este indicador, como en los demás, bajan recién en el 2001 a un nivel más bajo que el del 1998.

Con un incremento del costo de los días cama hasta el 2000, parece no coherente que este Hospital haya incrementado camas en el 2000, cuando el porcentaje ocupacional era de 25,54%. Por supuesto, que con un porcentaje ocupacional tan bajo, los costos de los días cama reales tendrían que ser bastante más altos que los de los días camas disponibles, por lo que el promedio de diferencia es de 295%.

Lo que hace que los precios de las internaciones de este Hospital sean altos y continúen creciendo a punto de por encima del promedio del costo general, no es el promedio de permanencia, pero sí, los costos de los días camas reales que se incrementan.

Zona del Valle de Uco: Tunuyán, Tupungato y San Carlos.

Tunuyán: Hospital Scaravelli.

Resulta, que este Hospital tiene un pequeño descenso en la evolución de los costos de los egresos, que a su vez, son los costos más bajos al compararlo con otros Hospitales. Pero, a juzgar por el porcentaje ocupacional del mismo, conclúyese, que este costo podría ser más bajo todavía.

El costo del porcentaje ocupacional tiene un leve descenso desde 1999, debido a que en este año el monto del presupuesto se eleva junto con un pequeño incremento del porcentaje de ocupación, el cual, es justificado con apenas 35 egresos más. Sin embargo, en este caso, también se repite la situación de que estos costos son altos por tener un porcentaje ocupacional bajo.

Los costos de los días cama disminuyen un porcentaje poco significativo, los cuales, están entre los más bajos, pero, al calcular este costo con respecto al porcentaje ocupacional, éstos se expanden en un promedio de 83%. Así, conclúyese, que lo que hace que el costo de las internaciones del Scaravelli figure como el segundo más bajo, es su bajo promedio de permanencia, y no los costos de los días camas reales.

Tupungato: Hospital General Las Heras.

Nótase, que el aumento del monto del presupuesto de este Hospital hasta 1999, no fue correspondido con una mayor producción, debido a que aumentaron apenas tres egresos con respecto al año anterior. En el 2000, la situación se torna aún menos coherente, cuando los egresos disminuyen. Recién en el 2001 esta cuestión se ameniza, al haber un menor monto presupuestario. Como consecuencia de esto, al calcular los costos de los egresos, tenemos un incremento de los mismos.

En este sentido, los costos del porcentaje ocupacional se elevan, efecto del incremento presupuestario y del bajo porcentaje ocupacional. Resultado de esto, el incremento de los costos entre los días camas disponibles y los días cama reales, es de un promedio de 141%. Al analizar los costos de las internaciones, que están entre los más bajos, y que muestran un leve declive en su evolución, constátase que este incremento se debe al bajo porcentaje ocupacional y no a los costos de los días cama reales.

San Carlos: Hospital Tagarelli.

Si se comparan la evolución de los precios de los egresos, que han bajado el 19,88%, con la de los números del porcentaje ocupacional, conclúyese que estos costos todavía son altos, por lo

que el porcentaje ocupacional más alto es de 35,98%. Lo que muestra, que el Hospital tiene capacidad ociosa para incrementar la producción, y, así, disminuir los costos.

Los costos del promedio de permanencia se incrementan, como consecuencia del pequeño descenso de este indicador y el incremento presupuestario, el del giro cama, al contrario, disminuye en virtud del descenso del mismo. El costo del porcentaje ocupacional disminuye como efecto del pequeño aumento en la ocupación de las camas, sin embargo, al mirar los mismos porcentajes ocupacionales, percíbese, que es bastante obvio que es posible disminuir todavía más estos costos.

Con una tendencia en ascenso, el costo de los días cama de este Hospital es alto, y se igualan a los de los hospitales de mayor complejidad. Pero, la situación se agrava cuando estos pasan a días cama reales, los cuales, se incrementan en un promedio de 212%. En consecuencia de esto, el costo de las internaciones de este Hospital está clasificado como el séptimo más alto, estando, por supuesto, más alto que el promedio general.

Zona Noreste: Lavalle, Santa Rosa y La Paz.

Lavalle: Hospital Sícoli.

Las causas del aumento de los precios de los egresos de este Hospital en los dos últimos años, es la expansión del presupuesto y del descenso en la cantidad de egresos. La misma situación, ocurre con respecto al promedio de permanencia, el cual, tiene un incremento de los costos.

Como consecuencia del bajo porcentaje ocupacional, el precio del mismo se incrementa, pero, lo que llama la atención, es que en el año 2000, con tan bajo porcentaje ocupacional y teniendo un menor número de egresos, todavía se han agregado más camas. Lo que sí es discrepante, es el salto que tuvieron los costos al pasar de días camas disponibles a días cama reales, lo que significa un promedio de 159%. O sea, que se paga un 159% más de lo que se debería pagar por el porcentaje ocupacional existente. En este sentido, con respecto al costo de las internaciones de este Hospital, éstos están ubicados por encima del promedio general, y cuando analizamos la evolución de los mismos, vemos que el precio de cada internación está aumentando.

Santa Rosa: Hospital Santa Rosa.

Al mirar los números de este Hospital, nótase que hubo una muy baja producción. Los costos de sus egresos se igualan a los de los hospitales de mayor complejidad, y disminuyen apenas en el 2001.

Los costos del porcentaje ocupacional están entre los más bajos, pero, el mismo indicador revela que este costo es alto, por lo que el porcentaje ocupacional más alto en los cuatro años es de 20,16%. Pero, lo que causa espanto, es el incremento de los costos de los días cama, que a su vez, es razonable, cuando pasa a días cama reales, el cual, expande en un promedio de 449%. Siendo el motivo, por el cual, que hace que el precio de las internaciones esté más alto que el promedio general, y que además, supera los costos de Hospitales como el Lagomaggiore y el Perrupato.

La Paz: Hospital Illia.

Los costos de los egresos del Illia han aumentado, aunque de forma poco importante, por supuesto, que esto es consecuencia del aumento de los montos de los presupuestos y de la disminución de los egresos. A lo largo de la evolución se constata que se incrementaron los costos, pero, si se mira desde el año 2000 esta tendencia tiende a caer. Aquí, una vez más, se verifica un aumento en la asignación de los recursos donde hubo una menor utilización de los mismos.

Los costos del giro cama acompañan los del promedio de permanencia, que también son afectados por el incremento del presupuesto, los cuales, van en una escala ascendente. En este sentido, se nota también que el costo del porcentaje ocupacional sigue el mismo rumbo, que además, tiene como otra causa el bajo porcentaje ocupacional. La situación del ritmo ascendente de los costos, también se repite con los días cama. Las cuales, fueron incrementadas en el 2000 sin necesidad, teniendo en cuenta el bajo porcentaje ocupacional que había.

Pero, la situación se torna más alarmante cuando se calculan los costos de los días cama reales, donde el promedio de incremento de los días cama para este es de 89%. De esta manera, el costo del último indicador multiplicado por el promedio de permanencia, que resulta en el precio de cada internación, está ubicado por encima del promedio general. La tendencia de este indicador tiene un leve declive, sin embargo, no le quita el estado de situación grave.

Zona Este: San Martín y Rivadavia.

San Martín: Hospital Perrupato.

Al tomar los costos de los egresos del Hospital Perrupato del primero y el último año, nótase que hubo una disminución del mismo, alrededor del 3%, pero, si se analizan los costos del año 2000, obsérvase que éste se eleva, siendo el más alto costo por egresos de la evolución.

El porcentaje ocupacional que permanece igual, también disminuye sus costos en el total de la evolución, salvo en el 2000, cuando el presupuesto se expande. El costo de los días cama, que se encuentran entre los más bajos, es satisfactorio. En este caso, el promedio de costo que se incrementa del último indicador a los días cama reales, es de 28%. Los costos de las internaciones son optimistas al bajar de \$687,43 a \$663,15, y que además, consta como el tercer costo más bajo en la clasificación general.

Rivadavia: Hospital Saporiti.

En virtud del incremento en la cantidad de egresos de este Hospital, los costos de los mismos han bajado levemente, lo que significa el 4,9%. El costo del promedio de permanencia ha aumentado, como consecuencia del descenso de los números de este indicador y del incremento presupuestario, al contrario de los costos del giro cama, que han bajado. En este sentido, aunque en un porcentaje poco importante, los costos del porcentaje ocupacional también bajaron, pero, todavía siguen altos considerando que el porcentaje ocupacional está casi en la mitad de los que se considera un porcentaje óptimo.

El bajo porcentaje ocupacional se denota en el alto precio que paga por los días cama reales, los cuales, se incrementan en un promedio de 90% al transformar los costos de los días camas en estos. Aunque la tendencia de los costos de las internaciones se muestre en declive, y su ubicación en la clasificación general esté bajo el promedio general, es conveniente asegurarse de que éstos sigan así...

Zona Sur: General Alvear, San Rafael y Malargüe.

General Alvear: Hospital General Alvear.

En el caso del Hospital General Alvear, nótase que hubo un transcurso un poco distinto con respecto a los costos de los egresos, pues, éstos bajan un 8,3% en consecuencia del aumento en la cantidad de los egresos, y también por el descenso del monto de los presupuestos que se dieron a partir del año 2000.

El aumento de los costos del promedio de permanencia fue seguido por una baja de los costos del giro cama, los cuales, fueron provocados por el pequeño descenso del promedio de permanencia y por el incremento del presupuesto en 1999 y 2000.

En los costos del porcentaje ocupacional, vemos que éstos se elevan, los motivos son los siguientes: que el porcentaje ocupacional era bajo y baja todavía más, y por el incremento del presupuesto. En este sentido, lo que se nota, es que hubo una mayor asignación de recursos donde ya habían recursos ociosos. Otro factor que comprueba esto, es que los costos de los días camas disponibles han bajado, que fue, en parte, consecuencia del aumento de la cantidad de camas cuando no era necesario.

Pero, lo llamativo es el porcentaje de los costos que se incrementan al calcular los días camas reales teniendo en cuenta el bajo porcentaje ocupacional, pues, el menor porcentaje que se incrementa en los cuatro años, es de 69%. Consecuentemente, esto hace que cada paciente tenga un alto costo al considerar el promedio de permanencia del mismo. Lo que significa pagar el precio bastante elevado de \$802,48 por 4,66 días.

San Rafael: Hospital Schestakow y Eva Perón.

Hospital Schestakow

A juzgar por el incremento de los costos de los egresos del Hospital Schestakow y la disminución de sus egresos, concluyese que sus presupuestos todavía son altos.

Los costos del promedio de permanencia y del giro cama bajan, pero, entre ambos, con respecto a los números de los indicadores, se produce una incógnita, porque en el año 1999 cuando los números del primero bajan, los del segundo también bajan, después, cuando el primero sube apenas décimos, el segundo sube once puntos. Lo que permite decir que estos números no son coherentes.

La evolución de los costos del porcentaje ocupacional es optimista pero no satisfactoria, teniendo en cuenta que el porcentaje de ocupación sigue bajo. Los costos de los días camas disponibles están entre los más bajos, sin embargo, obsérvase que este tiene una tendencia en ascenso. Al calcular los costos de los días cama disponibles, teniendo en cuenta el porcentaje ocupacional, los costos se incrementan en un promedio de 71%. Considerando que los costos de las

internaciones de esta institución esta como el quinto más bajo, se lo considera satisfactorio, pero, al analizar la evolución del mismo, la cual, tiende a incrementarse, es válido ser vigilante.

Hospital Eva Perón

Con un pequeño incremento en la cantidad de egresos y una disminución del presupuesto, de 2,8%, obsérvase que el Hospital Eva Perón tiene una ligera baja en los costos de los egresos, lo que no corresponde, es que esta institución, siendo de pequeño porte, tenga el segundo costo más alto de los egresos entre todos los hospitales.

Al mirar los números del promedio de permanencia, ya se puede tener claro el motivo por el cual este Hospital tiene el segundo costo más alto por internación. Lo que es motivo de satisfacción, son los precios del porcentaje ocupacional, que están en descenso y son los más bajos en la clasificación general. Al analizar los costos de los días camas disponibles, obsérvase una vez más, que los altos costos de los egresos de este Hospital, se debe al alto promedio de permanencia de los mismos, esto porque, el costo de los días camas disponibles de ésta institución, se ubica como el segundo más bajo entre las demás.

Lo que comprueba lo dicho anteriormente, son las impresionantes sumas que cuestan cada internación en este Hospital, \$23.295,32 en 1998, y \$20.376,88 en el 2001.

Malargüe: Hospital Malargüe.

La tendencia de los costos de los egresos del Hospital Malargüe es positiva, pues, ésta tiene un declive de 15,48% de 1998 a 2001. La misma perspectiva se puede tener con respecto a los costos del promedio de permanencia y del giro cama, que siguen la misma tendencia. En el caso del porcentaje ocupacional, los costos también bajan, pero, se debe considerar que todavía están bastante altos debido a que el porcentaje ocupacional es muy bajo.

Y, una vez más, se nota el peso del bajo porcentaje ocupacional en el incremento de los costos de los días cama a los de los días cama reales, pues, éstos se expanden en un promedio de 179%. Sin embargo, sobretodo, nótase un pequeño descenso en la evolución de los mismos. Así, es conveniente decir, que están altos los precios de los días cama reales, por lo que el costo de las internaciones de este Hospital es más alto que el promedio general.

ANEXOS

ANEXO 1

TABLAS Y GRÁFICOS DE LA PRODUCCIÓN DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\TABLA 1.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\GRAFICO 1.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\TABLA 2.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\GRAFICO 2.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\TABLA 3.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\GRAFICO 3.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\TABLA 4.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\GRAFICO 4.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\TABLA 5.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\GRAFICO 5.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\TABLA 6.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\GRAFICO 6.xls](#)

ANEXO 2

TABLAS Y GRÁFICOS DE LA PRODUCCIÓN DE INTERNACIÓN EN LOS HOSPITALES

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\TABLA 7.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\GRAFICO 7.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\TABLA 8.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\GRAFICO 8.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\TABLA 9.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\GRAFICO 9.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\TABLA 10.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\GRAFICO 10.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\TABLA 11.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\GRAFICO 11.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\TABLA 12.xls](#)

[..\Análisis del sistema de salud del sector público de Mendoza\GRAFICO 12.xls](#)

[TABLA 13.xls](#)

[GRAFICO 13.xls](#)

[TABLA 14.xls](#)

[GRAFICO 14.xls](#)

[TABLA 15.xls](#)

[GRAFICO 15.xls](#)

ANEXO 3

TABLAS Y GRÁFICOS DE LOS INDICADORES VITALES EN LA PROVINCIA DE MENDOZA

[TABLA 16.xls](#)

[GRAFICO 16.xls](#)

[TABLA 17.xls](#)

[GRAFICO 17.xls](#)

[TABLA 18.xls](#)

[GRAFICO 18.xls](#)

[TABLA 19.xls](#)

[GRAFICO 19.xls](#)

[TABLA 20.xls](#)

[GRAFICO 20.xls](#)

[TABLA 21.xls](#)

[GRAFICO 21.xls](#)

[TABLA 22.xls](#)

[GRAFICO 22.xls](#)

[TABLA 23.xls](#)

[GRAFICO 23.xls](#)

[TABLA 24.xls](#)

[GRAFICO 24.xls](#)

[TABLA 25.xls](#)

[GRAFICO 25.xls](#)

[TABLA 26.xls](#)

[GRAFICO 26.xls](#)

[TABLA 27.xls](#)

[GRAFICO 27.xls](#)

[TABLA 28.xls](#)

[GRAFICO 28.xls](#)

[TABLA 29.xls](#)

[GRAFICO 29.xls](#)

[TABLA 30.xls](#)

[GRAFICO 30.xls](#)

ANEXO 4

TABLAS Y GRÁFICOS DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA RELACIONADA CON EL PRESUPUESTO EJECUTADO

[TABLA 31.xls](#)

[GRAFICO 31.xls](#)

[TABLA 32.xls](#)

[GRAFICO 32.xls](#)

[TABLA 33.xls](#)

[GRAFICO 33.xls](#)

ANEXO 5

TABLAS Y GRÁFICOS DEL ANÁLISIS PRESUPUESTARIO DE LA PRODUCCIÓN DE INTERNACIÓN DE LOS HOSPITALES

[TABLA 34.xls](#)

[GRAFICO 34.xls](#)

[TABLA 35.xls](#)

[GRAFICO 35.xls](#)

[TABLA 36.xls](#)

[GRAFICO 36.xls](#)

[TABLA 37.xls](#)

[GRAFICO 37.xls](#)

[TABLA 38.xls](#)

[GRAFICO 38.xls](#)

[TABLA 39.xls](#)

[GRAFICO 39.xls](#)

[TABLA 40.xls](#)

[GRAFICO 40.xls](#)

[TABLA 41.xls](#)

[GRAFICO 41.xls](#)

[TABLA 42.xls](#)

[GRAFICO 42.xls](#)

Conclusiones

Esta investigación pretende ser un instrumento útil para la evaluación de la calidad, el rendimiento y el mejoramiento del desempeño del sistema de salud de la provincia de Mendoza, la formulación de las políticas de salud, una correcta toma de decisiones y asignación de recursos.

Para comparar la evolución de producción se tomó como base igual al cien por ciento (100%) el año 1997 para analizar si se cumplen los objetivos propuestos por la Atención Primaria de la Salud que debería reflejar un incremento de las consultas externas de los Centros de Salud y disminución de las mismas en los hospitales y la disminución de la atención secundaria y terciaria de la salud. Con esto se dio cumplimiento al Objetivo General de este trabajo: Realizar el diagnóstico de situación del Sistema de Salud Público de la Provincia de Mendoza de acuerdo al modelo de atención primaria de la salud.

Según el análisis presentado en el trabajo se cumplieron los objetivos específicos: Diagnóstico de situación del sector de Salud Público a través de la producción 1997 – 2000 y su correlato con los presupuestos sancionados y ejecutados desde 1998 al 2001.

En cuanto a la verificación de Hipótesis:

- El gasto en salud va hacia el tratamiento y la recuperación de la salud y no hacia la promoción. En el análisis de los datos se verificó que la mayor parte de las Erogaciones Corrientes de los Presupuestos del Ministerio de Desarrollo Social y Salud van hacia los Hospitales y no hacia las Áreas Departamentales de Salud (A.D.S) que no siempre articulan sus acciones con las Areas de Salud Municipales.
- No se destinan fondos suficientes a la atención primaria de la salud, porque los fondos de los programas preventivos provienen de la Nación y no se registra su accionar en el Departamento de Bioestadística.
- No hay articulación intersectorial en cuanto a la salud de la población porque siguen actuando por separado los centros de salud de las A.D.S del Ministerio de Desarrollo Social y Salud y las Areas de Salud Municipales. Coordinación que tampoco existe entre los Centros de Salud y los Hospitales del mismo departamento.

A fin de sostener las afirmaciones que están en los párrafos anteriores, a seguir se mostrará un resumen de los datos correspondientes a cada zona:

Zona de Gran Mendoza: Capital, Godoy Cruz, Guaymallén, Las Heras y Maipú.

Lic. Fernando dos Santos

Al analizar los montos de los totales de los presupuestos, o sea, de los hospitales y de las A.D.S, nótase que los hospitales son los que tienen a su disposición la mayor parte de los recursos, pues en el año 1998 los hospitales de esta región obtuvieron el 82,81% y en el 2001 el 79,45% de ellos. Sin embargo es menester considerar algunos puntos: el alto costo de la internaciones en los hospitales, como por ejemplo, el del hospital Central \$1.816,69; el bajo porcentaje ocupacional del hospital Sauce 44,13% en el año 2001, con un costo de internacion de \$1.478,06; el costo de las internaciones del Gailhac \$49.124,02; hospital Metraux tiene un porcentaje ocupacional que no es mayor que 25% con un costo de internación de \$1.508,49

Valle de Uco: Tunuyán, Tupungato y San Carlos.

En esta región los hospitales obtuvieron en 1998 el 84,05% y en el 2001 el 72,05% del monto total de recursos. Teniendo en cuenta que el mayor porcentaje ocupacional del hospital Scaravelli fue de 55%, el del General las Heras 43,65% y el Tagarelli 32,36% con un costo de \$1.076,54 por internación en el año 2001.

Noreste: Lavalle, Santa Rosa y La Paz.

En el Noreste gran parte del presupuesto fue para los hospitales, que en 1998 recibieron el 73,7% y en el 2001 el 70%. De esto, considerando el bajo porcentaje ocupacional del hospital Santa Rosa y del A. Illia, el cual tiene un costo de internación de \$1.193,91 en el año 2001, conclúyese que el uso de los recursos destinados a ambos no es eficiente.

Este: General San Martín, Junín y Rivadavia.

Llegando a ser casi como una regla, en esta región los recursos destinados a los hospitales siguen siendo más altos que los de las A.D.S, en 1998 los primeros obtuvieron el 81% y en el 2001 75,24%.

Sur: General Alvear, San Rafael y Malargüe.

En la región sur también es obvia la superioridad de los porcentajes de los recursos asignados a los hospitales sobre los de las A.D.S, pues los primeros tuvieron el 85,8% de los recursos en 1998 y 83% en el 2001. Pero, considérase que esta disminución en el presupuesto hospitalario tendría que haber sido mayor debido a la baja producción existente en los mismos, esto porque, como por ejemplo, el porcentaje ocupacional del hospital Schestakow fue de apenas

66,89% en el último año, mientras que en el Eva Peron, el precio de cada internación cuesta \$2.376,88. En este sentido, el problema del bajo porcentaje ocupacional también afecta al hospital Malargüe, que tiene apenas 36,54% de ocupación en el último año.

Al analizar los montos totales de los presupuestos destinados a los hospitales y a las A.D.S en los cuatro años, nótase que hubo un pequeño descenso de los montos asignados a los hospitales y que esto se reflejó en un incremento en las A.D.S.. Esto significa que en el año 1998 los hospitales tenían el 84% del presupuesto, en 1999 el 81,5%, en el 2000 el 81,82% y en 2001 el 80,3%. Los porcentajes de las Áreas Departamentales fueron de 16% en 1998, 18,5% en 1999, 18,17% en el 2000 y 19,7% en el 2001.

¿Por qué se dice pequeño descenso? Porque teniendo en cuenta la baja producción, reflejados en los porcentajes ocupacionales que existe en la mayoría de los hospitales, los altos costos de las internaciones, y teniendo en cuenta que apenas el hospital Saporiti tiene cuatro consultas por hora médica, esta disminución en el monto presupuestario, tendría que haber sido mayor, habiendo así, un mayor incremento de los recursos destinados a las Que a su vez, proporcionaría un uso más eficaz por medio de una intensificación de las actividades de atención primaria de la salud.

Proposición

Por lo tanto, considerando que los recursos son escasos, y que por eso, el uso de los mismos debe ser eficiente y eficaz, nótase que en esta provincia no existe una correcta distribución entre los recursos que son destinados a los hospitales y a los que reciben los Centros de Salud

En frente a esta situación, lo que se propone es que se haga una Regionalización entre los efectores del Área de la salud de esta provincia para que se determinen los problemas y demandas de cada región, habiendo así, una mejor coordinación en la prestación de los servicios entre los Centros de Salud provinciales y municipales, y los Hospitales.

Lo que permitiría una asignación de recursos más coherente y eficaz.

BIBLIOGRAFIA

- BARQUIN CALDERON, Manuel. Dirección de Hospitales (México, Nueva Editorial Interamericana, sexta ed., 1992)
- BEAGLEHORE y otros. Epidemiología Básica (Washington D. C., ed. OPS, publicación 551, 1996)
- BELMARTINO, Susana. Nuevas Reglas de Juego para la Atención Médica en la Argentina (Bs. As., Lugar Editorial, 1999)
- DEVER, Alan. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud (Washington D. C., ed. OPS, 1984)
- DROVETTA, Susana. Dirección de la Salud (Bs. As., ed. Macchi, 1992)
- GOBIERNO CANADIENSE. Salud de la Población: Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables (Washington D. C., ed. y traducido por OPS, 2000)
- GONZALEZ GARCIA, Ginés; TOBAR, Federico. Más Salud por el Mismo Dinero. La Reforma del Sistema de Salud en Argentina (Bs. As., ed. Isalud, 1997)
- WEIHRICH, Heinz; KOONTZ, Harold. Administración, Una perspectiva global (Bs. As., ed. McGraw-Hill, traducido por el lic. Julio Coro Pando, décima ed., 1994)
- O'DONNELL, Juan Carlos. Administración de Servicios de Salud (Bs. As., ed. Docencia, tomo II, 1995)
- O'DONNELL, Juan Carlos. Administración de Servicios de Salud (Bs. As., ed. Docencia, seg. ed., 1997)
- RETANA, Germán y otros. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (Washington D. C., ed. OPS, 1993)
- GILMORE, Carol M. y MORAES NOVAES, Humberto. Gerencia de la Calidad (Washington D. C., ed. por OPS / Fundación W. K. KELLOGG, vol. III, Serie HSP – UNI/ Manuales Operativos Paltex, 1996)
- Revista Panamericana de Salud Pública (Washington D. C., ed. OPS, vol. VIII, 2000)
- PASSOS NOGUEIRA, Roberto. Perspectivas de la Gestión de Calidad Total en los Servicios de Salud (Washington D. C., ed. OPS, IV ed., 1997)
- SAMPIERI, C. Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación (Bs. As., McGraw-Hill, II ed., 1998)
- SONIS, Abrahán y colaboradores. Atención de la Salud (Bs. As., ed. El Ateneo, IV ed., tomo II, 1990)