

**Rectoría, gobernanza  
y estrategias de gobierno  
en los hospitales  
de alta complejidad  
en la red de servicios  
de salud de la provincia  
de Santa Fe**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



**SANTAFE**



**Rectoría, gobernanza  
y estrategias de gobierno  
en los hospitales  
de alta complejidad  
en la red de servicios  
de salud de la provincia  
de Santa Fe**



Organización Panamericana de la Salud - OPS

Rectoría, gobernanza y estrategias de gobierno en los hospitales de alta complejidad en la red de servicios de salud de la provincia de Santa Fe. - 1a ed. - Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud - OPS ; Santa Fe : Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2017.

58 p. ; 22 x 15 cm.

ISBN 978-950-710-129-8

1. Servicios de Salud. 2. Políticas Públicas. I. Título  
CDD 62.11068

## **Ministro de Salud de la Provincia de Santa Fe**

Bioq. Miguel Gonzalez

## **Secretaria de gestión territorial del 3 nivel de atención del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe**

Secretario de Gestión Territorial del 3 Nivel de Atención

Dr. Fiorilli Federico

Director Provincial de Procesos Hospitalarios

Dr. Chapelet Adrian

Director Provincial de Políticas Hospitalarias

Dr. Demaria Juan Ignacio

Asistente Técnica de Secretaria de Gestión Territorial del 3 Nivel de Atención

Dra. Mariel Tocci

Coordinador de Administración de Secretaria

C.P. Molinari Carlos

Coordinadora de RRHH

C.P. Muller Maria Ines

Asesor Sistemas y Servicios HSS- OPS/OMS Argentina

Dr. Osvaldo Artaza Barrios.

Diseño: Andrés Venturino

# Índice

Prólogo .....	7
Alcance del Documento .....	8
Objetivos sanitarios de la red de salud de la provincia de Santa Fe .....	9
Antecedentes .....	10
Modelo de Gestión en Red .....	12
Gobernabilidad del Sistema .....	13
Estructura de Rectoría y Gobernabilidad .....	17
Modelo de gestión de hospitales de 3 Nivel .....	21
Nuevo Rol y organización funcional de los efectores de tercer nivel en la RED de salud Provincial .....	24
Unidad de Gestión .....	27
Palabras Finales .....	53
Bibliografía .....	58





# Prólogo

Este trabajo, sin dudas, es un aporte muy valioso que permite interpellarnos que es posible continuar garantizando el acceso efectivo de toda la población a servicios de salud de calidad, que resuelvan de forma adecuada y oportuna los nuevos desafíos en salud (como son las enfermedades crónicas no transmisibles). Es un objetivo prioritario del ministerio de salud de Santa Fe, contribuir a avanzar en el ejercicio igualitario del derecho al acceso universal e integral a la salud de todos y todas, sin ningún tipo de discriminación. La expresión de esta voluntad y del reconocimiento de la salud como derecho humano y bien social fundamental, se establece como uno de los pilares en que se sustenta la propuesta que se expone en el presente documento.

La implementación e institucionalización de un modelo de gobernanza de la red de servicios y de gestión de los hospitales de mayor complejidad, apoyará la mejora continua de la organización de los recursos y del desempeño de los servicios de salud de la provincia. Se pretende con la implementación de la propuesta, contribuir a continuar fortaleciendo nuestra política de acceso universal y apoyar la gestión efectiva de servicios de calidad con el fin de responder a las necesidades ciudadanas de salud.

El presente documento, pretende constituirse en el punto de partida para una implementación basada en la participación y el compromiso de todos que contribuya a superar los actuales desafíos en acceso, equidad, eficiencia y calidad de nuestros servicios.

**Bioq. Miguel González**  
Ministro de Salud de Santa Fe



# Alcance del documento

La puesta en marcha desde el 2007 de políticas en salud basadas en valores de accesibilidad, universalidad, equidad, integralidad y gratuidad; con la Atención Primaria de la Salud (APS) como la estrategia de construcción de una red integrada de servicios de salud (RISS), trajo aparejado no solo una reconversión que implicó un cambio en el modelo de gestión sino también el desafío de una reingeniería, es decir repensar y diseñar nuevos procesos asistenciales centrados en las personas y que son las necesidades de éstas las que organizan en el territorio el proceso de trabajo en todos los efectores. Estos nuevos procesos, en muchos casos fueron y son contraculturales en relación a lo instituido y si bien permitieron el comienzo y desarrollo con eficiencia y efectividad de la Red, (su organización, sus productos, así como su accesibilidad) quedaron disimulados, opacos, sin la debida validación y legitimación formal.

Este documento pretende por un lado, explicitar la estrategia de rectoría y organización funcional que se implementó en los efectores de 3 nivel de atención del subsector público en la Provincia de Santa Fe a los fines de adecuar su funcionamiento hacia la RED; y por otro lado sentar las bases para establecer un compromiso intersectorial en líneas de cuidados que faciliten impactar en términos de salud poblacional en aquellos con mayor vulnerabilidad a nivel regional.





# Objetivos sanitarios de la red de salud de la provincia de Santa Fe

Una de las principales metas propuestas para la gestión 2015-2019 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, es el de instaurar un conjunto priorizado de cuidados en salud que deberán ser asumidos y preservados por todos los integrantes del sistema, para lograr impacto en los indicadores de salud provinciales, fundamentalmente en la reducción de la morbimortalidad en las distintas poblaciones (perinatólogica, pediátrica y adulta) específicamente en esta última, hoy francamente impactada por las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECT). Para lograr dichos objetivos entendemos que es necesario garantizar el acceso de estas poblaciones a líneas de cuidados que contengan procesos asistenciales en RED, con la máxima de calidad y en función de los recursos disponibles. Esto implica, implementar estrategias que contengan dispositivos que permitan diluir la fragmentación que presenta actualmente el modelo de atención.



# Antecedentes

Durante muchos años los Hospitales de la Provincia de Santa Fe fueron pensados -funcionaron y funcionan- como “la totalidad” del Sistema y de los Servicios de Salud, es decir en ellos y en su organización se depositan y concentran las funciones de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, así como el control ambulatorio de la población que concurrían y concurren, siendo los únicos responsables de la asistencia y/o entrega de servicios de salud de toda un área territorial. Inclusive a partir de ellos se determinaron las denominadas áreas programáticas. No menos importante, fue su rol como institución de investigación y formadora de recursos humanos en salud con la consiguiente vinculación con los distintos ámbitos académicos. Esta relación fuertemente influenciada por la lógica del modelo académico-científico-biológico Flexneriano, determinaron hacia el interior de estas instituciones la división, y por lo tanto la fragmentación de la asistencia en salud, en salas, servicios y departamentos órgano-específicos. A cargo de estos servicios, sus jefes, docentes, referentes culturales y sociales con fuerte vínculo con la investigación científica, la formación curricular y las “necesidades” de los pacientes, determinaron el desarrollo de un modelo asistencial basado en dar respuesta a la enfermedad aguda y no centrada en los “cuidados” que se requieren en salud en una población en una determinada referencia geográfica (Georeferencia).

El modo de gobernanza en el cual se respalda este hacer, se basa en la autonomía del saber de estos profesionales, determinando y configurando el modelo hospitalocéntrico, en cual estas instituciones se validan como efectores únicos, no admitiendo el desarrollo de estrategias que contemplen interactuar procesos con otros efectores territoriales, y a su vez, padecer de estas mismas dificultades hacia su interior, llevando a procesos de salud inconexos en su hacer cotidiano.



En el momento histórico donde se desempeñó el modelo hospitalocéntrico todavía la epidemiología mundial era a predominio de enfermedades agudas y epidemias (*lepra, tuberculosis, F. tifoidea, cólera, difteria, viruela*), que requerían de la centralización en los hospitales para su alojamiento, aislamiento, diagnóstico y tratamiento. Hoy en el año 2017 está epidemiología viro hacia las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), etc. Esta nueva epidemiología muestra desactualizado a este modelo y obliga a pensar en un nuevo modelo basado en lo ambulatorio con una fuerte estrategia de APS, con un primer nivel de atención fuerte y con cuidados progresivos que garanticen la accesibilidad para cuando estas enfermedades necesiten de los hospitales para sus interurrencias agudas, su diagnóstico y su tratamiento. Pero este modelo comienza a presentar desacoples entre los procesos hospitalarios y las necesidades de la población, generando dificultades en la atención, que determinan por ejemplo, la utilización inadecuada de camas de agudos con pacientes con problemas que podrían ser resueltos ambulatoriamente, uso excesivo e innecesario de recursos diagnósticos, saturación de los servicios de urgencia-emergencia por pacientes con problemas menores que no requieren manejo hospitalario. Observándose a su vez la dificultad creciente en la accesibilidad a la resolución de problemáticas, procesos y/o cuidados en salud que estos efectores ofrecen.

La gobernabilidad de este modelo asistencial se validó y normatizó bajo 2 leyes; la Ley SAMCO 6312 y la Ley 10608 de hospitales de autogestión, asumiendo que la atención de salud era sinónimo de hospital, por lo que descentralizar económica y asistencialmente un hospital era sinónimo de participación y eficiencia permitiendo, en estas instituciones, su autonomía administrativa-financiera. Esto determinó que el estado provincial “garante de derechos”, se posicione en un “rol de agencia”, al que se le impone la obligación de financiar la demanda que genera este sistema, pero con escaso poder de rectoría, para ejecutar acciones que permitan efectivizar los derechos en salud de la población en la Provincia de Santa Fe.

**Los hospitales y efectores de salud de la Provincia de Santa Fe tendrían la oportunidad de mejorar su eficiencia y eficacia al momento de alinear sus procesos asistenciales con las necesidades poblacionales, en función de sus potenciales roles dentro de una Red Integrada de Servicios de Salud, en función de los recursos disponibles logrando disminuir las inequidades y alcanzar los mejores niveles de salud para su población.**



# Modelo de gestión en red

El desafío, es pasar de un modelo hospitalocéntrico que tiene como características estar centrado en la enfermedad, con alta complejidad, cerrado en sus procesos, y que da baja cobertura poblacional, hacia un modelo que permita universalizar el acceso y la cobertura de cuidados integrales de salud, interviniendo de manera oportuna, con calidad y con la complejidad adecuada, en función de las necesidades de cuidados que requiera la población.

En concreto se propone reconfigurar el modelo de gestión hospitalocéntrico hacia el modelo de gestión en RED, modificando a su vez el modelo de atención de manera tal que la asistencia de la población empiece y termine en el Centro de Salud más accesible, siendo la organización hospitalaria un actor más, con un rol definido en la estrategia de cuidado pero no el único.

En este contexto en el año 2007 se propone desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, una política salud basada en los valores de accesibilidad, universalidad, equidad, integralidad y gratuidad, tomando a la Atención Primaria de la Salud, como la estrategia de construcción de una red de servicios, en la cual son las necesidades poblacionales (centrado en las personas) las que organizan el proceso de trabajo en todos los efectores, cuyo eje es el primer nivel de atención, el cual debe tener responsabilidad territorial sobre una población adscripta y cuyo el rol es el de transmitir al resto de la red el conocimiento acerca de estas necesidades, brindando un acceso oportuno, seguro y adecuado a la complejidad que estos efectores ofrecen.



# Gobernabilidad del sistema<sup>1</sup>

La Provincia de Santa Fe es una provincia fragmentada social y territorialmente. Si se atiende a indicadores de necesidades y estados de salud poblacional, se aprecia que subsisten claras asimetrías y desigualdades que requieren corrección por parte del estado.

Definimos al territorio como aquel espacio geográfico claramente delimitado, que contiene la problemática de salud, las necesidades originadas y desarrolladas en circunstancias comunes para ese territorio, pero diferentes en cada uno de ellos y por lo tanto para resolución de las mismas, necesita de acciones y estrategias particularizadas.

Como hacer entonces para que en cada uno de estos territorios se pudiera garantizar oferta de servicios de salud a los habitantes de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema.

En este sentido, se implementó como estrategia, la regionalización, que desde la dimensión salud, se plantea como una política que coordina los servicios de salud dentro de un área geográfica sobre la base de acuerdos entre las instituciones y los equipos de salud. Se implementa con el fin de optimizar los recursos disponibles, utilizar las tecnologías y los procedimientos costo-efectivos y mejorar la calidad de la atención.

Se establece de esta manera un ordenamiento territorial en el cual los establecimientos y dispositivos de atención, barriales, municipales, provinciales y nacionales, públicos y privados, se coordinan con criterio de redes escalonadas.

1 - Estrategias de gestión de contradicciones en la producción de lógicas de APS en América Latina



nadas que garanticen progresividad en los cuidados, constituyendo tres niveles de atención.

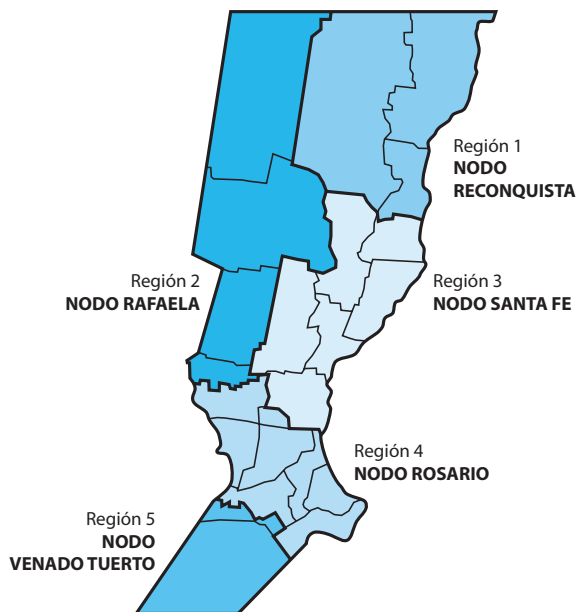
Cada Región provincial en perspectiva de gestión sanitaria posee una ciudad Nodo que funciona como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades.

Así se conformaron las regiones:

- Región 1 - Reconquista;
- Región 2 - Rafaela;
- Región 3 - Santa Fe;
- Región 4 - Rosario;
- Región 5 - Venado Tuerto.

Además estas regiones presentan subregiones estratégicamente definidas (Fig. 1).

**Figura 1.** Regiones políticas para la gestión de gobierno



**Tabla 1.** Descripción de la población según regiones

Región - Nodo	Poblacion Total por Departamento	Poblacion Total por Nodo
<b>Región Nodo Rafaela</b>		
9 de julio	29810	277814
Castellanos	181381	
San Cristobal	66623	
<b>Región Nodo Reconquista</b>		
General Obligado	178711	240059
Norte de San Javier	10223	
Vera	51125	
<b>Región Nodo Rosario</b>		
Belgrano	44048	1697076
Caseros	79491	
Iriondo	66702	
Rosario	1198528	
San Lorenzo	159184	
San Martín	63640	
Constitución	85483	
<b>Región Nodo Santa Fe</b>		
Garay	20889	790744
La Capital	521759	
Las Colonias	106761	
Sur de San Javier	20445	
San Jeronimo	80155	
San Justo	40735	
<b>Región Nodo Venado Tuerto</b>		
General Lopez	195043	195043
<b>Total Provincia</b>	<b>3200736</b>	



En lo que respecta a Salud consta de 430 efectores de Primer Nivel de Atención (289 centros de salud y 141 SAMCOS), 117 efectores de Segundo Nivel de Atención con internación (103 SAMCOS y 14 Hospitales de Autogestión), de los cuales 16 fueron elegidos estratégicamente por georeferencia para desarrollo particular y 12 efectores de Tercer Nivel de Atención (10 Hospitales de Autogestión y 2 SAMCOS)

Este traspaso de un sistema en el cual el poder de qué hacer, cómo, y para quién reside en la autonomía profesional y que se centra en la atención de especialistas en los hospitales, hacia una red de servicios configurada de manera tal que la población, las personas y sus familias sean los protagonistas, organizados desde el primer nivel de atención como espacio central, dentro de una estrategia de APS, inevitablemente genera en el espacio territorial, conflictos diarios y tensiones. Por un lado actores generados y beneficiados por el modelo actual, que buscan conservar y reproducir este modelo y por el otro, actores involucrados con la lógica de APS, con distinto poder y legitimidad que le permitan redireccionar y redimensionar los modos y las prácticas ya instaladas. Las disputas entre estas dos lógicas generan “contradicciones procesuales”. El porqué de estas contradicciones, estarían relacionadas con diferencias en los intereses y valores de estos actores, cuyo análisis excede el alcance de este escrito, pero sí, nos proponemos como objetivo establecer la posible estrategia que permita de manera general hacia el sistema pero en forma particular hacia el interior de los grandes hospitales gestionar estas contradicciones, que nos permitan avanzar hacia la construcción de la RED de servicios de salud que se propone.





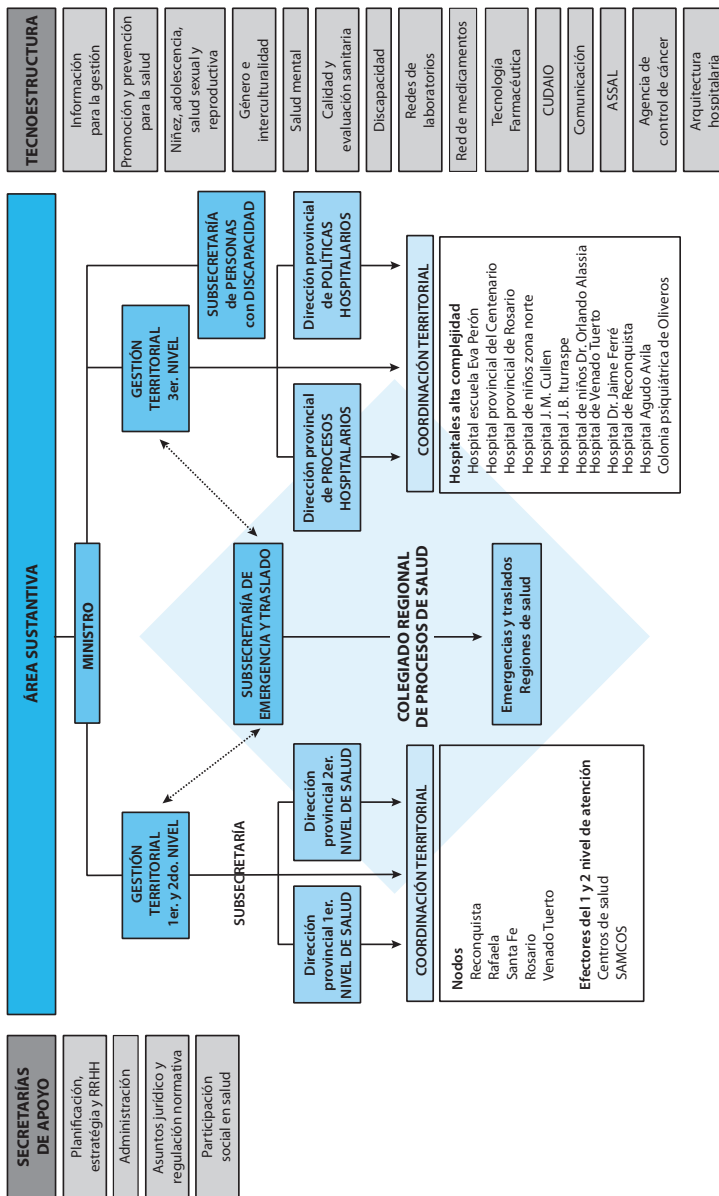
# Estructura de rectoría y gobernabilidad

Para administrar esta RED, es necesario saber que oferta de servicios ofrece cada efector, que complejidad puede resolver y cuanta población se encuentra bajo su cobertura. A su vez se encuentran cruzadas con el relevamiento de las necesidades y de cuáles son los circuitos por los que discurre la población para satisfacerlos, datos que solo de manera individual y parcial tiene cada efector.

El Ministerio aspira a ser planificador de las políticas públicas y regulador del sistema para garantizar el Derecho a la Salud. Para consolidar esta propuesta se configuró y determinó la siguiente estructura (Fig. 2).



Figura 2. Estructura de gabinete del Ministerio de Salud



Para esta estructura, se define una **Macrogestión**, representada, en su figura máxima en el Ministro de Salud, y en su gabinete de Secretarios y Subsecretarios.

La **Mesogestión** contiene a Subsecretarios, Directores Provinciales, Coordinadores Provinciales, Directores de hospitales, Nodos, Coordinadores de subregiones y Unidades de Gestión Hospitalarias.

Es importante remarcar, las dos secretarías sustantivas. Definidas así por ser las secretarías a través de las cuales se ejecutan las políticas de salud en el territorio, siendo éstas las secretarías de Gestión Territorial de Primer y Segundo Nivel y la Secretaría Gestión Territorial del Tercer Nivel.

La Secretaría de Tercer Nivel tiene a su cargo a los 12 efectores de mayor complejidad instalada técnica-asistencial. Bajo esta misma lógica, la secretaría de Primer y Segundo Nivel tiene a su cargo los nodos de salud y los efectores de primer nivel y segundo nivel que de ellos dependen.

En su composición cada secretaría cuenta con un coordinador de RRHH y un coordinador de administración, cuya función es la de agilizar y la de adecuar en tiempo oportuno tanto las necesidades de RRHH como de financiamiento, que permitan explicitar en terreno las políticas de salud enunciadas. Esto permite conformar proyectos de gestión donde todos los elementos estén valorados (Decisión Sanitaria, RRHH, Equipamiento y Financiamiento) y que estos proyectos generados en las distintas áreas, puedan contextualizarse a nivel macro y así poder priorizar la toma de decisiones en salud.

La direccionalidad técnica-política de los procesos que monitorea cada Secretaría es llevada a cabo por funcionarios políticos designados a tales fines.

La Secretaría del Tercer Nivel cuenta con un Secretario, dos Directores Provinciales y Asistentes, involucrando dentro de la mesogestión a los Directores y Subdirectores, Representantes del Estado, y los responsables de las Unidades de Gestión todos éstos, profesionales médicos y administrativos, elegidos por sus capacidades en gestión para cada establecimiento de tercer nivel.

La secretaría de 1 y 2 Nivel cuenta con una Subsecretaría, y dos Direcciones Provinciales de 1 y 2 Nivel respectivamente, conteniendo a su vez de manera formal a los 5 Directores de cada Nodo, los que ampliando de manera territorial la gobernabilidad delegan sus funciones en un Coordinador Nodal y a otros tantos coordinadores de Sub Regiones como sean necesarios en función de la extensión territorial y número de efectores a cargo. Para los efectores de 2 Nivel en su mayoría hospitales, involucra a los directores, todos convocados y alineados a los ejes de políticas sanitarias propuestas desde el nivel central.



La **Microgestión**, en la Secretaria de Tercer Nivel, está representada en los grandes efectores por los referentes, de las unidades de producción (Jefes de servicios, Jefe de sectores, coordinadores generales, etc.).

En el primer y segundo nivel, la **Microgestión** están representados por los directores y referentes de los servicios que integran los efectores de 2 nivel, y los equipos de salud de los centros de salud.

Ambas secretarías tienen garantizado el acceso a los distintos niveles de resolución por la Subsecretaría de Emergencia y Traslados (SET).

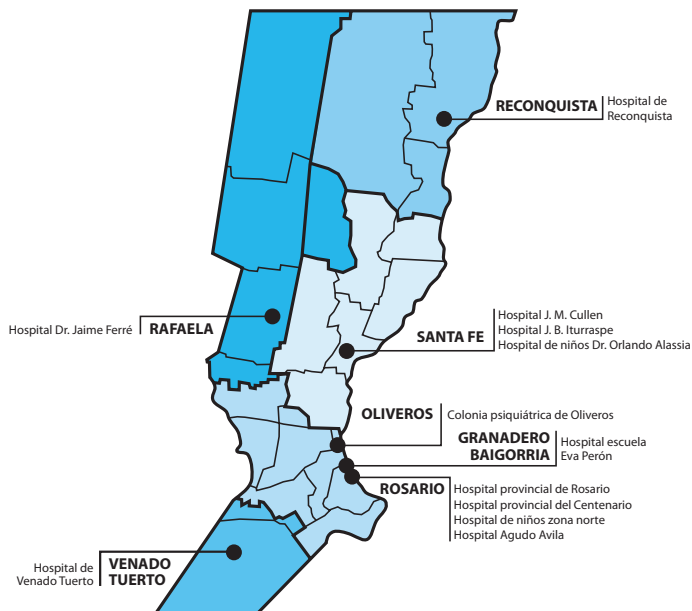


# Modelo de gestión de hospitales de 3 nivel

Dentro de la RED de salud provincial, el subsistema publico provincial cuenta con 12 Hospitales de 3° nivel de atención. Son 7 Hospitales Generales polivalentes (Hospital Central de Reconquista, Hospital de Rafaela, Hospital de Venado Tuerto (todos con sede en ciudades homónimas) , Hospital Iturraspe (Ciudad de Santa Fe), Hospital del Centenario (Universitario, Ciudad de Rosario), Hospital Provincial de Rosario (Ciudad de Rosario), Hospital Eva Perón (Universitario, Ciudad de Granadero Baigorria), 1 Hospital General de Adultos con perfil de Emergencias, Hospital Cullen (Ciudad de Santa Fe), 2 Hospitales Generales de Niños , Hospital Alassia (Ciudad de Santa Fe), Hospital de Niños Zona Norte (Ciudad de Rosario), y 2 Hospitales Monovalentes de Salud Mental (Hospital Agudo Avila, Ciudad de Rosario) y Hospital Colonia de Oliveros (Oliveros), estos últimos en el proceso de desmanicomializacion y conversión hacia la polivalencia (Fig. 3).



**Figura 3. Hospitales de Tercer Nivel Provincia de Santa Fe**



Estos efectores son los núcleos representativos del modelo existente, consumen el 70% del presupuesto en salud, albergan el 40% del recurso empleado y hoy brindan servicios de salud de distintas complejidades al 15-20% de la población. El marco legal institucional que los encuadra en conjunción con las leyes que contienen los distintos estatutos que reglamentan las funciones y deberes de los directores y consejo de administración así como al resto de los agentes, actuando como un cepo perfecto a la hora de concentrar el poder y fragmentar en servicios y departamentos la atención de los pacientes.

Su gobernabilidad, por lo tanto, se dirime de manera única para cada efector, y es el resultado de la interacción entre la regulación normativa, los intereses políticos de la dirección, de los integrantes del consejo, de los profesionales con su poder centrado en su autonomía y de los no profesionales englobados en acción gremial, resultando un producto sanitario tan heterogéneo como números de efectores que hay. Cabe realizar la aclaratoria de cómo está representada la estructura directiva y de decisión hospitalaria en la actualidad. Como máxima estructura directiva se encuentra el consejo de administración, conformado por representantes elegidos por el poder político actual, legitima-



do por la votación de la población, estos son Representante del Estado, Director y Subdirector médico. Los otros integrantes, son elegidos por votación en periodos de 3 años y representan a la población intrahospitalaria y comunitaria entre ellos se encuentran representante de los no profesionales, representante de los profesionales, representante de la cooperadora (si esta existe), así como también el representante de la comunidad. Esto lleva a que la gobernanza y rectoría del estado a nivel institucional se vea afectada por intereses de otros sectores a veces más representativos y que generalmente no son comunes a los del estado.



# Nuevo rol y organización funcional de los efectores de tercer nivel en la RED de salud Provincial

Se propone como misión para estos hospitales, que mediante la articulación con el resto de los efectores y actores de esta red, diseñen y ejecuten procesos asistenciales eficientes y efectivos, en los cuales se capitalicen sus distintas capacidades y tecnologías para la resolución de los problemas de salud, de manera integral, integrada, equitativa y de calidad tanto para su población territorial de referencia, así como también de manera solidaria con aquella población que sin ser de su área de referencia requiera de estas capacidades.

- **¿Quién define los problemas y los procesos asistenciales que pueden resolver estos efectores?**
- **¿Cómo se monitorean y administran las soluciones?**

Son los equipos de salud (Microgestión) en territorio los que deben co-tejar, relevar y elevar las necesidades en salud de la población que asisten y por la cual son responsables. Las distintas instancias de funcionarios políticos en la Mesogestión serán los encargados por un lado, de contextualizar estas necesidades y proponerlas en la mesa de macrogestión y por otro lado, garantizar mediante el monitoreo continuo los procesos de reportes tanto de datos como de indicadores generados por estos equipos, que sean pertinentes, confiables y de calidad, siempre en estrecha articulación con la Dirección Provincial de Información para la Gestión.

En función de la información construida, y que se expresen a través de estos indicadores sobre el estado de salud de la población, a nivel de cada nodo se instrumentara una mesa en la que los referentes tanto de la mesogestión política del 1,2 y 3 nivel como los principales responsables de la microgestión





locales, y de las líneas de cuidados asistenciales analizadas, consolidarán las acciones que se deban instrumentar (Propuesta de los Colegiados Regionales de Procesos de Salud). A su vez de estas instancia se generaran insumos para que transmitidos a nivel macro, permitan que desde estos espacios se los priorice (eficiencia asignativa) para luego adecuar los distintos recursos (financieros, RRHH, etc.) en procesos asistenciales eficientes, y efectivos que impacten reduciendo las diferencias asistenciales detectados en el proceso de salud, tratando así de disminuir las inequidades en la atención en salud.

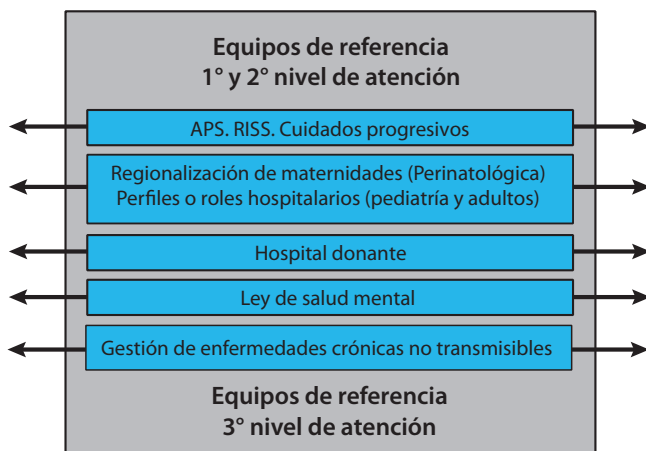
Para poder concretar estas acciones es necesario que tanto los referentes políticos como los responsables de la microgestión de ambas secretarías territoriales se apropien de instrumentos que le permitan elucidar procesos asistenciales eficaces eficientes y efectivos.

Entonces como RED de servicios de salud, en estos territorios, una vez definidos los servicios que se puedan ejecutar y desarrollar en el mismo, se les asignará la capacidad de generar procesos asistenciales cuyos productos permitan satisfacer los cuidados que de manera progresiva requiera la población, bajo la estrategia de APS, en un 1 nivel (CS), 2 Nivel (Samcos y hospitales de autogestión) y 3 nivel Hospitales de alta complejidad (Samcos y hospitales de autogestión), responsabilizando a efectores y actores relacionados en el cumplimiento de dichos objetivos. En este contexto, los hospitales de tercer nivel deben ajustar su estructura edilicia, humana, tecnológica, administrativa y de financiamiento hacia la producción de procesos asistenciales eficientes y de calidad que den respuestas a las situaciones de salud requeridas desde la RED asistencial (Fig. 4 y Fig. 5).

**Figura 4.** Lógica de Cuidados Progresivos según Georeferencia



**Figura 5. Equipos de Referencia.**  
Grandes ejes de políticas que atraviesan el Sistema de Salud.



“La resolución de problemas clínicos, basada en las relaciones terapéuticas a través de un vínculo continuo y técnicamente resolutivo... Diseñar las respuestas a los problemas de salud a partir de los problemas reales y no a partir de lo que las instituciones tienen disponible”.

Uno de los principales desafíos a resolver, es cómo organizaciones de este tipo garantizan que sus procesos, productos y servicios contribuyan de manera integrada al logro de resultados comprometidos hacia la RED de salud. En este sentido definir que producen, como lo producen y para quienes se instalan como una necesidad fundamental.

Desde el Nivel Central, para estos efectores, será la Secretaria de Gestión Territorial del 3 Nivel de Salud, la encargada de realizar el análisis y monitoreo de la pertinencia, eficiencia y calidad de la producción, de estas unidades.

Para lograrlo, para funcionar y alcanzar estos objetivos propuestos, entendemos que la estrategia a implementar en estos hospitales debe ser la de dotarse de una 1- Estructura de gestión política (Unidad de Gestión) como modo de gobernanza que permita recuperar la gobernabilidad de las unidades y de sus respectivos productos sanitarios. 2- Reorganizarse funcionalmente en unidades de producción (U.P).



# Unidad de gestión

Entendemos entonces que para lograr efectivizar el cambio hacia la lógica de APS, es fundamental lograr a nivel de los grandes hospitales la apertura hacia las necesidades en salud del territorio mediante el diseño de procesos asistenciales que involucrando a estos efectores empiecen y terminen en el centro de salud. Se mencionaron también las contradicciones entre estas dos lógicas y nos preguntamos, cuál debe ser la estrategia a darnos para gestionar esta contradicción que en definitiva nos permita alinear, política, recursos con la dinámica y objetivos de APS.

Interpretamos que la estrategia a utilizar en estos efectores debe ser parte y garantizar la integración con la misma.

En este contexto, si las contradicciones son consideradas como motor del proceso de cambio, los actores se vuelven agentes de cambio y ejercen una “praxis” para modificar arreglos institucionales, cuando éstos ya no sirven a sus propios intereses.

Los actores en las organizaciones hospitalarias que son conscientes de tales contradicciones y con poder para movilizar alianzas y desarrollar estrategias serán los factores que explican la emergencia de un proceso de cambio.

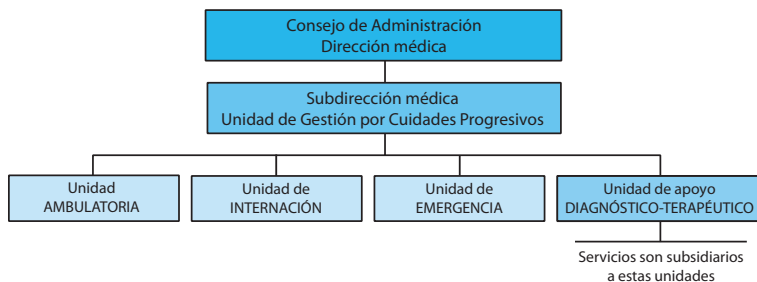
Ahora estos agentes, con estas capacidades rara vez son productos espontáneos de estas organizaciones que generalmente tienden a través de sus costumbres y cultura organizacional reproducirse con los mismos modos que le aseguren su supervivencia en sus agentes. En este sentido nunca mejor aplicada la máxima de “los individuos producen instituciones que luego los producen a ellos”.



Por lo tanto la elección de los integrantes debe estar determinada por los saberes disciplinares, capacidades de gestión y de generar cambios. Constituirán un dispositivo de gobernanza transversal de la dirección médica, que involucra activamente al Subdirector Médico, el que será el coordinador natural de dicha unidad; éstos serán los referentes de las unidades de producción hospitalaria (ambulatorio, emergencias, internación, apoyo al diagnóstico y tratamiento), deberá garantizar dentro de esta la multidisciplinariedad la resolución de situaciones complejas (Interrupción Legal del Embarazo (ILE), Salud Mental, Procuración y Trasplante de órganos) teniendo la potestad de incorporar a ésta abogados, psicólogos, médicos referentes a la procuración y trasplante para facilitar la óptima resolución de dichas situaciones, además de velar y brindar acceso a cada rol hospitalario en el contexto de la RED de salud.

Dicha unidad articulará con los jefes de servicios, departamentos, coordinadores, referentes de la RED de salud, así como también con la Subsecretaría de Emergencias y Traslados (SET), SIES, etc., los cuales serán su principal apoyo para la toma de decisiones en RED, tratando de lograr acuerdos institucionales y en la RED que sean una forma de contrato de trabajo (acuerdo de gestión) participativo y más eficiente a la hora de ponerse en marcha y cumplir cada uno de estos actores su rol establecido (Fig. 6).

**Figura 6.** Unidad de gestión hospitalaria



## La misión de este dispositivo será:

- Garantizar la coordinación y la correcta ejecución de los procesos asistenciales mediante acuerdos de gestión internos, por los cuales es responsable hacia la Red de Salud en función de la complejidad clínica y quirúrgica presente en cada efector. (Rol o Perfil Hospitalario en Red).
- Favorecer el trabajo clínico institucional, respetando el capital de los saberes disciplinares de sus actores y respaldando las decisiones tomadas de los equipos de salud en el contexto de una estrategia de atención.

Para lograr esta Misión entendemos que se deben cumplir de manera integrada las siguientes funciones:

- A. Funciones de gestión hacia la Red de Salud.
- B. Funciones de gestión hacia el interior del Hospital.

### A. Funciones de gestión hacia la red de salud

Los integrantes Médicos de las unidades, serán los responsables de articular las demandas generadas en la RED con la Subsecretaría de Emergencias y Traslados (SET) y los referentes de las unidades de gestión de otros hospitales en función de la complejidad y perfil asistencial de cada institución.

### ¿Cómo las realizará?

Entre los integrantes médicos de estas unidades, construirán la Información que con posterioridad transmitirán a la SET, 2 veces por día, a modo de poder plasmar el estado dinámico en cuanto las camas disponibles y en qué sectores de la institución, así, la RED de salud podrá tener una situación más predecible del estado de ocupación y de funcionamiento de cada efector hospitalario.

Agendará, coordinará y gestionará junto con los referentes de la red de salud la entrada y salida de pacientes a la institución, evitando así, complicaciones en la referencia y contra referencia de éstos.

Gestionará junto a los referentes de la red (Coordinadores diarios de las Centrales de Gestión, SIES, o Centrales Operativas de Traslados (COT) del SET Referentes de U.G de los otros efectores de 3 nivel y/o referentes de los otros niveles de complejidad) de salud la necesidad de traslado a mayor o me-



nor complejidad en el contexto de los cuidados progresivos en red, así como también de estudios tanto en el medio privado como en efectores que resuelven una complejidad particular.

Informará a la RED las cirugías programadas complejas (cirugías mayores, pacientes tumorales) y las emergencias internas (necesidades de camas de mayor complejidad de los pacientes ya internados) que ocupen camas en unidades intermedias y críticas a fin de evitar traslados inoportunos y no garantizar el correcto acceso y atención de la población.

Uno de sus integrantes será el referente de procesos en RED el cual deberá realizar un trabajo conjunto con el referente de la central de derivaciones.

## B. Funciones hacia el interior del Hospital

### Coordinará la utilización de recursos

- Pasaran estado de guardia externa, internación y cama crítica 2 veces por día al referente de la Red y SET. Esto incluirá todas las poblaciones hospitalarias (Perinatólogica, Pediátrica y Adultos). Deberá ser de la siguiente forma:
- Carga de Software. También podrá ser Telefónica de 7.30 a 20 horas y por correo electrónico. 2 veces por día. 10 horas y 18 horas.
- Es condición obligatoria la socialización de esta información de camas mediante la carga de software.
- Evaluar y autorizar las solicitudes de internaciones programadas de lunes a viernes de 7.30 a 20 hs.
- Serán los responsables de asignar las camas y los cuidados según la criticidad del paciente y en el contexto de la red
- Organizaran el parte quirúrgico diario y mensual junto al referente de quirófanos. Donde evaluaran y priorizaran cirugías que requieren cama crítica, cirugías oncológicas, cirugías de pacientes ya internados en sala general, así como también analizaran las listas de espera de cirugías ambulatorias a fin de priorizar la resolución de éstas según la problemática que éstas listas arrojen.
- Facilitará el acuerdo ante aquellas situaciones en la que producto del “no acuerdo” ponga en riesgo la continuidad asistencial del paciente.
- Facilitará la gestión de estudios y traslados.



Serán los primeros a ser contactados ante consultas que involucren la gestión de pacientes desde el hospital hacia la red en horarios de 7.30 a 20 horas.

Del mismo modo también serán el primer llamado para los referentes de la institución desde las 20 horas a 7.30 horas, así poder garantizar la horizontalidad de los procesos y conocer las particularidades que ocurran en esta franja horaria que modifiquen la programación institucional del día o días siguientes.

Centralizar la información del estado y disponibilidad de equipamiento crítico. Ej. Respiradores, monitores, incubadoras, luminoterapia, etc.

Si existiesen situaciones excepcionales (epidemias, adecuaciones de estructuras en las unidades atención), serán los encargados de coordinar el dispositivo institucional.

### **Participaran de las reuniones y coordinaran acuerdos intrainstitucionales**

- Participaran de las reuniones de comités hospitalarios a fin de poner la visión institucional y garantizar la realización de lo ahí programado
- Serán parte de los procesos complejos como procuración y donación de órganos, ILE y salud mental
- Lideraran la evaluación y revisión de resultados no deseados, informes de morbimortalidad hospitalaria

### **Construirán la información para la gestión**

- Serán los responsables de implementar, monitorear y elevar el análisis a la secretaria de Gestión Territorial del 3 Nivel, los indicadores establecidos para las distintas unidades de Producción.

### **Tarea de formación**

- Tutorizarán la formación de residentes en la rotación por unidades de gestión, la cual deberá incorporarse a dicha currículo.

### **Sobre la Procuracion y Trasplante de órganos**

La estrategia de Hospital Donante es una línea de trabajo impulsada desde el INCUCAI y adoptada por el Ministerio de Salud a través del CUDAIIO desde hace años. La Secretaria de Gestión Territorial de 3 Nivel, fortaleció esta



política, con la decisión de incorporar unidades de gestión hospitalarias, que entre otras funciones tienen la de fortalecer y facilitar y garantizar los procesos de procuración y trasplante de órganos dentro de las instituciones. Dentro de esta estrategia, son hospitales donantes los hospitales que cumplen los requisitos necesarios para realizar las prácticas de procuración y trasplante. Sus objetivos son:

- Incorporar la procuración como una actividad propia de las unidades de gestión hospitalarias para incrementar la disponibilidad de órganos y tejidos destinados al trasplante
- Fortalecer y desarrollar la oferta pública de trasplante renal y otros.
- Aumentar la cantidad de donantes, como la calidad de los mismos, apuntando hacia el donante multiorgánico con alta tasa de donantes intratorácicos.
- Mejorar la calidad de los procesos institucionales que esta estrategia implica.
- Reportar a los programas de Glasgow 7 y a los programas de tejidos post parada cardíaca.
- Confeccionar la inscripción en lista de espera
- Garantizar el control del proceso ambulatorio, evaluación, control y seguimiento tanto pre trasplante como postrasplante

En la Provincia de Santa Fe, son 4 las instituciones que forman parte de la estrategia de hospital donante INCUCAI – CUDAIIO, estas presentan en su estructuras unidades de procuración y trasplante de órganos y tejidos (UPROTs). Son 4:

- Hospital Cullen, Ciudad de Santa Fe.
- Hospital Centenario, Ciudad de Rosario.
- Hospital Escuela Eva Peron, Granadero Baigorria.
- Hospital de Emergencias Clemente Alvarez, de gestión municipal Ciudad de Rosario.

Desde el 2016, el resto de los Hospitales de 3 Nivel presentan un coordinador hospitalario que garantiza esta política desde las unidades de gestión hospitalarias.





Las UPROTs, coordinadores hospitalarios de unidades de gestión hospitalarias y el CUDAIO reportarán indicadores referentes a los resultados de intervenciones realizadas.

### Indicadores propuestos

- Muerte esperada por APACHE
- Muertes encefálicas / muertes totales en UCI.
- Donantes reales / muertes encefálicas.
- Donantes de tejidos / Muertes en PCR.
- Resultados de intervenciones familiares por Unidad y por profesional.
- Donantes reales efectivos
- Órganos y tejidos implantados a partir de donantes institucionales.
- Accesibilidad a la Lista de Espera y Trasplante de programas públicos.
- Trasplantes a partir de donantes cadavéricos y de donantes vivos relacionados.

En resumen, estas unidades y sus integrantes serán el brazo de gestión que garantice los procesos intrahospitalarios y la apertura de éstas instituciones a la red de salud.

## Reorganización funcional por Unidades de Producción

En el siguiente cuadro se puede observar el resumen de cuál es el rol de los efectores en el contexto de una red de cuidados y las poblaciones que transcurren en dichos efectores. Destacamos 3 poblaciones, sus unidades de producción y cuidado (Tabla 2).



**Tabla 2.** Esquema organizativo por poblaciones y por niveles de atención

Nivel de atención	Poblaciones		
	Perinatológica	Pediátrica	Adulto
<b>1° Nivel</b>	Prevención. Promoción. Contro periódico de salud (embarazo RN). Rehabilitación. Tratamiento. Odontología.	Prevención. Promoción. Contro periódico de salud (niño sano). Rehabilitación. Tratamiento. Odontología.  Subpoblación de adolescencia.	Prevención. ECNT. Promoción. Contro periódico de salud. Rehabilitación. Tratamiento. Odontología.  Subpoblación de adulto mayor.
<b>2° Nivel</b>	Unidades de internación cuidados mínimos. Quirófanos. Maternidad nivel 2.	Idem nivel 1. En el caso que presente acciones de primer nivel. Unidades de internación cuidados mínimos. Especialidades de apoyo. Quirófanos.	Idem nivel 1. En el caso que presente acciones de primer nivel. Unidades de internación cuidados mínimos e intermedios de internación. Especialidades de apoyo. Quirófanos.
<b>3° Nivel</b>	Maternidades 2, 3 a/b. Emergencia. Unidades de internación. Cuidados intermedios y críticos de neonatología y maternos (UTI) Unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento. Unidades ambulatorias. Especialidades de apoyo.	Emergencia. Unidades de internación. Cuidados intermedios y críticos. Unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento. Unidades ambulatorias. Especialidades de apoyo.	Emergencia. Unidades de internación. Cuidados intermedios y críticos. Unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento. Unidades ambulatorias. Especialidades de apoyo.

Como explicamos anteriormente, la organización estructural actual es ineficiente tanto hacia el interior de los hospitales como hacia la RED de salud por varios motivos.

Hacia la RED, su organización basada en servicios y departamentos, con procesos que se realizan y se agotan en estos espacios sin continuidad intra y extramuros, determinan por ejemplo que la red de servicios de salud, no sepa



con certeza que servicios brindan estos efectores, quien, con qué grado de complejidad, y quien es el responsable. Esto claramente impide definir el ROL de la institución y su deber ser en la RED de servicios.

Hacia adentro la situación de contar con planteles básicos, calculados para una demanda cuanti y cualitativa menor, sumado a su vez, a la rígida y desactualizada normativa que restringe su ampliación o determina los reemplazos en función de causales artesanales, operan debilitando y transformando en ineficiente los cuidados brindados sobre los pacientes que se asisten en estas instituciones.

El concepto de UP (Unidad de Producción), recordando a Donabedian busca instalar el concepto de Calidad (Estructura, Proceso, Resultado) e instalar qué características debe tener el producto sanitario asistencial, que personas, cuantas y como deben intervenir, que recursos tecnológicos se necesitan; que costos y etapas productivas susceptibles de estandarizar y mejorar en términos de eficiencia y calidad se deben tener en cuenta. Esto permitirá, aún dentro del corseé normativo, refuncionalizar a los trabajadores de manera más eficiente. Por otro lado el armado de estas U.P. permitirá explicitar el ROL y responsabilizarse hacia la RED de servicios de Salud, por parte del efector de que, quien, quiénes y cómo van a resolver los procesos y compromisos por la U.P. En la instalación de las unidades de producción se deberá realizar capacitaciones en gestión clínica para la producción asistencial e instalar sistemas simples de información que permitan a los gestores clínicos y responsables de las UP conocer cuánto producen, con qué recursos y a cuánto costo, de modo puedan tener elementos para tomar decisiones en base a la evidencia.

Para cada UP se identificará uno o varios responsables que pueda concentrar en sus figuras las definiciones sobre que produce como se lo produce y para quienes. Entendiendo que para garantizar dicha acción deberán ser capacitados con metodologías e instrumentos pertinentes a dichos fines.

En resumen se espera de las Unidades de Producción que puedan:

- Determinar su estructura de base (Capacidad instalada)
- Clarificar sus procesos
- Determinar el producto sanitario que ocurren en éstas
- Determinar la eficiencia con la cual la realizan
- Elegir indicadores por cada una de ellas
- Relevar la adecuación entre la cantidad y la calidad del producto generado y la demanda poblacional



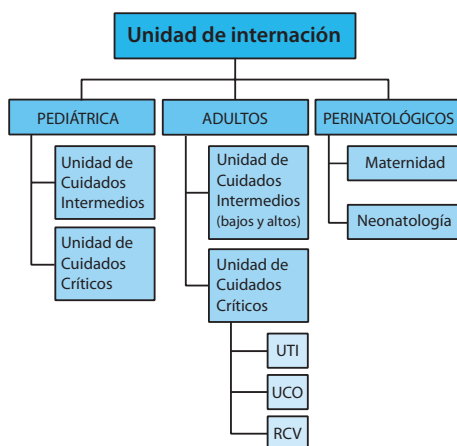
- Transmitir a la red los perfiles de estos productos hospitalarios
- Adecuar los RRHH a cada unidad en función de la eficiencia de la producción. Para así determinar planteles básicos, reemplazos, costos y optimización
- Asignar el financiamiento por producción sanitaria

A continuación detallaremos cada una de las unidades de producción hospitalaria.

## Unidad de Producción Internación

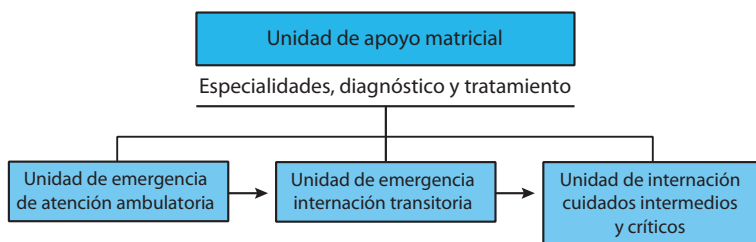
Misión principal de un hospital de 3° nivel, divididos en cuidados mínimos, intermedios (bajos, altos (salas generales y unidades de terapia intermedia) y críticos. El producto es la población hospitalizada, sus costos y sus resultados sanitarios. La hospitalización en estos efectores estará definida de acuerdo al ROL hospitalario, protocolos y acuerdos en red de ingreso y egreso, desarrollados en consenso entre gestores de distintos sectores institucionales y de la red de salud. Esta unidad dispondrá y gestionará todos los recursos necesarios para llevar a cabo su actividad, entregará sus servicios a los usuarios de acuerdo a su requerimiento de cuidados (cuidados críticos, intermedios o mínimos), requiriendo a la unidad de gestión centralizada las camas con el objeto de incorporar flexibilidad, oportunidad y eficiencia en el uso del recurso cama del hospital (Fig. 7).

Figura 7. Gráfico: Unidad de Internación



Estas unidades de internación, se designaran en función de las principales poblaciones hospitalarias que asistan, niños (pediátrica), madre-niño (perinatológica) y adultos, los cuales serán alojados dentro del efector según la necesidad de intensidad de cuidados que requieran de manera tal que todo el proceso de internación se encuentre coordinado. Es decir que independientemente el espacio físico en el que se realice la asistencia del paciente se sincronizará los esfuerzos entre los distintos actores con la finalidad de lograr el objetivo deseado. Por ejemplo: en el caso de Pediatría la práctica integral suele ser la norma en los actores que componen este proceso (Fig. 8).

**Figura 8.** Gráfico: Unidad pediátrica de atención progresiva



**Integrantes**

- Pediatras de guardia en unidad de emergencia.
- Jefe de guardia de unidad de emergencia.
- Referente de internación (cuidados mínimos e intermedios) de pediatría intensivistas pediátricos (cuidados críticos).
- Enfermeros y jefes de enfermeros correspondiente a todas las unidades.
- Tercer integrante. Servicios clínico-quirúrgicos.
- Trabajador social referente de sector.
- Psicólogo referente de sector.
- Interconsultor interviniente como apoyo al diagnóstico.

Una situación especial se observa en la Unidad de Producción correspondiente a la internación de pacientes adultos, aunque no escapa a otras poblaciones.

Desde los distintos espacios y actores que intervienen en este proceso de internación en la mayoría de estos efectores, comenzaron a detectarse “Gaps”<sup>1</sup> asistenciales consistentes en:

1. Permanencia en el espacio de guardia de pacientes que teniendo criterio de ingreso y cama en el piso de internación no son admitidos de forma oportuna en este espacio por ningún servicio u otro efec-

1 - Gaps: brecha, desfase, diferencia.

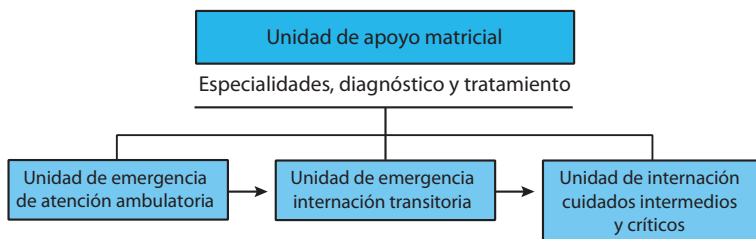


tor de la red, hecho que genera por un lado la saturación física del espacio de guardia y por el otro que estos mismos pacientes no sean atendidos con la calidad que le brinda la internación, esto sobre todo en época de alta demanda asistencial.

2. Permanencia en el espacio de guardia de pacientes que teniendo criterio de criticidad para UTI, no son admitidos en el mismo y continúan en la guardia, por diferencia de criterios de criticidad.
3. Falta de articulación con hospitales de 2 nivel para derivar pacientes estables internados que podrían terminar su tratamiento en hospitales de menor complejidad liberando las camas para pacientes con criterios de criticidad
4. Permanencia de pacientes en el espacio de UTI, a pesar ya, de no requerir cuidados críticos, consecuencia de no poder pasarlos a sectores de internación en piso con cuidados intermedios.
5. Internacion por servicios y departamentos que disponian de camas, no pudiendo ser utilizados por otros servicios, ni estar disponibles para la gestion
6. Variabilidad en los cuidados que reciben los pacientes, según se internen en el servicio de clínica o en los servicios quirúrgicos. (por ejemplo, un paciente diabético, no recibe la misma calidad de atención si está internado en clínica, que en servicios quirúrgicos).
7. Complicaciones “evitables” de pacientes adultos internados.
8. “Aparición de pacientes internados en piso” sin haber sido admitidos administrativamente.
9. Pacientes dados de alta sin conexión con el primer nivel de atención. (falta de referencia y/o contra referencia) situación que determina la perdida de la continuidad asistencial, re consulta a servicios de guardia para control, derivaciones innecesarias, duplicaciones en los pedidos de estudios etc. (Fig. 9).



**Figura 9.** Gráfico: Unidad de Adultos de atención progresiva



**Integrantes**

- Unidad de emergencia. Clínicos-internistas, generalistas, cirujanos.
- Jefe de guardia de unidad de emergencia.
- Referente de internación (cuidados mínimos e intermedios) de adultos intensivistas (cuidados críticos).
- Enfermeros y jefes de enfermeros correspondiente a todas las unidades.
- Tercer integrante. Servicios clínico-quirúrgicos.
- Trabajador social referente de sector.
- Psicólogo referente de sector.
- Psiquiatra referente de sector.
- Interconsultor interviniente como apoyo al diagnóstico.

La información para la gestión de la unidad de internación en cualquiera de sus niveles de cuidados y tanto para la población adulta, como la pediátrica, se obtiene del sistema informático Diagnose y del módulo Epi-crisis del mismo, este sistema es de desarrollo propio de la provincia. Para la población Perinatólógica los datos se obtienen del Sistema informático perinatal (SIP) y (SIP Neo) de aquellos recién nacidos que requieran cuidados de Neonatología.

**Indicadores para la unidad de internación**

- Porcentaje de ocupación de camas
- Promedio diario de camas disponibles
- Giro cama
- Promedio de estada
- Total de Egresos
- Egresos por diagnostico
- Mortalidad hospitalaria
- Porcentaje de pacientes día en cuidados críticos



- Indicadores de Calidad:
  - Mortalidad real sobre la esperada por APACHE (adultos)
  - Mortalidad real sobre la esperada por PIM2 (pediátricos)
  - Porcentaje de neumonía asociada a cuidados de salud o a ventilación mecánica
  - Porcentaje de bacteriemia por CVC
  - Porcentaje de flebitis en pacientes con venoclisis
  - Porcentaje de úlcera por decúbito
  - Uso de antibióticos de reserva

### Perinatología como población especial. Regionalización de Maternidades.

Desde el año 2009, se viene implementando la política de Regionalización de la Atención Perinatal, donde el primer paso es la concentración de las prácticas en lugares donde se garanticen todos los recursos, para que el parto sea seguro tanto para la madre como para el niño, en el marco de las Maternidades Seguras con cumplimiento como punto de partida mínimo de las 7 Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) que mostramos en la Tabla 3.

**Tabla 3. Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales**

N°	CONE	Procedimientos / Recursos
1	Procedimientos quirúrgicos obstétricos	Realización de cesáreas, reparación de desgarros vaginales altos, cervicales y rotura uterina, histerectomía, embarazo ectópico, fórceps, ventosa, extracción manual de placenta, legrado por aborto incompleto.
2	Anestesia	Anestesia general y regional
3	Transfusión de sangre segura	Grupo, prueba cruzada, banco o reserva renovable
4	Tratamientos médicos maternos	Shock, sepsis, eclampsia
5	Asistencia neonatal inmediata	Reanimación cardiopulmonar, control térmico
6	Evaluación del riesgo materno y neonatal	Listados de factores obstétricos y neonatales
7	Transporte oportuno al nivel de referencia	Teléfono / radio y vehículo permanente





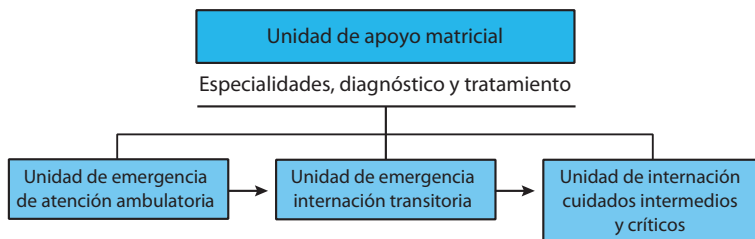
En el proceso de Regionalización de la Atención Perinatal, en la provincia de Santa Fe, la categorización de las maternidades de todo el territorio, permitió dividir el mismo en 2 grandes Regiones, Centro-Norte que incluye los Nodos Reconquista, Rafaela y Santa Fe, y Sur constituido por los Nodos Rosario y Venado Tuerto.

Contamos en la Región Centro-Norte con una Maternidad y Neonatología IIIb que es la máxima complejidad instalada, donde se derivan todos los embarazos de alto riesgo y los partos que pudieren ser prematuros extremos, menos de 32 semanas y menos de 1500 gramos, esta maternidad se encuentra en la ciudad de Santa Fe, y es el Hospital Iturraspe, también existe una maternidad IIIa en la ciudad de Santa Fe, que es la correspondiente al Hospital Cullen, donde se derivan embarazos de mediano riesgo y prematurez, entre 32 y 35 semanas. Los Hospitales Regionales tanto de Reconquista como el de Rafaela, son dos Maternidades II con Neonatología, y están en vía de ser recategorizadas a Maternidades IIIa, si bien funcionan como IIIa ya que se asisten prematuros con EG (Edad Gestacional) mayor a 32 semanas. Además de estas 4 maternidades con servicios de Neonatología, existen 2 Maternidades II más en el Nodo Reconquista, que son la de Villa Ocampo y la de Vera, donde pueden realizarse partos normales, de término; para el Nodo Rafaela, 4 Maternidades II, en Tostado, Ceres, San Cristóbal y Sunchales, donde pueden nacer niños de embarazos que no impliquen riesgo y para el Nodo Santa Fe, además de las 2 maternidades de la ciudad de Santa Fe, existen 4 Maternidades II en San Javier, San Justo, Esperanza y Gálvez.

Esta estrategia de organización por la progresividad de cuidados y roles de las maternidades permitió disminuir la mortalidad materna al 7,5 por mil (Fig. 10).



**Figura 10.** Gráfico: Unidad perinatólogica de atención progresiva



**Integrantes**

- Tocoginecólogos de staff de guardia, neonatólogos. Staff de guardia.
- Jefe de guardia tocoginecológica.
- Referente de internación tocoginecólogos, pediatras, neonatólogos.
- Intensivistas neonatólogos y adultos.
- Enfermeros y jefes de enfermeros correspondiente a todas las unidades.
- Tercer integrante. Servicios clínico-quirúrgicos.
- Trabajador social referente de sector.
- Psicólogo referente de sector.
- Psiquiatra referente de sector.
- Interconsultor interviniente como apoyo al diagnóstico.

## Estrategia para mejorar la calidad en el Proceso de Internación de adultos en la unidad de Producción Internación de Adultos

Debido a la fragmentación de los cuidados de internación que presentan los pacientes adultos actualmente y evaluando que los efectores de tercer nivel presentan unidades de internación con escasos procesos de cuidados mínimos, siendo la mayoría de cuidados intermedios y críticos. Definimos que aquellos pacientes que ya desde el espacio de guardia se decide como estrategia terapéutica ingresarlo en la unidad de internación es fundamental asegurar, la continuidad asistencial, es decir, debe recibir cuidados continuos (durante las 24 hrs. del día), integral (es aquella atención que contempla todas las necesidades del paciente y no solo las sintomáticas) coordinada (significa, que se sincronicen los cuidados entre los distintos profesionales y servicios independientemente del espacio físico en el que se encuentre el paciente). En este sentido ¿Cuál sería la mejor estrategia a desarrollar para cumplir con este objetivo? ¿Quiénes están más preparados dentro del hospital para llevar a delante esta función?



En este sentido se proponen 2 estrategias que las entendemos como complementarias. Ambas con alcance directo hacia el interior del efector pero también de manera indirecta hacia la RED de salud. Estas son, la clinalización o conducción por especialistas en medicina interna y la organización de las camas de internación en función de la intensidad de cuidados que requiere el paciente, por un lado, reguladas y articulando, a través de la Unidad de Gestión de pacientes presentes en el hospital y de ser necesario con la RED de salud de la provincia de Santa Fé por el otro (2).

## **¿Qué significa Clinalizar o Conducir el proceso por Internistas?**

Una vez que se decide la internación de un paciente como estrategia terapéutica para su asistencia, sea esta de causa médica o quirúrgica, estos pacientes hospitalizados deben ser tomados por un equipo de salud de cabecera cuyo líder debe ser el Clínico Internista, que actúa coordinando la atención e información para el usuario, sus familiares y el equipo de salud.

Es importante remarcar que el termino clinalización anteriormente fue utilizado como una estrategia cuyo único alcance era la de responsabilizar a clínicos (especialistas en clínica médica) de todos los cuidados, acciones e intervenciones que debían hacerse en pacientes internados. Esto trajo como consecuencia la desresponsabilización de otros actores y servicios (traumatólogos, cirujanos, urólogos, etc.) situación que genero rechazo por parte de los clínicos de este término. La definición que le asignamos a clinalización desde esta propuesta de Gestión es “Guiar el proceso hospitalario desde la medicina interna-Clinica Médica”.

## **¿Quiénes están más preparados dentro del hospital para llevar a delante esta función?**

Como consecuencia de mayor desarrollo tecnológico, atención primaria, cirugías ambulatoria, hospitales de día, internación domiciliaria determino que la cama hospitalaria este siendo ocupada por pacientes de mayor complejidad que hace necesario una abordaje integral e integrado de los mismos.

Dentro de los profesionales que desarrollan sus actividades en salud y más específicamente dentro de un hospital, es justamente en el deber ser del internista (médico especialista en medicina Interna) que se expresa esta misión. En la curricula de formación de la especialidad, esta propone como objetivo “formar un posgraduado capacitado para la promoción de la salud y la prevención de la



enfermedad, la asistencia y rehabilitación de adultos, adolescentes y ancianos en el campo de la Medicina Interna tanto en lo individual como en lo poblacional. Asimismo debe estar preparado para asumir las responsabilidades de la coordinación e integración de la atención médica, diagnóstica y terapéutica de las personas con un criterio de asistencia integral y continua y para desarrollar nuevos conocimientos en dicho campo”. En un sentido final, la carrera debe estar dirigida a formar al internista en los campos que le conciernen, atención primaria, secundaria y terciaria en un determinado nivel de complejidad.<sup>2</sup>

Por lo tanto el rol de liderazgo del internista en este proceso de clínicización es crucial.

Pero decíamos que se trata de un equipo, por lo tanto se propone por sus capacidades especificadas y roles el enfermero y un tercer integrante.

Equipo de Referencia por unidades de producción hospitalaria.

## ¿Cuáles serían sus funciones?

### **Internista:**

Por su formación se encuentra preparado, para determinar la gravedad del paciente y determinar el proyecto terapéutico junto a la intensidad de cuidados que necesita, determinando por lo tanto que pacientes deben recibir cuidados críticos (UTI, UCO) y cuáles no. Es el que maneja el medio interno, el estado hemodinámico y las complicaciones clínicas de los pacientes. Por lo cual es el que realiza la historia clínica, las evoluciones diarias, las indicaciones, epicrisis, pedido de laboratorio, cultivos, métodos complementarios y prácticos simples (EAB, punciones, etc.). Da los informes médicos y en los casos que sean necesario, lo hará junto al especialista.

Los responsables por poblacion serian Pediatras (para la poblacion pediátrica), Tocoginecoogos, Pediatras y Neonatologos (Perinatologia) y Intensistas, Internistas (Adultos).

### **Enfermería:**

La formación de estos profesionales los dota de la capacidad para determinar qué grado de cuidados necesita el paciente en calidad y cantidad, definiendo el recurso humano necesario que debe utilizar en su cuidado. Por lo tanto es el que debe ubicar al paciente en el lugar adecuado según las necesidades del paciente. Jefes de Enfermería, así como responsables de sector tienen este rol.

.....  
2 - Plan de Estudio de la Carrera de Posgrado de Especialización en Clínica Médica. UNR.



## **Tercer Integrante. Servicios Clínico-Quirúrgicos**

En los Hospitales de alta complejidad, las especialidades quirúrgicas juegan un rol predominante por la importancia de sus intervenciones y por el volumen de pacientes asistidos en la internación. Este tercer integrante generalmente está compuesto por un especialista quirúrgico (Traumatólogo, Cirujano General, Ginecología, ORL, Urología entre otros). En los equipos estos especialistas se encargaran de programar y realizar las cirugías y las intervenciones específicas. Decide los tiempos quirúrgicos y da el informe médico junto al médico clínico. Su acción no solo queda restringida al acto quirúrgico sino que durante el tiempo que el paciente permanece internado, controla, evoluciona y registra en forma diaria en la carpeta del paciente el estado del mismo. El alta del paciente se da en forma conjunta entre el médico clínico y el especialista.

### **Referentes que garanticen la Clínica Ampliada:**

Si bien ésta es un visión que debe incorporar todo referente de unidad de internación. Esta visión destinada a ampliar la visión del proceso de salud y adecuar la respuesta de éste, contemplando las generalidades y particularidades que ocurren en nuestra población mejorando así las estrategias de abordaje, haciéndolas más eficaces, tiene referentes y visiones del proceso de atención que deben contemplarse particularmente, estos son psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. Estos garantizaran que se contemplen todas las aristas en la direccionalidad del proceso de salud, así pudiendo lograr una atención integral y un desarrollo del proceso de externación y atención extrahospitalario más adecuado.

### **Interconsultores:**

En determinadas situaciones es necesario que el paciente sea evaluado por uno o más especialistas, a requerimiento del equipo a cargo del paciente; la organización interna debe garantizar que las solicitudes sean atendidas en plazos al extremo breves, de modo de optimizar el avance de los procesos clínicos del paciente hospitalizado; el especialista interconsultor deberá consignar en la historia clínica todo lo concerniente a la consulta, y articular con el médico a cargo y con enfermería los procedimientos que solicite o recomiende, así como las siguientes visitas de evaluación del paciente, sin la necesidad de que el equipo deba repetir formalmente una nueva interconsulta. Es decir si padece patología que lo involucra desde su especificidad, este interconsultor pasa a formar parte del equipo y por lo tanto le corresponden las generales de



las obligaciones. A su vez, si de su evaluación surgieran actitudes diagnósticas y/o terapéuticas a realizar en función de su saber y de su especificidad será el encargado de tramitar y coordinar junto con el equipo dichas solicitudes.

Este equipo que tiene a cargo al paciente, además de informar a la familia y al propio enfermo, debe informar a los equipos clínicos de cabecera de éste (en el centro de atención primaria), a través de la epicrisis o acogiendo sus requerimientos de información. Al informar al usuario debe obtener los consentimientos que las intervenciones diagnósticas y terapéuticas requieran.

Se debe establecer quién es el médico a cargo de cada paciente; éste debe conservar dicho rol, de modo que la relación con la familia no sufra los vaivenes del cambio de interlocutor. En algunas situaciones se apoya esta función con profesionales del área social, que gestionan la relación administrativa y los preparativos al alta, de modo que la cama hospitalaria tenga el uso más eficiente.

El paciente hospitalizado debe ser evaluado al menos diariamente por el equipo tratante, (ello estará protocolizado de acuerdo al tipo de cuidado, en las categorías arriba mencionadas) quien ajustará las indicaciones al estado del paciente y a los resultados obtenidos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Los registros clínicos deben cumplir con los atributos de máxima calidad.

## **Equipos de referencia por unidades de producción**

- Médico referente de sector
  - Servicios de medicina Interna-Clinica Médica (Adultos)
  - Servicios de Pediatría (Pediátricos)
  - Servicio de Tocoginecología, Pediatras y Neonatólogos (Perinatológicos)
- Enfermero referente de sector
- Tercer integrante. Servicios clínico-quirúrgicos
- Trabajador Social referente de sector
- Psicólogo referente de sector
- Psiquiatra referente de sector
- Interconsultor interviniente como apoyo al diagnóstico



## Organización de las camas de Internación por intensidad de cuidados

En la criticidad de los cuidados, intervienen tanto los recursos tecnológicos y edilicios (respiradores, monitores, diálisis, etc.) como los RRHH. A mayor cantidad de cuidados que requiera el paciente mayor será el consumo de estos recursos. Se plantea que a nivel de estos efectores deben internarse pacientes críticos (UTI-UCO) y paciente de cuidados intermedios altos.

### Calculo del Recurso Necesario

#### Calculo de profesionales Médicos

La cantidad de recursos necesarios depende de la interrelación de variables como, cantidad de camas, complejidad de los pacientes, pero si tomamos que cada equipo va estar liderada por un clínico, un comienzo de acción es la presencia de un clínico cada 10 a 15 camas de internación. En este sentido es importante aclarar que los clínicos a cargo de este rol son los clínicos de planta. Estos son los responsables directos. El trabajo diario se realiza junto con los médicos en formación (residentes, concurrentes y médicos del internado rotatorio) y debe ser supervisado en forma directa por el Jefe de Servicio.

#### Calculo de personal de Enfermería

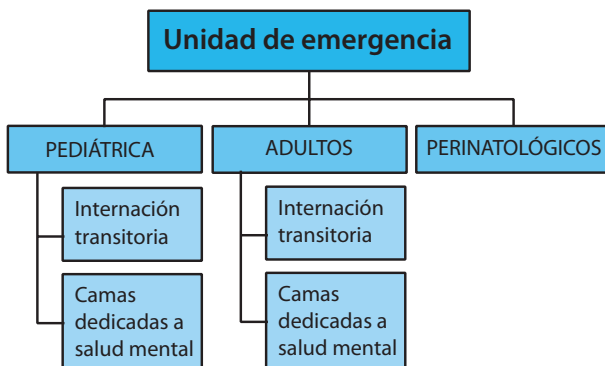
Para calcular la cantidad de RR.HH. de enfermería se tendrá en cuenta, la intensidad y complejidad del cuidado por cada unidad, vinculándola siempre a los mejores estándares de calidad que se adapten a estos procesos. Ej. TISS 28, entre otros. Se tendrá en cuenta el equilibrio entre los estándares y el cuidado del personal garantizando en su situación de revista su licencia, descanso, entre otros.

#### Unidad de Emergencias

La Unidad de Emergencia de un establecimiento hospitalario debe ser considerada y articulada con todos los establecimientos de la red y debidamente coordinada con la unidad de gestión y hospitalización del establecimiento, de modo que los equipos clínicos sean integralmente responsables de los pacientes de su especialidad, desde el momento de su ingreso a la unidad de emergencia. Las camas del establecimiento, idealmente organizadas en atención progresiva, deben organizarse en torno a las necesidades de la red, por lo tanto la unidad de urgencia debe ser considerada prioritariamente (Fig. 11).



**Figura 11.** Unidad de atención de emergencia



En esta UP, las camas de internación transitoria deberán disponer de unidades, dependiendo de cada institución, dedicadas a procesos Salud Mental (camas dedicadas a salud mental), esto enmarcado en el proceso de abordar estos procesos en hospitales generales y en el proceso de desmanicomialización que normatiza la Ley de Salud Mental. Dichas camas dedicadas deberán contar con condiciones edilicias que garanticen el cuidado adecuado de estos pacientes, resguardar la integridad de los trabajadores y de terceros. Las camas serán organizadas y consideradas dentro de la atención progresiva y organizadas en torno a las necesidades de la red de salud.

Su producto sanitario mensurable será la atención de la Urgencia- Emergencia y la atención ambulatoria de rápida resolución.

La información para la gestión de la Unidad de Emergencia tanto de la población Adulta, como la Pediátrica y la Perinatológica se obtiene del sistema informático Diagnose y del módulo Atención en Guardia-Emergencia.

### Indicadores para la unidad de emergencia

- Cantidad de consultas diarias a la urgencia
- Cantidad de consultas que requieren ingreso
- Días de internación en guardia
- Total de pacientes adscriptos sobre el total general
- Numero de reconsultas a las 72 hs





- Numero de reconsultas que requieren ingreso
- Tiempo de espera en la atención

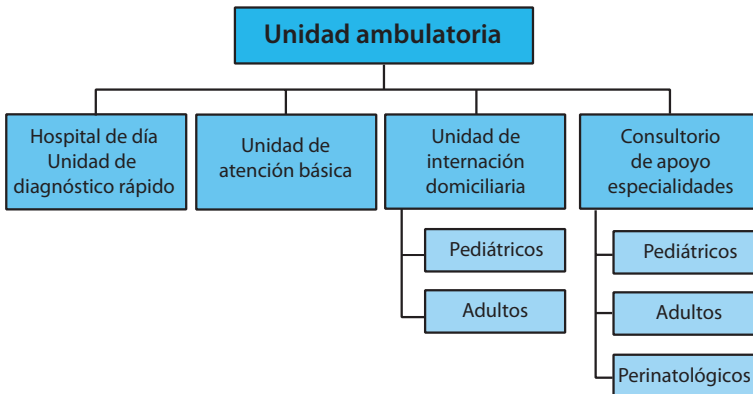
## Unidad Ambulatoria

Eje principal de la actividad del hospital, organizada para la atención especializada de aquellos usuarios que por definición de la red, requieran de la especificidad disciplinar (apoyo tecnico) o de la complejidad tecnológica (apoyo tecnico al diagnostico) que se encuentre instalada en el efector para resolver sus necesidades en salud agendadas por el resto de los efectores o actores de la RED. En esta U.P se debe desarrollar la atención ambulatoria de especialidad electiva o de emergencia con o sin hospitalización transitoria, estableciendo claros mecanismos de accesibilidad a sus especialistas y a los métodos complementarios complejos que la RED de manera territorial requiera.

Su producto sanitario se medirá como accesibilidad de la red y de su georeferencia, al apoyo técnico matricial de éstos, así como también tiempo y capacidad agenda a los turnos en al contexto de los profesionales que dicha unidad integren. Para lograr dicho objetivo se necesitara de un blanqueo de demanda satisfecha e insatisfecha del territorio contrapuesto con la capacidad de oferta de dicho efector.

Tendrá uno o dos referentes dentro de la unidad de gestión por cuidados progresivos, los cuales garantizaran esta organización ambulatoria en respuesta de la red y de su geo referencia (Fig. 12).

Figura 12. Unidad de atención ambulatoria



La información para la gestión de la unidad de ambulatoria de la población adulta, pediátrica, y perinatólogica se obtiene del sistema informático Diagnose y del módulo planilla única de atención del mismo.

### **Indicadores para la unidad ambulatoria**

- Numero de consultorios físicos disponibles en la institucion.
- Horas de producción de estos consultorios ej. 10hs. dia.
- Numero de turnos promedio por hora.
- Total de turnos mensuales.
- Total de turnos mensuales por especialidad.
- Especialidades Cuporizadas (asignadas al 1 o 2 nivel de atencion).
- Forma de acceso a turnos desde caps, samcos y mismo hospital.
- Porcentaje de distribucion de estos turnos ej. 30% caps, 30% samcos, 30%vpropio hospital.
- Ausentismo total.
- Ausentismo por especialidad.
- Ausentismo por la distribucion de los turnos (ver distribución de turnos)
- Tiempo del Horizonte de turnos.
- Diferencia entre la demanda territorial y la respuesta hospitalaria (demanda insatisfecha por el hospital).
- Especialidades problema.

### **Unidad de Cuidados Básicos – Primer nivel de atención:**

En la forma de hacer del modelo Hospitalocentrico, en el cual se realizó una concentración monopólica de la salud determinó las características de los servicios que luego eran ofrecidos a la población. Esta se encargaba de adaptar sus necesidades y demandas a esta oferta.

En este contexto la actividad desarrollada en las Consultas Externas Ambulatorias de estos efectores, surgía como apoyo a la hospitalización, ocupando un papel secundario frente a ésta. Observándose que el mayor producto del mismo estaba relacionado con el seguimiento de casos complejos y paradigmáticos de las diferentes Especialidades Médicas surgidas de este modelo de hospitalización, sin ninguna intervención en promoción y prevención de salud.

Por otro lado, se siguió asistiendo a población del área geográfica de



influencia, no adscripta en otros centros, que demandaban en forma espontánea servicios de salud tanto básicos como especializados, pero con el mismo grupo de profesionales disciplinares que trabajan y producen en forma individual, sin lograr instrumentar en estos efectores hospitalarios, la lógica de APS desarrollada en los centros de salud (equipos de referencia, clínica ampliada, adscripción) en su asistencia.

Como resultado visible de esta modalidad de asistencia ambulatoria, la población sin cobertura social que concurre a estos efectores y que no se encuentre adscripta en los centros de salud satélites y/o referentes de los mismos, se encuentran en una situación de "inequidad", en términos de acceso a una asistencia de salud integral e integrada, con respecto al resto de la RED adscripta.

Por lo tanto se propone, desarrollar en dichos efectores un una U.P (APS) que se comporte como un primer nivel de atención, apoyado en la constitución de equipos referentes (médicos, enfermeros, Psicólogos, trabajadores sociales, etc.), realizando la adscripción de la población territorialmente a cargo, incorporando y coordinando a su vez a los agentes encargados de prestar servicios de salud especializados médicos y no médicos presentes en dichos espacios, para que actúen ante su población a cargo, como su "agente" en la red de servicios, a fin de asegurar que se logren todas las intervenciones necesarias para garantizar procesos terapéuticos integrales efectivos.

Unidades de atención domiciliaria. Actualmente está circunscripta a los efectores de 3 nivel, tendrán en su futuro organización Nodal por fuera de la estructura ambulatoria hospitalaria, la cual garantizara el acceso equitativo de todos los sectores de la red de salud en una region determinada, mejorando así la eficiencia del proceso de accesibilidad.

La información para la gestión de la unidad de cuidado básico o 1 nivel de atención está dada por el sistema SICAP (Sistema de Atención Primaria).

## Unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico

Esta unidad está encargada de entregar apoyo y tratamiento a los servicios clínicos y a las unidades ambulatoria, de internación y de emergencias solicitados durante la atención de los usuarios dados los requerimientos de su problema de salud. Algunos de estos servicios deben ser compartidos en red.

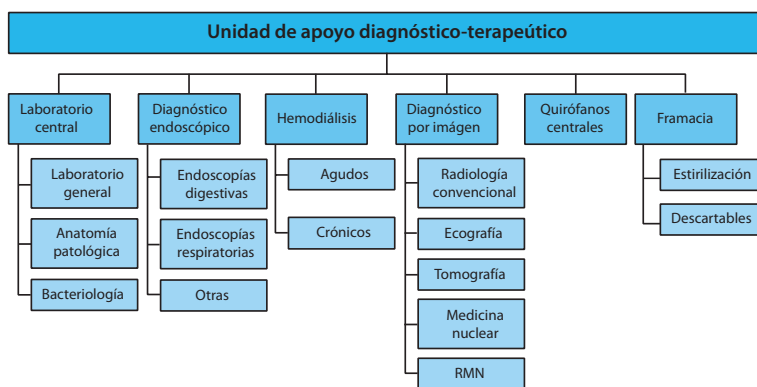
Indicadores para algunos sectores de la unidad de diagnóstico y tratamiento ej. Quirófanos:



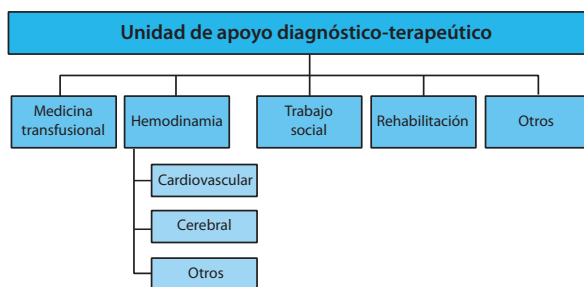
- Número total de cirugías mensuales
- Cirugías mensuales por servicios
- Porcentaje de ocupación de los quirófanos
- Lista de espera quirúrgica por servicios

Otro ejemplo son los indicadores por ejemplo del área de diagnóstico por imágenes que son idénticos a los de la unidad ambulatoria, debido a que comparten el concepto de apoyo matricial hospitalario y en red (Fig. 13).

**Figura13.** Unidad de apoyo al diagnóstico y tratamiento (parte 1)



**Figura13.** Unidad de apoyo al diagnóstico y tratamiento (parte 2)



# Palabras finales

Un modelo para la gobernanza en red y para una gestión eficiente de los principales hospitales, se define como el esquema más adecuado para organizar y conducir las acciones sanitarias, y los recursos humanos y materiales, para permitir el acceso integral y universal a servicios esenciales, oportunos, eficaces, eficientes y de calidad, a todas las personas y comunidades sin discriminación alguna y evitando barreras para dicho acceso. Los objetivos guardan relación con colaborar en el logro de la universalidad y el acceso efectivo a través de una mejor integración de los diversos establecimientos de la red, para facilitar una respuesta eficaz, eficiente, oportuna y de calidad a los problemas más urgentes y de mayor impacto en la calidad de vida, de modo que las personas puedan ser atendidas asegurando la continuidad de su atención y la resolución integral de sus necesidades.

Las principales características de la propuesta están en que busca fortalecer que nuestra red esté centrada en las personas y de una atención integral y de calidad. Está centrada en el usuario, lo que implica atención a los aspectos culturales, de género y de grupos especiales y adecua y organiza los servicios desde los requerimientos de los usuarios. Esto último supone que, los sistemas de referir y retornar, de dar los turnos, de la forma de organizar los procesos de atención y como se organizan internamente los establecimientos; están al servicio de asegurar el continuo de la atención de tal forma que el usuario no sufra quiebres entre niveles, establecimientos, departamentos y especialidades. En otras palabras, son los servicios, los establecimientos, quien se adapta a las necesidades de personas y comunidades, y no a la inversa.



Un modelo centrado en el usuario debe acercar y llevar los servicios a la comunidad; promover la participación del usuario en el proceso de atención, en la obtención de la información requerida, y en el trato digno otorgado; y desarrollar la capacidad de las comunidades de intervenir y participar sobre los procesos de atención, y de favorecer acciones inter sectoriales e inter disciplina-rias para mejorar la calidad de vida y fomentar el auto cuidado de las personas. Es necesario transitar a nuevas formas de relación entre quienes prestan los servicios y los usuarios quienes los reciben, en donde es responsabilidad del prestador de los servicios otorgar un trato amable, personalizado y responsable.

La atención integral no considerada a la enfermedad como un hecho aislado, sino como un todo que incorpora todas las dimensiones de la persona, como ser social, en la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados de largo plazo; en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales; y con enfoque intercultural y de género. La propuesta busca asegurar la continuidad durante todas las etapas del ciclo vital y evitar los quiebres en el continuo del proceso asistencial.

La propuesta presentada en este documento busca garantizar la continuidad de la atención a través del fortalecimiento de la gestión de la red, de modo fortalecer las competencias para articular localmente a los distintos niveles de atención, para que se aseguren las actividades de salud sobre población y se dé seguimiento de los requerimientos de los usuarios (garantía del flujo de los usuarios en el continuo de la atención, monitoreo de los sistemas de referencia y contra referencia, apoyo en capacitación continua, trabajo intersectorial con los municipios y facilitación de la participación social).

La propuesta busca continuar avanzando en el cambio desde un modelo centrado en la atención hospitalaria a un modelo que promueve y potencia la resolución ambulatoria de los problemas de salud. Lo anterior sin descuidar la atención hospitalaria, fortaleciendo la atención del primer nivel y aumentando su capacidad resolutive, y poniendo énfasis en las acciones de promoción y prevención. El avance tecnológico, permite que la atención pueda hacerse cada vez más de forma ambulatoria -incluso llevándola al ámbito domiciliario- así como las prácticas diagnósticas y terapéuticas, evitando el desarraigo familiar, prestaciones innecesarias y los riesgos asociados a la hospitalización. Los avances tecnológicos, transforman la práctica clínica para que los servicios de salud realicen prestaciones de calidad con efectividad y eficiencia. La propuesta busca contribuir a instalar la cultura de la calidad, de la eficiencia, y de la evaluación de las tecnologías, mediante el análisis de las



implicancias médicas, sociales, éticas y económicas del desarrollo, difusión y uso de formas de organización y de gestión y de opción sobre la utilización de distintas tecnologías sanitarias.

La propuesta propone un modelo de organización hospitalaria, eficaz y eficiente, capaz de responder a las prioridades de salud definidas por la red asistencial y a los requerimientos de sus usuarios, y configurada como un sistema vivo y abierto, claramente influido por y proyectado a los valores de las personas que componen la organización y su entorno.

Los establecimientos hospitalarios, son organizaciones de servicios que cumplen una función social esencial. Necesitan desarrollar una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman su red, sepan identificar y proyectarse a las necesidades de sus usuarios, adaptarse a las características, flujo, ritmo y evolución de la demanda de las comunidades, especialmente en el sector salud, donde desde la red asistencial, se exige respuestas concordantes con el modelo de atención, crecientemente flexibles, oportunas, efectivas y eficientes.

Los establecimientos deben estar en permanente adecuación con relación a: (i) las cambiantes necesidades de salud de las personas y las comunidades, las que estarán expresadas en los requerimientos de la red asistencial y, especialmente en la necesidad de atender los requerimientos originados en la comunidad, canalizados por la atención primaria; (ii) las cambiantes expectativas y culturas de los usuarios de los servicios; (iii) las nuevas tecnologías tanto clínicas como de gestión (iv) los nuevos modelos de organización y gestión de los sistemas de salud; (v) las nuevas formas de financiamiento; y (vi) las cambiantes aspiraciones de desarrollo personal y de aporte creativo de los trabajadores hospitalarios.

La propuesta reflejada en este documento está consciente de que en los hospitales, la concentración de profesionales con alta calificación, la cultura del equipo de salud, la dinámica de la relación entre necesidades y oferta de servicios de atención de salud, la alta diversidad de funciones clínicas, industriales y administrativas que se efectúan en un establecimiento, lo hacen una de las organizaciones más complejas en el ámbito de los prestadores de servicios. Por ello, propone una nueva forma de organizar el hospital y reconoce que los procesos de cambio requieren de grandes inversiones de energía: creatividad, capacidad, recursos, tiempo y perseverancia.

El cambio en el comportamiento de las personas de “pacientes” a usuarios conscientes de sus derechos, están obligando a los establecimientos hospitalarios



a reconocer y responder con eficacia-eficiencia a las necesidades y demandas que se generan en su entorno para mantener la confianza social. En la evolución que han presentado los sistemas de salud, se observa un lento cambio en la orientación de los servicios, desde un énfasis exclusivamente en los productos (eficacia) - que no necesariamente se acompañaba del debido cuidado del impacto sanitario de las acciones - o de los recursos utilizados para ello (efectividad y eficiencia), hacia un mayor énfasis en la orientación al usuario y a la responsabilidad social del uso de los recursos. Este es, probablemente, el contexto que puede explicar la progresiva incorporación de la preocupación por la gestión, la calidad y la rendición de cuentas por las responsabilidades entregadas.

El hospital que propone este documento, debe responder a la ciudadanía, en términos de satisfacción de expectativas sobre el nivel de salud al que aspira y al tipo de sistema de atención que desea. Al mismo tiempo se estimula y apoya la corresponsabilidad de las personas y las comunidades en lograr los objetivos sanitarios que la red de salud de la provincia determina. El hospital debe por tanto, regirse por los objetivos sociales sanitarios requeridos por la red asistencial para determinar la estructura de servicios desde las «necesidades» de salud y bienestar de las personas y no desde las presiones que la industria y otros actores pueden intervenir para generar un determinado tipo de oferta. Así mismo, debe considerarse la costo-efectividad de las intervenciones, lo que guarda relación con las decisiones que se toman en el ámbito de cómo se produce lo que hay que producir, e introducir herramientas de gestión clínica, como la protocolización de actividades y procesos clínicos basados en la evidencia, para determinar racionalmente en razón de los resultados esperados y de los recursos disponibles, la mejor ecuación en torno a la tecnología que se incorpora, la utilización de procedimientos o la definición de perfiles de idoneidad del recurso humano.

Por lo tanto el verdadero reto a los hospitales, para la función pública y social que deben cumplir, estriba en definir adecuadamente cómo dar una respuesta que satisfaga eficazmente las necesidades de salud de la población, expresadas en las solicitudes de la red asistencial, basada en criterios clínicos y gerenciales, a la vez que lograr una mayor calidad percibida por las personas y un mejor uso de los recursos desde el punto de vista de la eficiencia; ello implica equilibrar esta multiplicidad de objetivos con creatividad y flexibilidad en cada experiencia local.

Para esto es clave que el hospital se adapte continua y flexiblemente a las señales de “qué hacer” emanadas desde la red asistencial; que tenga regulaciones y controles de los resultados del “qué hacer” y de la calidad en los procesos





involucrados en el “cómo” (control de gestión); que responda públicamente por sus resultados de gestión (control social). Finalmente, la «función social» del hospital, como organización de prestación de servicios, no debe quedarse en su versión más restringida de atención de la enfermedad. Implica además, funciones conexas de responsabilidad hacia la comunidad circundante. También hay una responsabilidad del hospital en la formación de recursos humanos indispensables; en la investigación en salud; en el apoyo al primer nivel y a los espacios ambulatorios de atención de salud; en la responsabilidad en no contribuir negativamente con el ambiente; y, en el aportar constructivamente a las acciones locales sobre las determinantes sociales de la enfermedad, y a las estrategias locales para incidir en estilos y hábitos de vida saludables.

Sin duda que este documento, será a la vez un norte que implementarse, pero a su vez, un pretexto para descubrir y aprender participativamente, nuevas maneras que hagan que nuestras prácticas en salud sean más efectivas y satisfactorias para nuestros usuarios.



# Bibliografía

1. Artaza Barrios O, Méndez CA, Holder Morrison Reynaldo, Suárez Jiménez J. *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*. (Documentos OPS/OMS en Chile, 1). Santiago de Chile: OPS, 2011. [citado 2 agosto 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33808/9789568246082-spa.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas*. (Representación OPS/OMS en Argentina, 71). Buenos Aires: OPS, 2017. [citado 2 agosto 2017]. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34027/9789507101281\\_spa.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34027/9789507101281_spa.pdf)
3. Proceso de Regionalización de Maternidades, Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia, Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. [Inédito].
4. Argentina. Ministerio de Salud de Santa Fe. *Análisis de situación de salud de la población de la provincia de Santa Fe*. Santa Fe: Sala de situación del Ministerio de salud, 2011. [citado 2 agosto 2017]. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/128722/636232/file/02%20Primer%20Informe%20sala%20de%20situacion%20para%20web.pdf>
5. Proyecto de Coordinación de Consultorios del área Ambulatoria en efectores de segundo nivel de atención de la RED de Salud de la ciudad de Rosario. Análisis del Servicio de consultorios externo del Hospital Intendente Carrasco como trazador, 2012. [Inédito].
6. Báscolo E, Yavich N. Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *Rev. salud pública* [Internet] 2010 abril [citado 2 agosto 2017]; 12(Suppl 1):89-104. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642010000700007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000700007&lng=en&nrm=iso)
7. Simioni A, Llanos O, Romero M, Ramos S, Brizuela V, Abalos E. Regionalización de la atención materna perinatal en la provincia de Santa Fe, Argentina. *Rev Panam Salud Publica* 2017 [citado 2 agosto 2017]; 41:1-7. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34033/v41a382017.pdf>











ISBN 978-950-710-129-8



9 789507 101298