

Herramientas para la gestión hospitalaria:
Argentina y el mundo
El caso del Hospital Posadas



Compiladores

Patricio Narodowski | Federico Machado Busani



OBRAS
COLECTIVAS
SOBRE RESULTADOS/
AVANCES DE
INVESTIGACIÓN

Herramientas para la gestión hospitalaria:
Argentina y el mundo

El caso del Hospital Posadas

Herramientas para la gestión hospitalaria:
Argentina y el mundo
El caso del Hospital Posadas

Compiladores

Patricio Narodowski y Federico Machado Busani

Autores

Daniela Álvarez

Federico Machado Busani

Fernando Ballina

Julieta García

Patricio Narodowski

Gabriel Orlandi

Lucía Rodríguez

Rodrigo Sal Iturrería

María Eugenia Zamarreño

Ladislao Zugbi



Herramientas para la gestión hospitalaria : Argentina y el mundo : el caso del Hospital Posadas / Patricio Narodowski ... [et al.] ; Compilación de Patricio Narodowski ; Federico Machado Busani. - 1a ed. - Florencio Varela : Universidad Nacional Arturo Jauretche, 2024.

Libro digital, PDF - (Obras colectivas sobre resultados / avances de investigación / Narodowski, Patricio; 4)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-90815-4-1

1. Administración Hospitalaria. 2. Hospitales Públicos. I. Narodowski, Patricio
II. Narodowski, Patricio, comp. III. Machado Busani, Federico, comp.
CDD 362.11068

Secretaría de
Investigación y
Vinculación Tecnológica

Dirección de
Gestión de la
Investigación

Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHÉ

Rector: Dr. Arnaldo Medina

Vicerrector: Ing. Miguel Binstock

Secretaría de Investigación y Vinculación Tecnológica: Dr. Patricio Narodowski

Dirección de Gestión de la Investigación: Mg. Dolores Chiappe

1ª edición, diciembre de 2024

© 2024, UNAJ

Av. Calchaquí 6200 (CP1888)

Florencio Varela Buenos Aires, Argentina

Tel: +54 11 4275-6100

editorial@unaj.edu.ar

www.editorial.unaj.edu.ar

Este libro fue seleccionado, con referato externo, en la Convocatoria de Obras Colectivas 2023, realizada por la UNAJ.

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina (CC BY-NC-ND 2.5 AR)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

*Este libro está dedicado por todos sus autores a nuestras familias,
compañeros de trabajo y de la vida*

Prólogo

Arnaldo Medina..... 11

Introducción

Patricio Narodowski y Federico Machado Busani 15

Capítulo 1. La gestión hospitalaria en la región metropolitana central de un país periférico. El Hospital Posadas

Daniela Álvarez, Federico Machado Busani y Patricio Narodowski..... 23

Capítulo 2. La administración hospitalaria

Rodrigo Sal Iturrería, Federico Machado Busani y María Eugenia Zamarreño..... 61

Capítulo 3. Tecnología e Infraestructura para la Salud

Patricio Narodowski y Fernando Ballina 101

Capítulo 4. Las redes

Federico Machado Busani, Gabriel Orlandi, Lucía Rodríguez y Ladislao Zugbi..... 135

Capítulo 5. Planificación Estratégica e indicadores de Gestión

Patricio Narodowski y Federico Machado Busani 177

Capítulo 6. La mejora en la gestión de los servicios asistenciales: las reformas en la farmacia y en el sector de Hemodinamia

Patricio Narodowski, Julieta García y Rodrigo Sal Iturrería..... 205

Capítulo 7. Conclusiones del libro..... 249

Bibliografía 255

Autores..... 308

Prólogo

Arnaldo Medina

Me han invitado a prologar un libro que refleja una investigación novedosa. Ante todo, porque es un libro del que estuve muy cerca, que ha sido encarado en el marco del Proyecto de Investigación que dirijo en el que se trata de analizar nuestra realidad vis a vis con lo que sucede en otros países. No intervine directamente por considerar que no sería ético hacerlo ya que fui funcionario nacional con el Hospital Posadas (HNAP) bajo la órbita de mi área, pero pude seguirlo permanentemente.

En segundo lugar, porque representa un intento de resolver crítica y reflexivamente el modo en que se evalúa la gestión pública. El libro había nacido como un intento de la propia Dirección del HNAP de dar a conocer su trabajo, en paralelo había un interés de un grupo de investigadores de la universidad por hacer lo propio y en ese marco habían iniciado una serie de entrevistas. Con posterioridad, varios de aquellos miembros de la conducción del hospital se incorporaron como docentes investigadores a la UNAJ y surgió entonces la propuesta de organizar un grupo de diversas proveniencias y estudiar la evolución del HNAP, pero en el contexto de las reformas que se vienen sucediendo en los hospitales a nivel mundial. En las reuniones del proyecto acordamos trabajar en conjunto y con una mirada reflexiva. Poniéndonos exigentes diremos que en parte lo han logrado.

En tercer lugar, el libro debería interesar porque aborda la gestión del hospital desde el sanitarismo. Nuestro rol como investigadores obliga a plantear debates y experiencias y generar un diálogo, lo hacemos sin ocultar nuestro interés por la mirada del sanitarismo crítico. Esta perspectiva, por lo teórica, suele plantearse en un plano abstracto o a nivel del sistema, se requiere retomar la tradición de nuestro país en defensa de la salud pública, en un marco de fortalecimiento de la atención primaria, en forma equitativa y de calidad con participación comunitaria; pero incorporando conceptos como la descentralización con coordinación mediante redes de salud, los modelos de gestión basados en la planificación estratégica y el análisis de procesos, etc. En esta investigación se va desde el contexto y los grandes debates acerca de la fragmentación, al gobierno de la institución y hasta las herramientas más concretas.

Finalmente me interesa plantear que es importante cubrir un déficit existente, acerca de los estudios micro de las instituciones de salud desde un pensamiento crítico que sirva a la gestión. En el futuro no solo se tendrá que responder al desafío de la integración del sistema de salud, concomitantemente se deberá avanzar en el análisis costo-efectividad, la generalización de guías clínicas como el sostén de los procesos, la mejora en los procedimientos de gestión y la incorporación de tecnología de información y comunicaciones, el uso de esquemas de costeo de prestaciones junto con la reforma del modelo de recuperación de costos y todo en un contexto de redes. Todo esto exige generar una masa crítica de directivos y administrativos capaces, en los ministerios, secretarías de salud e instituciones sanitarias.

Un párrafo especial merece la perspectiva de no referirse a un hospital más, sino a un Hospital Público que: por su historia, por su tradición, por su magnitud, por ser uno de los pocos que quedó en la órbita nacional, por su nivel de referencia y despliegue en el Oeste del Conurbano Bonaerense y fundamentalmente por su activo más importante que son sus trabajadores, siempre está presente a nivel simbólico como “la nave insignia” en el espíritu colectivo. Así es, con sus más y con sus menos, con todas las tensiones en el campo de disputa de un sistema de salud fragmentado y en el marco de ciclos políticos cambiantes en cuanto a la valorización de lo público y del rol del estado. Lo que lleva a pensar en la importancia y el impacto que pueda tener en el Sistema Nacional de Salud, todo lo que aquí ocurra y todas las conclusiones y reflexiones que se puedan aportar desde este trabajo.

Introducción

Patricio Narodowski y Federico Machado Busani

Esta obra colectiva tiene por objetivo explorar diversos aspectos relacionados con la gestión especialmente administrativa en el Hospital Posadas (HNAP), durante el período 2020-2023. No se analizan los resultados en términos del bienestar de los pacientes sino en términos de la mejora de la gestión y según la percepción de los actores participantes de los procesos internos.

El HNAP es una institución emblemática, de alta complejidad que tiene como área de influencia desde su fundación a la región metropolitana de la Provincia de Buenos Aires. El camino transitado por el HNAP naturalmente se realiza en un contexto de serias dificultades, especialmente porque la salud pública de países de nuestra región se orienta a los sectores de menores recursos conformándose sistemas fragmentados, con limitaciones en cuanto al financiamiento. A su vez, en el contexto del cambio de época que puso en discusión la visión del Estado, la ofensiva antiestatal en Argentina fue notable, especialmente en la dictadura iniciada en 1976 y luego en los 90s.

En ese contexto, el hospital ha atravesado diversos conflictos y luego ha sido escenario de una serie de reformas internas, especialmente en la administración, que intentamos abordar. En el período bajo análisis la institución recibió un fuerte apoyo del gobierno nacional y provincial, no se ha hecho un relevamiento de las políticas de ambos ministerios ni de los municipios del

entorno, por eso las mismas, que han sido importantes no se ven reflejadas en este trabajo.

La institución hoy tiene 4.500 trabajadores, 500 residentes, 130 servicios y se atiende aproximadamente a 2.000 personas por día. Al año son 550.000 consultas ambulatorias, 150.000 consultas de emergencias y 18.000 internaciones (Hospital Posadas, 2023g).

El estudio se ubica en la dimensión endógena de los hospitales sin olvidar el contexto, es decir, la concepción general, el estilo de conducción, la comunicación, la planificación estratégica, la administración y los RRHH, la cuestión de la seguridad y la calidad, las redes, el papel de la tecnología, etc. Ésta idea de lo endógeno se puede visualizar a nivel de la administración central de cualquier institución, también de los servicios considerados periféricos (ej. Farmacia) como también de los servicios de salud específicos, donde en general cuesta más derramar reformas de gestión por la propia dinámica de esos ámbitos.

El abordaje se realiza en el marco de los estudios de los sistemas de salud comparados a nivel internacional y a la temática de las reformas hospitalarias, realizadas en contextos diversos según se trate de países centrales o periféricos, en un clima global de valorización financiera, transformación tecnológica y de las subjetividades en que los gobiernos no han dejado de asegurar la universalidad, pero han realizado cambios profundos en los sistemas y desarrollando herramientas de gestión innovadoras. Incluso Estados Unidos, cuyo sistema de salud funciona como paradigma global pro-sector privado, ha sostenido y ampliado programas tendientes a brindar cobertura de salud para la población más vulnerable (Medicare y Medicaid), incluso países

como Chile y Colombia también han intentado equilibrar sus sistemas excesivamente pro mercado. En todos los casos se incorporan nuevas estrategias.

Se lleva adelante la investigación considerando la presencia de dos concepciones en pugna, la del Neo Institucionalismo (NI) y la del sanitarismo crítico sobre el cual nos recostamos; y se asume, a partir del debate que desarrollamos en Medina y Narodowski (2019) que hay un cierto consenso “intermedio” que podrían sintetizarse en las buenas prácticas sugeridas por OMS/OPS.

Desde esta perspectiva se trabaja con la hipótesis de que la gestión bajo análisis –en las que han participado cuatro coautores- ha sido exitosa, en un contexto siempre difícil por cuestiones estructurales del sistema de salud, pero la incorporación de procesos de trabajo actualizados es insuficiente, especialmente si los comparamos con los instrumentos de gestión recomendados y puestos en marcha en los países centrales. También se tiene la hipótesis que no ha podido madurar en el hospital un proyecto político como el que plantea el sanitarismo, esto requiere de mucho tiempo, en el libro se pueden ver los progresos.

En cuanto a la estrategia metodológica, la investigación se desarrolló a partir del análisis documental, la encuesta y la entrevista semiestructurada.

Las encuestas se utilizaron para recopilar datos cuantitativos y así respaldar los análisis y las tendencias, mientras tanto, las entrevistas ofrecen una plataforma para explorar a fondo las opiniones, los conocimientos y las experiencias de los actores clave, permitiendo una comprensión más completa de los avances

y los problemas que hacen a las reformas y al funcionamiento del HNAP. Las entrevistas tuvieron una modalidad semiestructurada a fin de recoger las opiniones ampliamente para luego procesarlas cualitativamente.

La selección de los documentos a analizar, y de las unidades de análisis a entrevistar y encuestar se definió a partir de un criterio de construcción muestral que Cea D'Ancona (1996) llama estratégico (no probabilístico) donde la selección de las unidades muestrales responde a consideraciones de la investigación según los objetivos definidos. El tamaño de las muestras resulta de la saturación teórica, es decir, se limita la recogida de información cuando el agregado de unidades muestrales ya no aporta nuevos puntos de vista analíticos. Con este criterio se definió la muestra documental a partir de documentos oficiales de organismos internacionales, nacionales y del HNAP, y sus sistemas de información. Las entrevistas se realizaron a los agentes involucrados en la organización o, en otras palabras, a la estructura vigente.

Se realizaron 18 entrevistas. En cuanto a las encuestas, se hicieron 76, 15 a trabajadores del área de Administración, 16 de Infraestructura, 18 de Planificación Estratégica, 9 de Redes y 18 de Farmacia. Respecto a la antigüedad laboral en el HNAP: 29% de los encuestados tiene menos de 10 años de antigüedad, 18% tiene entre 10 y 20 años, 30% tiene entre 20 y 30 años de antigüedad y 22% tiene más de 30 años de antigüedad. Las encuestas fueron anónimas y voluntarias, realizadas mediante Google Form. Dado que la mayor parte respondió sobre su área, en general las respuestas suman un total inferior a 76.

La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos en nuestra investigación brindará una base sólida para los análisis y las conclusiones. A través de esta metodología, esperamos contribuir significativamente al conocimiento en el campo de la salud en Argentina, específicamente a la reforma hospitalaria y proporcionar información valiosa para mejorar la gestión y la política de salud en nuestro país.

El grupo de trabajo, integrado por investigadores de la UNAJ, involucra en la coordinación y en cada capítulo a miembros de la Dirección del HNAP durante el período bajo análisis (Fernando Ballina, Julieta García, Federico Machado Busani, Rodrigo Sal Iturrería y Gabriel Orlandi) y a docentes – investigadores de la UNAJ que no han formado parte del HNAP en ningún momento. Algunos estaban en el “Programa de Investigación en políticas y gestión de redes de servicios de salud” y todos han confluído en el proyecto UNAJ Investiga 2023 “Las estrategias de gestión en los establecimientos sanitarios de la Argentina en el marco de los estudios de sistema de salud comparados”,

Además, se ha contado con un texto sin publicar (citado como tal) de la Dra. Lucrecia Raffo, de larga trayectoria en la institución y que fue en el período de estudio la Directora General de Servicios Asistenciales

De la conformación del grupo se nota que hay miembros importantes en la toma de decisiones del HNAP. Ya se mencionó en el prólogo como se constituyó el proyecto de esta investigación, la conformación de un grupo formado por funcionarios del HNAP e investigadores de la UNAJ exigía romper la dicotomía habitual entre investigador e informante

garantizando a la vez un proceso crítico sostenido en una vigilancia epistemológica constante (Bourdieu et al, 1985). Esta estrategia se concretó en una mecánica en la que la coordinación general y cada capítulo son compartidos por miembros con distinto grado de involucramiento en el caso y se formalizó un compromiso de establecer un proceso de trabajo de continua reflexión y de debate. Los textos de los capítulos fueron sometidos a un contraste crítico permanente y luego a una revisión general por uno de los miembros no involucrados en el HNAP.

Lucía Rodríguez, aportó además de su coautoría del capítulo 4, en la búsqueda bibliográfica de la experiencia internacional en varios capítulos.

Agradecemos a Leyla Chain que nos ayudó con la metodología a Silvia Prieri por su lectura y comentarios. Y a todos quienes respondieron la encuesta y nos proveyeron de información y puntos de vista.

El orden del libro es el siguiente: En el primer capítulo se aborda con mayor extensión nuestra concepción del sistema de la salud, debatiendo brevemente entre las principales posturas teóricas. Esto nos servirá como punto de partida para un recorrido sobre los intentos de reforma a nivel mundial y en Argentina durante el último siglo y finalmente para ubicar al HNAP en dicho devenir histórico. A partir de allí, cada capítulo abordará una dimensión de las escogidas de la gestión sanitaria, intentando en primer lugar plantear los interrogantes a nivel conceptual que existen actualmente sobre la materia y las experiencias internacionales, luego explicar cuáles fueron los principales desafíos en la gestión

2020-2023, detallando problemas, los objetivos propuestos, las resistencias, las estrategias y los resultados.

El capítulo dos aborda los procesos de gestión, especialmente la administración de los recursos del HNAP: el presupuesto y su ejecución, compras, y los esfuerzos para la certificación de calidad.

El capítulo tercero enfoca la tecnología y la infraestructura, que incluye tanto al equipamiento como las tecnologías de la información y la comunicación y también la ingeniería clínica como proyecto general.

En el capítulo cuatro se plantea el tema de las redes de salud, entendiendo a las mismas como la respuesta más efectiva ante la problemática de la fragmentación y segmentación que sufren los sistemas de salud latinoamericanos y en particular el argentino. Pondremos en discusión distintas concepciones de redes, tema central en nuestro enfoque. Finalmente se detallan los esfuerzos llevados adelante en el HNAP desde distintos dispositivos para ordenar, ampliar, formalizar y profundizar las redes como relaciones entre distintas instituciones.

El capítulo cinco aborda la Planificación Estratégica y el uso de indicadores de gestión. Se realiza un repaso sobre la necesidad de la planificación y las distintas intensidades de la misma según los enfoques. A continuación, se describen y plantean algunas lecciones aprendidas en el proceso de elaboración del Plan Estratégico del HNAP.

En el capítulo 6 se aborda el impacto de las reformas en dos servicios específicos, la farmacia y el servicio de hemoterapia, en este último se incluye además el nuevo sistema de emergencias.

En el HNAP, desde antes y en la gestión bajo análisis, hay mucha gente que trabaja y se esfuerza por mejorar la salud pública y por realizar cambios en diversas direcciones, el libro se ha centrado en los temas que se acaban de detallar para acotar la investigación, sin desmerecer nada ni a nadie.

El texto se ha escrito en el intento de los coautores que formaron parte de la Dirección de evaluar lo sucedido y reconocer los errores propios, entendiendo los procesos de un modo sistémico, con el propósito de enriquecer la experiencia del grupo para encarar futuros desafíos. Y es el intento del resto de los autores de acompañar ese análisis para sacar conclusiones teóricas y propuestas.

Hacemos propias las palabras finales del prólogo y agradecemos la oportunidad que tuvimos de contribuir a la mejora del HNAP. Esperamos con este libro contribuir a los debates sobre la gestión pública y hospitalaria con pensamiento crítico.

Capítulo 1. La gestión hospitalaria en la región metropolitana central de un país periférico. El Hospital Posadas

Daniela Álvarez, Federico Machado Busani y Patricio Narodowski

II. Evolución de los sistemas de salud mundiales. Concepciones en pugna y el rol de los hospitales en esos debates

El sistema de salud y los hospitales. Evolución y debates

La sociedad, la relación con el Estado, los sistemas de salud –como campo de disputa del modelo de sociedad y de país de manera más específica en un ámbito concreto- han sufrido cambios importantes en el siglo XX y XXI a nivel mundial y naturalmente en Argentina.

En este punto se analizan las transformaciones económicas y sociales y en paralelo los cambios en los sistemas de salud, así como los debates que han surgido a su alrededor.

Desde mediados del siglo XIX –en el contexto de la segunda revolución industrial- se empieza a consolidar una economía basada en el intercambio mercantil que luego deviene en capitalista. En paralelo se produce la conformación de una unidad material, “la nación”, en desmedro de la infinidad de estructuras políticas y de comunidades de base agraria, anteriores, la "nación" supuso la invención de una conciencia colectiva compartida por los ciudadanos, integrada a un poder central que re-definió los espacios particulares, aunque de un modo conflictivo, en un

proceso cuya descripción escapa a las posibilidades de estas líneas (Ortiz, 1996).

En la posguerra, esta lógica se consolida mediante el aumento del rol del Estado en la economía, el llamado Estado Benefactor. Desde la teoría neoclásica esto será explicado como una anomalía. En los países subdesarrollados el rol del Estado es explicado desde distintos estructuralismos para lograr los cambios que exigía el desarrollo (Iñiguez y Narodowski, 2007).

Durante esta etapa, en un marco donde predominaban las relaciones salariales formales y la centralización estatal, surge el concepto de universalidad y crecen los servicios públicos y los organismos estatales para garantizarlos, entre ellos, los sistemas de salud de la posguerra, en muchos casos universales (Medina y Narodowski, 2015). Esto que se expresó claramente en los países desarrollados, se vio también en la periferia global, aunque siempre disponiendo de un menor gasto per cápita y por ende con resultados respecto a la inclusión más acotados (Medina y Narodowski, 2019a).

A partir de los años '70, surgen las reformas denominadas "pro-mercado". Thatcher en Inglaterra y Reagan en Estados Unidos, así como el caso chileno en América Latina (LATAM) fueron claros exponentes de estas experiencias que luego se morigerarían. Los teóricos de las diversas ramas del enfoque neoclásico, especialmente el neoinstitucionalismo (NI) asumieron que la necesidad del retiro del Estado de la economía era consecuencia de la intervención estatal de la posguerra, se fomenta la competencia privada, por eso el ajuste fiscal y la privatización, la apertura comercial y financiera, la descentralización (Friedman y

Friedman, 1979; Vargas Hernández, 2008). A esa versión también parecieron adherir, aunque de un modo atenuado ciertos economistas de origen keynesiano (Arestis y Sawyer, 2011).

Autores regulacionistas como Lipietz (1987) buscan el origen en las transformaciones en el modo de acumulación y regulatorio a escala global a partir de la transición del fordismo al posfordismo, lo que incluye la revolución tecnológica, el cambio en el rol del Estado, las nuevas relaciones laborales, la organización empresarial, etc. Otros, como la corriente neoschumpeteriana muestran estos cambios a nivel micro y su impacto en el territorio (Becattini y Rullani, 1993).

En paralelo se produce el debate acerca de los cambios en las relaciones sociales y la subjetividad, por lo tanto, en el modo de “conocer” que podemos englobar en la transición entre el estructuralismo y el posestructuralismo debiendo mencionar a Foucault y Bourdieu como antecedentes, pero especialmente a Deleuze y Guattari, Lyotard, Derrida, etc. Por mencionar ciertos aportes de algunos de estos autores, según Álvarez (2017) Bourdieu aporta el concepto de ruptura epistemológica según el cual la teoría tiene un rol fundamental para lograr la ruptura con ideas preconcebidas y generar otras referencias. Deleuze y Guattari plantean el concepto de rizoma para presentar los principios de conexión y heterogeneidad, a modo de síntesis, desde esta teoría puede decirse que la dinámica del rizoma es en sí multiplicidades.

En una segunda generación, debemos mencionar a otros que nos han interesado como Lash (1990) y su idea del sujeto de la reflexividad estética; Ianni (1998) y la pérdida del sentido del

Estado Benefactor, Hart y Negri (2000) y la multitud contra-imperio o la disonancia y el contrapoder de Holloway (2002) ambos con otros puntos de partida. Estas concepciones propias del posestructuralismo, son cuestionadas entre otras cosas, por abandonar criterios de justicia de índole universal. El tema central es la relación entre universal y particular Valenzuela Espinosa (2014). Harvey (1996) responde con su idea de particularismo militante basada en Raymond Williams.

En América latina, Dussel (1998) y la ética comunitaria, Hinkelammert (1998) y su “ética de bien común” basada en la experiencia, alejada de leyes impuestas, Escobar (2014) y la descolonización epistémica; la lógica de lo comunal, la relacionalidad, y el pluriverso, o Gago (2018) que habla de autonomía como forma de relación no jerárquica, opuesto y cuestionado por el modelo consumista vigente.

En nuestro punto de vista es especialmente importante el pasaje del enfoque sistémico de Bertalanffy (1968) donde se asume que la sociedad puede ser estudiada como un conjunto de subconjuntos estables, al de Priogine (1997), Luhmann (1993 y 1998), o Beyme (1994), quienes lo definen por su autoconstitución y autonomía, por sus funciones internas, sin juicios de valor externos posibles, lo que a su vez determina la labor del investigador. Desde este enfoque la sociedad funciona y debe ser descripta a partir de la diferenciación de los subsistemas que la componen, dotados de diferenciales de complejidad, pero asumiendo la autonomía de estos y –agregamos– de los individuos que los integran (Narodowski, 2008).

En el enfoque sistémico hay, además del Estado, un conjunto de actores y organizaciones interrelacionados entre sí, cada uno con un objetivo, una y un acervo de capacidades. También siguiendo a Spinelli (2010) se podría hablar de “campo”, entendido éste como un conjunto de relaciones donde convergen actores, problemas e intereses que luchan por la apropiación o el predominio de ciertos capitales (económico, social, cultural o simbólico). Esto resulta particularmente importante a la hora de analizar, por ejemplo, el mercado de bienes –medicamentos- la relación público-privada en el Estado, las luchas de los diversos segmentos de trabajadores por mejores salarios, la distribución de recursos al interior de una organización, dificultades en la construcción de las relaciones, etc. Desde nuestra concepción, utilizaremos indistintamente los conceptos de sistema y campo, que también es la base del enfoque de redes, entendidas en general, como veremos luego, cómo acuerdos no definitivos ni únicos entre subsistemas.

Lo cierto es que las transformaciones socio-productivas y tecnológicas mencionadas explican el nuevo rol del Estado hacia una mayor desregulación desde los 70s y las teorías que lo discuten, aunque con sus diferencias y vaivenes, también las diversas escuelas económicas dan cuenta del cambio comportamental, los NI a partir de la búsqueda de soluciones de contrato, el evolucionismo a partir de la idea de sistemas (Narodowski, 2008).

En la salud, la conferencia de Alma Ata (año 1978) resulta un hecho destacable ya que las propuestas que surgieron apuntalaron un enfoque que llamaremos sanitarismo que remarcará el universalismo, el establecimiento de la salud como factor de

desarrollo, la responsabilidad del Estado y el planteo la atención primaria como eje nodal del sistema sanitario, enfatizando también la promoción y la prevención. En la declaración también se enfatiza la importancia del ahorro de recursos, la focalización del gasto y otras ideas que apuntalan la desregulación, en modo coherente con el neoinstitucionalismo (Iñiguez y Narodowski, 2007; Medina y Narodowski, 2019b).

Desde los 90s, luego de esas experiencias radicales pro-mercado, en Europa, mientras los sistemas de los países centrales enfrentaban el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, los sistemas se consolidan en niveles de gasto público relativamente alto y estable y una relación equilibrada entre lo público y lo privado (Medina y Narodowski, 2019a). De todos modos, el neoinstitucionalismo sigue sosteniendo temas como la reducción del gasto (Docteur y Oxley, 2003) o el combate a la corrupción y la burocratización (Duran y Saltman, 2013).

Pero en América Latina (sobre todo en los '90) se producen fuertes aperturas importadoras, privatizaciones y descentralizaciones, en un marco de ajuste y con consecuencias graves; en ese período el pensamiento estructuralista y los diversos puntos de vista pro-estado incluso en la salud, quedaron aislados políticamente. Algunas de estas transformaciones negativas fueron parcialmente revertidas desde los 2000. Arriagada, Aranda y Miranda (2005) indican que durante fines del siglo XX y comienzos del siglo XXI varios países de la región han reformado sus sistemas de salud con una perspectiva pro mercado como la planteada (mencionan

Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua, Costa Rica, Paraguay, Perú).

La corriente sanitarista cuestionó las reformas económicas liberales, explicando la consecuencia de la profundización de la fragmentación. OMS y OPS lo hacían, aunque tímidamente (WHO, 2005). En ambos casos se ratificaba la importancia del Estado y algunos autores junto a la OPS comienzan a plantear que debe avanzarse hacia las redes de salud que integren el sistema y aseguren la atención continuada, longitudinal e integral (Vilaça Mendes, 2013).

En las versiones críticas se puntualiza la importancia de una alianza política entre los gobiernos y sus sistemas de salud y los sectores populares en los territorios. Cobra fuerza la dimensión subjetiva de la organización social, en diversos autores apoyada en la idea de comunidad poscolonial, el enfoque sistémico, o similares, aunque sin desentenderse de la problemática estructuralista. Por ejemplo, para Rovere (2004), en base a Bourdieu, se requiere una desnaturalización que exige cuestionamiento de la lógica de poder (Álvarez, 2017). Según Breilh (1999 y 2008) se trata de reconocer las raíces socioeconómicas y también valorar las formas de vida particulares. Ubieto (2007, 2011 y 2018) propone una conversación que derive en una estrategia biopolítica que permita subvertir el orden establecido. Garrafa y Manchola (2017) proponen algo parecido

En los 2000 se verifican importantes esfuerzos para revertir aquellas estrategias (Medina y Narodowski, 2019a). De todos modos, LATAM presenta grandes desigualdades en lo

socioeconómico, lo que repercute directamente en el acceso a la salud, tanto en su dimensión horizontal (por la diferencia entre el PBI per cápita de los distintos países que conforman la región) como la dimensión vertical (debido a las inequidades presentes también al interior de cada uno de esos países e incluso dentro de sus estados o provincias) lo que repercute en grandes diferenciales en la oferta de atención. Respecto al gasto en salud de la región, el mismo creció un 1,43% del PBI entre los años 2000 y 2019 (OPS, 2023a), pero se ubicaba para 2014 en un 6,61%, un promedio muy bajo (WHO, 2024). En el caso de Argentina, el gasto en salud representaba el 10,23% del PBI para el año 2015 y del 9,4% en 2017 (WHO, 2024; Ministerio de Salud de la Nación, 2019), similar a países como Italia (9,38%), Uruguay (9,36%), Chile (9,34%) y Colombia (9,02%), pero el gasto per cápita total es USD 1.045 (tomando el tipo de cambio oficial), menor a países como Chile (USD 1.518), Uruguay (USD 1.620), España (USD 3.234), Italia (USD 3.350), Japón (USD 4.347), Francia (USD 5.381), el Reino Unido (5.738), Canadá (USD 6.470) y EEUU (USD 12.012) (WHO, 2024).

Como se ve, este nivel es insuficiente considerando lo bajo del PBI per cápita respecto a los países centrales, lo que explica los bajos salarios del personal estatal y la pobre infraestructura. OPS (2020) muestra un problema que importa a los efectos de este libro: el déficit de las infraestructuras hospitalarias. También se mantiene elevado el gasto de bolsillo, si bien Argentina se encuentra entre los que presentan un indicador menor al resto del continente.

En cuanto a los resultados en la salud, en OPS (2017) se plantea que la región latinoamericana ha ingresado en una fase de

envejecimiento poblacional, destacando que la mitad de los países cuentan con una tasa de fecundidad inferior a 2,1 hijos por mujer. Sin embargo, considera que su tasa de dependencia es aún baja y estable. En el mismo informe se señala que el crecimiento experimentado entre el 2000 y el 2015 no ha impactado en todos los sectores de la población. Se apuntan las grandes diferencias en indicadores de salud e incidencia de ciertas enfermedades que persisten entre distintos países y entre las unidades subnacionales de los mismos.

De acuerdo con la OPS (2023a) la principal carga de enfermedad en LATAM reside en las no transmisibles y también se verifica una fuerte presencia de enfermedades endémicas, tales como el dengue, la fiebre amarilla, la malaria, la tuberculosis, etc. En Argentina, las enfermedades no transmisibles representan el 70% de las muertes (dato previo a la pandemia por COVID-19), siendo las mayores causas las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos (Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles, 2023). Respecto a las enfermedades endémicas, en el país tienen bastante presencia el dengue, el mal de chagas y el hantavirus (Oliva, 2022, 5 de enero)

Respecto al impacto de la pandemia por el COVID-19 la OPS (2022) y OPS (2023a) destacan que la misma tuvo una considerable repercusión en América Latina y el Caribe, reduciendo la esperanza de vida entre el 2019 y el 2021, siendo la zona más afectada del mundo en este sentido¹. A esto se suma una

¹ En el caso de Argentina el impacto fue menor: para mediados del 2022 se estimaban 2.800 muerte por millón de habitantes, contra 3.100 en Brasil y 6.500 en Perú (Reuters, 2024).

enorme y prolongada presión sobre los sistemas de salud, para la cual no estaban preparados, aunque se observa grandes diferencias de un país a otro, dependiendo de factores políticos, económicos e históricos (en particular, experiencias previas de gestión de pandemias y epidemias).

Si bien Argentina ha estado históricamente mejor posicionada, los datos son preocupantes, como veremos luego, en ese marco, el hospital público enfrenta grandes desafíos debido al exceso de demanda de servicios de salud producto de la desigualdad económica y social, déficit de recursos, lo que repercute en la infraestructura y la situación del personal, aunque también problemas de gestión propia.

Ciertos consensos sobre los sistemas de salud y rol de los hospitales

Como se ha expuesto anteriormente, existe un cierto consenso en la práctica de los países centrales y de los países periféricos así como incluso entre los documentos de los organismos internacionales de la salud, y del sanitarismo, acerca de la importancia de la universalidad y la equidad en el acceso, la comprensión de la relación entre la oferta y la demanda de salud como un sistema, la participación equilibrada de lo público y lo privado con una actividad de rectoría estatal fuerte y el rol que pueden jugar las redes, la necesidad de sostener un nivel de gasto creciente para asegurar la calidad de los recursos humanos y del equipamiento en un contexto de la mejora continua de la gestión.

A continuación, señalaremos algunos elementos importantes para pensar temas de la gestión del sistema y qué rol debe ocupar el hospital en el marco del mencionado consenso.

La atención de la salud como sistema y los hospitales como parte de un subsistema. El sistema de salud cuenta con al menos cinco grandes eslabones que determinan su estructura global. Estos son la regulación, el financiamiento, las formas de cobertura y aseguramiento, la provisión, y finalmente la evaluación y el control.

La regulación como el control son claves para el funcionamiento del sistema, hay consenso en que el peso del Estado es central, pero conviven las experiencias más variadas (Medina y Narodowski, 2019). Respecto al financiamiento, según el mismo texto, el origen puede provenir sustancialmente, de los impuestos de la renta general, de un aporte laboral, cuando se trata de una detracción del salario y/o un aporte patronal, o un aporte privado y voluntario. La bibliografía parece ponderar los dos primeros. La coexistencia de los tres explica la fragmentación del caso argentino.

En línea con lo expuesto, hay una forma de cobertura general cuando los Estados garantizan la salud a toda la población mediante el uso directo de sus servicios financiados con un presupuesto histórico, por otro lado, el aseguramiento se refiere a la presencia de una entidad que gestiona las atenciones y resulta un pagador de estas a los prestadores. Las entidades aseguradoras pueden ser públicas (seguros estatales de salud) o privadas y del tercer sector (sociedades anónimas, asociaciones y mutuales). También hay organizaciones que actúan a su vez como aseguradoras y prestadores, donde las personas pueden asociarse, pagar una cuota periódica y a cambio utilizar las prestaciones que brinda dicha institución (López, 2005). De Medina y Narodowski

(2019a) surge que proliferan en el mundo los seguros públicos y que los copagos no tienen buenos comentarios. En cuanto a esta cuestión, el caso argentino responde de nuevo a la coexistencia fragmentada de sistemas de financiamiento, el subsistema estatal se basa fundamentalmente en la cobertura mediante presupuestos históricos.

Los prestadores del sistema son aquellos actores que representan la oferta de los servicios de salud (centros de atención primaria, consultorios privados, hospitales, clínicas). La autonomía de los profesionales dentro de la institución donde se desempeñan es variable y por supuesto existen otras formas de prestación, como el profesional a domicilio. Es en el eslabón de la prestación donde se da el contacto entre la demanda y la oferta sanitaria. A nivel mundial hay una gran variedad de esquemas, la bibliografía muestra que hay proporciones semejantes entre los prestadores privados y públicos y entre éstos últimos, los hay con diverso grado de autonomía y tipo de financiamiento. En Argentina se observa esta realidad, pero dentro del subsistema estatal hay escasa autonomía, es el caso del HNAP.

Los eslabones mencionados deben someterse al control, para ello funcionan diversos organismos públicos, privados o mixtos.

En síntesis, en Argentina, el hospital público es un actor fundamental, pero en el sistema fragmentado, dentro del segmento público debe coordinarse con los centros de atención primaria (CAPS), en la Provincia de Buenos Aires, cada nivel depende de otra escala administrativa, los hospitales en la mayoría de los casos a la provincia y los CAPS a los municipios, los hospitales tienen poca autonomía, la coordinación con los CAPS

se hace difícil. Entender financiadores, prestadores y profesionales dentro de un sistema más amplio permite entender factores de poder a nivel general y también en las dinámicas más micro.

Por eso hay consenso acerca de que la atención de la salud es y debe estudiarse como un sistema, y también hay otro conjunto de consensos acerca de modelos adecuados de organización y gestión para la atención que se analizan abajo.

Lo público como garantía de la accesibilidad y universalidad. Aunque en el mencionado consenso se plantea la necesidad de ir hacia un equilibrio entre prestadores públicos y privados, con rectoría y aseguramiento público en la mayor parte de los casos, en ese sistema y en esa red planteada, se asume el rol social del sistema público y en ese contexto del hospital público, como la garantía de la universalidad y la equidad de acceso de los sectores vulnerables, por lo costosas de sus prestaciones. Por eso se supone que los efectores deben estar comprometidos con el principio de accesibilidad para todos, independientemente de su condición socioeconómica o de su capacidad de pago (Etienne, 2015; Artaza Barrios, 2017; OPS, 2018).

Según la bibliografía citada, la posibilidad de brindar servicios de atención médica de alta calidad de forma gratuita o a bajo costo asegura el acceso de aquellos que no pueden afrontar la atención privada, es decir que enfrentan barreras financieras significativas. Además, los hospitales públicos suelen ser centros de referencia para el tratamiento de enfermedades complejas, tanto infecciosas como crónicas que afectan mayormente a los sectores vulnerables

de la población. El HNAP se define por estas características cabalmente.

El hospital como parte de una Red de salud no jerárquica.

La bibliografía especializada señala como importante el desarrollo de redes no jerárquicas, especialmente en los subsistemas públicos de prestadores, sin desmedro de los acuerdos que puedan realizarse con los prestadores privados. La red se entiende a partir de la centralidad de la atención primaria de la salud, a fin de asegurar objetivos como la promoción y prevención y otros como la facilidad en el acceso y la continuidad de la atención, aunque también con objetivos de ahorro del gasto (Artaza Barrios, 2017; Etienne, 2019). Sin embargo, a pesar del énfasis en la Atención Primaria de la Salud, se reconoce que el rol del hospital es clave dado que cumple con la responsabilidad sobre la atención especializada, los estudios complementarios, las prestaciones quirúrgicas y las internaciones.

La red no jerárquica es fundamental para construir esta relación entre prestadores, el concepto implica un cambio de paradigma más o menos importante según el enfoque. En OPS (2017b y 2018) se señala que existe una tendencia a considerar al hospital como el centro en torno al cual gira la atención en salud, pero que lo más adecuado es considerar al hospital como un aporte positivo e indispensable pero dentro de un conjunto de procesos organizados como una red de salud, que integra a las personas y la comunidad. Se separa, de esta manera, de la concepción del hospital como "cúspide de una pirámide jerárquica". De este modo se propone reconfigurar el modelo hospital céntrico hacia un modelo de gestión en red, en que la atención comienza y termina

en el centro de salud más accesible, ubicando al hospital como un actor más del sistema, se afirma que, sin integrarse a una red de salud, los hospitales no maximizan su contribución social. Para OPS/OMS (2018a) el hospital debe ser más adaptativo y participativo, colaborativo en la red.

Ocampo-Rodríguez, Betancourt-Urrutia, Montoya-Rojas y Bautista-Botton (2013) grafican el planteo cuando comentan que en una red funcional los hospitales deben asumir un rol como parte de la solución y no del problema, ocupando la oferta sanitaria para pacientes cuyos problemas no hayan podido resolverse de forma ambulatoria ni domiciliaria y plantear mecanismos para retornar al paciente al nivel que le corresponda, una vez resuelta la problemática de mayor complejidad.

También sobresale dentro de la construcción de una red integral de salud el papel crucial que tiene el hospital en la investigación, el desarrollo de nuevas técnicas médicas, la realización de estudios clínicos (Harzheim, Casado Vicente y Bonal Pitz, 2009). Esto debería apalancar una constante mejora de los estándares de atención y contribuir al avance del conocimiento en todos los niveles, al menos estatales (Soto Fuentes y García, 2011).

Si bien hasta acá puede haber consenso, en Medina y Narodowski (2019b) hemos planteado que hay al menos dos conceptos de redes en debate, porque en realidad hay –al menos y para plantear arquetipos- dos tipos de relacionamientos, por un lado, los que hacen a mejorar la referencia y contrarreferencia, generar centros reguladores de pacientes, avanzar en proyectos conjuntos, etc., esquemas típicos del neoinstitucionalismo.

Por otro, desde el sanitarismo crítico, en línea con las posturas pos estructuralistas, parece plantearse una red diversa, en la que prevalece la heterogeneidad y lo relacional. Álvarez (2017) trabaja con autores que serán retomados en otro capítulo, por ejemplo, Almeida Filho (2006) que propone el modelo de redes para afrontar los fenómenos de salud, descubriendo la unidad en la diversidad compleja. Por otro lado, Dabas y Perrone (1999) proponían una perspectiva similar para afrontar los diversos niveles de redes, cada uno con sus innumerables relaciones interactivas dadas por valores simbólicos, las relaciones interpersonales, etc. Se menciona también a Najmanovich (2005) que dice que las redes contribuyen a la creación de dominios de experiencia con alto grado de interconexión, con inspiración en el rizoma.

De este modo, se introduce la heterogeneidad, pero también lo social y lo comunitario. En Medina y Narodowski (2019) se planteaba la necesidad de profundizar el compromiso de los profesionales con su entorno, la generación de espacios de participación popular fuerte, como un instrumento político para enfrentar las asimetrías, en posturas radicalizadas, de resistencia. En esta línea, en Álvarez (2017) se proponía una desnaturalización de los saberes tradicionales de la salud que permita ir a modelos conceptuales propios para la construcción de organizaciones provistas de la perspectiva política, histórica y situadas en sus territorios.

Evidentemente, en cuanto a los contenidos, las redes que se construyan serán bien diversas. Este punto será retomado al

analizar las políticas de redes del HNAP. El tema será retomado en el capítulo respectivo,

Equipo de Salud y Atención centrada en las personas. En el consenso que venimos analizando, es clave la formación de equipos de salud participativos y la atención centrada en las personas. Este modelo está en constante debate, según la versión más difundida por los organismos sanitarios internacionales, implica establecer una relación de respeto y colaboración entre profesionales y entre éstos y el paciente, donde se fomente la comunicación abierta, la escucha activa y la participación informada en la toma de decisiones relacionadas con su salud (Baró, 2020). OPS (2020) menciona la necesidad de tener en cuenta las circunstancias individuales, culturales y sociales de cada persona, su entorno familiar y comunitario. Por otro lado, hay una cuestión relativa a este tema, la necesidad de brindar un ambiente hospitalario acogedor y confortable, así como procesos administrativos simples y rápidos, cuestiones que hacen al tránsito del paciente por la institución y que serán abordadas en el libro.

La versión del sanitarismo como ya vimos para el contenido de las redes, plantea la horizontalidad entre los miembros del equipo de salud y en la relación con el paciente, etc., se habla de un proyecto en que la relación con el paciente involucra la comunidad de un modo decisivo, y en el que los niveles de compromiso profesional y de empoderamiento de los sujetos sea radicalmente superior (Dominguez, 2023). Este tema escapa a los objetivos del libro.

Planificación y reforma administrativa. Los hospitales han sido una institución típica del Estado Benefactor, su organización

responde a esos parámetros y requiere de reformas de gestión que los haga más ágiles. OPS/OMS (2018a) plantea que los objetivos son simplificar procesos, informatizar, lograr una mayor articulación con la parte clínica mediante acuerdos de gestión, promover la planificación con participación del personal, etc. A su vez, se plantea la modernización del presupuesto histórico sumando incentivos, otros mecanismos de pago y otras herramientas. Este fue un tema central para la investigación que dio origen al libro.

Infraestructura y Uso de las TIC. Como dice Schiavone (2003) y OMS (2008b) los hospitales se diferenciaban por la utilización de tecnologías, generándose esa medicina industrial muchas veces ineficaz y cara. La propuesta de los textos mencionados es generar reformas en los temas ya planteados, sin perder de vista la tradicional fortaleza técnica e incorporando TIC tanto en la administración como en la atención de los pacientes, como se verá en el capítulo respectivo.

Acuerdos de gestión para lograr transformar. El consenso plantea que el factor fundamental para lograr los objetivos que estamos enumerando es la gobernanza institucional, entendida como el conjunto de procesos mediante los cuales se ejerce y se coordina la autoridad dentro de una organización (OPS, 2017b). Se dirime según esta bibliografía de matriz NI como resultado de la interacción entre la regulación normativa, los intereses políticos de la dirección, los profesionales con poder centrado en su autonomía y los trabajadores no profesionales habitualmente nucleados en la acción gremial, así como con la comunidad, con sus diversas representaciones, un mecanismo idóneo son los

acuerdos de gestión. En el sanitarismo hay una idea de construcción que excede este tipo de acuerdos, veremos que lo actuado en el HNAP responde a una estrategia del primer tipo.

En los párrafos sucesivos de este capítulo se analiza lo logrado en el HNAP en los últimos años y los déficits existentes, a la luz del consenso, del planteo del NI y del sanitarismo.

I.II. El sistema de salud y los hospitales en Argentina

Evolución del sistema y el Posadas en ese contexto

Hasta aquí hemos ido construyendo una perspectiva histórica global y regional, queda claro que existen concepciones e intereses enfrentados en el ámbito de la salud, se ha llegado a un cierto consenso general y subsisten diferencias insoslayables entre las versiones liberales y del sanitarismo, las cuales se han enumerado anteriormente. A continuación, realizaremos una interpretación de la historia del sistema de salud y hospitalario argentino, en ese contexto aparece el HNAP.

En Argentina se puede decir que el sistema de salud se inaugura y empieza a jerarquizarse – a la par de la creación del Ministerio de Salud- durante el primer peronismo. Ramón Carrillo fue el titular de la cartera, convirtiéndose en un importante faro en cuanto a la orientación que debía tener el sistema de salud, en el contexto de proyecto de país en el que el Estado debía tener un rol fundamental como mecanismo para ampliar derechos, como ocurría a nivel mundial. Durante su mandato, además de la importancia que tuvo la planificación y una idea integral de salud, hay una fuerte inversión, especialmente con la construcción de

hospitales. A su vez se crearon diversos institutos especializados y se fomentó la profesionalización de enfermería y la fabricación de medicamentos (Medina y Narodowski, 2015). En este período empieza a construirse el HNAP. Se ubicó la obra en tierras expropiadas a la familia Martínez de Hoz. Primero iba a ser el Instituto Nacional del Tórax, financiado por la Fundación Eva Perón, pasando a ser un hospital general de agudos recién en 1971 (Raffo, 2023a).

Siguiendo la misma fuente, se debe decir que con el fin de la gestión de Carrillo y la caída del peronismo empieza una etapa de menor expansión de la oferta pública y su progresivo deterioro. Por entonces nace y empieza a crecer el sistema de obras sociales, que puede entenderse como una forma de defensa contra la ofensiva de la dictadura de entonces, pero que atentó contra la integración del sistema de salud general (Medina y Narodowski, 2015). Es en tiempos de esta dictadura que se inaugura el HNAP, como Instituto Nacional de la Salud, pero de un modo caótico.

El gobierno de Illia deja, aunque no fue aprobado en su gobierno, el modelo de Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC) y la ley Oñativia para regular el mercado de los medicamentos, proceso de tanta conflictividad al punto de ser considerado motivo del golpe de estado de 1966. Si bien no podemos ampliar aquí cada tema, el gobierno de Onganía entre otras cosas implementa el pago de aranceles y estimula el rol del subsistema privado. En paralelo las obras sociales se sostienen como pueden.

En 1970, en ese contexto y con escasa inversión estatal en general, el HNAP comenzó la transformación con las primeras camas y consultorios (Raffo, 2023a).

Recién con la llegada del tercer gobierno de Perón vuelve a intentarse revertir ese proceso a través de la ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que atribuía al Estado el financiamiento, la dirección de un sistema único y el rol de principal prestatario, al estilo del modelo inglés. Esto, sin embargo, no prosperó, debido a las diversas resistencias, de algún modo el proyecto había desconocido la presencia de actores de gran poder, inclusive el rol de las obras sociales. En el marco de este escenario, como se menciona en el manuscrito que venimos citando, es que en 1973 se produce la toma del HNAP y en 1974 la intervención con que da inicio a un ciclo de violencia.

La dictadura cívico-militar de 1976 deroga el SNIS y profundiza la descentralización sin los fondos suficientes, en un contexto de ajuste hacia los estados provinciales, proceso que culminaría con la misma lógica en los '90. En términos del sistema público, se prioriza el ajuste del gasto, por lo cual se llevaron adelante iniciativas orientadas a que los hospitales se autofinancien, debilitándolos. En ese sentido debe entenderse la Ley SAMO sancionada en la Provincia en 1977 para el cobro de aranceles y la recuperación de costos.

De todos modos, debe consignarse que además de lo económico, el sistema de salud sufrió una represión feroz. En el HNAP se consignan según Urso (2021) citado por Raffo (2023b) gran cantidad de cesanteados y 21 secuestrados, de los cuales 11 están desaparecidos.

En los '90, además de la profundización de la descentralización se lanza en un contexto de ajuste y por lo tanto de desinversión, el régimen de Hospitales Públicos Autogestionados, un intento de generar autonomía, con limitados resultados. Además, se produce la reforma del subsistema de obras sociales, que se vio debilitado ante lo que se conoce como el “descreme”, la posibilidad de los afiliados de trasladar sus aportes a otra obra social o una prepaga, incentivando la concentración.

En la Provincia de Buenos Aires se desarrollan diversos programas sin mucha estabilidad y si bien en estos años se terminan diversos hospitales, el ajuste y la situación social explican el fuerte déficit de atención en el conurbano. En ese período el HNAP fue transferido pero la provincia no lo aceptó y el hospital funcionó con fondos nacionales, intervenido, lo que generó otros hechos de violencia y –al mismo tiempo- de resistencia.

Desde el 2003 el nuevo gobierno promueve políticas públicas favorables al subsistema público de salud, en un contexto de reactivación económica. En ese contexto el gasto en salud aumentó como ya vimos y las provincias se vieron favorecidas por el modelo económico debido al aumento de las transferencias. A nivel nacional hay un notable aumento de la inversión en hospitales, como puede verse a través del crecimiento de camas hospitalarias cada 1.000 habitantes, que aumentó de 4,1 en el año 2000 a 5 en el año 2015 (Banco Mundial, 2024). Por otro lado, se trabajó con distintos programas emblemáticos como el Remediar (compra centralizada de medicamentos básicos), Plan Nacer (suministro de leche e insumos básicos para los recién nacidos),

Médicos Comunitarios (capacitación e incorporación de talento humano) y PROFE/Incluir Salud (financiamiento de beneficiarios de pensiones no contributivas). También se focalizó en el reconocimiento de derechos, aprobando por ejemplo la ley de derechos del paciente con una mirada de autonomía personal.

La Provincia de Buenos Aires acompaña estas políticas y también logra nuevas inauguraciones de hospitales, entre ellos el del Hospital El Cruce – Néstor Kirchner y el Hospital Ballestrini en La Matanza.

Durante la primera etapa de este período se observa en el HNAP, el impacto de las problemáticas previas, especialmente la irregularidad respecto a su pertenencia y la precariedad laboral. Fue recién en 2006 que se vuelve a incorporar al presupuesto nacional, se replantea la estructura orgánico-funcional, se crea un Consejo de Administración, una Dirección Ejecutiva, etc. y se regulariza la situación del personal, aunque este proceso fue tortuoso e incompleto. De todos modos, los conflictos internos no cesaron (Raffo, 2023c).

Según la fuente, es en estos años en que se construyeron o reestructuraron en total más de 23.000 m², además hubo presupuesto para obras propias, lo que permitió incorporar múltiples prestaciones de alta complejidad. De todos modos, el déficit de atención subsiste.

En el período sucesivo. en Medina y Narodowski (2018) se muestra que se había iniciado un proceso de paulatino desfinanciamiento en los diversos niveles de gobierno.

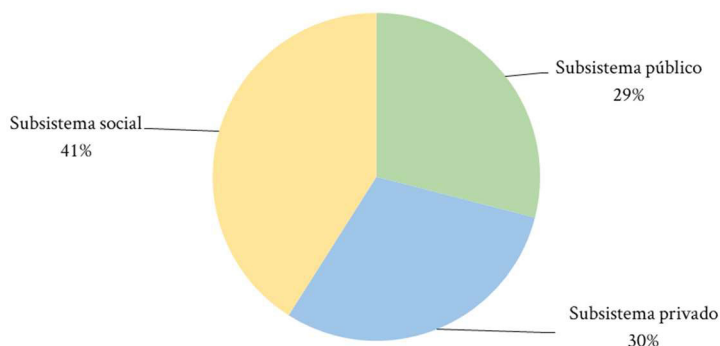
Características y problemas del sistema argentino y de los hospitales

Producto del devenir histórico que hemos descripto, y pese a los mencionados intentos de revertirlo, el sistema de salud argentino actual se caracteriza por lo escaso del financiamiento, como vimos. En el libro se plantearán las problemáticas micro que podrían resolverse para mejorar la eficiencia del sector estatal, pero el tema fundamental es el tamaño del PBI, por lo tanto, el subdesarrollo.

Por otro lado, como vemos en la figura 1.1, el gasto total en salud de Argentina se distribuye un 41% en el subsistema social (obras sociales nacionales, provinciales y PAMI), un 30% en el subsistema privado y un 29% en el subsistema público:

Figura n° 1.1. Distribución del gasto en salud por subsistema.

Año 2017



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2019)

Mientras tanto, la cobertura de cada subsistema de salud se ilustra en la figura n° 1.2. a continuación.

Figura n° 1.2. Población por tipo de cobertura. Año 2021.

Tipo de cobertura	Población cubierta	Participación % en población
Subsistema Público (1)	16.500.000	36,00%
Subsistema de la seguridad social	27.928.471	60,97%
Subsistema privado	6.218.032	13,57%
Total	50.750.833	110,54%

Fuente: OPC (2021)

Como puede apreciarse, tanto el subsistema público como el subsistema de la seguridad social cuentan con recursos por debajo de la proporción de pacientes que cubren. Además, es el subsistema público el que soporta una mayor presión por motivo de la doble cobertura: pacientes con PAMI, otras OOSS o incluso con prepagas que deciden atenderse en hospitales públicos por convenios, proximidad o disponibilidad de las prestaciones.

Esto hace que el gasto público per cápita sea menor al mencionado, estimativamente cerca de los 932 USD, ese nivel explica por supuesto muchas de las problemáticas devenidas del exceso de demanda y la falta de recursos en el ámbito público, la falta de inversión y los bajos ingresos, así como la precariedad laboral del personal, temáticas muy sufridas en los hospitales porque dificulta el funcionamiento, pero además perjudica el clima de trabajo y por lo tanto el funcionamiento general.

La relación entre los distintos subsistemas es problemática debido a que su misma concepción genera presión excesiva sobre el subsistema público. Dado que la población con menor cobertura coincide con la población con mayores necesidades sanitarias debido a sus peores condiciones nutricionales, ambientales,

laborales, etc., el subsistema público debe enfrentarse a mayor demanda con menores recursos per cápita. En el extremo opuesto, el subsistema privado resulta el más beneficiado por la distribución de recursos, a la vez que debe satisfacer a la población relativamente más sana, con mejores hábitos alimentarios, etcétera. Y esta problemática se produce también al interior del subsistema de obras sociales, donde los trabajadores de mayores recursos se agrupan en las OOSS con mayores prestaciones, rompiendo el esquema de solidaridad social con el cual fueron concebidas originalmente (que los trabajadores mejor remunerados financien a los más pobres) (Maceira, Cejas y Olaviaga, 2010). Esta es la razón de la segmentación y fragmentación y esto atenta contra la universalidad y la equidad como hemos visto para toda LATAM.

También se genera una segmentación y fragmentación regional dentro de la oferta estatal debido a la descentralización llevada a cabo. Tal como plantea Martínez Nogueira (2012) la heterogeneidad del país y su federalismo implica que las políticas públicas deben atender especificidades locales y diferencias en la disponibilidad de recursos y de capacidades locales. Los diferenciales en la salud entre las provincias y los territorios, es notable.

Si se observan los datos del Ministerio de Obras Públicas (2012) vemos que la oferta hospitalaria varía drásticamente entre CABA con 7,5 camas cada 1000 habitantes, Córdoba con 6,1, la provincia de Buenos Aires con 5,1 y en el extremo opuesto Jujuy y San Luis con 2,6 y Tierra del Fuego con 1,8 camas. En el conurbano

bonaerense la situación es aún más difícil y ni hablar de sus barrios vulnerables.

La fragmentación repercute en las asimetrías referidas a los recursos humanos. Por un lado, entre subsistemas persisten distintas formas de contratación, conviven el pago por prestación en el sector privado con la mayor estabilidad laboral en el sector público y diferenciales en los ingresos percibidos en cada subsistema. Esta combinación incentiva una menor productividad en el ámbito público (expresado en forma de menores atenciones por hora o una presencia en el hospital inferior a la cantidad de horas pactadas formalmente) e incluso la desviación de pacientes desde un subsector a otro. Otra problemática son los incentivos en la formación, una estrategia de prevención y fortalecimiento de la atención primaria requeriría mayor número de médicos generalistas, pero en cambio los ingresos definidos en el mercado empujan a la mayoría de los profesionales a una mayor especialización (Vasallo, 2016).

Otra de las características del sistema de salud argentino son los altos niveles de concentración del ámbito privado, tanto a nivel de la cobertura como de la oferta de medicamentos. En el primer caso, OSDE, Swiss Medical, Galeno, Omint, Medicus y Paramedic concentran el 80% de la cobertura privada, muchas de ellas con sus consultorios propios, obturando la pretendida competencia (OPC, 2021). La situación viene de los '90 con el "descreme".

En el caso de los medicamentos, según la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia, solamente 20 laboratorios concentran el 70% de la facturación del sector, con 4 distribuidoras importantes (Ministerio de Economía de la Nación,

2022). Es el mismo NI que propugna que la mayor concentración deriva en mayor poder de negociación, precios más altos, márgenes brutos más altos (por ende, precios) y menor capacidad del estado para regular la oferta, por eso en la práctica especialmente de los países centrales se plantea la necesidad de la rectoría estatal.

El problema de la fragmentación y la falta de financiamiento se retroalimentan y complementan especialmente con las dificultades en la gestión de los sistemas para generar redes de salud que, como vimos, pueden resultar una respuesta efectiva ante un sistema segmentado. Naturalmente el sector privado puede resistir a su integración, pero tampoco se logra avanzar en el subsistema estatal, por eso, la ausencia de planificación regional de la oferta sanitaria pública y la descoordinación que hay entre la atención primaria y el sistema hospitalario. Abordaremos en profundidad este tema en un capítulo específico.

En lo que hace a la micro de los hospitales se menciona la baja profesionalización de las conducciones hospitalarias. Esto resulta en poca planificación, escasa definición de prioridades y de diseño de proceso, problemas administrativos y falta de una estrategia de gestión integral de los RRHH, sistemas de información, deficitarios, etc. Este ha sido uno de los focos de los intentos de mejora que este libro analiza.

En cuanto al equipo médico y la relación médico-paciente, debe decirse que, a las problemáticas de la presencia de jerarquías sociales, la asimetría de información que la actividad conlleva y las características de la independencia de los médicos, se suma el hecho de que el exceso de demanda y la presencia de incentivos

perversos, genera comportamientos indeseados, desde los malos tratos o la falta de escucha y de compromiso entre profesionales y con el paciente y su comunidad. Este tema escapa a lo tratado en el libro.

I.III. El Hospital Posadas. Los acuerdos internos y comunicacionales 2020-2023

La búsqueda de acuerdos de trabajo (en el enfoque NI, la gobernanza) es central como se ha visto, en general, en todo el sistema de salud, especialmente en el segmento público. Más aún lo es, también como se ha reflejado en los párrafos anteriores, en el HNAP, que había pasado por diversos conflictos.

Ante todo, se debe decir que el equipo de conducción se conformó con profesionales del ámbito de la salud, cosa que muchas veces no sucedía, el equipo incluyó profesionales del propio hospital, como la directora Médica Lucrecia Raffo, gente del INCUCAI, de Emergencias de la Provincia de Buenos Aires, del Ministerio de Salud.

Desde el inicio, los medios reflejaron la intención de la nueva conducción que asume en 2020 de abrir el diálogo con los gremios (Pagina 12, 2020). En paralelo el Ministerio de Salud anunciaba la reincorporación del personal despedido en el período anterior, hay una expectativa muy favorable entre los sindicatos (Primer plano online, febrero, 2020; Lanese, 2020).

Según el testimonio del ex Director ejecutivo, Adrián Tarditti, que finalizó el mandato en 2024, se realizaron recategorizaciones en el personal que llevaban pendientes varios años y esto permitió una recomposición de sus ingresos. El funcionario planteó en sus

discursos hasta el último día la necesidad de contemplar las problemáticas de los colectivos de trabajadores.

Otro elemento que hace al funcionamiento de la organización es la presencia del Comité de pacientes, con fuerte unidad de sus miembros y una perspectiva claramente en defensa de los derechos del ciudadano sanitario. El empoderamiento del paciente fue un objetivo explícito de la gestión (Hospital Posadas, 2021a).

Una estrategia para consolidar acuerdos internos, fue, según surge de diferentes documentos oficiales y del Plan Estratégico, mejorar la comunicación entre la Dirección y los jefes de los diferentes departamentos y servicios (Hospital Posadas, 2021a). Para ello, una de las herramientas fueron los encuentros temáticos en el Aula Magna cada miércoles. Allí se contaba la actividad de cada área y se abría el diálogo. Es una modalidad habitual de los hospitales que naturalmente no garantiza la participación real, pero su realización en el HNAP es considerada un progreso parcial, dado que no participaba todo el hospital.

Una cuestión que fue preocupación de la conducción fue la mejora del vínculo y el trabajo con los municipios, el cual se verá reflejado en el capítulo de redes.

También fue un objetivo asumido por la Dirección el intento de lograr una vía comunicacional masiva que permitiese llegar a todos los trabajadores. Se avanzó en el uso de mails y redes, GDE y carteleras, pero aún este vínculo no parece logrado.

Durante la Pandemia el HNAP logró ser revalorizado, en las crónicas no se hablaba de conflicto sino del esfuerzo, tal vez sí de

falta de recursos (Di Ludovico, 2021). La situación puede graficarse con una nota de un histórico del hospital -Manigot (2021)- en que el médico resaltaba los logros de este hospital público. “Durante la pandemia del 2020 fueron hisopadas 35.000 personas y se internaron 1500. Preventivamente, el HNAP había agregado a sus dos salas de terapia intensiva, camas con respirador en otros sectores del HNAP, de tal manera que, durante las semanas más críticas de la pandemia, por momentos se encontraban en ARM más de 45 pacientes simultáneamente. Además, se publican desde el HNAP numerosos trabajos científicos en revistas nacionales y extranjeras”.

Si bien la conducción atravesó un conjunto de vicisitudes incluso políticas durante la pandemia, el hospital siguió siendo referencia hasta el final (Infobae, 2021).

El clima interno positivo y la imagen se mantuvo hasta la actualidad, influye seguramente la idea de universalidad del gobierno nacional reflejada, como vimos, en el presupuesto de salud, en los salarios y en la mejora de la infraestructura, en un contexto económico de aumento del consumo que influye siempre en la vida de los profesionales, pacientes y sus comunidades. Sólo se menciona una medida de fuerza en todo el período, sobre el final del mismo, en un contexto económico más deteriorado (MST, 2023).

Si seguimos la metodología trabajada en Mutuberría y Narodowski (2011) debemos decir que los testimonios de las entrevistas dan cuenta de la presencia de un anillo central de comando comprometido con los valores sanitaristas aunque en él convivieron diversas trayectorias y enfoques, de todos modos

resultó cohesionado en forma permanente; un tercer anillo conformado por buena parte del personal que probablemente está reconocido con el proceso, por la paz lograda en la organización en un contexto general benéfico, pero sin un vínculo particular con los directivos; y un cuarto anillo que no se integró y que mantuvo cierto nivel de conflictividad. El segundo anillo, del que se espera un nivel de afinidad importante respecto al anillo central, parece aún por construirse.

El otro elemento central que debemos estudiar es el de la comunicación porque la estrategia también parece haber beneficiado los acuerdos. El HNAP tiene cinco redes sociales de difusión: página web, Facebook, Instagram, YouTube y Twitter. Además, cuenta con una línea de WhatsApp en donde se envían las noticias a quienes se inscriben.

Como en Medina y Narodowski (2019a) hicimos un relevamiento exhaustivo de las páginas y otras redes del HNAP correspondientes a 3 años. La página web se enmarca en las páginas institucionales de Nación. Está dirigida principalmente a vincular al paciente con la institución, a través de recursos tales como información sobre turnos, facilitación de contactos, instructivos para tramitaciones y acceso a programas y dispositivos de redes, solicitud de certificados, protocolo para casos de violencia de género, encuesta de satisfacción de pacientes ambulatorios, etc. También cuenta específicamente con el portal del paciente. Además, vincula a la institución con residentes y pasantes brindando información de las capacitaciones, las residencias, pasantías, novedades en relación a las contrataciones, etc. Por último, vincula a la institución con la comunidad en

general, por ejemplo, difundiendo charlas o mediante campañas, aunque en este aspecto la información es limitada. El diseño escapa al hospital, por formar parte de la página nacional. La información brindada puede evaluarse como clara y fácil de buscar. Hay además un importante acervo de documentos, instructivos, etc.

Por su parte el Instagram, Facebook y Twitter tienen una alta actividad (prácticamente todos los días), con una línea estética propia del hospital, la calidad de las imágenes es buena, se nota un trabajo de planificación de la comunicación. La página de YouTube también es muy activa, se usa para la transmisión de jornadas, charlas, encuentros, exposiciones en vivo, que luego quedan grabadas. También para difusión de videos principalmente de prevención y promoción de enfermedades.

En cuanto a la relación con la comunidad, la comunicación se divide entre los anuncios que podemos llamar “estratégicos” y los destinados a la promoción y prevención de la salud. Entre los primeros hay un gran bagaje de comunicación en relación a todo lo que se va haciendo, en cuanto a reformas edilicias, incorporación de tecnología y también la actividad de los servicios y sus progresos. Aquí es donde hay mayor producción de contenidos del área de comunicación.

En el segundo ítem proliferan las campañas de enfermedades específicas: dengue, trastornos alimenticios, resfriado, cuidados del sol, arañas, hongos tóxicos, etc. En este segmento podemos mencionar la Guía para familiares de personas internadas en la UTI que incluye a su vez guías de todo tipo, por ejemplo, el Recetario de alimentación saludable para niños y niñas o el

cuadernillo para Diabetes Tipo 1 en la infancia. Se incluyen además temas de interés social, especialmente la promoción de eventos de paternidad, adolescencias diversas, ansiedad, alimentación; eventos sobre patologías específicas (Parkinson, diabetes, cáncer) y también se presenta la publicidad de un espacio de intercambio con la comunidad a partir del “Comité ciudadanía sanitaria”, que realiza encuentros mensuales y genera movimientos permanentes en las redes. Además, hay celebraciones de días mundiales de salud, campañas de solidaridad (donación de sangre) y otras campañas específicas por ejemplo en defensa de la salud pública.

Respecto al objetivo de mejorar la relación entre el personal administrativo y profesional de la salud y los pacientes, no hemos encontrado publicaciones específicas. En relación con la asistencia concreta al paciente, aparece como clave el Portal del Paciente. También se accede a la Oficina del paciente o la Oficina de referencia y contrarreferencia. Los pacientes pueden dejar asentado su reclamo, sugerencia o agradecimiento de manera online, con la opción de completar el DNI o hacerlo de manera anónima. Se solicita la opinión bajo el lema: “su experiencia nos ayuda a mejorar”. Aparecen además otras encuestas nacionales para recabar la opinión del paciente. La solicitud de referencia, también puede hacerse desde la web, pero el formulario deben completarlo los médicos.

Realizado el seguimiento de Jornadas y cursos de capacitación internos, en pos de mejorar el trabajo del personal, surge que hay muy poca comunicación. Sobresalen las capacitaciones dirigidas a residentes, talleres organizados por los servicios, las

capacitaciones al personal administrativo y la tecnicatura en farmacia y en enfermería profesional. Y hay publicidad de Jornadas de diverso tipo. Ya veremos en otro capítulo que el tema capacitaciones es un déficit del organismo.

En síntesis, el hospital muestra una comunicación comparativamente similar a los casos que habíamos evaluado en 2019 como positivos. Respecto a los contenidos debe decirse que en el HNAP notamos una producción inferior a otros modelos, cosa normal dado lo pequeño del área de comunicación en relación a áreas similares de otras instituciones de ésta envergadura y lo incipiente de este tipo de estrategias.

En cuanto a los contenidos, el HNAP parece ubicarse entre las instituciones que –como muchas de las relevadas en 2019- ponen el acento en la publicidad de los logros y las campañas, pero en esta experiencia puede considerarse un paso importante ya que con anterioridad se trabajaba poco en esta materia. La incorporación del portal del paciente es un elemento clave en la tarea general de la comunicación porque invierte en la gestión y también va a provocar un mayor interés en el resto de las comunicaciones.

Para concluir, la estrategia resultó positiva, aunque es claro que los consensos no son permanentes y la situación económica especialmente del año 2023 significó un problema grave. Por otro lado, como acabamos de ver, el hospital pasó a tener una presencia en las redes que no tenía y eso contribuye enormemente a la paz interna y la proactividad porque genera confianza a partir de una imagen positiva en la comunidad y en la opinión pública,

sostenida en una mejor gestión, a pesar de que a lo largo del libro surgirán los problemas todavía existentes.

I.IV. Conclusiones

Este primer capítulo sirve para introducirnos al análisis que vamos a hacer del HNAP a la luz de la comparación que venimos trabajando de los sistemas de salud a nivel mundial. Por eso es importante empezar por diferenciar lo sucedido antes y después de los años 70, ya que los cambios posteriores deben enmarcarse de ese modo. Luego es fundamental diferenciar lo que sucedió y sucede en los países centrales y en los países periféricos como el nuestro, ya que las diferencias son notables, comenzando por el nivel de financiamiento de nuestros países.

En ese marco, puede verse que a pesar de que hay consensos acerca del buen gobierno del sistema de la salud también hay diferencias especialmente por el aporte del sanitarismo crítico que no por casualidad, se ha desarrollado en América Latina. También puede verse que las condiciones en las cuales ese consenso debe aplicarse hacen que en nuestro subcontinente sea todo mucho más difícil.

A partir de ese contexto y ese debate se muestran las transformaciones del sistema de salud argentino en la fuerte ofensiva liberal de los 90 y en el intento de enmendar aquella en los 2000s. Y también cómo el HNAP es el reflejo de esa situación, aunque debe decirse que fue una institución especialmente golpeada por los sucesos que se mencionan.

En ese escenario asume la gestión en el 2020 que se estudiamos en este libro. Sobre el final del capítulo se vio un aspecto central del

consenso mencionado que trató de aplicarse en la experiencia bajo análisis, la búsqueda de un consenso, reflejado en acuerdos de gestión para iniciar un proceso de modernización como está planteado en el resto de los puntos del consenso. Del mismo modo se muestra que también hubo una política de comunicación que ayudó en el mismo sentido, aunque en todos los casos puede verse que se trata de procesos recién iniciados que requieren tiempo.

Capítulo 2. La administración hospitalaria

Rodrigo Sal Iturreña, Federico Machado Busani y María Eugenia Zamarreño

Introducción

En este capítulo nos proponemos presentar la reforma en el sector de la administración del HNAP en línea con nuestra mirada estratégica de la gestión hospitalaria y las discusiones desarrolladas durante el capítulo 1 respecto a los debates mundiales, los consensos logrados y la situación del sistema argentino. Se trata de una institución compleja, por su dimensión, y por la variedad de servicios y temáticas. Incluso se asemeja como otras unidades de salud a la administración de un “hotel” en el cual ingresan y egresan diariamente “huéspedes” de las habitaciones; de un “restaurante” que permanece 24 horas activo ofreciendo las cuatro comidas a pacientes, familiares y trabajadores; un servicio de lavandería; servicio de limpieza; etcétera.

Para dar cuenta de esto, comenzaremos con un recorrido bibliográfico de los nudos problemáticos identificados en el ámbito de la gestión y administración de los hospitales, en sus diversas temáticas que se plantean a continuación. Para realizar reformas la bibliografía refiere entre otras posibilidades, a la estrategia de calidad. En el texto se analizan estos segmentos que hacen al quehacer administrativo.

A continuación, intentamos interpretar la experiencia del HNAP a la luz de las discusiones internacionales relevadas previamente y con la misma estructura temática, diferenciando: medidas

tomadas, dificultades que se presentaron, objetivos alcanzados y limitaciones. Trabajamos con la información surgida del análisis documental de reportes de indicadores provistos por distintas áreas del HNAP, procedimientos, normativa e informes; 15 encuestas realizadas a personal del área de Administración y Finanzas (jefes y empleados administrativos) y 4 entrevistas semi-estructuradas a jefes y trabajadores de distintos sectores del área (Compras, Suministros, Patrimonio, Cobranzas) y otras áreas vinculadas (por ej. Programa Sumar).

Veremos que la experiencia en el HNAP dialoga tanto con las dificultades que identificamos como estructurales, propias de un sistema de salud público en un país periférico, como con las particularidades propias del devenir histórico de la institución. Pretendemos demostrar que, pese a las mismas, existe espacio en los hospitales públicos para realizar mejoras en los procesos.

III.I. La administración. Definiciones y herramientas de la experiencia internacional.

Desafíos generales de la administración hospitalaria

Durante el capítulo 1 de este libro desarrollamos una serie de debates en los que se contraponen, al menos dos visiones, respecto a los sistemas sanitarios de los países, aunque también mencionábamos un cierto consenso. Muchas discusiones se vinculan al financiamiento, el gasto y la administración de los recursos del sector público, se trata, como dice Vergara (2016) de la dimensión administrativo-financiera. La necesidad de gestionar o administrar los recursos obedece, entre varias razones, a la condición de escasez: existen más necesidades que recursos

disponibles, por lo que el buen uso de los mismos, permite dar más y mejores respuestas; a su vez permite priorizar de acuerdo a decisiones estratégicas el destino de los fondos.

Ya hemos dicho que el sector salud se enfrenta a costos crecientes por la propia transición demográfica de los países y debido al cambio epidemiológico, hay una fuerte presión de la demanda por prestaciones de alto costo. El manejo eficiente de los recursos se ha vuelto aún más urgente (Candia y Petitpas, 2016).

Según Martin (1971) una administración debe convertir el presupuesto del que dispone en una combinación de proporciones adecuadas de personas, instalaciones, equipos y materiales, coordinando procedimientos que a su vez transformen esos recursos en servicios efectivos y de calidad. Esto descarta las miradas que apuntan a ganancias de eficiencia mediante el ajuste presupuestario indiscriminado, dado que éste eventualmente tendrá repercusiones graves en la calidad prestada (Santelices Cuevas, 2017). A todo esto se suma lo mencionado por Chirinos, Rivero, Goyo, Méndez y Figueredo (2008), la lógica neoinstitucionalista de recorte de gastos, genera un círculo vicioso que termina con mayor ineficiencia, mala calidad y desprestigio de las organizaciones.

Por lo mencionado, hay un desafío concreto en los sistemas de salud vinculado al desarrollo de capacidades administrativas. Estas involucran diversas cuestiones, por un lado, un conjunto de habilidades y técnicas de directivos y de personal que conjugan una visión holística-integral del sistema que excede la propia organización, con procesos operacionales de planeación,

desarrollo, sistematización, evaluación y retroalimentación (Gogeochea-Trejo y Pavón-León, 2004; Bazán-Soto, 2016). Este punto sólo será abordado en relación a la capacitación de los mandos medios y del personal del área administrativa. Respecto al resto de lo que la gestión de los RRHH implica, el esfuerzo estuvo puesto en los acuerdos de trabajo analizados en el capítulo 1, también se han revitalizado las Jornadas de Investigación² y las actividades asociadas a pasantías y residencias, luego ha habido progresos en diversas áreas y servicios que este libro no ha podido captar en toda su dimensión.

El otro gran campo de trabajo es la organización de los procesos muy relevantes como lo presupuestario, las compras y las contrataciones, en que aparece repetidamente el desafío de fomentar la competencia y la transparencia para combatir algunos problemas típicos como son las demoras de procesos, los errores en los pliegos, la poca capacidad de negociación del Estado y la corrupción. También surge el tema de la administración de bienes de consumo y patrimonio. Finalmente, el costeo y la recuperación de costos. Los temas principales se desarrollarán en los siguientes párrafos.

El presupuesto implica la proyección de ingresos y la autorización de gastos que el sector público planea realizar en un periodo determinado. Esto incluye el cálculo de la entrada de recursos, costos y tiempos, mediante un análisis sistemático del presente y

² Las últimas Jornadas científicas del Hospital se habían realizado en el año 2018 con motivo del 60 aniversario de la institución y previo a eso en 2015. Fueron relanzadas luego de la pandemia, con mayor presentación de trabajos científicos cada año: 70 en la edición 2021, 80 en la edición 2022 y más de 90 en la edición 2023 (Hospital Posadas, 2023b).

futuro de los procesos productivos y financieros de la entidad (Bonadi y Gasparin, 2014; Vergara, 2022).

Fernández (2013) considera al presupuesto como la herramienta de gestión más útil. Uno de los principales desafíos para orientar la gestión hacia la obtención de resultados es la articulación del presupuesto con la planificación para realizar la asignación de recursos, su seguimiento y para evaluar las políticas implementadas.

La ejecución presupuestaria es el proceso mediante el cual en líneas generales los proveedores de la entidad entregan bienes o servicios especificados en el presupuesto y el HNAP realiza los pagos correspondientes. Este proceso debe seguir una secuencia de pasos bien planificada, organizada y controlada. Si no se maneja adecuadamente, pueden surgir demoras o errores que afecten negativamente la gestión de los servicios. Una ejecución presupuestaria ineficiente se evidencia mediante falta de recursos para afrontar prioridades institucionales, falta de ejecución del mismo, y deudas a terceros, revelando deficiencias en la capacidad de gestión del organismo. Al concluir este proceso, se deben elaborar los informes respectivos." (Bonadi y Gasparin, 2014; Vergara, 2022).

Musiega (2022) indica que la elaboración y ejecución presupuestaria influyen en la eficiencia del sistema sanitario del modo en que fue planteado, con el agravante de que las demoras pueden representar falta de insumos o de mantenimiento, complicando los tratamientos. Entre los problemas mencionados por la bibliografía está el uso de prácticas inerciales o la ausencia de métodos documentados actualizados (Guerra, Pinto, Babilonia

y Quintero, 2022). Strata (s/f) señala como problemas especialmente la incorporación de nuevas tecnologías. En relación a los problemas de ejecución, Piatti-Fünfkirchen, Barroy, Pivodic y Margini (2021) remarcan que no ejecutar es habitual en el sector salud de países de bajos y medianos ingresos. Señalan como causas más frecuentes la rigidez en las reglas de gasto, la fragmentación de protocolos de ejecución, los retrasos en la liberación de fondos, etc.

En esta temática se observan grandes transformaciones en el mundo, los principales cambios se dan con el uso menos frecuente del presupuesto histórico en los hospitales y el pasaje a procedimientos mucho más modernos, algo en que no se ha avanzado en Argentina sino limitadamente. Rinne (2007) analiza la reforma realizada en São Paulo. Este modelo implicaba una sociedad formal entre el Estado y organizaciones sin fines de lucro, en que el gobierno transfería un presupuesto para cubrir los costos de funcionamiento hospitalario, pero la administración se delegaba a estas organizaciones. Cañas (2013) muestra esta evolución para España y Guerra, Pinto, Babilonia y Quintero (2022) lo hacen para un hospital colombiano mostrando –más allá de la cuestión general de la autonomía- los problemas que pueden generarse por la lentitud de los procedimientos. Medina y Narodowski (2019) presentan las reformas en este terreno en los países seleccionados. Se pueden ver nuevos criterios para la presupuestación en pos de generar incentivos positivos y por otro lado mecanismos administrativos que hacen la ejecución más rápida sin perder de vista el control. Este segundo tipo de estrategia fue la planteada en el HNAP.

Otro tema muy discutido a nivel internacional, por su importancia crítica dentro de la administración hospitalaria es la cuestión de las compras y contrataciones, la gestión y registración de bienes patrimoniales (aquí les diremos inventarios) y de insumos (aquí los llamaremos stocks). Los primeros involucran bienes que no se consumen directamente en la actividad. Los segundos incluyen los materiales necesarios para el proceso productivo o la venta (Pagliarulo, 2018; Henriquez, s/f). La diferencia entre unos y otros es fundamentalmente el tiempo de rotación, en los segundos es central la continua disponibilidad del insumo cuando se necesita (Bravo y Vazquez, 2017).

En el proceso de compras y contrataciones distintos autores han enfatizado debilidades generales vinculadas a falta de visión estratégica, modelos rígidos y desarticulación de las dependencias intervinientes en estos procesos (Atencio, 2023). Según Capello y García Oro (2014) entre las dificultades de las compras públicas se destaca la presencia de normativas obsoletas y/o incompletas, falta de previsión de compras habituales, problemas organizativos en dependencias requirentes, problemas de afectación de créditos presupuestarios, deficiencias en la confección de pliegos licitatorios y deficiencias de los proveedores, demoras, junto a problemas de capacitación de recursos humanos, etc.

En diversas experiencias internacionales se implementó un Plan Anual de Contrataciones (PAC) que estimula la planificación de compras habituales, también se han simplificado los trámites y naturalmente muchos países han avanzado en el uso de TIC, para eso proliferan los cambios de la normativa (Volosin, 2012). La estrategia debe ser acompañada –además de la planificación de los

procesos- con el uso de TIC, lo que a su vez permite tener indicadores. Universidad Oberta de Catalunya (2010) resalta la importancia de estas medidas para mejorar la eficacia y eficiencia de los procesos administrativos.

Respecto a los pliegos licitatorios, en la bibliografía se enfatiza – más allá de la necesidad de prever con tiempo las compras habituales- organizar comités para realizar las especificaciones necesarias para lo que se pretende adquirir o contratar (Volosin, 2012). La OCDE (2009) a su vez propone para abordar la colusión en licitaciones, mecanismos que aseguren el acceso a información adecuada, procedimientos que fomenten la participación genuina de oferentes, y la definición clara de requisitos para evitar medidas predecibles, tener criterios de evaluación y adjudicación cuidadosos, etc. Estas herramientas están comenzando a implementarse en el HNAP.

García-Andrade (2014) plantea que para hacer más ágiles las compras en el Reino Unido se llevaron a cabo cambios que acentúan la flexibilidad y al mismo tiempo la presencia de controles exhaustivos especialmente apoyados en las Directivas de la Unión Europea, pero sin normas adicionales y a partir de la creación del “Government Procurement Service (GPS)”, los *standard terms* o *standard form contracts*, es decir modelos o plantillas que permiten aplicar la experiencia acumulada de contratos anteriores. Esta idea está siendo aplicada en el HNAP.

Este tipo de estrategias parece presente en la experiencia latinoamericana. OCDE (2012) señalaba el caso de México, aunque marcaba problemas como los enumerados más arriba.

“ChileCompra (2024)” parece un buen ejemplo de la implementación de las reformas sugeridas.

En Argentina, el marco normativo relacionado a las licitaciones se define en el Régimen de Contrataciones de la Administración Pública Nacional aprobado por Decreto N° 1023/01, su Decreto Reglamentario N° 1030/16, el correspondiente Manual de Procedimiento del Régimen de Contrataciones aprobado por Disposición ONC N° 62/16, la Ley de Procedimientos Administrativos N° 19.549, su Decreto Reglamentario N° 1759/72 y toda la normativa modificatoria y complementaria tendiente a avanzar con objetivos como los que mencionamos en la experiencia internacional.

El modelo exige la utilización del sistema de gestión COMPRAR. En 2023 el dictamen E370752N23 instituye el Programa de Integridad, que –a grandes rasgos- exige a los órganos contratantes del Estado que, al hacer licitaciones, evalúen si los proveedores que postulan cuentan fehacientemente con programas de integridad (Contralor General de la República, 2023). Según Boni (2023) el modelo de nuestro país ha priorizado salvaguardar la transparencia, pero es sumamente rígido.

En cuanto al inventario, el objetivo es organizar los bienes, ordenarlos y tenerlos registrados formalmente a fin de evitar faltantes y excesos, tener responsables ante roturas, planificar recambios, lograr mejores precios, generar certidumbre, ayudar a la logística (De la Cruz Soto, 2017; Militar Nueva Granada, 2020). Se trata de un tema íntimamente relacionado con las compras y contrataciones, visto más arriba. Fajardo Lévano (2021) propone estandarizar procesos y en lo posible, hacerlo mediante el uso de

sistemas informáticos, que eviten los problemas hasta aquí mencionados. Hay diversos casos internacionales que muestran esa posibilidad cierta.

La certificación de calidad en los Hospitales

Continuando con el análisis de las principales temáticas identificadas en la literatura sobre los desafíos mencionados, exploraremos el concepto de seguridad y calidad institucional, así como la certificación como herramientas clave para mejorar la gestión hospitalaria.

La cuestión de la seguridad empieza a tener importancia desde el siglo XX y desemboca en los programas de estándares para acreditar hospitales de los EEUU y luego en el surgimiento de las Comisiones de Acreditación. En 1951 surge la *Joint Commission International* (JCI) que ha sido reconocida por numerosos países, que han adoptado sus estándares. Por otro lado, entre los 80s y 90s nace y se consolida la *Society for Quality in Health Care* (ISQua). En EEUU conviven otros entes, según el tipo de institución sanitaria. En Europa, hay gran heterogeneidad en cuanto a la obligatoriedad de las acreditaciones, pero parecen estimular los procesos de calidad internos (Medina y Narodowski, 2019).

El concepto calidad, que se desarrolló paralelamente al de seguridad, data del siglo XIX, luego tuvo varios momentos en los que se la asoció con cálculos estadísticos y con desarrollo de sistemas (García, 2001; Mayo Alegre, Loredó Carballo y Reyes Benítez, 2015). Para la Asociación Española para la Calidad (2023) luego de aquel primer momento, nació el enfoque del Aseguramiento de la Calidad, de tipo preventivo, orientado a

asegurar la producción eficiente y sin errores, “a la primera”. Por eso, la Gestión de la Calidad se refiere a la estrategia para satisfacer los requisitos del cliente y mejorar continuamente la eficacia y eficiencia de la organización en ese sentido. En los años noventa se produce un boom de la calidad, como la mejora continua de los procesos organizacionales, en el marco de otro auge que abordaremos en otro capítulo, el de la planificación estratégica. El concepto desde entonces suele estar asociado al cambio cultural de la organización. Esta es la definición que seguiremos en este capítulo.

Una cuestión importante es el modo en que se mide. Debido a que la calidad de un servicio se relaciona con los atributos inherentes al servicio mismo, y es subjetiva y compleja de medir, frecuentemente se recurre a la calidad percibida como un indicador, o sea al juicio del consumidor. En este sentido, las construcciones de los conceptos de calidad de servicio y satisfacción de los clientes se relacionan entre sí (Zouari y Abdelhedi, 2021).

Pero como también se entiende su naturaleza simultánea de consumo y producción del servicio, la calidad percibida no es un objetivo concreto que se logre y complete, sino que requiere de un proceso continuo de atención y mejora que a su vez exige diagnóstico de procesos (Olguín-Gutiérrez, Ceballos-Garrido, Guíñez-Cabrera y Mansilla-Obando, 2020).

Galiot Torres (2023) realiza una buena síntesis y nos introduce en la certificación al decir que un modelo de calidad abarca un conjunto de prácticas ligadas a los procesos de gestión y al desarrollo de proyectos, con el propósito de lograr un impacto

estratégico y cumplir con los objetivos establecidos en cuanto a la calidad del producto o servicio, también desempeña un papel transformador al añadir valor, impactando en la eficiencia organizativa, el mejoramiento continuo, el control o la reingeniería de procesos, la optimización de recursos, y el aumento del rendimiento y la productividad. La certificación materializa este modelo y representa la estandarización de las variables definidas como requisitos de calidad, sirve al propio productor y también a los clientes.

El modelo de certificación más difundido es el otorgado por la International Standardization Organization (ISO), una federación mundial con estatus de ONG, compuesta por 167 organizaciones de normalización, entre ellas, el instituto Argentino de Normalización y certificación IRAM de Argentina. La organización global elabora las normas técnicas (estándares) que establecen requisitos y características comunes para diferentes productos y servicios, las organizaciones de cada país son quienes realizan la certificación (Chacon y Rugel, 2018). Tal vez ISO (2023) grafica el enfoque subyacente a un sistema de gestión de la calidad en las organizaciones a partir del concepto de Planificar-Hacer-Estudiar-Actuar (PDSA por sus siglas en inglés). Este modelo proporciona un proceso iterativo utilizado por las organizaciones para lograr una mejora continua a través de ciclos de medición continua del desempeño y evaluación de cambios.

La calidad en el sector salud es un tema de gran interés a nivel global, relevante tanto para entidades públicas como privadas, tal vez porque el sistema tenía un cierto atraso en cuanto a su gestión, y la aplicación del enfoque permitió una mayor planificación de

los servicios, la detección de quejas de pacientes insatisfechos y la reducción de posibles daños para éstos y las instituciones, especialmente por las menores demandas legales (Ramírez, 1998). La OMS (2020) define la calidad de la atención como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de lograr resultados de salud deseados. La OPS (2021c) equipara la calidad en salud con la atención centrada en las personas, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos. El Ministerio de Salud de Chile (2023a) recuerda que la seguridad y la minimización de eventos adversos es un tema central de la calidad.

De todos modos, según el informe conjunto de la OMS, el Banco Mundial y la OCDE “Entrega de servicios de salud de calidad”, se deben dar una serie de condiciones no siempre presentes, desde la colaboración entre los niveles del sistema de salud, una sólida gobernanza, personal sanitario capacitado y motivado, hasta una financiación adecuada, sistemas de información, dispositivos y tecnologías regulados y seguros, así como centros de salud accesibles y bien equipados (OMS, 2023).

Como se ha visto, hospitales alrededor de todo el mundo se esfuerzan por demostrar su capacidad para cumplir con las normas de calidad establecidas. En Medina y Narodowski (2019a) mostramos una multiplicidad de ejemplos que se siguen repicando.

Galiot Torres (2023) un referente en el ámbito de la Unión Europea menciona el caso del Hospital Marañón que aplicó el modelo de calidad total y logró en 2022 el Sello de Excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM). El

Hospital General Universitario Gregorio Marañón (2024) describe el esfuerzo realizado, partiendo de una autoevaluación desde 2009, luego la realización de un mapa de procesos y el desarrollo de líneas estratégicas con énfasis en la mejora de la calidad asistencial, el análisis de encuestas de satisfacción y del libro de reclamos, la utilización de un cuadro de mando, etc. Otro caso en España es el Complejo Hospitalario de Ferrol que certifica ISO 9000 desde 1999 y renueva permanentemente (Servizio Galego de Saude, 2023).

En Brasil, el modelo de calidad en salud se sustenta en el concepto de Entidades de Salud con Excelencia Reconocida (ESRE). El Ministerio de Salud de Brasil (2024), destaca que los hospitales privados ocupan las primeras posiciones en términos de cumplimiento de estos estándares de excelencia. Un ejemplo notable es el Hospital Moinhos de Vento, que ha sido frecuentemente mencionado en informes como el de E-Health Reporter (2021) y estudios de López Bello (2023) como un caso de éxito en la aplicación de este modelo, destacando su compromiso con la calidad y la mejora continua en la atención sanitaria.

En Argentina, los hospitales privados certifican usualmente normas ISO y lo reflejan en sus páginas o lo publicitan en los medios, por ejemplo Hospital Británico (2024b), Sanatorio Güemes (Infobae, 2019); Hospital Universitario Fundación Favaloro (2024). En algunos casos han logrado certificar JCI (Hospital Alemán, 2024a; Hospital Italiano de Buenos Aires, 2024). Si se observa el ranking de la Revista América Economía, uno de los más conocidos sobre hospitales y clínicas de América

Latina, el Hospital Alemán es el más alto de Argentina, encontrándose en el puesto 6; aparece recién en el puesto 19 el Hospital Privado Universitario de Córdoba y en el 33 el Sanatorio Güemes.

En Medina y Narodowski (2019a) se planteaba que es evidente que la estrategia puede ser muy positiva, aunque a veces es más una estrategia de marketing e incluso de ajuste. El uso de estándares mínimos de funcionamiento y seguridad, son un paso adelante en cualquier organización, siempre que en el trabajo se contemple la realidad y se busquen soluciones adecuadas y no formales. El problema es que, si no se resuelven los diferenciales de contexto entre países y regiones, el resultado es una mayor segmentación. Se requiere un Estado que apoye a sus instituciones.

II.II. Las herramientas aplicadas en el Hospital Posadas

Desafíos generales

En el capítulo 1 se prestó atención al modo en que se intentó lograr acuerdos de gestión mediante la resolución de ciertos problemas que generaban conflicto junto a un mayor diálogo y participación del personal, en éste se analiza el modo en que se avanzó en la gestión. En la sección anterior se vio que las tareas de la administración pueden circunscribirse a la presupuestación y ejecución, RRHH, compras e inventarios, etc. y que los desafíos giran en torno a mejorar las habilidades de directivos y del personal, la organización de los procesos, la incorporación de tecnología, etc.

Según HNAP (2020, 7 de octubre), previamente a la pandemia se planteaban dos objetivos claves. Tener un presupuesto afinado y ejecutar el presupuesto disponible. Teniendo en cuenta la escasez de recursos propios del ámbito público en nuestros países, resultaba clave optimizar todos los recursos disponibles. Por otro lado, es crucial adquirir bienes de manera eficiente, lo que significa comprar exactamente lo necesario, en el momento adecuado y al mejor precio posible. Para lograrlo, se han destacado la mejora de capacidades, la planificación de los procesos, la digitalización y la implementación de controles efectivos. Estas prácticas se formalizaron recientemente en el Plan Estratégico 2022-2025 del HNAP, según se documenta en su informe de 2021a. Dicho plan y su ejecución serán objeto de análisis posterior.

El equipo de la Administración se conformó según plantea el ex Director General de Administración y Finanzas y coautor de este libro, con profesionales jóvenes aunque con experiencia en gestión hospitalaria, pero puede observarse que sólo el 40% de los miembros del equipo directivo del área provenían del hospital o de instituciones similares en cuanto a tipo y dimensiones.

Al asumir la Dirección, la coyuntura cambió drásticamente debido a la aparición de la pandemia por el COVID-19, lo cual implicó para la nueva gestión, como en todo el sistema, incorporar a su agenda estratégica las acciones inmediatas y urgentes, especialmente garantizar la provisión de equipamientos e insumos críticos. En paralelo se modificaron procesos para minimizar la circulación de personas mediante un sistema de burbujas, es decir, grupos de personas por departamento que

trabajaron remoto por semana o quincena (garantizando un back up). A su vez el Ministerio de Salud de la Nación, delegó en la nueva Dirección del HNAP la responsabilidad de administrar cuatro Hospitales Modulares con 280 camas (Hurlingham, Tres de Febrero, Moreno y General Rodríguez) construidos al comienzo de la pandemia con el objetivo de incrementar la capacidad de atención; se los proveyó de personal (médicos terapeutas, enfermeros, kinesiólogos, administrativos, entre otros) y naturalmente de equipamiento e insumos mientras se hacía lo propio para el hospital.

El personal de la Administración entrevistado menciona como un logro que “todas las áreas de la Administración estuvieron operativas ininterrumpidamente”, destacando el compromiso y la dedicación del personal durante los meses que duró la pandemia.

Desde mediados de 2021 se profundizaron las transformaciones propuestas en cada una de las áreas al inicio, a continuación, analizaremos las mismas, los logros y las limitaciones.

Presupuesto y ejecución presupuestaria

Hemos visto que la elaboración correcta del presupuesto y su ejecución son de las principales tareas que tiene a cargo un administrador hospitalario. Cuando un organismo demora o equivoca sus procesos de ejecución surgen serios inconvenientes, tal vez el más importante es la sub ejecución en contextos de necesidades.

Como se ha mencionado, la Administración se planteó como objetivo desde el año 2020 trabajar en agilizar los procesos. El Jefe

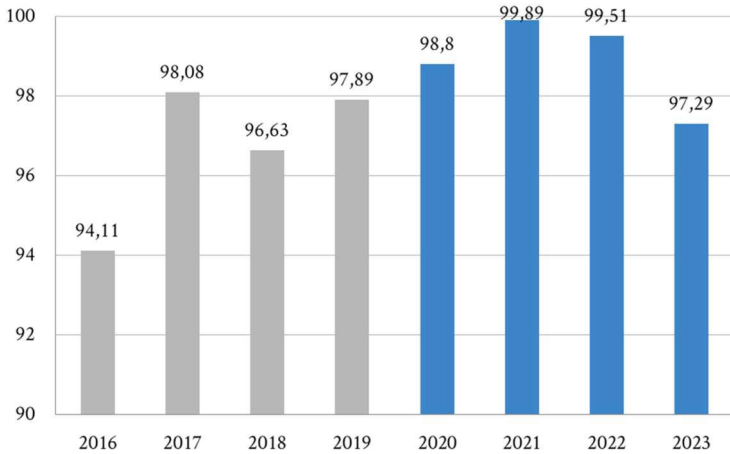
de Departamento 1, perteneciente al área, plantea que se equipó a las áreas respectivas y se realizó un trabajo de formación, se dictaron cursos de Administración Financiera y sistemas informáticos, tanto básicos (por ejemplo Excel) como específicos de la tarea como el sistema de administración financiera e-Sidif.

En el presupuesto no se realizaron importantes modificaciones, fundamentalmente se incorporó un control respecto a lo planificado y efectivizado el año anterior, tratando de adecuar lo solicitado a la realidad, aunque el contexto de pandemia complicaba la comparación interanual. Sí influyeron los Planes Anuales de Compras solicitados a cada unidad requirente, dado que éstos contribuyen a tener un presupuesto de insumos realista (Hospital Posadas, 2022a).

Para la ejecución presupuestaria es necesaria la intervención de los siguientes departamentos y áreas: el Departamento de Mesa de Entradas, el Departamento de Liquidación de Gastos, la Comisión de Recepción, el Departamento de Patrimonio en algunos casos, la unidad requirente, el Departamento de Contabilidad, y el Departamento de Tesorería, entre otros. A partir de las entrevistas y de la observación directa, se entiende que estas áreas componen el tablero de control, y el sistema contempla indicadores de gestión que las abarcan logrando realizar un seguimiento diario a cada uno de los expedientes que se encuentran pendientes de liquidación, para asegurar que los trámites fluyan con mayor rapidez. Para el seguimiento se construyó un registro unificado online al que tienen acceso los jefes de las áreas intervinientes, de manera que puede controlarse diariamente las tareas pendientes en lo respectivo a cada factura.

Los resultados fueron positivos. Los datos, presentados en la figura n° 2.1, indican que la ejecución promedio entre los años 2020 y 2023 fue de 98,9%, con un pico del 99,9% en el año 2021, contra un promedio en los cuatro años previos de 96,7%.

Figura n° 2.1. Ejecución Presupuestaria por año



Fuente: Presupuesto Abierto (2024)

La gestión en Compras y Contrataciones

Antes del período analizado, los procedimientos de adquisiciones y contrataciones enfrentaban varias de las dificultades que han sido identificadas previamente en la bibliografía. Se observaban, según surge del diagnóstico realizado para la certificación, inconvenientes vinculados a la falta de planificación de compras regulares, de seguimiento adecuado de las contrataciones, atribuibles a la ausencia de procedimientos internos formalmente establecidos, inexistencia de pliegos de bases y condiciones particulares "modelo" adecuados para cada tipo de contratación.

Además, la falta de registro de operaciones y la dificultad para generar informes y recopilar información impedía tener indicadores de gestión críticos como la efectividad y eficiencia de los procesos de compras. Como consecuencia se afectaba la continuidad en el abastecimiento de suministros esenciales, tanto médicos como de distinta índole (librería, limpieza, reparaciones, alimentación, etc.) (Hospital Posadas, 2020, 7 de octubre).

Desde el año 2020 se comenzó a trabajar en la estandarización de los procedimientos de compras y en el seguimiento exhaustivo de cada uno de los trámites en curso, con el objetivo (entre otros) de lograr reducir los tiempos que demoraba cada trámite en cada una de las áreas involucradas. Siempre según el documento citado, se definieron dos pasos fundamentales: por un lado se evaluaron y redefinieron los procesos vinculados a las compras y contrataciones, y por el otro se realizó un seguimiento diario de cada uno de los expedientes vinculados a la tarea, analizando en qué instancia se encontraban y trabajando para resolver las dudas o dificultades con cada sector, con el fin de agilizar los tiempos, para eso se confeccionó un registro unificado en Google Drive, identificado en el Sistema de Gestión de Calidad como R29, en el cual intervienen responsables de las áreas de Compras, Comisión de Recepción y Mesa de Entradas (Hospital Posadas, 2022a).

A su vez, se trabajó en mejorar el porcentaje de adjudicaciones, se realizó un análisis de los procesos de compras cuyas adjudicaciones fracasaron o que contaron con muchos renglones fracasados³ en el período 2017-2020, se analizaron los ítems que

³ Dentro de un proceso de compra habitualmente se licitan diferentes ítems (por ej. cuadernos y lapiceras en el proceso de artículos de librería) y se da la situación en que

no lograban ser adjudicados, y con un trabajo en conjunto con las unidades solicitantes, se fueron encontrando diferentes soluciones, como por ejemplo, aclarando o modificando las especificaciones técnicas en los pliegos. Asimismo, se redujo la dilación de los tiempos entre los presupuestos orientativos para iniciar los procesos licitatorios y las ofertas recibidas, lo cual evitó distorsión de los precios.

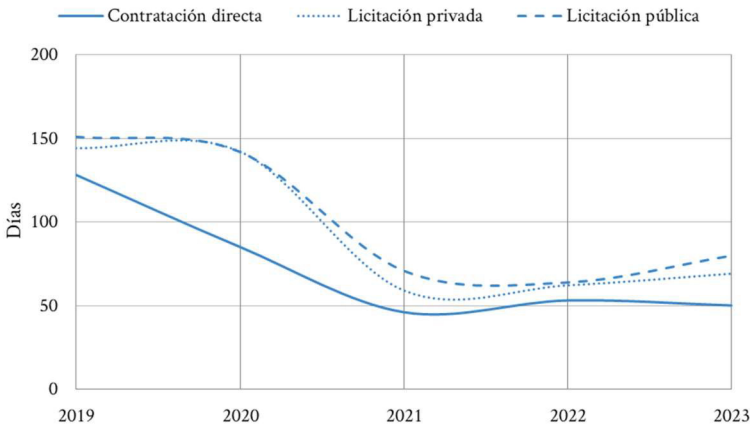
Según lo indicado por el Jefe de Departamento 1 en una entrevista, se ha implementado un nuevo registro de proveedores, inspirado en modelos utilizados en Chile. Este registro evalúa y puntúa el cumplimiento de los proveedores en órdenes de compra anteriores, y este puntaje se considera un factor crucial en las decisiones de futuras adjudicaciones en licitaciones.

Finalmente, en el marco de la certificación bajo la norma ISO 9001:2015 en 2022 se creó el Manual de Procedimientos de la Dirección General de Administración y Finanzas. En dicho Manual se formalizan los procedimientos internos de licitaciones públicas y privadas, contrataciones directas, acuerdo marco, ampliación, disminución o prórroga de órdenes de compra, elaboración del plan anual de compras, recepción de bienes y servicios, rescisión y penalización de órdenes de compra y liquidación y pago a proveedores (Hospital Posadas, 2022a).

algunos renglones son adjudicados y otros renglones fracasan o quedan desiertos, debiendo volver a licitarse el ítem en otro proceso posterior. Que un proceso quede fracasado totalmente o en su mayoría, exige volver a licitar el pedido, lo cual tiene implicancias tanto en una mayor demora para la adquisición del bien o servicio, como en la necesidad de utilizar alguno de los mecanismos de compra urgente. Esto incrementa el riesgo de atravesar un período donde los insumos falten y no estén disponibles (Hospital Posadas, 2020, 7 de octubre).

En el siguiente gráfico se observa la reducción de los tiempos en días, entre 2020 y 2023, en todas las modalidades de procedimientos licitatorios (públicas, privadas, directas) desde que se origina el pedido de compra o contratación, hasta la emisión de la orden de compra. Se aprecia una caída significativa tanto en 2020 como en 2021, hasta valores que lograron sostenerse en 2022 y 2023.

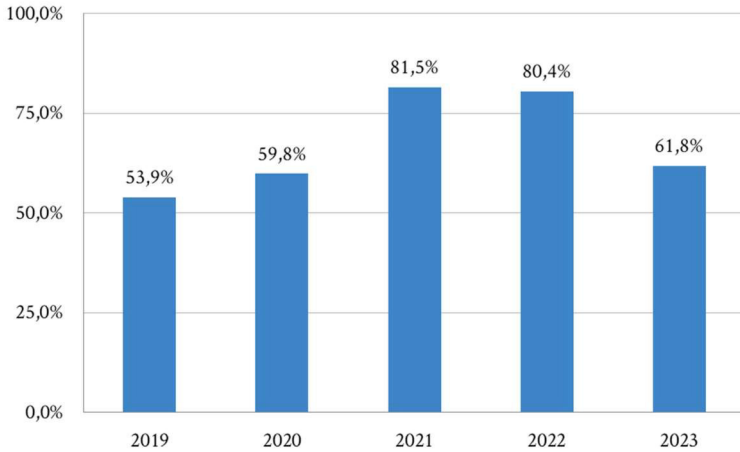
Figura n° 2.2. Eficiencia de los procesos de compra. Duración en días promedio.



Fuente: Hospital Posadas (2023a)

En el siguiente gráfico puede verse el incremento en la relación entre renglones adjudicados y el total de renglones licitados en cada año. La efectividad se ubicaba en el 54% en el 2019 y logró incrementarse hasta el 82%, si bien en el año 2023 vuelve a caer, pero manteniéndose por encima del 60%.

Figura n° 2.3. Efectividad de los procesos de compra: % de adjudicación de renglones licitados.



Fuente: Hospital Posadas (2023a)

El ex Director General de Administración y Finanzas propone resaltar que otro efecto directo de la reducción de los tiempos en los procesos licitatorios, fue la baja sustancial de la cantidad de compras a través de Fondos Rotatorios. El Fondo Rotatorio posibilita a los organismos a adquirir un bien o un servicio con carácter de urgente (Ley 24.156, art. 81 y Decreto 1344/07 art. 81). El uso excesivo de esta herramienta evidencia falta de planificación adecuada en las compras habituales y anuales.

En paralelo, la Dirección tomó la decisión de modernizar la gestión de stocks de insumos y de pedidos internos de los mismos por parte de las diferentes áreas del hospital, luego de años de escasa actualización.

A partir del año 2023 se implementa un nuevo sistema informático desarrollado por el área de Sistemas del propio HNAP, que permite que los pedidos de insumos semanales de cada área del hospital se realicen de manera online con un usuario identificado, es decir, no deben acercarse físicamente al Departamento de Suministros para solicitarlo, y a su vez, queda efectivamente registrado tanto qué área como qué personal es el que realiza la solicitud. También se transformaron los remitos de entrega de los insumos pasando de papel, a un registro de firmas digitales, en el que queda registro en el sistema de las efectivas entregas.

El proceso se volvió más práctico y fácil de monitorear, cada usuario de cada área puede consultar en tiempo real los consumos y detalles de su servicio y puede conocer la disponibilidad de todos los artículos disponibles. Cada pedido impacta inmediatamente en el sistema y puede visualizarse estadísticas que anteriormente no existían, como por ejemplo stocks históricos, en la fecha que sea necesario, cantidad de insumos pedidos y efectivamente recibidos por cada una de las áreas del hospital, consumos máximos y mínimos, entre otros, según señala el Jefe de Departamento 2, también de un área de la Administración.

Se implementó un sistema de gestión de compras que asegura el stock adecuado de los insumos y contrataciones habituales en los servicios contrarrestando así la utilización del fondo rotatorio. Este objetivo fue alcanzado gracias a “una gestión muy específica sobre las demandas de insumos, basada en datos estadísticos de consumo por parte de cada Servicio” (Hospital Posadas, 2023a).

Los miembros del área entrevistados coinciden en que la formalización de los procesos, la capacitación y una mayor comunicación y seguimiento, fueron eficaces para lograr la reducción del uso del mencionado fondo, especialmente desde 2021, cuando se ve una caída de un 60% en términos reales cada año.

Figura n° 2.4. Monto anual de Fondos Rotatorios en pesos corrientes.



Fuente: Hospital Posadas (2023a)

Al consultar al personal de la Administración, de varios Departamentos, el 83,3% confirmó que se ha logrado una mejora importante. Uno de los jefes encuestados afirma que: “Se mejoró en los tiempos de cada licitación, porque mejoraron los procesos, pero también porque nos estaban encima”.

Entre los problemas que mencionan los entrevistados está el hecho de que no hubo tiempo para consolidar los procesos ya que recién pasaron 2 años, la respuesta de los servicios sigue siendo

heterogénea. No se menciona falta de personal, pero si déficit de capacitaciones en las áreas y los servicios.

Administración de bienes: reformas en patrimonio

Se planteó previamente la importancia de la administración de los bienes patrimoniales, especialmente en organizaciones estatales, y se identificaron algunas de las problemáticas que la misma despierta. En las entrevistas pudo verse la preocupación de los funcionarios por la responsabilidad que tienen en el cuidado de los bienes del Estado a su cargo, ya que deben responder por la falta o destrucción de los mismos. También en los testimonios, aparece como problema la dimensión del HNAP, sus más de 80.000 m² de superficie cubierta distribuidos en cuatro edificios de siete pisos, tres edificios de tres pisos y varios edificios aledaños, donde se registran más de 25.000 bienes patrimoniales.

Según el testimonio del trabajador 1, perteneciente al sector, esta gestión patrimonial se hacía previamente a mano, luego se intentó realizar con una planilla de cálculo. El inconveniente, además de la incomodidad, era lo limitado de la información, no se tenían claramente definidos los sectores donde se encontraban los bienes, ni los responsables de cada uno de ellos. A su vez, al no disponer de un sistema de identificación de cada bien, era muy tedioso el registro de los bienes, por lo que realmente las auditorías anuales de identificación de bienes se realizaban a medias. Por último, y muy importante, es que el sistema posibilitaba que la base de datos fuera modificada sin poder contar con una evolución de la misma.

Tras evaluar este escenario, la nueva gestión se propuso intentar un cambio cultural respecto al cuidado del patrimonio mediante la comunicación, junto a la definición de procesos estandarizados que posibiliten gestionar el activo respectivo y un sistema informático acorde a las necesidades. Luego de definir esos procesos (carga informática de las altas, transferencias y bajas, sistematización de la información, administración y seguimiento), en el año 2020, de acuerdo a la documentación analizada del área, se solicitó al Ministerio de Modernización un sistema de gestión de bienes patrimoniales con todas las características requeridas por una organización del tamaño mencionado, el cual fue brindado de manera gratuita y para uso ilimitado. Esto fue acompañado por la provisión del equipamiento necesario (etiquetadoras, etiquetas especiales, lectoras de código láser, notebooks, etc.) (Dirección General de Administración y Finanzas HNAP, 2023). Según los entrevistados, los miembros del Departamento se dividieron las tareas de acuerdo al nuevo procedimiento definido. Y se puso mucho énfasis en la capacitación y el buen uso del nuevo sistema.

Establecido el circuito, se recorrió la totalidad del HNAP inventariando cada sector, re-etiquetando mediante la identificación de cada bien con código de barras y definiendo responsables para cada uno de los bienes. Este trabajo culminó luego de un año y como resultado se obtuvo un listado de más de 25.000 bienes inventariados. Actualmente existe un cronograma anual de auditorías por sector, a los fines de auditar todos los bienes una vez por año, y así identificar transferencias no declaradas en el sistema o cualquier otra modificación que pueda haber sucedido.

Estos procesos de trabajo fueron incorporados al Sistema de Gestión de Calidad con Normas ISO 9001:2015.

En consultas realizadas al personal del sector de patrimonio, se observa que están más informados sobre las actividades que otras áreas: un 90.9% reporta una mejora significativa, mientras que el 9.1% restante reconoce mejoras, pero señala que aún hay mucho por hacer. Respecto al cambio cultural, la propia Dirección reconoce que, si bien se realizan capacitaciones permanentemente, el uso de los sistemas no ha sido incorporado plenamente por todo el HNAP, y la comunicación es limitada.

La recuperación de costos

Otra cuestión importante a mencionar se refiere a la denominada “Recuperación de costos”. Se trata de un modelo que tiene pocos antecedentes a nivel mundial, por eso no se ha hecho un debate previo en este capítulo. Surge de la normativa del “Hospital Público de Gestión Descentralizada” dentro del sistema sanitario argentino, establece que las instituciones comprendidas, entre ellas el HNAP pueden facturar y cobrar a las Prepagas, Obras Sociales o Programas Nacionales o Provinciales, las prestaciones brindadas a los pacientes cubiertos de ese modo (Colotto, Machado Busani, Narodowski, Narodowski y Prieri, 2019).

Según la misma fuente, esta práctica tiene como finalidad precisamente recuperar los costos asumidos por las prestaciones brindadas por parte del HNAP a personas con algún tipo de cobertura de salud, evitando de esta manera lo que se denomina subsidio cruzado, es decir la utilización por parte de la entidad pública de los recursos propios, pero para afrontar gastos de salud

que están cubiertos por terceros que, a su vez, reciben aportes de sus afiliados o del Estado para ello. Es un mecanismo para compensar la doble o triple cobertura propia de un sistema de salud segmentado como el argentino.

Los fondos recuperados se distribuyen entre el inciso 1 (bono de autogestión al personal), el inciso 2 (compra de insumos) y el inciso 3 (contrataciones de servicios), a nivel nacional no había una norma que defina esta distribución entre incisos. La parte destinada a las y los trabajadores funciona como una compensación por el trabajo realizado, y además como un incentivo para continuar realizando dicha tarea.

Según el trabajo de Machado Busani, Narodowski, Prieri (2021), en los hospitales públicos existe la oportunidad para incrementar el monto del recupero de costos mejorando la identificación de pacientes con cobertura, aceitando los mecanismos de coordinación entre el sector de atención al público, de atención médica y de facturación, e incentivando al personal a comprometerse con el proceso.

Desde su comienzo, la Administración asumió la importancia de reforzar la obtención de recursos por esta vía y decidió hacerlo tanto con los Departamentos de Facturación, de Cobranzas dependientes de la Administración, como de áreas periféricas importantes como PAMI, Sumar, entre otros. Asimismo, decidió incorporar al área de Planificación Estratégica, tal como surge de diversos documentos, por ejemplo Hospital Posadas (2020, 7 de octubre).

El ex Director General del área, coautor de este libro, señala que se realizó un trabajo de acercamiento con los jefes de servicio para que éstos apoyen la tarea y ayuden a concientizar al conjunto de trabajadores del HNAP para incrementar la facturación. A su vez se aprovechó la ocasión para conocer la disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos y los posibles problemas que interfieren en la facturación. Es un trabajo continuo que se realiza, a los fines de sumar cada vez más personal administrativo a la tarea de detección y carga de datos para la facturación posterior.

En relación a la distribución de lo recaudado, se modificó el porcentaje destinado para el personal, que estaba en un 8% del total cobrado, contra el 50% normado en la Provincia de Buenos Aires. La resolución 2410/2020 le restituye al Hospital la posibilidad de distribuir el 50% de lo recuperado entre el personal y el otro 50% para bienes y servicios.

En cuanto a mejoras de los procedimientos debemos mencionar que en la admisión de varios servicios se mejoró el relevamiento de la OOSS de los pacientes; en la circulación del trámite interno se estableció para cada servicio un responsable que debía completar y acercar la documentación hacia facturación o en algunos casos excepcionales, que personal de facturación pasara a buscarla; además se contrataron 2 personas más para facturar. Los testimonios de las entrevistas muestran que aún falta mucho en este terreno porque resulta difícil comprometer a todos los servicios.

A partir de la entrevista realizada a la Jefa de área 1, se puede observar que hay dos estrategias de gran importancia, por un lado la coordinación entre el Departamento de Facturación y el de

Cobranzas, las áreas de PAMI y del programa SUMAR. La otra es la focalización del trabajo en diversos servicios de alto volumen. Según el informe respectivo al evaluarse qué servicios y qué prestaciones no se estaban facturando, las razones de cada caso particular y el impacto económico de ello, surgió como prioritario fortalecer Hemodinamia, que hasta principios del 2020 no se estaba facturando debido a fallas en el circuito administrativo y Tomografía y Resonancia, donde se realizaba la facturación, pero muy por debajo del potencial. En ambos casos se incorporaron prestaciones de altísimo costo para el hospital (Hospital Posadas 2020, 7 de octubre).

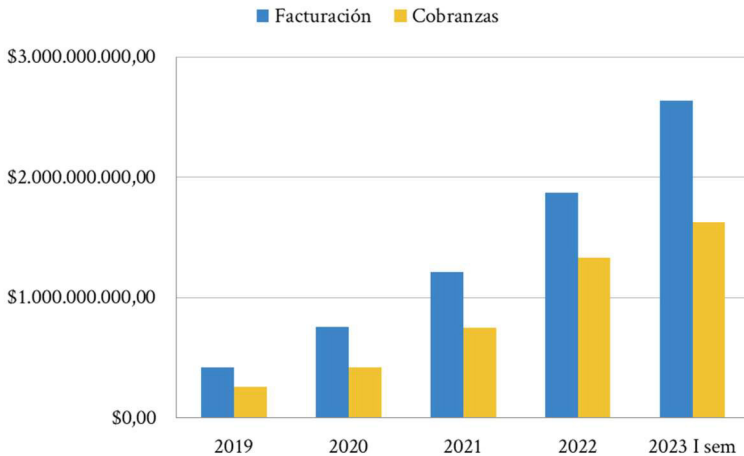
Por el lado de las cobranzas, el Director General indica que se evaluaron las deudas de terceros y se comenzó con un trabajo lento pero continuo de reclamos a todos los deudores. Un caso de esto fue el trabajo realizado con la Superintendencia de Servicios de Salud, que permitió el cobro de deudas históricas que el organismo tenía con el hospital.

En cuanto a los resultados, al indagar al personal de administración sobre la recuperación de costos –no se entrevistó personal de los servicios- el 75% afirma que hubo una mejora importante los últimos años, el 8,3% que hubo una mejora, pero falta. “Se nota mucho orden” (Jefe de Departamento). Se observa que los jefes están más informados, dado que sólo el 20% de los administrativos encuestados respondió esta pregunta. Los mismos encuestados asumen que esa desinformación parece estar presente en los servicios.

Lo central es que el incremento en la facturación y la cobranza es significativo. En la figura n° 5 se presentan los datos entre los años

2020 y primer semestre del 2023. En ambos casos vemos aumentos que superan ampliamente a la inflación, que para el período considerado fue de 594,77%. La facturación aumentó 1.246,42% (94% en términos reales), las cobranzas aumentaron 1.350,27% (109% en términos reales). Es decir, los recursos propios crecieron prácticamente al doble en términos reales.

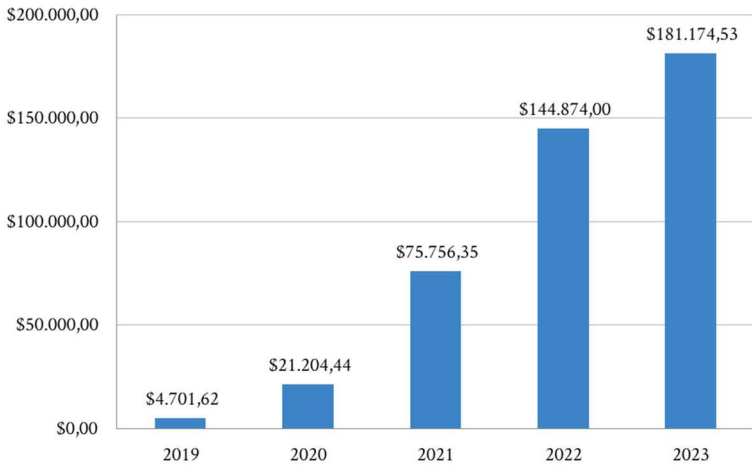
Figura n° 2.5. Facturación y cobranzas en pesos corrientes. Años 2019-2023



Fuente: Hospital Posadas (2023a)

Estos montos, sumados al incremento porcentual en la distribución, hacen que el denominado “Bono por Autogestión”, pase a ser significativo. En la figura n° 6 podemos ver que el aumento del bono anual que recibió cada uno de los trabajadores entre el 2019 y el 2023 fue de 3.753,45% contra una inflación de 733% (aumento real de 362%).

Figura n° 2.6. Bono anual de autogestión por trabajador en pesos corrientes. Años 2019-2023



Fuente: Hospital Posadas (2023a)

Aunque los resultados son positivos, según la información recolectada en las entrevistas, los procesos necesitan mejoras, por un lado el proceso de admisión de los pacientes, dado que hay muchas “puertas de ingreso” al hospital y al no disponer de procesos estandarizados en cada admisión, dificulta la identificación total de los pacientes en tiempo y en forma, y a su vez, en lo que respecta al papel de los médicos y del personal administrativo de cada servicio en el proceso de facturación. La alianza para tornar más eficiente la recuperación de costos debe ser más amplia, lo que hará posible incrementar mucho más la recaudación, las bonificaciones y el destino de inversión de esos fondos.

La estrategia de certificación de calidad

La calidad se planteó como un pilar esencial desde el 2020 en el área de Administración del HNAP para enfrentar la problemática de la escasa planificación y estandarización de los procesos, con departamentos administrativos aislados debido a la escasa comunicación entre sí; y la falta de controles por oposición, así se planteó en una mesa estratégica que incluyó a todo el equipo directivo.

Para lograr el objetivo, según plantea uno de los coautores del libro, el ex Director General de Administración y Finanzas, se tomó la decisión de involucrar al personal que ya desempeñaba tareas desde antes de la llegada del último equipo directivo, especialmente a los Jefes de Departamento, la otra opción hubiese sido crear estructuras o grupos de trabajo paralelos, pero se prefirió incorporar al desafío estratégico, al personal propio del hospital, para que cada área intentase ordenar sus procesos.

Tal como figura en la documentación respectiva, se avanzó en la primera certificación de procesos administrativos bajo normas internacionales de calidad ISO 9001, en Compras y contrataciones. La tarea según se manifiesta, implicaba un desafío ya que, en la historia del HNAP, nunca se había certificado ningún proceso bajo normas internacionales de calidad.

El primer año, en palabras de la Dirección “fue muy duro”, porque el proceso de trabajo orientado a lograr la certificación, convivió con la pandemia y las urgencias derivadas de la misma. El primer paso fue evaluar todos los procesos y tras interactuar con cada Departamento se diagnosticó la situación, y entre el equipo

directivo y cada Departamento, se diseñó la propuesta y se formalizaron los procedimientos nuevos, siempre cumpliendo con la normativa vigente y con el objetivo de agilizar los tiempos y minimizar los errores. Durante todo el año se capacitó a las áreas intervinientes y finalmente, luego de superar una auditoría externa de IRAM, se logró certificar a fines del año 2020.

Resulta destacable que luego de la certificación de Compras y Contrataciones, varios Departamentos, según indican los testimonios de las entrevistas aceptaron trabajar en certificar sus procesos. En el 2021 se decidió continuar con el proceso de liquidación de facturas y pago a proveedores, se logró con éxito la certificación de este nuevo proceso y la recertificación del anterior. En 2022 se sumó la certificación de las altas, modificación y baja de bienes patrimoniales.

La experiencia intentó ser participativa, sin embargo, al consultarle al personal involucrado sobre esta cuestión, sólo el 60% afirmó que los procesos fueron suficientemente participativos, un 13,3% indicó que fueron participativos, pero no lo suficiente y un 26,7% respondió que no lo fueron. Al analizar las respuestas, vemos que los administrativos indican haber tenido menos participación que los jefes.

En lo referido al objetivo de lograr mayor conocimiento sobre las tareas, sus objetivos y procesos, el 100% de los encuestados consideró estar más informado, sólo el 46,7% destacó que hubo capacitaciones sobre esta temática. En este caso, la proporción es similar entre jefes y empleados. “Estoy informada y tenemos en claro el objetivo, y todos los años actualizamos los conocimientos

y hacemos capacitaciones mediante cursos” (Jefa de Departamento).

Además, se indagó sobre si los trabajadores de la Administración percibieron cambios en los últimos años y si los mismos fueron para mejor. La respuesta fue contundente, el 93,3% afirmó que hubo cambios y que se notan mejoras. El restante 6,7% también identifica cambios, pero resalta que falta mejorar. Las opiniones son del tipo: “La dinámica y accesibilidad de los registros agilizó considerablemente” (Jefe de Departamento) o “Mejoró y organizó el procedimiento en cuanto a tiempos de duración” (Trabajadora administrativa).

Por otro lado, el proceso de certificación -aunque también otros cambios sucedidos- generaron un aumento de las capacitaciones, según el registro provisto por la Dirección, han participado alrededor de 100 empleados del área de la Administración, cada uno en 9 actividades promedio, un 88% brindadas por el Instituto Nacional de la Administración Pública (INAP) y el resto por el propio HNAP, consultores externos (principalmente durante el proceso de certificación) y algunas dependencias del Ministerio de Salud como la Dirección de DDHH, Género y Diversidad.

Se destacan como temáticas, la formación sobre gestión financiera del Estado (para el proceso de liquidación y pago a proveedores), cursos en sistemas como el COMPR.AR para el proceso de compras y contrataciones y el paquete Office, derecho público sobre contrataciones, documentación administrativa, temas informáticos como big-data o visualización de datos, gestión del cambio organizacional, y temas de comunicación. Las áreas que más participaron según los registros relevados son la Comisión de

recepción, el Departamento de Despacho y Mesa de Entradas, el Departamento de Compras, el Departamento de Patrimonio, el Departamento de Contabilidad y el Departamento de Tesorería. En menor medida el Departamento de Liquidación de Gastos (Dirección General de Administración y Finanzas HNAP, 2023).

En conclusión, se avanzó con la decisión de certificar varios procesos de trabajo de la Administración y de otras áreas del HNAP, la actividad resultó importante por su carácter participativo especialmente en el nivel de jefes de los departamentos, lo que ayudó al empoderamiento de los mismos. Lo crucial es que la certificación de los procesos troncales de la Administración sirvió para poner el acento en la eficiencia y repercutió en mejoras en los procedimientos. Si bien las primeras auditorías externas eran afrontadas o defendidas por los directores a cargo, es destacable que algunos entrevistados aseguran defender por sí solos, la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en cada área frente a la auditoría externa, logrando mantener la certificación.

A pesar de ello, sigue habiendo dificultades que a la fecha no han podido resolverse: se destaca que la comunicación entre diferentes Departamentos sigue siendo escasa, generando algunos problemas operativos. También, como se mencionó, la participación del proceso se limitó mayoritariamente a jefes y no a la totalidad del personal. En el documento “Plan Estratégico 2022-2025” (Hospital Posadas, 2021a) se reafirman estas problemáticas.

II.III. Conclusiones

Hemos visto en este capítulo, que a nivel internacional resulta una preocupación cómo incrementar la eficiencia en la administración dentro del sector sanitario y especialmente en los hospitales. En particular, en esta región, resulta importante por las propias condiciones estructurales del sector y por el incremento de costos a lo largo del tiempo. En lo respectivo al presupuesto, surge la necesidad de establecer una buena relación entre el mismo, la planificación, la ejecución y su control. En compras y contrataciones resulta urgente minimizar costos, resolver las demoras, y lograr la transparencia. En términos de administración de bienes, los temas más presentes son el control de stock e inventarios, evitando cortes en el suministro. A su vez se destaca la importancia de no descuidar la calidad planteándose la certificación mediante organismos externos para materializar un modelo de procesos estandarizados.

El análisis del caso del HNAP demuestra que resultó fundamental contar con una mirada estratégica dentro de los objetivos de una gestión y una identidad profesional que impulsó a la mejora. Eso se visualiza en el interés en la certificación bajo normas de calidad que llevaron adelante. Los logros se han descripto en el capítulo, como limitaciones aparecen persistentemente las dificultades para integrar comunicacionalmente y en los procesos de trabajo a todo el personal de las distintas áreas y más aún del hospital; al mismo tiempo, lograr una transformación que supere al nivel jerárquico de los Jefes de Departamento, llegando al conjunto de trabajadores.

Para avanzar, es esencial reforzar las capacitaciones en todos los departamentos, mejorar la comunicación interna y continuar con la modernización de los sistemas administrativos. Además, deberían establecerse evaluaciones regulares de los procesos para asegurar que las mejoras sean sostenibles y se ajusten a las necesidades cambiantes del entorno hospitalario. Con estos pasos, se puede aspirar a una eficiencia aún mayor y a una calidad de servicio que beneficie tanto a los pacientes como al personal del hospital.

Para avanzar, es esencial reforzar las capacitaciones en todos los departamentos, mejorar la comunicación interna y continuar con la modernización de los sistemas administrativos. Además, deberían establecerse evaluaciones regulares de los procesos para asegurar que las mejoras sean sostenibles y se ajusten a las necesidades cambiantes del entorno hospitalario. Con estos pasos, se puede aspirar a una eficiencia aún mayor y a una calidad de servicio que beneficie tanto a los pacientes como al personal del hospital.

Capítulo 3. Tecnología e Infraestructura para la Salud

Patricio Narodowski y Fernando Ballina

Introducción

Como se ha planteado en el capítulo 1, el Hospital Posadas (HNAP) debe ser entendido como una organización cuya complejidad ha aumentado sin cesar mientras se logran nuevos avances que requieren tecnología compleja y costosa (Magalón-Londoño, Pontón Laverde, & Reynales Londoño, 2016).

En 2019 se partía de un escenario con sustanciales demandas y deficiencias y grandes heterogeneidades, pero se asumía que era posible tener un hospital de alta complejidad en lo que refiere a su infraestructura y tecnología con el fin de ofrecer la mejor calidad de atención posible. En ese sentido, la Dirección se propuso, como se describe a lo largo del capítulo, una estrategia integral de transformación tecnológica, para lo cual se debía lograr un cierto equilibrio entre las necesidades de coyuntura que el HNAP arrastra desde hace un largo tiempo y la transformación planeada (Hospital Posadas, 2021a).

La primera parte del capítulo aborda una definición holística del concepto de tecnología en el ámbito de la salud para dar paso a una revisión del proceso de implementación de los avances técnicos en países centrales y emergentes, especialmente de aquellos que se encuentren implementadas o en proceso, en el HNAP.

Luego continuaremos con el caso del HNAP, analizando particularmente la implementación de dos sistemas informáticos de relevancia: el Portal del Paciente y el nuevo Sistema de Información Hospitalario (HIS), continuaremos con el sistema de Comunicación y Archivo de Imágenes Médicas (PACS) y finalmente el desarrollo de la ingeniería clínica, área que fue certificada con normas de calidad y llevó adelante una importante incorporación de equipamiento médico. Nos basamos en la información que resultó del análisis documental de reportes, normativa y procedimientos; de los datos de 16 encuestas realizadas a jefes y personal de los servicios asistenciales que tuvieron contacto con los sistemas implementados, el equipamiento adquirido o las obras realizadas, y de los testimonios de 3 entrevistas semi-estructuradas a una jefa del área (Sistemas) y a jefes involucrados por compra de equipamiento y el uso del nuevo HIS.

III.I. La importancia de la tecnología en la salud y su implementación en los países centrales y emergentes

El rol de las tecnologías

Muchas definiciones pueden encontrarse sobre qué es la tecnología en el ámbito de la salud. Para los que se dedican a la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) las mismas pueden clasificarse como dispositivos médicos, medicamentos, métodos diagnósticos o procedimientos.

En cambio, para los ingenieros clínicos, el alcance de la definición de tecnología está circunscripta al ámbito del equipamiento médico. Surge en este punto una primera distinción a realizar

entre lo que significa dispositivo y equipo médico. El primero es un instrumento, aparato o máquina que se utiliza para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de un problema de salud, sin mecanismos farmacológicos o similares. El equipo médico es un dispositivo que requiere calibración, mantenimiento, reparación, actividades realizadas normalmente por ingenieros clínicos; no se incluyen los dispositivos implantables o desechables (OMS, 2012). Este universo incluye desde las tecnologías tradicionales hasta las novedosas (Iadanza, 2020).

Ahora bien, si nos paramos desde el área de sistemas, la definición de tecnología va a estar limitada al campo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el ámbito de la salud o dicho de una forma equivalente a la informática médica. OPS/OMS (2018b) valoran las TIC haciendo hincapié en la posibilidad del intercambio de información entre profesionales y pacientes, el contacto mediante la teleconsulta, la capacitación virtual, la historia clínica electrónica, el internet como medio de consulta, herramientas de georreferencia, etc.

Por otra parte, si la mirada proviene desde el área de ingeniería hospitalaria (o su antigua definición de mantenimiento), la tecnología se va a circunscribir a todo lo inherente a las instalaciones y soluciones del entorno hospitalario: instalaciones eléctricas, gases medicinales, termomecánica, instalaciones sanitarias, etc.

Por último y teniendo plena conciencia que pueda parecer una definición forzada y asumiendo el riesgo inherente, también

hablamos de tecnología en la salud al hablar de infraestructura o arquitectura hospitalaria.

Para lo que resta del presente texto, tecnología en la salud implica la suma de todas las concepciones antes definidas, lo cual nos obliga a tener una mirada holística. Solo basta con ver la importancia de las distintas definiciones como proveedoras de soluciones “tecnológicas” durante la pandemia de COVID-19 para adoptar la definición ampliada y este tipo de visiones.

Es que efectivamente la tecnología es un componente fundamental de cualquier sistema de salud. Su uso en todas las formas antes mencionadas ha aumentado sustancialmente en las últimas décadas representando un gran desafío (Asinelli, 2022). En ese marco, la digitalización es un aspecto crucial.

La pandemia de COVID-19 puso a la tecnología aplicada a la salud en todas sus dimensiones, en los primeros puestos de importancia. Sin ella los resultados sanitarios hubiesen sido sustancialmente más perjudiciales (Pai, 2022; Saher y Anjum, 2021; Sahada, Tekindor, Abbadi, Malluhl, y Huri, 2020). Luego de la pandemia, se suma a la demanda natural del sistema una gran demanda retenida por la población que no pudo atenderse durante el transcurso de la pandemia. Para este escenario, las herramientas tecnológicas resultaron indispensables para poder maximizar la capacidad de respuesta posible.

Esta importancia y las novedades permanentes se verifican al revisar los títulos de IEEE PULSE, revista de divulgación de tecnologías emergentes e innovación correspondiente a la sociedad internacional más grande de ingenieros biomédicos

(IEEE EMBS). Allí pueden encontrarse notas tituladas de la siguiente manera: “Robots para mejorar la cirugía de todos”, “Optogenética: uso de la luz para excitar el cerebro”; “Avances en implantes cerebrales”, por mencionar algunas.

Queda claro al examinar los títulos que los avances en la tecnología aplicada a la salud parecen no tener techo.

Por otra parte, la irrupción vertiginosa de la inteligencia artificial en la mayoría de los aspectos de la sociedad no es la excepción en la salud. En mayor y en menor medida todos los países están adoptando o intentando hacerlo, una estrategia en ese sentido, por ejemplo, la Estrategia Española de Salud Digital (Secretaría General de Salud Digital, 2021), Estrategia Canadiense de Inteligencia Artificial para la Salud (CIFAR, 2024), el laboratorio de inteligencia artificial del sistema de salud inglés (NHS-AI LAB), por citar algunos.

Las potencialidades y los problemas de la inversión en tecnología en la salud

Ya se ha mencionado el aumento de uso de la tecnología en la salud, los beneficios de los dispositivos y equipos, así como de los medicamentos son evidentes, aunque los debates sobre eficacia exigen prestar atención a los procesos de incorporación irracionales que pueden tender a aumentar innecesariamente los costos de los tratamientos y la inequidad. Lo mismo sucede con la telemedicina, que merece un tratamiento especial.

Por eso se debate en general y según los dispositivos, acerca de cómo decidir la inversión, cómo aprovecharlas

convenientemente y qué problemas o límites se verifican en diferentes contextos. Pichon-Riviere, Drummond, García Martí y Augustovski (2021) plantean que la adquisición de tecnología debe responder a un plan coordinado de la red sanitaria, ya que puede producirse un desfase entre las prioridades de ésta y las demandas de adoptar nueva tecnología. En Medina y Narodowski (2019) se daban ejemplos positivos y negativos al respecto. En la implementación, BID (2020b) destaca las barreras financieras, técnicas y temporales como las principales, pero incluso garantizando su superación aparecen barreras distintas vinculadas por ejemplo a la gestión del cambio, expresada en falta de incentivos, participación o liderazgo.

Los problemas son particularmente grandes en los países de mercados emergentes y la fragmentación en muchos casos, entre ellos la Argentina, agrava aún más esta característica. OPS/OMS (2022) manifiesta dificultades para realizar evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) en las Américas debido a la falta de recursos calificados, falta de financiación y falta de acceso a bases de datos. Solo en Brasil y Canadá es obligatorio considerar las conclusiones de informes de ETS en todas las decisiones de cobertura de tecnología, en Chile únicamente en los casos de tecnología de alto costo y en el resto de los países con poca frecuencia.

En lo que hace a la transformación digital y la incorporación de TIC ya mencionada, los beneficios en cuanto a la gestión de la institución y a la comodidad del paciente también son evidentes. Pero lo central es que en la relación de los profesionales de la salud con el paciente se verifica un impacto positivo. En un estudio

reciente, González Revuelta (2023) indica que las aplicaciones de e-salud ofrecen al paciente mejorar el control y seguimiento sobre su estado de salud, agilizando circuitos e implicándolo más. Considera que desde la pandemia los propios profesionales de salud han visto potenciar el uso de estas herramientas. Aunque en este caso en Medina y Narodowski (2019a) se alertaba sobre la necesidad de sostener los vínculos presenciales cuando el proceso de la salud lo requiriera y evitar abusos que pueden hacer sentir al paciente que no tiene otro interlocutor que una máquina.

En la implementación de los proyectos con alto contenido de transformación digital, es necesario empezar por el tema de la interoperabilidad en salud, o sea, la capacidad de diferentes sistemas de información o similares para conectarse, intercambiar y utilizar datos entre ellos de manera fácil y segura independientemente del origen y destino de los mismos (HIMSS, 2019).

En las últimas décadas múltiples proyectos de sistemas de información en salud pública se proyectaron y comenzaron a implementarse. Una gran parte fracasó o llegó rápidamente a su techo en el momento de la “interoperabilidad”. Como sostienen Carnicero y Fernández (2012) las mejoras en la atención al paciente mediante el uso de TIC surgen en entornos locales que muchas veces se revelan incompatibles entre sí. Esto implica no poder intercambiar información de un paciente entre diversos sistemas. Hoy en día podemos decir que el parámetro más decisivo al seleccionar un sistema de información en salud es su capacidad de interoperar. Como se verá luego, en los documentos a disposición se nota que el camino de la transformación digital del

HNAP siempre tuvo como un norte la interoperabilidad de los sistemas.

Para garantizar la interoperabilidad existen estándares internacionalmente aceptados. Una de las principales barreras es justamente la selección, obtención y uso de estándares, ya que éstos hacen más caro el sistema, pero el costo de una integración ronda solo el 10 % del desarrollo de una integración a medida en sistemas no interoperables (OPS, 2016; Benson & Grieve, 2020).

Para la generación de estándares para el intercambio electrónico de datos *Health Level Seven* (HL7) es la organización líder (Demichelis, Correa y Bertone, 2018). En cuanto a la problemática de la imagenología digital, las imágenes utilizan el protocolo de comunicación DICOM (*Digital Imaging and Communication in Medicine*), promovido por ACR-NEMA (American College of Radiology-National Electrical Manufacturers Association) en 1985 que marcó el comienzo de la utilización de la imagen médica de manera normalizada en las organizaciones sanitarias (Carnicero y Fernández, 2012).

Incluso, Indarte y Pazos Gutierrez (2011) señalan que el uso de un único estándar no garantiza la interoperabilidad, sino que debe de utilizarse un conjunto de ellos, que se complementen, por ejemplo, DICOM para imagenología, NCPDP para la prescripción electrónica, HL7 para información clínica. Wong Pérez y Mar Cornelio (2023) también afirman que HL7 se impone de forma creciente en el sector salud, dado que su naturaleza y diseño lo hace relativamente más sencillo de aprender, desarrollar e implementar para reducir tiempos en proyectos de integración.

Esta realidad hace más costosos y difíciles de implementar los sistemas. El otro tema es la presencia de habilidades para implementar integraciones de forma ágil y efectiva.

Desde el punto de vista del uso, el problema central es la brecha digital, entendida ésta como la diferencia entre el grupo poblacional que tienen acceso y habilidades para usar este tipo de sistemas, y el grupo que no. Esto no solo se limita a pacientes, también afecta a profesionales (Belmonte, Collado, Yuguero, Oliva, Martínez-Millana y Pérez, 2024).

OPS (2021b) señala la importancia de tener en cuenta la cuestión de la alfabetización digital debiendo promover procesos inclusivos y respetando la autonomía de quienes decidan no adherir al uso. La implementación de TIC en el subsistema público de salud, especialmente en contexto de sistemas de salud fragmentados, puede contribuir a reducir las inequidades preexistentes en pos de la integración del sistema (Borges, 2021). Pero para ello deben generarse las condiciones apropiadas, en el caso del período bajo análisis, la situación económica mostraba ciertas mejoras, crecieron las inversiones, pero el contexto seguía presentándose difícil.

Otro de los temas planteados por OPS (2021a) es la supervisión de la calidad, seguridad y eficacia de las tecnologías. Uwizeyemungu, Poba-Nzaou y Cantinotti (2019) analizan la cuestión de la seguridad, mostrando que incluso en países desarrollados la adherencia a las prácticas de seguridad de datos es deficiente, permitiendo que los datos puedan ser alterados por personas no autorizadas.

Y los resultados no están garantizados. En un análisis sobre implementación de HCE en la OCDE, Pfaehler (2020) muestra que en Francia y Alemania permitió incrementar la eficiencia de los sistemas de salud, mientras que en seis países (Dinamarca, Israel, Italia, Noruega, Países Bajos y Suiza) se muestra por el contrario una menor eficiencia. El resto de los países estudiados tuvieron resultados indeterminados (Australia, Canadá, Estados Unidos, Japón, Nueva Zelanda, Reino Unido y Suecia). Otro estudio, realizado por PricewaterCoopers LLC, muestra resultados positivos de la aplicación de la HCE en Canadá, con mejoras de eficiencia administrativa y mejor gestión sanitaria (menor duplicación de pruebas diagnósticas, mayor comunicación, etc.), pero se remarca que la implantación en el ámbito hospitalario sigue siendo baja (CBC News, 2013).

A nivel micro, la implementación se hace ardua, Borges (2021) grafica muy claramente un proceso positivo: el caso del Estado de Bahía en Brasil, que se planteó el objetivo de ser 100% digital y referente nacional en el monitoreo de datos. Se realizó un mapeo, compra de hardware y software. Nació la Aplicación para la Gestión de Hospitales Universitarios (AGHU) un desarrollo colaborativo en el que participaron profesionales del sector, con código abierto y escalable que actualmente cuenta con 30 módulos y más de 100 centros de salud. Según la autora, la implementación implicó cambios en los patrones asistenciales y en los flujos administrativos; el mismo proceso exigió correcciones sobre la marcha.

A continuación, abordaremos diversas tecnologías puntuales y las estrategias de implementación en países centrales y emergentes.

Portales de Pacientes (PdP) y Sistemas de Comunicación y Archivado de Imágenes Médicas (PACS)

De acuerdo con la OMS (2021), los PdP son sistemas de información que permiten a los pacientes gestionar y compartir su información de salud de forma segura. Si bien no existe un consenso sobre qué información debe contener un portal consideramos que el siguiente esquema es el que posee el mayor acuerdo.

Figura n° 3.1 – Servicios ofrecidos por un portal del paciente



Fuente OMS (2021)

En una revisión sistematizada realizada por Dendere, Slade, Burton-Jones, Sullivan, Staib, y Janda (2019), se concluye que los PdP han demostrado claros beneficios en los resultados sanitarios

(sobre todo si el portal se encuentra integrado con la Historia Clínica Digital de la institución).

Estudios como el de Coughlin, Williams y Hatzigeorgiou (2017) y el de Hazara, Durrans, & Bhandari (2019) nos muestran que los PdP dirigidos a patologías crónicas específicas, como son la diabetes y las insuficiencias renales, suelen tener excelentes resultados en la participación del paciente en el manejo de su condición. Según este punto de vista, el aumento del empoderamiento y el autocontrol de los pacientes puede asociarse con mejores resultados clínicos.

Respecto a la gestión y el tránsito del paciente por su proceso de atención, el uso de los PdP reduce las visitas presenciales a las instituciones de salud como así también las comunicaciones telefónicas. Esto resulta de suma importancia en contextos como el de la pandemia de COVID-19 cuando se promovía que los pacientes no se acerquen a las instituciones de salud en búsqueda de algo que se puede resolver mediante un PdP, pero su importancia excede este tipo de situaciones (González Revuelta, 2023).

Los límites de esta función, aunque sea usada convenientemente según la bibliografía, se vinculan a la existencia de la brecha digital mencionada. Como muestra Lyles, Nelson, Frampton y Dykes (2020), el 90 % de los sistemas de atención médica de los Estados Unidos, ofrecen PdP para acceder a las historias clínicas electrónicas, pero solo entre el 15% y el 30% de los pacientes las utiliza. Los análisis ponen de manifiesto que los PdP no escapan a las generalidades de cualquier TIC. Los resultados no serán los mismos en contextos de países desarrollados y de países

emergentes. La brecha digital tiene mucha relevancia para una exitosa implementación de un PdP.

Por eso, otros autores como Lubick Goldzweig & Greg (2013), sostienen que aun la evidencia de que los PdP mejoran los resultados sanitarios es insuficiente especialmente por el escaso o lo limitado del uso. Sobre todo, si se quiere abordar de una manera generalizada para diferentes contextos socioeconómicos, étnicos y de alfabetización.

Y como ya vimos para la telemedicina en general otras opiniones relativizan los efectos, aun cuando son usados en todas las dimensiones. Se presenta el riesgo de que el uso de Portales del Paciente no contribuya a la relación de confianza médico-paciente, debido a la deshumanización del contacto entre ambos (Belmonte, Collado, Yuguero, Oliva, Martínez-Millana y Pérez, 2024).

En Argentina las instituciones de salud que son prestadores del sector de la medicina prepaga cuentan con algún tipo de PdP. En el caso del Hospital Italiano de Buenos Aires, éste cuenta con historia clínica electrónica integrada con su PdP, en una web 2.0 que permite la comunicación entre profesionales y pacientes (Mallqui Espinoza, 2022). El Sanatorio Güemes cuenta con un PdP que permite sacar turnos, ver resultados, ver órdenes y recetas y tener acceso a un resumen de la Historia Clínica (Sanatorio Güemes, 2024). El Hospital Británico permite solicitar turnos, acceder a los resultados de estudios y gestionar la cobertura familiar (Hospital Británico, 2024a). El Hospital Universitario Austral y el Hospital Alemán permiten a través de su PdP visualizar, descargar y compartir exámenes

complementarios (Hospital Austral, 2024; Hospital Alemán, 2024b).

Respecto a los Sistemas de Comunicación y Archivado de Imágenes (PACS, por sus siglas en inglés), se trata de sistemas integrados que tienen por objetivo simplificar el proceso, permitiendo la obtención, análisis, archivo e intercambio de imágenes diagnósticas desde diferentes lugares dentro o fuera de la institución sanitaria (Díaz Moreno, Roperro Serrano, Casas Velandia, Suárez Sánchez, y García Sánchez, 2022).

Habitualmente, un sistema PACS está conformado por diferentes subsistemas: gestión, almacenamiento y visualización de imágenes médicas (Huang, 2010).

El subsistema de gestión es el encargado de interactuar con las modalidades diagnósticas (tomografía, resonancia, ecografía, etc.) con el fin de recibir las imágenes de forma correcta y trazable. Las imágenes deben estar en formato digital y cumplir con el estándar DICOM, el cual es universalmente aceptado para el intercambio de imágenes médicas.

El almacenamiento es uno de los elementos fundamentales de un sistema PACS. Las imágenes deben almacenarse y estar a disposición de quien la solicite en cualquier momento y debido a los grandes volúmenes de datos, el sistema de almacenamiento debe caracterizarse por su seguridad, rapidez y fiabilidad (Carnicero y Fernández, 2012).

La visualización de imágenes se realiza en estaciones de trabajo. Las mismas pueden clasificarse según las fuentes citadas en al menos 6 grupos: diagnóstico, análisis, revisión, digitalización e

investigación. Las estaciones diagnósticas, las cuales son utilizadas por los especialistas en diagnóstico por imagen son las que deben disponer de la mejor calidad. Esto implica monitores de visualización de alta resolución (al menos dos) por cada estación.

La misma fuente menciona entre los beneficios al implementar un PACS, la eliminación de placas radiográficas (con su consecuente ahorro de costos para la institución); reducción de espacio físico de almacenamiento; eliminación del revelado químico; menos repeticiones de exámenes por pérdidas de estudios en soporte físico. Díaz Moreno, Roperó Serrano, Casas Velandia, Suárez Sánchez, y García Sánchez (2022) valoran entre otras cosas, el hecho de que agilizan la planificación y la elaboración de informes. También se pueden mencionar beneficios relativos a los procesos internos de la organización y a la comodidad del paciente debido a disponer de los estudios cuando se lo requiera de forma inmediata.

Implementar un PACS exige una inversión importante, conlleva la transformación de la organización sanitaria en su conjunto y la generación de capacidades para su operación y uso, por parte de toda la institución, los profesionales de la salud y los pacientes. Esto hace que una parte de la bibliografía alerte acerca de cómo elaborar una estrategia para tener un éxito razonable (Martínez, Gaona, y Esquerra, 2012).

Lo planteado se verifica en la experiencia internacional. Si bien el PACS es una tecnología que se puede considerar madura, solo se encuentra ampliamente desarrollada en los países centrales y menos en los emergentes. Por ejemplo, en Japón ya en 2010 aproximadamente el 91 % de los hospitales con más de 100 camas

tenían implementado un PACS (Inamura y Hyo Kim, 2011). Lo mismo sucedía en países como Austria, Reino Unido, Francia, Italia, Alemania, Suiza, EEUU (Lemke, 2011; Huang, 2011).

En Brasil aparece como pionero en la implementación del PACS, el servicio de radiología del Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Azevedo-Marques, Caritá, Benedicto, y Sanches, 2005). En Chile hemos encontrado el caso de la Clínica Alemana de Santiago (Bosch, Castillo, Cea, Salinas, Rivas y Díaz-Narváez, 2016).

En Argentina la implementación de los sistemas PACS presenta grandes asimetrías. Como América Latina en general, el país se encuentra posicionado en un nivel de desarrollo intermedio del ecosistema digital, respecto a otras regiones del mundo, con una moderada tasa de crecimiento anual. El sector privado ha orientado el avance hacia la medicina de precisión, enfocada en diagnósticos precisos, individualizados y con mayor foco en el paciente. El problema es que persiste poca coordinación entre estado, obras sociales, empresas de medicina prepaga y las organizaciones representantes de los especialistas en diagnóstico por imágenes como FAARDIT y SAR, lo que impide estandarizar protocolos, actualizar la legislación o generar incentivos (Troilo y Albertolli, 2022).

En la Provincia de Buenos Aires se encuentra en proceso de implementación un proyecto denominado “Red de Diagnóstico por Imágenes de la Provincia de Buenos Aires”, el cual tiene como objetivo centralizar las imágenes médicas mediante sistemas PACS en Red. El proyecto permite durante las 24 horas del día realizar informes diagnósticos desde cualquier parte del territorio

bonaerense, dando respuesta a la falta de especialistas en las regiones alejadas de los grandes centros urbanos. También se prevé que los hospitales municipales puedan adherirse. En septiembre de 2023 se realizó la presentación de la Red, informando que para fin de año serían 55 los municipios adheridos (Infocielo, 2023, 23 de septiembre; Salud en Línea, 2023, 1 de noviembre).

Desarrollo de la Ingeniería Clínica

La primera definición formal sobre esta actividad es la que elaboro el Colegio Americano de Ingenieros Clínicos (ACCE): es la realizada por un profesional que aplica técnicas de ingeniería y de gestión a la tecnología sanitaria (American College of Clinical Engineering, 2023).

Una definición más amplia se elaboró en el 1er Congreso Internacional de Ingeniería Clínica y Gestión de la Tecnología Médica celebrado en China en el año 2015 y que sostiene que se trata de un profesional calificado que ejerce la ingeniería en el entorno de la atención médica creando, implementando, manteniendo, la tecnología (IFMBE/CED, 2022).

La ingeniería clínica surge como una disciplina en la segunda mitad del siglo XX como resultado al incremento de dispositivos médicos complejos en las instituciones de salud. Por entonces en los países industrializados se comenzaron a incorporar ingenieros clínicos como especialistas en los hospitales (Rodríguez Denis, 2006).

Según el autor mencionado, los campos de aplicación fueron creciendo y la tarea diversificando. Se puede mencionar:

- Diseño y ejecución de planes de mantenimiento predictivo y preventivo del parque tecnológico biomédico instalado
- Realización de tareas de mantenimiento correctivo
- Participación activa en la planificación de inversiones tecnológicas y gestión de inventarios de ese equipamiento
- Gestión y seguimiento de contratos de mantenimiento con terceros
- Control del cumplimiento de las normas de seguridad del equipamiento y las instalaciones.
- Diseño y ejecución de programas de capacitaciones de la tecnología biomédica

En cuanto al contenido de la tarea también se verifican grandes cambios que implican desafíos, especialmente en los campos de conocimiento de la ingeniería clínica, hoy son centrales las tecnologías ya mencionadas desde el inicio y por ende las exigencias para el área (Iadanza, 2020).

La ingeniería clínica como venimos viendo para el resto de las tecnologías, se encuentra muy desarrollada en los países centrales y menos en los emergentes. En los Estados Unidos la ingeniería clínica tiene un gran peso. Las sociedades/asociaciones más importantes del mundo en la temática son de ese origen: Colegio Americano de Ingenieros Clínicos (ACCE), Asociación para el Avance de la Instrumentación Medica (AAMI), Sociedad de

Ingeniería en Medicina y Biología (EMBS) y la Sociedad Americana de Ingeniería en atención Hospitalaria (ASHE). Paradójicamente, como evidencia David (2020) la oferta de formación es muy limitada y el Departamento de Trabajo de los EE. UU prevé un crecimiento del 7% de perspectivas laborales en el sector entre el 2006 y 2026. En Japón, además de las tareas usuales de gestión y mantenimiento del equipamiento médico, también pueden operarlos. En un trabajo realizado por Igeta (2020), se menciona que existen 79 universidades que tienen cursos de ingeniería clínica y que se licencian alrededor de 2000 ingenieros clínicos por año. Clark (2020) muestra el importante rol que juega como soporte al servicio nacional de salud (NHS) en el reino Unido, incluso aportando en la gestión de normativa.

En América Latina, la ingeniería clínica está menos presente. Siguiendo a Cruz Fandiño (2018) la disciplina llega a la región en los '70 con la aparición de las escuelas de electro medicina como antecesora. Por su parte, al analizar las normativas de ingeniería clínica de la región, Revilla, Borba, Taborda, y Simini, F. (s/f) concluyen que la agencia regulatoria del equipo médico de Brasil es la más destacable, ya que sus requerimientos son detallados, extensos y rigurosos, en línea con los estándares estadounidenses y europeos.

En Argentina, el comienzo de la Ingeniería Clínica data de la década del 70 cuando surgieron los llamados "Departamentos de Electromedicina" en las instituciones de salud y en algunos ministerios de salud provinciales. Estos se dedicaban principalmente a reparar equipos de rayos X, desfibriladores y monitores de paciente. En la década de los '80 comienzan a

ofertarse cursos de nivel universitario en electromedicina y en el año 1992 se diploman los primeros ocho egresados de la carrera de Bioingeniería del país en la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER – Facultad de Ingeniería, 2024).

En la actualidad existen 13 carreras de grado de Bioingeniería a lo largo de todo el país y dos carreras de especialización en ingeniería clínica (UNER y UNAJ).

La Sociedad Argentina de Bioingeniería (SABI), fue creada en el año 1979 y nuclea a todos los profesionales de la bioingeniería en general y de la ingeniería clínica en particular. En el año 1999 se crea dentro de la SABI el capítulo de Ingeniería Clínica.

La rama se ha desarrollado sustancialmente a lo largo del país. Provincias como Córdoba, Corrientes, San Juan, Tucumán y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuentan con residencias hospitalarias de ingeniería clínica.

Tal vez debido al contexto de pospandemia y la visibilización de la importancia de la tecnología y la infraestructura en la salud, en el año 2023 se reglamentó la Ley 26.906, Régimen de trazabilidad y verificación de aptitud técnica de los productos médicos activos de salud en uso y a su vez se crearon en el marco del Plan Nacional de la Garantía de la Calidad (PNGCAM), las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Ingeniería Clínica. (Ministerio de Salud de la Nación, 2023c)

Las posibilidades y dificultades de la implementación de este tipo de áreas en nuestros países son similares al resto de los subsectores mencionados en esta primera parte, los apuros de la coyuntura explican la demora, pero al mismo tiempo la complejidad de las

inversiones y de su mantenimiento han hecho de que se vayan consolidando los grupos de trabajo, veremos lo sucedido en el HNAP al respecto.

III.II. La tecnología en salud en el Posadas

Las tecnologías en la gestión 2020-2023

El HNAP ha reconocido la oportunidad que brindan la incorporación de tecnología y las iniciativas de transformación digital en el sector público (Hospital Posadas, 2021a). Como evidencia de esto resulta la gran inversión que se ha realizado en diversos proyectos que se describen a continuación, pero también sobresale el intento de mejorar las TIC en general (Hospital Posadas, 2021b). Debe mencionarse también la creación de la Coordinación de Tecnología y Sistemas, que anteriormente tenía rango de Departamento (Hospital Posadas, 2020)

La incorporación de equipamiento médico fue importante durante el periodo 2020-2023. Las adquisiciones más significativas fueron, según los entrevistados, las siguientes: recambio de la totalidad de las mesas de cirugía del quirófano, torres de laparoscopia, arcos en C, electrobisturías y plataforma de energía, sistema de elastografía hepática, ecógrafos de mediana y alta complejidad, respiradores de alta frecuencia, torres de endoscopia, automatización de la farmacia, laboratorio cardiopulmonar, sistema de manometría de alta resolución, polígrafo de alta complejidad para electrofisiología, tomógrafo de coherencia óptica, etc.

Si se analiza la incorporación de computadoras, en 2020 se adjudicó un proceso licitatorio y luego fue llevado adelante otro en 2022. Entre ambos se adquirieron 406 equipos de escritorio (COMPRAR, 2024). Respecto a los estándares de las TIC del HNAP en general, un 81,3% considera que es bueno y ha mejorado en los últimos años, un 12,5% considera que es bueno, pero no percibe mejoras recientes y un 6,3% considera que no son buenos estándares.

El déficit de equipos informáticos era enorme, la mayoría de los servicios asistenciales contaba con una única computadora para realizar tareas administrativas y asistenciales, y en muchos casos eran muy viejas y lentas, por eso pese a que hubo adquisición, se menciona el déficit. “Si bien [el estándar de las TIC] es bueno y ha mejorado en los últimos años, faltan computadoras” (Jefa).

Los encuestados valoran esta área de la gestión. La totalidad reconoce que hubo mejoras en los últimos años. Entre ellos, el 62,5% considera que hubo una mejora importante y el 37,5% considera que hubo una mejora, pero aún falta mucho. Nadie reseña que no haya habido mejora. “Se han incorporado equipamientos de calidad” (Jefe).

También se consultó si las prioridades que tuvo la gestión coinciden con las prioridades que habría tenido el encuestado. En este caso, el 46,7% respondió que sí, mientras que otro 46,7% respondió que no. El 6,7% no respondió.

HIS, PdP y PACS en el Posadas

Una parte sustancial del esfuerzo se lo llevó como veremos a continuación un conjunto de sistemas. El HIS es el sistema de información hospitalaria que incluye la Historia Clínica Electrónica, módulos para la prescripción de medicamentos y tratamientos, la gestión de turnos, quirófanos y camas, etc., se denomina públicamente Tasy. El Portal del paciente permitiría a cada paciente obtener información sobre el HNAP desde su casa o su dispositivo móvil, se denomina SIGHEOS. El PACS desarrollado permite la gestión de las imágenes de los estudios complementarios y se relaciona con el HIS y el PdP, dado que, en ambos sistemas profesionales y pacientes, respectivamente podrían visualizar las imágenes y los informes.

Como ya se mencionó, la implementación del PdP, como muchas otras tecnologías que se verán a lo largo del capítulo, tuvo su inicio durante la pandemia de COVID-19. Brindar herramientas que permitan al paciente no trasladarse innecesariamente al hospital era una premisa fundamental (Hospital Posadas, 2020, 7 de octubre). A este argumento se suman los expuestos en la bibliografía: la posibilidad de mejorar los resultados clínicos mediante una mayor control y participación del paciente en su tratamiento. El empoderamiento del paciente fue un objetivo explícito de la gestión (Hospital Posadas, 2021a).

La dirección médica señala que el HNAP contaba con un desarrollo inconcluso de un sistema de información hospitalaria (HIS), que solo funcionaba para la parte ambulatoria (turnos y registros clínicos) y con un sistema de información de laboratorio

(LIS) provisto en el marco del comodato de los equipos automatizados de análisis clínicos. Además, el HNAP contaba con imágenes digitales para las modalidades de tomografía, resonancia, mamografía y angiografía, pero carecía de un sistema PACS. Los únicos datos con los cuales se podía alimentar al PdP eran los resultados de laboratorio y los turnos otorgados. Si bien parece poco, en la coyuntura de la pandemia fue algo de gran utilidad.

El trabajo en el HIS, según indican los entrevistados, comenzó con retrasos en su implementación debido a la demora de la llegada de equipamiento. Debía empezarse en el segundo semestre del año 2022 pero se llevó adelante en el primer semestre del año 2023. La segunda etapa del proyecto, a su vez, dependía de la obra de cableado (para mejorar sustancialmente el internet de la parte histórica del Hospital), que no pudo ser completada, lo cual implicó que no se pudiera encarar la segunda parte del proyecto durante el transcurso del año. Como resultado, solo se pudo implementar en las Emergencias, Consultorios Externos y el proceso de Gestión de Camas, faltando Quirófano, Hospital de Día y la parte clínica de la Internación.

Hubo un primer problema en las capacitaciones, debido al inmenso número de agentes a capacitar (como ya se dijo, el HNAP cuenta con más de 4000 trabajadores). Se organizaron cursos de una hora, tres o cuatro veces por día en cohortes de entre 15 y 20 personas para que todos recibieran los conocimientos directamente y no a través de los jefes. En muchos casos las actividades resultaron insuficientes. Sin embargo, el número de capacitaciones fue el máximo posible, dado el personal disponible

para dicha tarea que proveía la empresa a cargo de la implementación.

En lo que hace a la organización del sistema, un obstáculo de la implementación fue la creación de perfiles y sectores, debido a un déficit de coordinación. La información de cada usuario (datos personales, rol y función, área en el que trabajaba) llegaba muchas veces con errores debido a problemas antiguos de carga o fallas de comunicación. Estas cuestiones se fueron solucionando con el correr del tiempo. También deben mencionarse las dificultades en la configuración de los módulos del sistema. Gran parte de los módulos fueron configurados sobre la marcha por el equipo de sistemas, que debía responder a demandas de todo el HNAP con un muy limitado número de agentes dedicados a ello, dado que en el financiamiento del proyecto estaba contemplado el gasto de capital, pero no gasto corriente para ampliar el equipo de sistemas. Esto dio lugar a correcciones sucesivas, los resultados muestran un uso creciente y mejor del HIS a partir de septiembre del 2023.

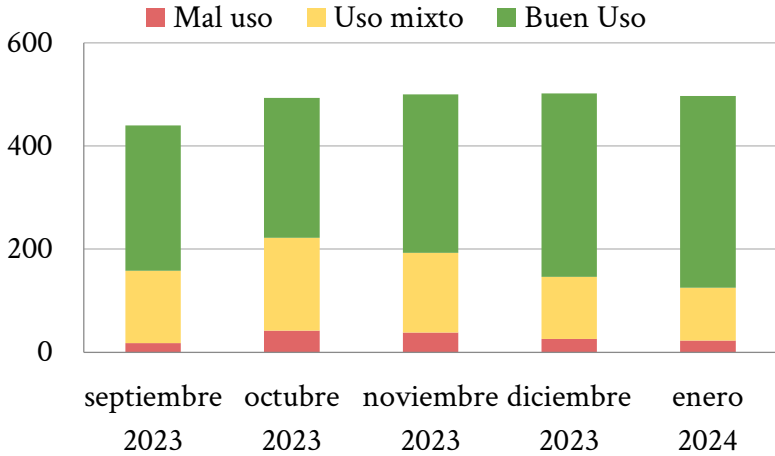
Al interrogar al personal del HNAP sobre los estándares del nuevo HIS, el 40% considera que es bueno en algunos aspectos, pero no en otros; el 26,7% piensa que no es bueno en comparación a los estándares y el 33,3% no sabe o no contesta. Varios señalan que no es intuitivo. “No es un sistema amigable ni intuitivo sobre todo en la evolución clínica y en la carga de datos” (Jefa).

A su vez, al interrogar si hubo una mejora respecto a la situación previa, el 31,3% considera que hubo una mejora, pero falta mucho, mientras que el 43,8% considera que no hubo una mejora. El 25% no sabe o no contesta. Entre los jefes más jóvenes (menos de 25 años de antigüedad) resulta más parejo, un 43% considera que

hubo mejora, pero falta mucho y otro 43% considera que no hubo mejora. “El anterior era de más fácil lectura. No obstante, para estadística el TASY tiene un diseño apropiado” (Jefe).

Esta cierta insatisfacción puede deberse a que las encuestas se realizaron a mitad del año 2023, cuando aún era muy reciente la implementación y el personal estaba en el proceso de cambio en un contexto en que realmente no se tuvo el recurso humano suficiente para contener a la gente en el momento de stress. Estos problemas fueron solucionándose a lo largo del año 2023. En la tabla 3.1 vemos la cantidad de médicos de Consultorios Externos que hacen un buen uso del HIS, o sea, que más del 95% de sus pacientes fueron evolucionados correctamente. Puede verse que el número de médicos que lo utilizan se incrementa de 282 al inicio a 372 en enero 2024, pasando de representar el 64% del total de médicos al 72%.

Figura n° 3.2. Cantidad de médicos de Consultorios Externos clasificados por uso de Tasy⁴.



Fuente: Dirección de Planificación Estratégica (2024)

En cuanto al PdP, la decisión de desarrollarlo se remonta a 2020. Las implementaciones se adoptaron con los requerimientos que los sistemas sean seguros e interoperables, solicitando poder realizarse por diferentes protocolos como XML, HL7, IHE, WEB, SERVICES (Hospital Posadas, 2021b).

Para la validación de la identidad se definió un esquema de autenticación basada en tokens o segundo factor de autenticación. Esto significa que los usuarios deben verificar su identidad presencialmente frente a personal del hospital a cambio de un token de acceso único. Esta operación se realiza por única vez.

⁴ Buen uso: Más del 95% de las atenciones evolucionadas correctamente. Uso mixto: Entre 25% y 95% de las atenciones evolucionadas correctamente. Mal uso: Menos del 25% de las atenciones evolucionadas correctamente.

El desarrollo se realizó en colaboración con el equipo de sistemas del Hospital El Cruce, que había implementado la misma plataforma. El PdP estuvo operativo en marzo del año 2021. Se decidió esperar a la implementación del nuevo HIS para llevar adelante la integración con el mismo, lo que permitiría aprovechar toda su potencialidad.

Paralelamente a la puesta en marcha del PdP se implementó con el municipio de Hurlingham un esquema de Laboratorio en Red apoyado en las virtudes de estos sistemas y coordinado desde el laboratorio. Esto significa que los pacientes del municipio podían sacarse sangre en los CAPs municipales y era el HNAP quien iba a buscar las muestras. El paciente no tenía que trasladarse al hospital para realizarse una extracción de sangre. Luego consultaba el resultado por el PdP. Se pretendió ampliar esta red de Laboratorio a otros municipios, pero no pudo avanzarse.

En una misma línea temporal, el HNAP se convirtió en el primer Hospital Nacional en formar parte del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA), el sistema informático en el cual se realizaba la carga automática de los resultados de los hisopados de COVID-19.

Si bien escapa al lenguaje y objetivos del presente texto, la Trabajadora 2, miembro del Laboratorio, señala que resulta importante destacar que se aprovecharon las capacidades implementadas respecto a la interoperabilidad para el funcionamiento del PdP, para lograr fácilmente la carga automática de resultados en el SISA. Esto resultó de gran importancia para poder brindar información en tiempo real dado

que cuando la carga era manual existía un retraso de varios días en la información.

En los dos años que lleva en funcionamiento su uso se ha visto restringido a la consulta de resultados de laboratorio, hisopado y turnos ya otorgados, pero al día de la fecha no se ha avanzado en otras funciones que estaban planteadas en el proyecto original como consultar las imágenes médicas digitales e incluso la historia clínica electrónica (Ministerio de Salud de la Nación, 2024b). Esto se debe a que, como se dijo, recién en 2023 se completó la implementación del nuevo HIS y el PACS, lo cual era un requisito para avanzar en estas funciones, que están contempladas en los respectivos pliegos de bases y condiciones (Hospital Posadas, 2021b). Otra tarea por resolver según el Director de Infraestructura, coautor de este libro, es la posibilidad de obtener un turno mediante el Portal.

En relación al PACS, el punto de partida era pobre. Si bien el desarrollo de la imagenología digital tiene como orígenes el final de la década del 70, el HNAP presenta grandes desigualdades en su desarrollo respecto al sistema de salud pública como así también de forma interna.

El hospital cuenta con equipos de alta complejidad productores de imágenes digitales (resonadores de 3T y 1.5T, tomógrafos, mamógrafos, sistemas de angiografía y ecógrafos) por un lado pero en radiología general la tecnología es analógica, ya fuera de su vida útil, hoy en día se siguen revelando placas de rayos x con el método de revelado húmedo. Las tomografías y resonancias se imprimen en impresoras de placas.

Una característica particular del HNAP es que no existe un área que gestione todo el diagnóstico por imágenes. Las tomografías (TAC) y las resonancias (RM) están, por un lado, la radiología y ecografía por otro. Además, podemos mencionar un servicio de medicina nuclear como un tercer actor. La gestión de las imágenes médicas se encuentra absolutamente fragmentada, este no es un dato menor al querer implementar procesos de transformación digital.

La decisión de desarrollar el PACS se tomó desde comienzo de la gestión, aunque se vio demorado por la pandemia (Hospital Posadas, 2021a). Como se mencionó previamente, los beneficios de implementar un PACS son diversos, para el HNAP se produce un sustancial ahorro de dinero al reducir la impresión de imágenes como también se optimizan los recursos. Para el profesional y el paciente las ventajas son múltiples, el médico informante puede recurrir a estudios previos de forma simple y rápida; a su vez las imágenes digitales suelen contar con herramientas de medición que permiten mejorar la interpretación de las imágenes. Otro beneficio en el marco del proyecto global digital del HNAP y el laboratorio en red es la posibilidad de visualizar estudios desde lugares alejados de los servicios de imágenes, como ser las terapias intensivas, las guardias o la internación.

Si se observa lo sucedido de acuerdo a las etapas mencionadas para un PACS, es fundamental considerar que las imágenes deben estar en formato digital para poder ser usadas. Para este fin los equipos productores de imágenes las pueden adquirir en forma digital directamente o de forma indirecta si son equipos analógicos. En

este último caso la imagen debe pasar por un proceso de digitalización previa.

El sector del HNAP que gestiona las TAC y las RM al conocer los beneficios de contar con un PACS, implementó de forma casera y autónoma una solución open source, reconocían que no era lo ideal pero sí un avance en pos de generar procesos de trabajo con imágenes digitales, según comenta la Jefa de servicio 1, de un servicio de estudios complementarios.

Según la misma fuente, hubo diversos obstáculos, por un lado, la infraestructura de datos no era la mejor, esto generó graves inconvenientes en la transmisión de las imágenes de los equipos al PACS y también en el posterior acceso a éstas. Además, el PACS implementado era una versión gratuita de un sistema poco conocido y no contaba con monitores de grado médico. Por último, no es posible implementar un PACS sin tener resuelta la infraestructura donde almacenar las imágenes. La estrategia llevada a cabo fue almacenarlas en discos de almacenamiento externo de uso doméstico.

Para dar una solución definitiva y como corazón del proyecto se adquirió un sistema PACS robusto, de reconocimiento mundial y aprobado por la ANMAT como producto médico, se trata de EXA PACS de Minolta, se tuvo en cuenta poder garantizar los tres subsistemas que lo componen. La compra se hizo por licitación pública, mediante el proceso 96-0028-LPU22 (COMPRAR, 2024). En relación al almacenamiento se amplió la capacidad del “data center” del HNAP y se mejoró la infraestructura de datos, implementando un enlace dedicado desde el sector de diagnóstico

por imágenes hasta el data center. Para la visualización se adquirieron monitores de diagnóstico de grado médico.

La puesta a punto se realizó durante el 2023. En concreto el sistema permitió eliminar la impresión de imágenes en papel, simplificar el proceso de trabajo del servicio y dejar todo preparado para integrar el PACS con el HIS y el PdP, logrando que las imágenes puedan ser visualizadas por profesionales y pacientes a través de dichos sistemas, según comenta la Jefa de Coordinación 1, del área.

El desarrollo de la ingeniería clínica durante los últimos años

Ya se ha mencionado en párrafos precedentes la importancia de la tecnología en la salud y, por ende, de la ingeniería clínica. Tomando esta premisa desarrollaremos las acciones que se tomaron en el HNAP para comenzar un sendero de desarrollo interno de este concepto.

En el HNAP existía una sección con el viejo concepto de “electromedicina” dependiente del Departamento de mantenimiento y por separado y de manera independiente una unidad de equipamiento médico dedicada a la gestión de compra y contratos de mantenimiento referidos a equipos médicos.

Para la OMS (2012):

“El primer paso en la gestión de tecnologías sanitarias es determinar qué artículos deben gestionarse y crear el inventario de tecnologías sanitarias, un documento de trabajo que se comprueba y actualiza periódicamente para que refleje correctamente la situación de los activos de tecnologías sanitarias”

La gestión 2020-2023 decide crear el Departamento de Ingeniería Clínica mediante una disposición, abarcando todas las funciones referidas al equipo médico.

Si bien las diferentes experiencias de certificación de procesos con normas internacionales de calidad ISO 9001 se detallan en otro capítulo, el departamento de Ingeniería Clínica fue un participante importante. Un proceso clave en la certificación fue el referido a la gestión del mantenimiento de equipos médicos. En el desarrollo de este proceso se evidenció una debilidad estructural del HNAP, la falta de un inventario de equipamiento médico, una herramienta fundamental para cualquier planificación estratégica sobre el parque tecnológico instalado. Identificada la situación, la elaboración del mismo fue una de las primeras tareas.

La creación del Departamento también permitió al HNAP participar de la reglamentación de la ya comentada Ley 26.906 y luego ser consultados para la elaboración de las Directrices de los Servicios de Ingeniería Clínica en el marco del PNGCAM.

III.III. Conclusiones

En resumen, durante el periodo de gestión 2020-2023, hubo una apuesta estratégica en pos de la incorporación de tecnología sanitaria, como se destacó en el Plan Estratégico 2022-2025. Se asignaron considerables recursos a esta iniciativa, y las implementaciones de TIC que hemos analizado siguieron los lineamientos técnicos sugeridos por la literatura especializada. La tarea fue de gran envergadura porque incluyó sistemas fundamentales para un hospital que se pretende actualizado. Sin embargo, nos encontramos con diversas limitaciones, entre las

que se incluyen una planificación deficiente de las capacitaciones, implementaciones parciales que no pudieron completarse y la falta de un equipo de personal capaz de contener el momento del stress del cambio. Es claro que en nuestro país es difícil esperar tener todas las condiciones para avanzar con reformas necesarias, y evidentemente este equipo de dirección afrontó el desafío. Hay luego una mejora paulatina, pero, aún debe trabajarse en las adaptaciones de lo hecho y en lo que falta.

En cuanto a la ingeniería clínica, se ha observado un progreso significativo en la implementación de un inventario de equipamiento médico y su certificación según normas de calidad, además de la inversión realizada en la adquisición de equipos. Es evidente que estos esfuerzos están mejorando la infraestructura médica del hospital y contribuyendo a la calidad de la atención.

El personal del HNAP valora positivamente los avances realizados en términos de TIC y equipamiento médico, muchos actores catalogan como “históricos”. No obstante, en muchos casos, expresan la necesidad de realizar más cambios o señalan que las prioridades no siempre coinciden con sus propuestas. Esto subraya la importancia de una comunicación abierta y una colaboración continua entre la dirección del hospital y su personal para asegurar que las inversiones y los esfuerzos se alineen con las necesidades reales y las expectativas del equipo médico y también para estar presentes en el difícil momento del cambio. Este proceso continuo de mejora garantizará que el HNAP esté mejor preparado para enfrentar los desafíos futuros y brindar atención de calidad a sus pacientes.

Capítulo 4. Las redes

Federico Machado Busani, Gabriel Orlandi, Lucía Rodríguez y Ladislao Zugbi

Introducción

En el presente capítulo abordaremos la problemática de las redes de salud, un tema que ha sido vastamente abordado tanto a nivel académico como en las discusiones sobre política pública. Podríamos decir que existe cierto consenso en la necesidad de construir redes de salud para enfrentar la fragmentación del sistema especialmente en países como Argentina, la OPS (2017c) considera a nuestro país como uno de los más fragmentados del mundo. Sin embargo, hay diversas interpretaciones, contenidos, alcances y la experiencia en concreto parece incipiente.

En el caso de un hospital que cubre la demanda de servicios de salud de alta complejidad como es el HNAP, en un amplio territorio, rodeado de otras instituciones con diversas funciones (la atención en sus diferentes complejidades, empresas de traslado, laboratorios, públicas –de otros niveles administrativos- y privadas (prepagas y prestadoras), las redes podrían cobrar una importancia singular. Sobre todo, si se quiere organizar positivamente los recursos para ampliar la accesibilidad del conjunto de la comunidad.

Como se verá, se les llama redes a arreglos muy diversos, generalmente para lograr mayor especialización y eficiencia. Y también se podrían entender como redes a ciertos acuerdos de mediano-largo plazo que involucran todas o varias de este tipo de actividades, pero con un compromiso superior, pero no en la

medida de que las suponga subsistemas - que permitiría un involucramiento de otro tipo, éstas son más comunes en el ámbito de los movimientos sociales, por ejemplo, y, por ende, de la política social. En este capítulo no se considera una institución como red, la misma se asume como vínculo entre instituciones.

Para comprender esta variedad debemos decir que también en esta discusión se puede identificar un planteo ligado al neoinstitucionalismo que pone el foco en los arreglos institucionales tanto para analizar como para recomendar la constitución de redes en las políticas, mientras que el sanitarismo en sus distintas versiones utiliza el enfoque sistémico y las redes para analizar los sistemas de salud y las redes existentes y da a las mismas un carácter más que institucional, a partir de factores económicos, culturales y políticos, en algunos casos discute las relaciones sociales y las jerarquías que las atraviesan.

Nuestro objetivo en este capítulo será profundizar ese marco conceptual para luego analizar la experiencia del desarrollo de redes del HNAP, considerando los objetivos planteados por la gestión del período 2020-2023, las medidas llevadas adelante, los resultados alcanzados, las limitaciones que se presentaron, y de esta manera obtener conclusiones. Para dar cuenta de ello, comenzaremos con una presentación del concepto a partir de una revisión bibliográfica⁵. A continuación, analizamos el caso de las redes en Argentina, en el marco de las discusiones planteadas. En

⁵ Ni en este apartado ni en los sucesivos se abordaron los efectos que tiene la articulación en la atención misma sino la gestión de los acuerdos y los procesos de trabajo; y las potencialidades y problemas del uso de TIC en salud fueron abordados en el capítulo anterior.

el siguiente apartado se aborda el caso particular del Hospital a partir de las tareas de fomento a las redes y otras actividades que realiza la Dirección General de redes (DGR). Nos basamos en la información que surge del análisis documental de los informes e indicadores llevados adelante por cada área de Redes, de los datos de 9 encuestas realizadas jefes del área, médicos e integrantes de otras instituciones y de los testimonios de 4 entrevistas semi-estructuradas a jefes y trabajadores de la DGR y un referente del área de salud de un municipio.

IV.I. Los diferentes usos de la idea de redes en el mundo y su conceptualización

Una definición amplia, aunque influenciada por el NI de redes organizacionales las considera un arreglo entre un conjunto de organizaciones con interacciones más o menos estables (ciertos objetivos comunes, intercambios, distribución de recursos) y una cierta especialización a través de las cuales, se dirigen y coordinan las definiciones y acciones que comparten en un contexto determinado (Zurbriggen, 2011; Estévez y Bancho, 2021). Crojethovic y Ariovich (2015) dicen que los modelos teóricos de subsistemas y comunidades políticas, junto con la teoría interorganizacional, hacen hincapié en que se trata de intereses individuales pero compartidos, que la base son los contratos establecidos y que el resultado es de una mayor complejidad que la suma de individualidades en la medida en que los nodos de la red facilitan la circulación de información y decisiones. Se le presta atención a la norma que establece la autoridad, la estructura organizativa entendida como organigrama, etc.

En este tipo de aportes, surge la importancia de la gobernanza, la estrategia que permite coordinar acciones de diversos actores clave, regular comportamientos, etc. Se pone énfasis en la negociación y la asignación de roles, y el ejercicio de la autoridad a través de diseños y reglas formales (Martínez Nogueira, 2012). Este autor hace hincapié en los problemas del sector público para lograr un diálogo institucional con actores sociales que viabilice estas estrategias. Hay autores que enfatizan la gestión de la información. Lenka y George (2013) hablan de trabajar con historias clínicas unificadas que puedan optimizar la atención en salud, construir bases de datos compartidas; para eso hay que considerar la infraestructura necesaria.

La importancia del arreglo contractual y de la gobernanza en este tipo de definiciones la ubica en el enfoque neoinstitucionalista. La crítica va a provenir de la ausencia en muchos casos de un análisis del poder en la red (Hintze, 2009), a partir de estas críticas surgen interpretaciones muy distantes. Podemos graficar algunas de las más importantes en la definición de Retamozzo (2007) del campo político de Dussel “como una red densa de relaciones de fuerzas en las que existen nodos tales como los ciudadanos, representantes e instituciones” en el que el bloque popular debe pensarse como “una pluralidad de posiciones de subordinación posibles de ser convertidas en espacios de antagonismo y, por ende, lucha”. También podemos mencionar la idea de red comunitaria de mujeres basada en la idea de Lagarde y de los Ríos (2012) entendidas como una alianza existencial, basadas en la subjetividad y destinadas a combatir la opresión. El poscolonialismo ya analizado en el capítulo 1 tiene mucho que

decir al respecto, aunque el concepto de redes no es el que predomina.

Específicamente en el campo sanitario, la noción de redes de salud data de largo tiempo atrás, remontándose su primera mención al Informe Dawson de la década de 1920, pero empieza a cobrar una importancia singular desde la Conferencia de Alma Ata de 1978, cuando se establece que la Atención Primaria de la Salud (APS) debe mantenerse mediante un sistema integrado y funcional, aunque la palabra red no aparece. Desde entonces la APS y las redes de salud guardan una relación intrínseca en los discursos de diversas instituciones dado que solo con su desarrollo conjunto puede asegurarse la cobertura y el acceso universal, así como la atención integrada y continua de las personas en función de su bienestar físico, mental y social, y además considerando la salud un derecho humano fundamental (Según el Ministerio de Salud de Chile, 2023b).

Montenegro, Levcovitz, Holder, Ruales y Suárez (2010) en una publicación de la OPS y más actualmente OPS/OMS (2018b) aportan a una definición al plantear la necesidad de la presencia de una población definida, colaboración, objetivos compartidos, reglas y normas comunes, rendición de cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud y bienestar de la población a la que sirven. En este texto se plantea que la red está fuertemente vinculada como estrategia a la reforma hospitalaria, que como vimos debe cambiar en función de participar de procesos integrados. En OPS (2019) se reitera la mayor parte de estos conceptos. Para OPS (2007) las redes son fundamentales para el fortalecimiento de la Atención Primaria y como respuesta

a la fragmentación. En OPS (2009) se incluye un elemento que hace al contenido relacional cuando dice que debe construirse con criterios de solidaridad y equidad. En OPS (2010) se plantea que debe haber mecanismos explícitos, incluyendo incentivos financieros, allí se dice que el mismo modelo de atención centrado en la enfermedad y hospital-céntrico atenta contra las redes.

Dada las otras tareas que ejerce la DGR, aunque son temas abordados en el capítulo anterior, diremos que vinculado a las redes aparece la importancia de la comunicación (OMS, 1998; Beleno, 2016). Y en línea con este tipo de enfoques hay una fuerte apuesta a la e-salud y las TIC en general como herramientas fundamentales para la red (Universidad Oberta de Catalunya, 2010). La telemedicina emerge como una oportunidad para dar respuesta a dos exigencias del sector salud en países en desarrollo: el acceso equitativo y la optimización de costos, a partir de acercar la atención al territorio, el aprendizaje entre profesionales y la continuidad de cuidados entre diferentes niveles de una red (Graf, 2020; Villarroel y Medina, 2022).

Para analizar los contenidos con que se fundan las redes en la práctica y dar ejemplos, diremos siguiendo a Medina y Narodowski (2019a) que en la bibliografía aparecen distintos usos. Se piensa en contratos orientados a derivación de pacientes y otras formas de subcontratación entre instituciones; a modelos de interconsultas entre profesionales, a los convenios para la atención de pacientes con cobertura especial, a sistemas de internación domiciliaria o autocuidado. También se usa para la referencia y contrarreferencia de pacientes ambulatorios con los servicios de salud de un municipio; incluso han pasado a

denominarse de este modo, instituciones tradicionales especializadas en enfermedades específicas con sedes distantes y actualmente conectadas virtualmente.

OPS (2010) valora ejemplos tan disímiles y amplios, como el programa brasileiro “Mais Saúde: Direito de Todos”), las redes de Costa Rica con los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud), Cuba, por el vínculo entre consultorios de médicos de familia y hospitales, Chile, por el impulso de las Redes Asistenciales, mediante políticas públicas orientadas a la infraestructura, la ampliación de la atención primaria, la reducción de listas de espera y programas de promoción. OPS/OMS (2018b) hace hincapié en modelos de referencia y contrarreferencia, pone como elementos fundamentales los mecanismos de derivación y contra-derivación y los circuitos asistenciales como mecanismos de coordinación. La cuestión de la subjetividad aparece subsidiariamente, valorando actividades conjuntas entre profesionales. Las asimetrías existentes entre los actores no aparecen.

Respecto al éxito de la estrategia de redes Vilaça Mendes (2013) – que parte de definiciones y recomendaciones operativas en pos de lograr relaciones estables, ausencia de jerarquías y cooperación– dice que las redes de salud vienen implementándose cada vez más en Europa desde la segunda mitad del siglo XX en el marco del aumento del rol de la APS y la atención ambulatoria para integrar el sistema. Menciona ejemplos de España por la implementación de planes de atención integral con una estructura de varios niveles; Francia por las redes asistenciales por problemática; Alemania por la reforma del 2000 que promovió la integración

mediante incentivos financieros y estableció regulaciones entre los proveedores del sistema; y al Reino Unido, Suecia, Holanda porque en los tres casos se implementan cadenas de cuidados con entrada única, sistemas logísticos articulados y sistemas de información altamente integrados.

En América Latina dice que las experiencias son incipientes, menciona como excepción a Chile, dado que las redes constituyen una política oficial de su Ministerio de Salud, como mencionamos.

Según Medina y Narodowski (2019b) estas concepciones se ubican en el marco del neoinstitucionalismo porque ponen el eje en coordinar diversos segmentos del sistema mediante acuerdos institucionales, con un rol del Estado importante, pero sin otro tipo de análisis sobre los factores de poder y otras problemáticas estructurales que atraviesan el sistema.

Por el contrario, dentro del sanitarismo se priorizan estas problemáticas relacionales y de poder, en muchos casos a partir de las discusiones posestructuralistas y poscoloniales, tomando nota de un cambio en las subjetividades, las formas relacionales, etc., sin descuidar las restricciones económicas y las jerarquías.

Entre los autores latinoamericanos vinculados al sanitarismo se parte de diagnósticos similares a la OPS, cambian las definiciones y los contenidos, mencionaremos a Rovere (2006), quien señala que las redes se constituyen mediante lazos sin jerarquías, único modo de obturar tendencias al autoritarismo o al emprendedorismo individualista. Pero que si bien a nivel macro son las instituciones quienes se interrelacionan, estas están conformadas por personas, con lo cual aspectos como la

subjetividad y la psicología social cobran relevancia. En Rovere (2016) se plantea que para su conformación se requiere en niveles sucesivos del reconocimiento mutuo entre los actores, la colaboración entendida como reciprocidad, pero luego la cooperación, en la que entra en juego la solidaridad, finalmente la asociación, es decir, compartir objetivos y proyectos con un nivel de confianza alto.

Para Dabas y Perrone (1999) las motivaciones también son similares, pero las características centrales que debe cumplir la red son la adaptabilidad, flexibilidad, fluidez y espontaneidad en las relaciones que constituye. En ese sentido, si bien los acuerdos normativos alcanzados definen su finalidad, los límites son abiertos y flexibles en función de la interacción de los nodos. Discuten la metáfora piramidal de la epistemología clásica en que el poder se concentra en la cúspide, oponiéndole las relaciones heterárquicas, en las cuales las partes no se suman en un todo, sino que son singularidades con interacciones recíprocas y organización multicentral. Así, surge la importancia de que el trabajo en red fije tareas en común y objetivos compartidos, pero manteniendo la identidad de los participantes (vínculo horizontal). Sin embargo, se reconoce que, en el marco de un sistema fragmentado, reconciliar reglas y circuitos puede resultar muy difícil.

Desde un punto de vista similar, Barragán Bechara, Riaño Casalla y Martínez (2012) dicen que la red entendida de este modo, no puede ser forzada verticalmente, debe existir voluntad, y no solo a nivel político, sino a nivel del conjunto de actores que participa.

Sintetizando este tipo de planteos, en Medina y Narodowski (2019a y 2019b) y Álvarez (2017) como ya vimos en el capítulo 1, se plantea la red como una manera de captar la heterogeneidad reinante y enfrentar la segmentación a partir de una alianza basada en la solidaridad y el cuestionamiento a los sistemas existentes organizados bajo una lógica mercantil. Aparece en ese sentido una dimensión ética y una idea de “proyecto político pro-poblador”. Esa red es un todo interrelacionado pero en el que los sectores comprometidos con los valores sanitaristas, en acuerdo con los sectores estatales similares, intentan imponer esa lógica, con fuerte vinculación a su entorno basado en compromiso, trabajo en equipo, participación y apertura reflexiva. El estado es clave, pero en una negociación con los sectores populares y las comunidades.

En lo que hace al hospital, como mencionamos en el capítulo 1, Ocampo-Rodríguez, Betancourt-Urrutia, Montoya-Rojas y Bautista-Botton (2013) comentan el rol de los hospitales en una red y plantean el desarrollo de dispositivos de referencia y contrarreferencia y planes de manejo ambulatorio pos hospitalización para retornar al paciente al nivel correspondiente.

Respecto a la experiencia internacional, son este tipo de alianza las que proliferan, en el citado texto de Medina y Narodowski (2019a) se analizan redes en 10 países distintos, ponderando conceptos como la autonomía y consciencia de los actores, las formas relacionales horizontales, la búsqueda de modificación del modelo hegemónico, etc. En su trabajo, concluyen que existe poca evidencia de trabajo en red de este tipo, aunque valoran otros proyectos colaborativos e innovativos incluso en LATAM

vinculados a la referencia y contrarreferencia y otros proyectos similares, incluso con fuerte uso de TIC, como un paso adelante.

En el caso de Argentina, Medina y Narodowski (2019a) detectaron hasta 2015, 106 proyectos de redes, sobresalían la compra de insumos y equipamiento. También mencionan la presencia de la Dirección Provincial de Integración de Redes y Regiones Sanitarias la Provincia de Buenos Aires que realizaba tareas de apoyo a redes y valoraban la experiencia de la Red Sudeste, en torno al Hospital Alta Complejidad en Red “El Cruce” Dr. Néstor Carlos Kirchner. Hasta 2023 estaba vigente un programa nacional para proyectos de Redes de Salud, nacido en 2009. Su objetivo es la integración y la coordinación del sistema, con proyectos de líneas de cuidado priorizadas, refuerzo del primer nivel de atención, nominalización de la población, desarrollo de telemedicina y de sistemas de información, etcétera (Ministerio de Salud de la Nación, 2023a). El Ministerio en la provincia de Buenos Aires en estos años ha desarrollado una importante política de estímulo a la atención primaria y las redes que escapan a este estudio. BID (2020a) menciona el Proyecto Provincial de Fortalecimiento de Redes de Salud de Santiago del Estero para el fortalecimiento de la red pública del Departamento Capital, que incluye unidades de pronta atención (UPA) provinciales, centros de atención primaria en salud (CAPs) municipales y varios hospitales, orientado a la población con cobertura pública exclusiva.

Parece haber consenso en que para definir unas relaciones institucionales como red tiene que haber colaboración, objetivos

compartidos, incluso participación voluntaria y participación de los miembros.

En el NI se pone el acento en la gobernanza a partir de las reglas y normas comunes, rendición de cuentas y mecanismos explícitos, como las derivaciones y la referencia contrarreferencia, en algunos autores se habla de horizontalidad. En el sanitarismo se pone el acento en el proyecto político de las instituciones y los miembros, el poder popular como motor, pero también la no jerarquía como claves y la alianza con el Estado para garantizar la autonomía y la búsqueda de modificación del modelo hegemónico. Veremos qué sucedió en el HNAP estos años.

Es claro que del debate surge que los vínculos entre las instituciones dependen de la calidad de los mismos, si bien los acuerdos para derivaciones, o referencia-contrarreferencia, para tratamientos domiciliarios; o la realización de capacitaciones conjuntas, así como la simple participación de una institución en las actividades de otra a priori pueden parecer arreglos de coordinación, también podrían ser la base de otro tipo de compromisos. Ya cuando los vínculos se profundizan, incluyen proyectos de largo plazo con otros compromisos y con la participación del territorio, se puede hablar de una red de otro tipo.

IV.II. La gestión de las redes en el Hospital Posadas

La concepción de redes y la evolución de la DGR

En el Plan Estratégico del Hospital se señala la fragmentación del sistema sanitario como una causa importante –entre otras- del

déficit de oferta de mediana y baja complejidad en la región, lo que repercute en un exceso de demanda sobre el HNAP. Se valora que el trabajo en red, entendido como acuerdos institucionales, pero sin otras definiciones conceptuales, puede servir para paliar la situación (Hospital Posadas, 2021a).

Según el jefe de servicio 2 del HNAP, a nivel regional han existido pocas y atomizadas experiencias de trabajo en red. Una de ellas ha sido impulsada por el HNAP, la red perinatal, sobre todo construida en conjunto con el Hospital Materno-Infantil Estela de Carlotto. Ésta será comentada en el próximo apartado.

Previo a la gestión que analizamos en este libro, en el HNAP ya existía una Dirección General de Redes (DGR) desde 2015, creada con el objetivo de gestionar la integración de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos y privados (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). Su historia data del año 2014 cuando se crea la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD) dependiente de sistemas, con el objetivo de promover el desarrollo de la tele salud, considerando que esta herramienta permite una mejora en el acceso a las prestaciones de alta complejidad, también para dar continuidad a los tratamientos y dar una respuesta más efectiva a las necesidades del paciente (Hospital Posadas, 2021a). La OCD siguió existiendo dependiendo de la DGR con esa tarea. Según el testimonio de la Jefa de Área 2, perteneciente a la Dirección General, en una primera etapa la teleconsulta se realizaba entre profesionales de distintas instituciones, con presencia o no de los pacientes. El crecimiento de esta modalidad posicionó al HNAP como referente

en el marco del Plan Nacional de Telesalud (Oficina de Comunicación a Distancia, 2024).

La Dirección General de Redes, asume estas tareas e incorpora también la Oficina de Referencia y Contrarreferencia, que hasta ese momento era un equipo dependiente del servicio de Pediatría únicamente dedicado al circuito IRAB (Infecciones Respiratorias Agudas Bajas) que sólo funcionaba durante los meses del invierno. Luego de creada la DGR, se crea en su interior, la Oficina del Paciente que anteriormente no existía.

Al asumir en el año 2020 la nueva gestión se puso como objetivos, fomentar el crecimiento y la consolidación de los dispositivos ya existentes y crear nuevos dispositivos de redes y otros (por ejemplo, internación domiciliaria) y así apuntalar la especialización del HNAP en la alta complejidad (Hospital Posadas, 27 de enero de 2021; Hospital Posadas, 10 de febrero de 2021).

En los documentos analizados y en la práctica, según surge de las entrevistas a los miembros de la Dirección General, la estrategia se focalizó en la derivación de pacientes y en la referencia-contrarreferencia, también en otras actividades que en la bibliografía descripta en la primera parte, aparecen como herramientas que contribuyen a la conformación de redes. A continuación, se analizan los dispositivos en forma particular.

Desafíos y estrategias para la derivación de pacientes

La gestión asumida en 2020 diagnosticó respecto a la derivación de pacientes que ésta era muy débil, o sea con muy poca frecuencia el HNAP derivaba pacientes de baja complejidad, lo cual impacta

en el exceso de demanda por las camas hospitalarias, sobre todo en el caso de la Internación clínica de adultos (Hospital Posadas, 27 de enero de 2021).

Según el ex Director General, coautor de este capítulo, los motivos de esta situación eran diversos, algunos externos y otros internos, las soluciones propuestas también. Puede mencionarse la dificultad para colocar un paciente en otra institución, dado que no solo el HNAP tiene problemas de exceso de demanda, sino que es una problemática habitual en todas las instituciones de la región.

En el marco de la pandemia, durante el primer año de gestión, se realizaron reuniones en las que participaron algunos referentes de la región, en las cuales se discutía en torno a la disponibilidad de camas para el COVID-19 pero no únicamente, también se planteaba el problema de los pacientes de mayor complejidad. El HNAP planteaba que podía recibir pacientes complejos en la medida en que pudiera derivar las internaciones de menor complejidad. En otros hospitales se planteaba la urgencia por derivar pacientes, pero muy pocos se consideraban con capacidad para recibir. Las mismas reuniones y otras negociaciones permitieron lograr avances en el diálogo entre hospitales y Unidades de Primera Atención (UPA) y en muchos casos con instituciones privadas, algunas de las cuales realizaron convenios con el Estado Nacional en el marco de la Emergencia Sanitaria. Esto permitió recibir algunos pacientes de las UPA, derivarlos al sector privado en caso que tuvieran Obra Social, y si fueran de baja complejidad y sin Obra Social, destinarlos a los Hospitales

Modulares, que, según un referente de la UGI, fueron muy importantes para liberar camas en el HNAP.

En cuanto a tratar de aumentar las derivaciones de pacientes cubiertos con PAMI e IOMA, la Dirección menciona que se intentó fortalecer el vínculo con las Unidades de Gestión Local (UGL), algo que se logró incipientemente durante la pandemia con reuniones virtuales. Se menciona el caso de Morón. Otro problema frecuente que se presentaba cuando se lograba la aprobación para el traslado de un paciente de estas coberturas a otra institución (o incluso en casos donde tenía el alta médica para volver a su hogar) era que la Obra Social no proporcionaba los medios para el traslado o este se demoraba demasiado.

Naturalmente también contribuyeron como siempre las relaciones interpersonales entre profesionales, que trabajando la misma especialidad en distintas instituciones suelen tener mayor facilidad para buscar mecanismos de trabajo complementario. Hay una coincidencia con la bibliografía citada, donde la construcción de vínculos tiene gran importancia el reconocimiento de los otros nodos como un par. Pero encontramos en los testimonios por un lado barreras vinculadas a la falta de conocimiento de la opción de derivación o del proceso para llevarla adelante y se mencionan resistencias, bien de los pacientes o bien del personal, a la hora de encomendar el cuidado de una persona a otra institución por dudar de las posibilidades de realizar ese cuidado. El Director menciona la falta de institucionalización de estas redes como uno de los desafíos aún pendientes.

Según la entrevista con el Trabajador 3, la estrategia de la gestión fue fortalecer la coordinación a través del rol rector de la Unidad

de Gestión de Internaciones (UGI) dependiente de la DGR. En el Plan Estratégico se señala la existencia de la misma como una fortaleza, en tanto permite mejorar el flujo de pacientes con una visión transversal del HNAP (Hospital Posadas, 2021a). Anteriormente el rol de la UGI consistía únicamente en la asignación de camas por pedido del personal médico, sin comunicarse con actores externos del HNAP, ni intervenir en el proceso de ingreso o salida de pacientes que llegaban por pedido de otra institución, ese diálogo se daba exclusivamente médico a médico. La Dirección decidió modificar el proceso y que los pedidos de derivación lleguen centralizadamente a la UGI, que los administra junto con el resto de necesidades de cama del HNAP. En ese marco, incorporaron dos trabajadoras como radiooperadoras que ya tenían experiencia previa en el SIES 107 (Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria de la Provincia de Buenos Aires) y por ende fueron un aporte fundamental a la hora de dinamizar el proceso de derivación de pacientes. También según la fuente, se trabajó en fortalecer el parque automotor del HNAP y fue creada la Unidad de Traslados, con incorporación de personal médico para garantizar el movimiento seguro de pacientes de una institución a otra.

Se estableció una guardia 24/7 para este proceso, de forma que cualquier pedido de urgencia igualmente pasara por la UGI. Adicionalmente se incorporó un control diario de internaciones prolongadas, que analizan junto con la jefa del Departamento de Medicina Interna la posibilidad de derivar pacientes crónicos hacia instituciones especializadas o internación domiciliaria, si corresponde.

Pese a que se logró centralizar los ingresos por derivación, es una realidad que subsisten numerosos servicios dentro del HNAP que no se han podido incorporar a este circuito (Hospital Posadas, 27 de enero de 2021). También se ve que el mayor esfuerzo se realiza desde el área específica del HNAP, y que los vínculos con los servicios y con las otras instituciones siguen siendo precarios.

En paralelo, para incrementar las derivaciones, los testimonios de los miembros del área se refieren al proyecto realizado entre el HNAP y el Hospital del Bicentenario de Esteban Echeverría. Se construyó una red quirúrgica de tratamiento de cabeza y cuello en la post pandemia para enfrentar el aumento en la lista de espera quirúrgica de las patologías relacionadas a esta especialidad que a su vez generaba un crecimiento de los reclamos ingresados a la Oficina del Paciente. La razón era que, en el marco de la pandemia, los servicios dedicados a muchas de las patologías benignas suspendieron o redujeron su actividad, lo que generó una demora en los diagnósticos y tratamientos de los pacientes. Ante la situación, desde la DGR se articuló con el Hospital de Esteban Echeverría un plan de contingencia para que dicha institución atendiese a los pacientes que estaban en la lista de espera del HNAP. Según el ex Director General de Redes, se realizaron 62 cirugías de cabeza y cuello en un periodo de 3 meses. Para que esto pudiera ser logrado, se necesitó la participación de distintas áreas del HNAP: la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD); el equipo de Revinculación Asistencial encargado comúnmente de contactar a los pacientes que abandonan tratamientos o no asisten a controles en el caso de ciertas enfermedades específicas, que intervino en el seguimiento personalizado de los pacientes; el equipo del servicio de endocrinología para el posterior

seguimiento de los pacientes post quirúrgicos y sus respectivos médicos de cabecera. De lado del Hospital de Esteban Echeverría trabajaron el Departamento Quirúrgico, el servicio de Cabeza y Cuello y los referentes de referencia y contrarreferencia.

También el Trabajador 3, de la UGI, menciona la “red perinatal” cuya existencia es previa al año 2020 y que nace como un vínculo establecido desde los servicios de obstetricia y neonatología. Desde ese año la UGI funciona como intermediaria. Consiste básicamente en un acuerdo entre maternidades, coordinado por una referente de la Región VI. Participan varias instituciones provinciales entre las cuales están el Hospital Bocalandro (Tres de Febrero), el Héroe de Malvinas (Merlo), el Estela de Carlotto (Moreno), el Eva Perón (San Martín), el Vicente López y Planes (Gral. Rodríguez), el Mariano y Luciano de la Vega (Moreno), el Hospital Carrillo (Tres de Febrero), etc.

Al indagar sobre las características de esta red, encontramos que hay una cierta comunicación para el intercambio de pacientes, fundamentalmente la derivación hacia el HNAP e información clínica, pero no se ha avanzado en otro terreno.

En conclusión, previo al año 2020 prácticamente no existían mecanismos formales de derivación de pacientes, todos los intercambios se realizaban entre los servicios médicos. Desde entonces, hubo un avance en la formalización y un aumento de los intercambios. En el cuadro n° 4.1 vemos el incremento en las derivaciones efectivizadas de pacientes de baja complejidad, indicador que se incorporó a partir de la sanción del Plan Estratégico en 2021. El primer valor fue 540, que al segundo año con un seguimiento más pormenorizado por parte de la UGI crece

un 74% y en el tercer año se consolida por encima de los 950 pacientes anuales.

Figura n° 4.1. Derivaciones efectivizadas desde el Hospital Posadas hacia la red de pacientes de baja complejidad

Año	Cantidad
2021	540
2022	941
2023	954

Fuente: Datos de la Unidad de Gestión de Internaciones del Hospital Posadas

Ampliación de la referencia y contrarreferencia

La Oficina de Referencia y Contrarreferencia funciona también desde el año 2014. Comenzó su actividad vinculada principalmente a referenciar pacientes pediátricos de riesgo dentro del programa nacional de IRAB (Oficina de Referencia y Contrarreferencia, 2024). Posteriormente se fueron incorporando nuevos ejes vinculados a diferentes situaciones clínicas, como corresponde con esta área comúnmente, para garantizar la continuidad de los cuidados de los pacientes, al menos aquellos con patologías de base o por sus condiciones socio sanitarias, articulando los distintos niveles de complejidad del sistema.

La Dirección del HNAP definió en el Plan Estratégico y en diversos eventos a la actividad de referencia y contrarreferencia como fundamental planteándose ampliarla y que abarque más ejes, además de ponerse como objetivo desarrollar mayor vinculación con el segundo nivel de atención, en particular hospitales provinciales (Hospital Posadas, 2021a; Hospital Posadas, 6 de septiembre de 2023). Según el Informe de gestión de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia (2024) ya mencionado dentro de la estrategia para el cumplimiento de sus objetivos, se mencionan:

- Vinculación con actores de la Red.
- Construcción - Acuerdos - Criterios de inclusión y exclusión.
- Identificación de casos - definición con Equipos de Salud Internos y Externos
- Estratificación de urgencia para la Búsqueda Activa
- Conformación de Gestiones Específicas/Ejes.
- Envío de información Socio-Sanitaria mediante TIC
- Transversalización del Proceso: Historia Clínica Digital
- Monitoreo

Los ejes de trabajo de la red en 2023 son 14: Altas conjuntas, Neonatología, Duelo Perinatal, Pediatría, IRAB, Abordaje integral de pacientes COVID, Abandonos del CAI (Consultorio de Atención Inmediata), Alerta de Donantes, Alerta y Tratamiento de infecciones de transmisión sexual, Abandono de tuberculosis, Ginecología, Pacientes de baja complejidad y Gestiones Específicas varias.

A partir del año 2020 según el citado documento, se incrementó marcadamente la relación con los municipios y en la actualidad se incluye a 26 municipios (CABA y 25 municipios de PBA) de las cuales, 17 se alcanzaron en el período 2020-2023.

De acuerdo a la Jefa de Área 3, comparten una base de datos en conjunto, llevan indicadores en común e incluso se intentan informes de gestión análogos, realizan encuentros virtuales una vez por mes para evaluar el funcionamiento de los diferentes circuitos y se comparten actividades. En los informes la red es identificada como “Red Formal Nominalizada” pero no figuran documentos que acrediten una institucionalización de la misma. Durante el año 2023 se realizó un encuentro en el que se efectivizó un diagnóstico FODA conjunto. Además, la entrevistada señala que se construyen diálogos personales con los referentes de las secretarías de salud de los municipios y se busca realizar visitas a los hospitales municipales, con el objetivo de conocer en mayor profundidad la situación y capacidad de respuesta de cada nodo de la red en cada momento del tiempo. En ese marco se colaboró con los equipos de trabajo de referencia y contrarreferencia en municipios como Pilar, Luján, La Matanza.

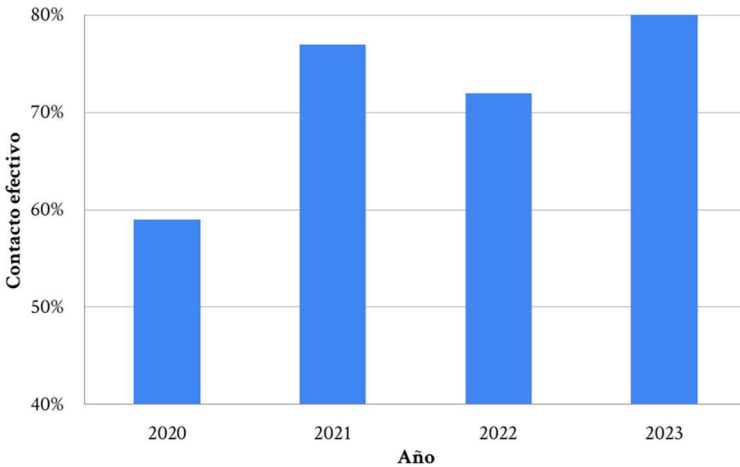
La entrevistada aclara que la mayoría de las tareas necesarias para dinamizar la red las toma el equipo de salud del HNAP, entre ellas: convocar a las reuniones mensuales, tomar nota de las mismas, realizar el seguimiento de los indicadores, acciones para incorporar nuevos miembros a la red, etc.

Y se plantea que en algunos pocos casos este proceso vincular ha excedido los límites de la oficina encargada, llegando a generar relaciones entre los médicos del HNAP y los equipos de salud de

los CAPS. Según la fuente, esto no es frecuente debido a que los médicos de los CAPS son muy rotativos (de las 26 jurisdicciones, solamente 3 han mantenido en el tiempo alguno de sus referentes), si bien esto en muchos casos logra sortearse, aunque se debe volver a generar un proceso de reconocimiento mutuo. Pero finalmente este tipo de relaciones se suelen canalizar hacia la OCD para coordinar ateneos de conjunto y actividades similares.

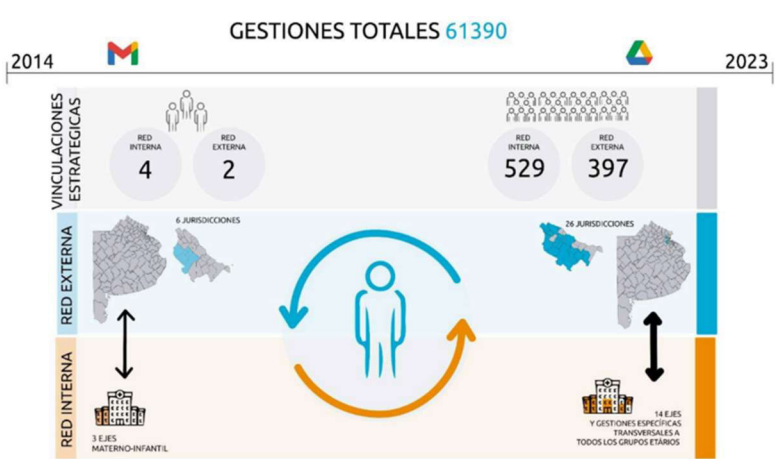
De todos modos, desde el año 2014 hasta fines de 2023 se llevaron a cabo 51.614 contactos efectivos, de los cuales 21.349 corresponden al período 2020-2023. En el informe citado, se analiza una caída en el último año por varios motivos entre los cuales está la menor incidencia del COVID, el abordaje en el HNAP de casos de Duelo Perinatal (se creó el equipo interdisciplinario en 2022) y cambios en el proceso de IRAB. Desde 2020 se analiza además de la referencia, el contacto efectivo del paciente con el equipo en el territorio. Este indicador creció del 59% al 80%.

Figura n° 4. 2.a. Porcentaje de “contacto efectivo” de pacientes en gestiones de referencia.



Fuente: Oficina de Referencia y Contrarreferencia (2024)

Figura n° 4.2.b Diagrama de relaciones de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia



Fuente: Oficina de Referencia y Contrarreferencia (2024)

En conclusión, la Oficina de Referencia y Contrarreferencia tiene una búsqueda activa por construir una red de salud con algunas de las características que hemos descripto en el apartado conceptual de este capítulo, especialmente colaborativa en el nivel de “asociación” de Rovere (2016), con intercambios que exceden los pacientes y la información y con proyectos y objetivos comunes. Sin embargo, se hace difícil lograr la horizontalidad deseada. Como problemas se ha visto el desconocimiento, la diferencia de posibilidades del resto de las instituciones, el cambio de actores en los nodos de la red.

La telemedicina y su impacto en las relaciones con otras instituciones

Ya mencionamos que la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD) se crea como dispositivo en el 2014 con el objetivo de incorporar una nueva modalidad de atención a distancia. Se planteaba incluir teleconsultas, telediagnóstico y teleseguimiento utilizando para tal fin las TIC. Presentaba, además, una segunda línea de trabajo: la teleeducación (Hospital Posadas, 10 de febrero de 2021). De acuerdo con el Informe de la Oficina de Comunicación a Distancia (2024), en relación a la teleasistencia, la consulta virtual supone una mejora en el acceso a las prestaciones de alta complejidad e intenta resolver consultas evitando traslados y gastos innecesarios para la persona y el sistema de salud, optimizando recursos tanto humanos como tecnológicos. Por eso permite mejorar la referencia de los/as pacientes en los casos en que se requiera el traslado y favorece la atención según niveles de complejidad y formaliza lazos entre diferentes referentes de las instituciones del sistema, permitiendo documentar y referenciar objetivamente información en relación

a los/as pacientes. El documento –como vimos en el capítulo precedente- plantea también algunos límites como la consideración de la teleasistencia como servicio de apoyo, en lugar de una integración más profunda en la estructura hospitalaria, tema que aparece recurrentemente en las discusiones con los referentes de las áreas de redes. Si bien se señala que hay un crecimiento, son muchos los equipos médicos que no consideran las herramientas disponibles para incorporar a sus procesos de trabajo.

Respecto a la capacitación virtual, las posibilidades son enormes y la bibliografía menciona menos los límites, eso se ha verificado en pandemia.

La OCD administra y pone al alcance de profesionales del HNAP y de otras instituciones de salud - que asisten a usuarios del sistema público - dos herramientas digitales de consultas Online:

- La Plataforma de Telesalud en el marco del Plan Nacional de Telesalud del Ministerio de Salud de La Nación, del cual el HNAP es centro de referencia nacional.
- La Plataforma de consultas ComDis-HNPA de acceso a través del sitio web del Hospital (<https://comdis.hospitalposadas.gob.ar/index.html>) y,

Ambas modalidades se corresponden a lo que se denomina Teleconsultas Asincrónicas.

En la etapa pre-pandemia, se utilizaban sistemas cerrados de conexión (equipos de Videoconferencia CISCO/Polycom). A partir de la pandemia, se comenzaron a utilizar plataformas

ZOOM/CISCO WEBEX/JITSI que permitieron ampliar el alcance de la teleconsulta. Se acompañó este cambio de escenario dentro del marco legal que dio la Ley 27.553 (Ley de Receta electrónica y Telemedicina) y las modificaciones de las Leyes 17.132 (Ley de Ejercicio Profesional), Ley 25.326 (Ley de Protección de datos personales) y Ley 26.529 (Ley de Derechos del Paciente).

Luego se comenzó a utilizar la Plataforma de Telesalud. Luego, se continuó utilizando la teleconsulta sincrónica, aunque con menor frecuencia (Hospital Posadas, 10 de febrero de 2021; Oficina de Comunicación a Distancia, 2024). La Plataforma de Telesalud permitió tener un intercambio formalizado con aquellos actores que formaban parte del Plan Nacional de Telesalud (dado que no tenían acceso a la Plataforma) en reemplazo de la resolución de manera informal, por teléfono o por correo. Para abordar el vínculo con otras instituciones, la gestión decide avanzar en una Plataforma propia (la mencionada ComDis) que fue desarrollada por el área de sistema del HNAP, y permitió formalizar la relación con todas las instituciones.

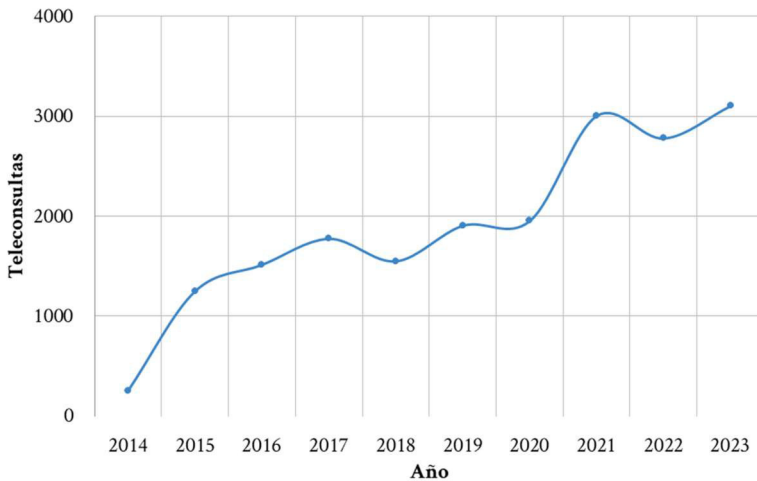
En 2020 se obtuvo por primera vez la certificación del proceso de atención virtual para Normas ISO 9001:2015, habiendo recertificado dicho proceso en 2021, 2022 y 2023. La experiencia con la OCD resultó altamente exitosa en ese sentido. Adicionalmente, en el año 2023 fue aprobado por Disposición de la Dirección Nacional Ejecutiva el Manual de Procedimiento de la OCD estableciendo un marco legal para la telemedicina, y también resultando un reconocimiento cultural y organizativo (Oficina de Comunicación a Distancia, 2024). , además del Documento de

buenas prácticas en Telemedicina del 2022 (Ministerio de Salud de la Nación, 2022a).

Las actividades en que se usa la telemedicina para articular con actores externos son interconsulta con profesionales de otras instituciones de salud, ateneos sobre temas específicos entre servicios de diferentes hospitales, capacitaciones en conjunto, ya sea virtuales o presenciales a las cuales se invita por zoom participantes de otras instituciones y desde la pandemia se incorporaron algunas charlas a la comunidad, destinadas a pacientes y familiares.

Al analizar los indicadores de teleconsultas, puede observarse el crecimiento desde la creación del dispositivo en 2014, con un salto a partir del año 2021. No se ha podido verificar, pero se supone que fueron contactos fundamentalmente externos.

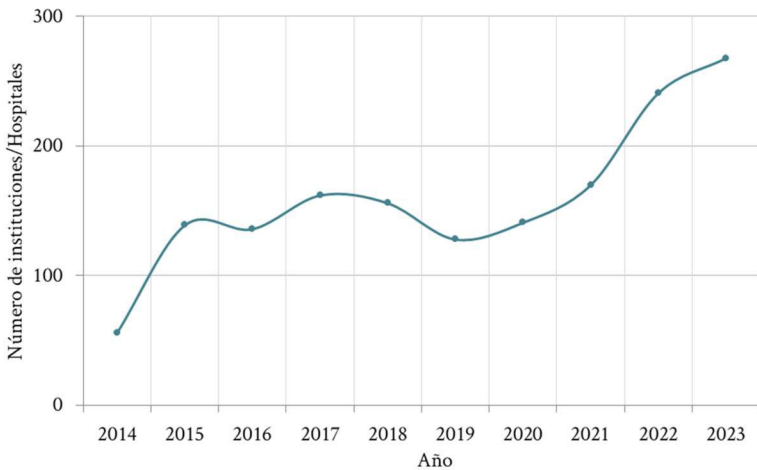
Figura n° 4.3. Teleconsultas. Años 2014 a 2023



Fuente: Oficina de Comunicación a Distancia (2024)

Si se evalúa el número de actores externos que se vincularon con la OCD, es decir que realizaron actividades especialmente de telemedicina pero también que se sumaron a videoconferencias coordinadas a través de la OCD. En el año 2023 se logró el record de 243 grupos de trabajo.

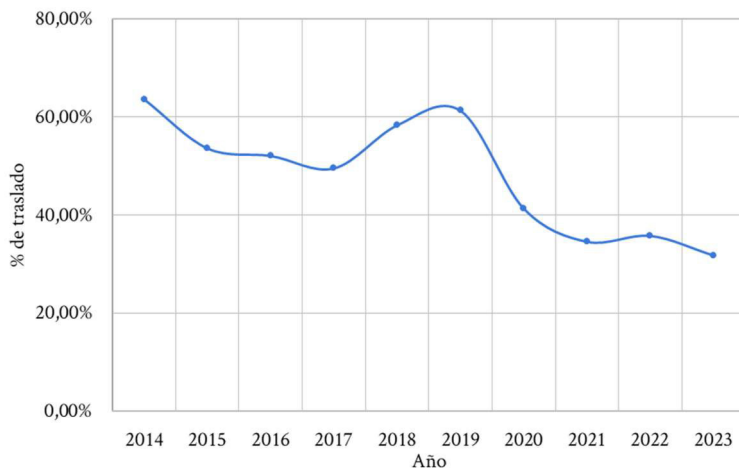
Figura n° 4.4. Actores externos en vinculación con la OCD. Años 2014-2023



Fuente: Oficina de Comunicación a Distancia (2024)

Otro indicador que lleva adelante la OCD es el porcentaje de necesidad de traslado del paciente luego de la consulta realizada por el médico, para evaluar si la telemedicina es efectiva en evitar el traslado. Puede observarse un importante descenso de este porcentaje desde el año 2020, presuntamente también influido por la pandemia.

Figura nº 4.5. Indicador de necesidad de traslado luego de la consulta. Años 2014-2023



Fuente: Oficina de Comunicación a Distancia (2024)

La Jefa de Área 2 menciona durante la entrevista que con algunos actores han logrado afianzar vínculos más fuertes a partir de la interconsulta frecuente y fluida. Se menciona el caso del Hospital Mariano y Luciano de la Vega, ubicado en Moreno. A partir del trabajo en conjunto surgió en las autoridades de la Región la iniciativa de replicar el dispositivo de la OCD en dicho Hospital, propuesta que fue tomada por la Dirección del mismo. En ese marco se generaron encuentros de capacitación virtuales cada 15 días entre el personal del HNAP y del Hospital Mariano y Luciano de la Vega, que fueron complementadas con un encuentro presencial. La OCD del HNAP propuso que el Mariano y Luciano de la Vega se incorporara al Plan Nacional de Telesalud del Ministerio, teniendo éxito. El equipo quedó conformado y con fuerte vínculo entre los Hospitales. El proyecto incluía la

posibilidad de hacer rotaciones del personal entre los dos Hospitales, pero nunca llegaron a llevarse adelante. Según la fuente, el proyecto no avanzó según la expectativa, dado que no tuvo apoyo del municipio de Moreno y además su referente original fue destinado a otras tareas, por lo que el HNAP no consiguió dedicaciones exclusivas para el personal dedicado a la tarea, ni un espacio físico diferenciado. Igualmente, el dispositivo existe y mantiene vínculo con el HNAP.

La calidad de las redes en el HNAP

En general, siguiendo los parámetros analizados, habíamos preguntado si se priorizaron las alianzas con el resto del sector público o también el sector privado. El 77,8% de los encuestados señaló que el HNAP prioriza la construcción de las redes públicas, lo que coincide con los datos estadísticos aportados por los dispositivos.

En segundo lugar, se consultó sobre las jerarquías relacionales del desarrollo de las redes. En este caso, el 55,6% señaló que se trata de redes horizontales, mientras que el 22,2% indicó que son redes verticales, y el 22,2% restante no contestó. Cuando se indagó sobre este punto en las entrevistas, los jefes de distintas áreas del HNAP indican que hay una voluntad y una búsqueda para construir redes horizontales, pero en realidad no sucede en la práctica, dado que la iniciativa mayormente surge del HNAP. Lo desarrollaremos con mayor detalle en cada sección.

De todas maneras, algunas opiniones contrastan con estos resultados y el tema queda abierto. “Si bien el comando de las redes es centralizado a través de la dirección de redes y sus diferentes

dispositivos [mencionados más arriba (radioperadores, UGI, OCD, referencia y contrarreferencia)], en ocasiones las redes funcionan de manera horizontal y descentralizada, siendo los diferentes servicios quienes se relacionan directamente con otras instituciones.” (Jefe).

Sobre el desarrollo de redes, se indagó si implicó cambios para el HNAP, en otras instituciones y en las relaciones interinstitucionales. Mientras que dos tercios de los encuestados reconoce cambios en los procesos del HNAP, el 55,6% considera que hubo cambios en las relaciones y sólo el 33,3% señaló que hubo cambios en otras instituciones. Todos los entrevistados dicen que el proceso fue participativo y que la relación con los otros entes es más fluida, aunque el 66,7% y el 44,4% respectivamente señala que falta mucho. “Definitivamente. Si bien el hospital pretende trabajar en red desde siempre, las acciones generadas desde las diferentes direcciones [en] los últimos años, por ejemplo, el PEI, han logrado poner en evidencia el importante rol del HNAP en el sistema de salud todo.” (Jefe).

En cuanto al tipo de intercambios que se dan en dichas redes, indagamos si las mismas se limitan al intercambio de pacientes e información o si por el contrario también incluyen capacitaciones y proyectos en común. En este caso el 77,8% de los encuestados señaló que los intercambios son más amplios, mientras que solo el 11,1% respondió que son limitadas. Sin embargo, en las entrevistas posteriores, esto se ve matizado, como hemos visto en las anteriores secciones. Los casos más claros de proyectos en conjunto se dieron con la creación de un dispositivo de redes

espejo en el Hospital Mariano y Luciano de la Vega, y con la red de referencia y contrarreferencia.

Al consultar a los encuestados sobre las limitaciones identificadas para el desarrollo de las redes, un 33,3% indica que existe un déficit en las relaciones de largo plazo y la confianza entre los actores, un 22,2% señala problemas en el diagnóstico del entorno y tiempo para generarlo y un 22,2% marca la falta de formación sobre cómo potenciar las redes. El 22,2% no contesta.

La percepción de los actores encuestados es positiva en general. Al consultar sobre los estándares de los mecanismos en red, el 55,6% indicó que se encuentran en línea con los mejores estándares que conoce, el 33,3% indicó que se encuentra en línea en algunos aspectos y el 11,1% indicó que no se encuentra en línea con los estándares. En el grupo de integrantes de otras instituciones, todos consideran que se encuentra en línea con los mejores estándares. Pero lo visto demuestra que si el empeño se sostiene en el tiempo la calidad de la red debería crecer fuertemente.

Otras actividades a destacar de la DRG

Dada la importancia que ha tenido la Dirección General de redes, se trabajaron otras tareas que no son estrictamente relacionadas a redes.

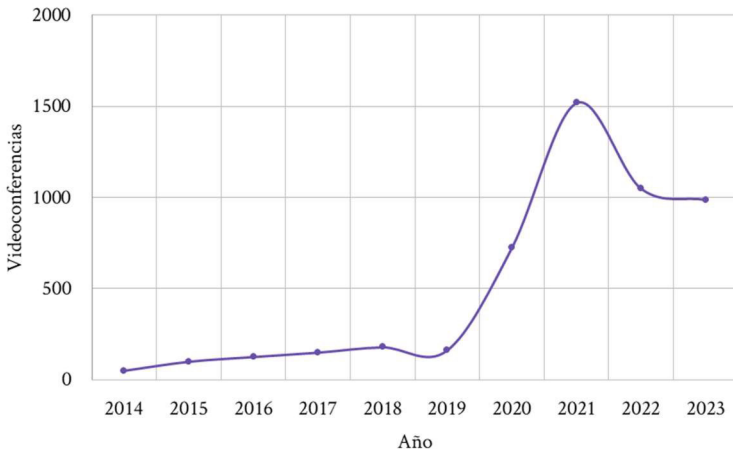
a) La telemedicina y su impacto interno

Ya mencionamos que la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD) se crea como dispositivo en el 2014 y luego se incorpora a esta Dirección. Las tareas ya fueron mencionadas, asociadas a la

telemedicina y también se describió la evolución. Adopta un fuerte rol la capacitación de equipos y –especialmente en pandemia- las charlas dirigidas a la comunidad (Hospital Posadas, 10 de febrero de 2021).

Al analizar los indicadores de videoconferencias emitidas, puede observarse el crecimiento desde la creación del dispositivo en 2014, con un salto desde 2020.

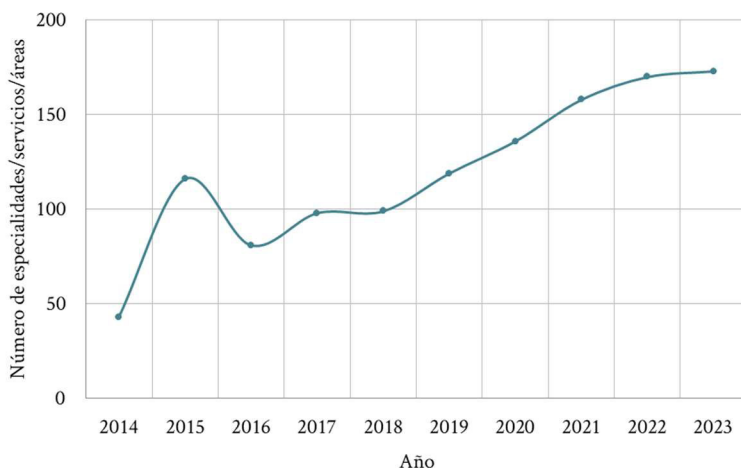
Figura n° 4.6. Número de videoconferencias. Años 2014 a 2023



Fuente: Oficina de Comunicación a Distancia (2024)

Si se evalúa el número de actores internos (especialidades, servicios o áreas) que se vincularon con la OCD, es decir que realizaron actividades de telemedicina o videoconferencias mediante el dispositivo. Se observa en la serie histórica un crecimiento inicial, un estancamiento relativo hasta 2019 y luego un nuevo impulso entre 2020 y 2023.

Figura n° 4.7. Actores internos en vinculación la OCD



Fuente: Oficina de Comunicación a Distancia (2024)

b) Internación domiciliaria

En el año 2020 se crea la sección de Atención Integral Domiciliaria (AIDOM), para minimizar las internaciones e incluso la consulta ambulatoria en los casos en que éstas se pueden reemplazar por la asistencia domiciliaria especialmente en pacientes estables sometidos a tratamientos parenterales prolongados, en fase de cuidados mínimos, y también para cubrir una parte del eslabón de rehabilitación y autocuidado de una población de pacientes crónicos y vulnerables, con dificultades para acceder al hospital (Sección de Atención Integral Domiciliaria, 2023). Según la Jefa de Área 2, el área fue creada con una concepción en red, de manera que debería coordinar con los dispositivos de Referencia y Contrarreferencia y la OCD, por esta razón, la sección depende directamente de la Dirección General de Redes. Sin embargo,

hasta ahora ha sido una tarea que involucra fundamentalmente servicios del HNAP.

Según la misma fuente, la internación domiciliaria cumple con diversos objetivos, en línea con las tendencias de la salud (Medina y Narodowski, 2019a). Entre ellos, mejorar el giro cama de servicios de alta demanda de internación del hospital, reducir la incidencia de complicaciones nosocomiales por internaciones prolongadas (sobre todo infecciones relacionadas al cuidado de la salud), y reducir los costos institucionales de pacientes con internaciones prolongadas. Pero además considera que tiene importantes beneficios para el paciente y su entorno –tema ajeno a este libro–, tales como mejorar la calidad de vida y acelerar la reinserción e integración familiar de los pacientes con internación prolongada, respetar la intimidad familiar, preservar mejor las actividades y horarios familiares, evitar estancias incómodas del cuidador y sus costosos desplazamientos, brindar la posibilidad de evitar los trastornos de movilización de pacientes con secuelas que presentan traslados dificultosos, facilitar el seguimiento de patologías y pacientes puntuales y seleccionados para evitar recaídas y reinternaciones, facilitar la comunicación entre el personal sanitario y la familia del paciente, etcétera.

En términos de la modalidad de atención, el servicio ofrece por un lado hospitalización domiciliaria, con alta intensidad de visitas en domicilio (una a dos por día), orientado a completar un tratamiento, prevenir complicaciones y evitar de ser posible la reinternación. Por otro lado, el seguimiento domiciliario, que tiene baja intensidad de visitas (entre una y cuatro por mes) destinada a pacientes crónicos o subagudos con dificultades para desplazarse

y metas a largo plazo como promover conocimientos de autocuidado. Dentro de esta última se encuentran los casos bajo régimen de cuidados paliativos. Dentro de las modalidades no se contempla la asistencia Médica de Urgencias; para ello se advierte a los pacientes y familiares que se manejen con servicio Municipal de Emergencias 107.

Respecto a la organización logística, se proyectaron tres corredores sanitarios, el del noroeste, Oeste y Sur oeste. En los casos de pacientes por fuera de estos circuitos, se articula con unidades u hospitales públicos locales, por intermedio de la contrarreferencia.

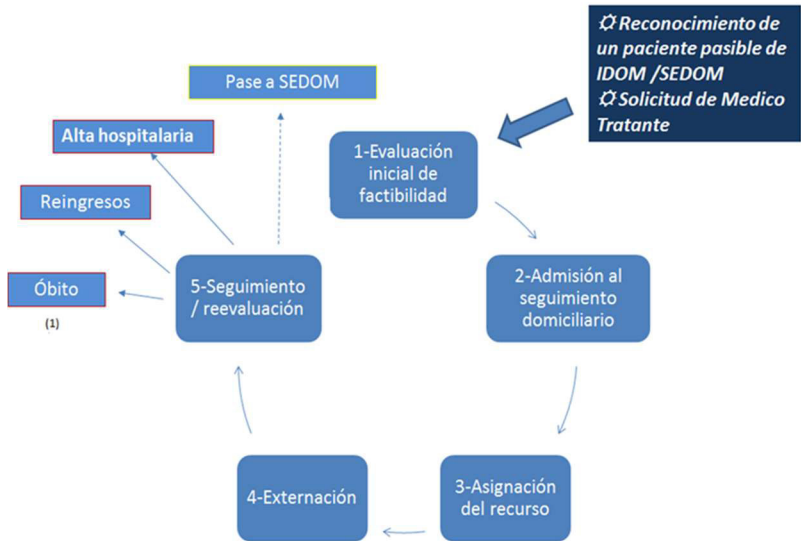
El proceso de ingreso al sistema de atención integral domiciliaria se inicia mediante el médico tratante, quien debe presentar a la oficina de AIDOM un resumen de HC, las metas buscadas con la inclusión al sistema (terapéuticas, paliativos, reducir morbilidad, etc.) y datos filiatorios del paciente. La evaluación de factibilidad se basa en la posibilidad de cumplir con los requerimientos legales definidos en la Resolución 704/2000 del Ministerio de Salud de la Nación de manera discriminada, si la vivienda del paciente está incluida en el área de cobertura y si es accesible, si tiene sostén sanitario público local cercano al domicilio, si cuenta con familiar responsable que pueda hacerse cargo (cuidador responsable), y si es un paciente autónomo capaz de decidir por sí o es dependiente. De evaluarse factible, se presentan la solicitud de los medicamentos e insumos que se requieren, así como la asignación de turnos de consultas y estudios que pudieran quedar pendientes. Se redactará el Consentimiento Informado para entregar al familiar y paciente, en él se expondrá la propuesta terapéutica, la

duración probable del tratamiento, la modalidad ofrecida para lograr ese fin, los medios de comunicación entre AIDOM y la familia del paciente, el manejo de las urgencias y las prestaciones que se pueden realizar en el domicilio y cuáles no. Se realiza una evaluación de Enfermería para establecer nexos de comunicación y revisar los cuidados de enfermería mediante un Check List del servicio, creado para este fin. Se realiza la externación y el ingreso a los cuidados de la sección de AIDOM, cuando los recursos necesarios están disponibles para el paciente (insumos, medicamentos y RRHH). Se inician las comunicaciones y programación de las visitas al domicilio para realizar las prestaciones. De acuerdo con el tratamiento y evolución previstos, se programan las prestaciones de enfermería y de médicos. Si se detectan inconvenientes o intercurrencias en la evolución, se programan visitas al hospital para realizar consultas pertinentes o estudios que pudieran requerirse. Asimismo, se facilita la asistencia a las consultas programadas de acuerdo a la accesibilidad que el paciente presente. En cada caso se articula con el familiar a cargo la modalidad de traslado necesaria. De acuerdo a la evolución obtenida, se podrán hacer modificaciones al plan inicial, hasta alcanzar los objetivos propuestos. Se solicita la actuación de nuevos interconsultores, del servicio social o de psicología, si se considera pertinente (Sección de Atención Integral Domiciliaria, 2023).

En el caso de reconocerse en el paciente una persistencia de vulnerabilidad de su salud o posibilidades de recaída, se podrá optar por pasar del régimen de Internación Domiciliaria al de Seguimiento Domiciliario (SEDOM), donde el servicio mantiene nexos con el paciente, y realiza visitas, consultas o provisión de

insumos con el fin de evitar recaídas y mejorar progresivamente la calidad del autocuidado y/o el sostén de su condición estable (Sección de Atención Integral Domiciliaria, 2023).

Figura n° 4.8. Proceso de internación domiciliaria



Fuente: Sección de Atención Integral Domiciliaria (2023)

Desde el inicio del Servicio hasta agosto del 2023 se atendieron 166 pacientes. De este total, correspondieron a la modalidad Internación Domiciliaria 55 pacientes, mientras que 111 pacientes correspondieron a la modalidad de Seguimiento Domiciliario. Respecto a los reingresos, indicador de calidad clave en esta modalidad, durante el 2021 hubo 7 reingresos, de los cuales 2 fueron programados y 5 se debieron a infecciones durante el tratamiento. Durante 2022 hubo 15 reingresos, de los cuales 3 fueron programados y 12 por complicaciones clínicas (infecciones, epilepsia y por tratamiento paliativo terminal).

El volumen de pacientes de IDOM y de SEDOM manejados en el domicilio permitió recuperar 1316 días cama. Se observa que no se ha alcanzado la vinculación con todos los servicios del HNAP que podrían coordinar con el servicio de internación domiciliaria, por lo que quedan importantes desafíos hacia delante. Los servicios que más aprovecharon la modalidad fueron Infectología, Clínica Médica, Consultorio de Pie Diabético, Traumatología y Hematooncología Pediátrica.

Como problemas se han observado dificultades en la logística del acceso al domicilio y desconfianza por parte de muchos servicios del HNAP para utilizar la modalidad. Debe mencionarse un importante rol del personal de enfermería, dado que representan alrededor del 90% de las prestaciones domiciliarias del servicio (Sección de Atención Integral Domiciliaria, 2023).

IV.III. Conclusiones

La estrategia de la Dirección General de Redes del HNAP se orientó a fortalecer y hacer crecer los dispositivos existentes y a desarrollar nuevas formas de articulación en red, así como otras tareas.

Se identificaron algunas dificultades que se destacan en la bibliografía sobre la capacidad de integrar el sistema de salud mediante redes, entre ellas la propia debilidad de la oferta pública de salud frente a una demanda creciente de pacientes crónicos sin cobertura. Además, la debilidad en los sistemas de información, los problemas logísticos que repercuten en redes fallidas, las construcciones subjetivas de distintas instituciones, etc.

A grandes rasgos se observa que se cumplieron los objetivos de consolidar y ampliar la Dirección General de Redes, aunque quedan numerosos desafíos por delante. Sobre todo lograr que la articulación en red se siga expandiendo a la totalidad de los servicios del HNAP, comunicando claramente las posibilidades existentes tanto en términos de derivación de pacientes internados, referencias a municipios, telemedicina, internación domiciliaria, etc. También, deben aceptarse los mecanismos administrativos y logísticos para lograr dar respuesta en el menor tiempo posible en todos los dispositivos.

Por otro lado, si bien los actores consideran que las redes son “horizontales” y que incluyen “proyectos en común”, se observa que gran parte de los vínculos pasan por intercambio de pacientes e información. Si bien se realizan capacitaciones en conjunto, se observa presencia de escasos proyectos que podríamos considerar “asociativos”.

Finalmente, en diferentes documentos institucionales, incluido el Plan Estratégico, se plantea la necesidad de avanzar en una mayor institucionalización de las redes informales que ya existen y en la consolidación desde el Estado de un sistema en red donde queden claramente definida el área programática, las necesidades de oferta sanitaria para cubrir la demanda de los tiempos que corren, el plan de inversiones requerido para alcanzar dicho estándar y el cuidado progresivo por niveles de atención, haciendo hincapié en el fortalecimiento de la APS, de manera que instituciones como el HNAP puedan centrarse en el desarrollo de la alta complejidad.

La responsabilidad por supuesto no es únicamente del HNAP, sino del conjunto del sistema sanitario, incluidos otros efectores,

municipios, etc. pero la importancia del HNAP hace que se le asigne un rol fundamental en esta construcción.

Capítulo 5. Planificación Estratégica e indicadores de Gestión

Patricio Narodowski y Federico Machado Busani

Introducción

En este capítulo abordaremos un tema que hemos mencionado a lo largo de los capítulos anteriores, porque resulta transversal a la política de gestión, pero que es necesario profundizar: nos referimos a la Planificación Estratégica.

Respecto a esta temática, sectores liberales desde los '70 en adelante se han opuesto a la práctica de la planificación desde el Estado bajo el argumento de que el mejor asignador de recursos es el mercado, y por ende el rol del Estado debe reducirse a generar los incentivos adecuados, sin pretender ordenar la realidad. Veremos que, en contraposición a esta mirada, la perspectiva de la Planificación Estratégica establece la posibilidad de establecer prioridades, administrar recursos y realizar previsiones sobre los posibles escenarios, sin que ello signifique perder absolutamente grados de flexibilidad, ni negar factores de incertidumbre como el contexto, el rol de los actores, etc.

Intentaremos demostrar que hay un espacio donde puede dialogar la conducción política estratégica con la búsqueda de consensos con distintos actores para construir una síntesis participativa, condición necesaria para el éxito de un plan.

En primer lugar, se realiza un recorrido de los diversos enfoques teórico y las experiencias. Se llega al consenso mencionado sobre los elementos que, desde la mayor parte de la bibliografía y otros

documentos oficiales, se entienden como constitutivos de una “buena planificación”, primero en general y luego en la planificación en el ámbito sanitario. Como en el resto del libro, se diferencian los enfoques del NI y del sanitarismo.

Con ese marco se describe la experiencia práctica de elaboración y puesta en marcha del Plan Estratégico 2022-2025 en el HNAP, donde debieron enfrentarse dificultades propias de cualquier proceso de planeamiento como también particularidades del ámbito de la salud pública en Argentina y de la realidad del hospital. Se analiza la metodología implementada, las estrategias para lograr participación y sus resultados, las dificultades en la construcción del diagnóstico, de los objetivos e indicadores, y las herramientas utilizadas para la etapa de implementación del Plan, para identificar si se logró trasladar los enunciados a transformaciones concretas de la realidad. Se utiliza el resultado del análisis documental de los informes del área, el propio Plan Estratégico, los informes de revisión semestral, los datos de las 18 encuestas realizadas a participantes del proceso de Planificación Estratégica, y los testimonios de las 3 entrevistas semi-estructuras⁶ a actores clave participantes del proceso de Planificación anterior y actual.

V.I. La Planificación Estratégica como eje central de la gestión en Salud

La planificación estratégica en general

⁶ Uno de los entrevistados en este capítulo, fue también entrevistado en el Capítulo 4.

La planificación como es sabido es esencialmente el opuesto lógico a la improvisación, el opuesto al vacío de orientación. Se trata, al decir de Matus (1996) del intento de la humanidad por gobernar su propio futuro. Este autor la define como un método que persigue, de manera sistemática, explicar posibilidades y analizar sus ventajas y desventajas, proponerse objetivos y proyectarse. Se refiere a decidir con anticipación qué va a hacerse, fijar un curso de acción, una secuencia de operaciones y su horizonte temporal (González Millán y Rodríguez Díaz, 2019). Rovere (1999) enfocado en la salud, la considera una función inherente del ser humano que contiene reflexiones, cálculos y especulaciones realizadas sistemáticamente con el propósito de intervenir en una realidad dada. Se concentra, esencialmente, en otorgar mayor racionalidad a la toma de decisiones y a la asignación de recursos (Spadafora y Spadafora, 2017). Rodríguez (2012) define la estrategia como un comportamiento consistente y sólido en el tiempo. Es difícil avanzar en definiciones ya que las interpretaciones han ido variando con el tiempo y los contextos.

La planificación surge con fuerza en la práctica naturalmente a partir del aumento del rol del Estado en la economía mixta posterior a los años 30s y especialmente en la posguerra. También alimentó su importancia, la planificación socialista. Los grados de intervencionismo y la mayor o menor taxatividad⁷ de los planes dependían de los contextos políticos. En la Argentina, la planificación alcanza su apogeo durante el peronismo, de la mano de los Planes Quinquenales que expresaban una mirada integral

⁷ La planificación taxativa se refiere al mayor control estatal del cumplimiento de lo planificado.

de la sociedad a construir, excediendo la cuestión meramente económica y al mismo tiempo generaron directrices fuertes para el desarrollo, aunque en un contexto de una economía mixta (Iñiguez y Narodowski, 2007).

Según la misma fuente, en el marco de la crisis fiscal y junto a las reformas del Estado posteriores, la planificación más dura y taxativa ha dado paso a otra indicativa que ocupa un lugar importante en las agendas, pero no tiene la capacidad de incidir que tenía el concepto previo, así nace la idea actual de planificación estratégica. Este tipo de Plan como veremos luego van más allá de la perspectiva puramente economicista, tecnocrática e incorporan la dimensión política y la participación de la sociedad civil (Rivera, 2011).

En la actualidad son muchos los países, incluso la Unión Europea que dan gran importancia a los planes, tanto a nivel sectorial, a partir de los Ministerios, los entes de servicios (por ejemplo, los hospitales) o territorial, en regiones y municipios.

Estos procesos tienen lugar en la mayor parte de los países de América Latina en los 90s porque se dan en el marco de la crítica a la intervención del Estado en la economía del “Consenso de Washington”. Si bien desde el 2003 y hasta 2015 en Argentina hay una revalorización del rol del Estado, los planes elaborados se acercan más a estas concepciones nuevas que a la vieja idea de planificación fuerte. Tal vez una diferencia está en algunos sectores del Estado en la participación de los movimientos sociales (Remes Lenicov y Lucero, 2010; Narodowski, 2013).

En concreto, la planificación estratégica se diferencia del concepto taxativo de planificación que se acaba de mencionar en que en lugar de intentar calcular predicciones de manera determinística, se apoya sobre la previsión de escenarios en los que pueden suceder acontecimientos distintos y el rol del planificador consiste en diseñar estrategias participativas para en base a los diversos puntos de vista de la sociedad, sintetizar alternativas para enfrentarlos, sin perder de vista el horizonte que se persigue. Se trata de influir y no controlar, los resultados esperados (Matus, 1996). La concepción de Matus concibe a la planificación como un proceso interactivo, incorporando actores sociales y políticos además de la propia rectoría del Estado (Rivera, 2011).

Armijo (2011) nos proporciona otra definición: es una herramienta de gestión que permite apoyar la toma de decisiones para adecuarse a los cambios y demandas del entorno y lograr mayor eficiencia, eficacia y calidad. Aquí aparece el contexto como clave, estamos en el enfoque sistémico.

En Ullón, Carvajal y Arbaca (2017) se define a la planificación estratégica como un método para las organizaciones para definir una misión, valores básicos que se expresan en forma dinámica en acciones y resultados. Estas como otras, son definiciones en las que las organizaciones y no necesariamente el Estado, son el centro.

Este tipo de procesos cuenta con diferentes instancias. Según Rivera (2011) estas son el momento explicativo que consiste en la definición de causas encadenadas que determinan las problemáticas que serán abordadas; el momento normativo donde se definen ciertos compromisos de acción y los resultados

esperados; el momento estratégico donde se define, como lo indica su nombre, la estrategia para poder viabilizar dichos compromisos y el momento táctico-operacional, en el cual el plan es implementado, monitoreado y evaluado.

González (2021) establece que debe comenzarse por una definición presente de lo que queremos ser en el futuro, apoyada por la reflexión y el pensamiento estratégico. Primero se establecen metas y en base a lo anterior líneas de acción (estrategias). Se otorga importancia a la prevención de acontecimientos futuros.

Su carácter necesariamente flexible hace que las metodologías de la planificación sean variadas, con relativamente bajo grado de protocolos y rutinas, cada sistema tiene grados de libertad en la forma de adoptarla. La evidencia empírica muestra, sin embargo, que algunos componentes recurrentes del proceso son la misión, la visión, los objetivos y los indicadores de desempeño. Cuando hablamos de la misión nos referimos a una descripción concisa de la razón de ser de la organización (qué hace) mientras que la visión expresa como desea la organización ser reconocida a futuro (qué quiere ser) la cual sirve como guía e inspiración para sus participantes (Thompson, 2006; Martos Calpena, 2009; Armijo, 2011). Los objetivos expresan los resultados esperados a lograr en distintas dimensiones. Evidentemente en toda organización que planifica su rumbo futuro emergen conflictos de interés, razón por la cual la definición de los objetivos trae aparejada la necesidad de negociar y construir consensos sobre las prioridades de la organización. Finalmente, los indicadores son herramientas que entregan información, generalmente cuantitativa, sobre el logro

de un resultado. El valor del indicador, comparado con años anteriores o con una meta definida, permite realizar una evaluación del desempeño. Necesariamente un plan estratégico debe establecer mecanismos de monitoreo y evaluación, dado que durante su implementación deben poder analizar si es necesario rectificar las acciones y las estrategias elaboradas.

Esparza (s/f) define que la planificación estratégica debe tener un horizonte de más de mediano y largo plazo (más de tres años), abarcar toda la organización y debe ser realizada por los altos directivos de la misma. Valencia (2016) destaca la importancia de transmitir el plan en forma adecuada, para generar sinergias en todo el personal para lograr los objetivos plasmados.

Blacut (2010) analiza la planificación estratégica en organizaciones de profesionales en general, y destaca algunos puntos relevantes: debe contemplar la situación de los aspectos del conocimiento dentro de la organización (especialización, disciplinariedad y transdisciplinariedad), debe proyectarse hacia el futuro la innovación científica, el desarrollo de conocimientos y la ética profesional. El autor define de este modo un contenido complejo para los planes.

Pero para que un Plan Estratégico resulte efectivo, debe poder trasladarse a las decisiones cotidianas en el día a día y apropiarse por el conjunto de la organización. Una herramienta habitual para esto es la conformación de lo que se denomina Planes Operativos Anuales (POA). Estos documentos tienen menor jerarquía que el Plan Estratégico, con un horizonte temporal más corto (de un año) y suelen estructurarse bajo los mismos capítulos o componentes sobre los que se construyó el mismo. Las

prioridades entre el o los POA deben estar en sintonía con las definidas estratégicamente y deben poder sistematizar las actividades, calendarios, insumos y recursos que puedan materializar la consecución de los objetivos (Armijo, 2011). En este capítulo se podrá ver que en el HNAP se avanzó con ambos documentos.

De todos modos, se trata de procesos difíciles de llevar a cabo, Ullón, Carvajal y Arbaca (2017) señalan como errores habituales generar una visión demasiado ambiciosa; considerar finalizada la planificación con la sola publicación del plan (sin considerar su implementación); la ausencia de una lista de obstáculos y planes contingentes y la falta de plazos de implementación. Además, consideran que hay ciertos factores políticos que dificultan el desarrollo de la planificación: la misma implica descentralización de la autoridad y del poder, por lo que no siempre cuenta con el compromiso de la alta dirección. También, debe lidiar con posibles conflictos de intereses entre los involucrados en la planificación y con la resistencia al cambio por parte de algunos actores. Maldonado y Erazo (2016) mencionan algunas dificultades técnicas para la planificación como la falta de procedimientos formales y la falta de formación de los recursos humanos. Bernazza (2004) señala como problemas comunes el aislamiento entre la oficina de planificación y los órganos ejecutivos y el establecimiento de objetivos nebulosos o difícilmente realizables.

Rodríguez (2012) identifica que un inconveniente de una adecuada planificación estratégica es que resulta costosa, debido a la cantidad de tiempo que deben invertir los miembros

involucrados, el cual muchas veces es percibido como un desperdicio por no vincularse a las tareas operativas cotidianas. Además, menciona como errores comunes no involucrar a las personas adecuadas; no abordar los asuntos relevantes, dado que resultan muy complejos o incómodos; no vincular el proceso con la planificación de los recursos necesarios para llevar el plan a cabo; interrumpir la ejecución del plan por la llegada de un nuevo equipo directivo o jefatura que desee iniciar nuevamente el proceso.

Otros autores plantean como central la cuestión de la participación. Felcman y Butler (2018) indican que es un objetivo de la planificación poder generar el involucramiento y compromiso de los actores sociales, por lo que, sin la participación de los mismos, los planes no trascienden la mera documentación. Los autores identifican una potencialidad en combinar la estructura jerárquica del Estado con la complejidad horizontal y consultiva al considerar actores del contexto.

La planificación estratégica en el sector salud y especialmente en los hospitales

Hecho este breve recorrido por el concepto y los elementos esenciales de esta herramienta, toca ahora preguntarse ¿es posible y deseable practicar la planificación estratégica en un ámbito como la salud?

La respuesta debería ser positiva, incluso en el subsistema público de salud que se caracteriza por la presión con que trabaja. Como dice Matus (1996), el Plan supone que una organización desarrolle mayor velocidad para reaccionar ante lo imprevisto, y si esa

reacción no es improvisada, seguramente los resultados sean mejores.

En su trabajo, Spadafora y Spadafora (2017) aseguran que la planificación se aplica en el sector sanitario desde la década de los '40, con los programas sanitarios verticales, que abordaban la erradicación de enfermedades tales como la viruela o la malaria, mediante la intervención de un equipo altamente especializado y comandado por la autoridad central. El paradigma cambia profundamente con la Conferencia de Alma Ata, en el año 1978, cuando se enfatiza el abordaje horizontal de los problemas sanitarios, los planes comienzan a pensarse en términos de la coordinación necesaria. Rovere (1999) afirma que, en el contexto de crisis de los Estados de Bienestar y la fragmentación, la planificación implica incorporar una mirada panorámica de la realidad, fortalecer los instrumentos de conducción (particularmente necesarios en contextos de incertidumbre y fragmentación), facilitar los procesos de seguimiento, monitoreo y evaluación y ampliar la investigación sobre problemas sanitarios y sociales detectando problemas potenciales.

Rodríguez (2012) suma, para justificar la planificación estratégica, la presencia de usuarios cada vez más informados y exigentes, la súper-especialización médica y las mayores opciones diagnósticas y terapéuticas, todo lo cual aporta mayor complejidad organizativa.

Muchos autores, como Serrat (2023) aplican los niveles ya mencionados: normativo, estratégico y táctico-operacional a la planificación del sistema sanitario.

Pero la herramienta de planificar no solo resulta fundamental a nivel del sistema, sino también a nivel micro en la gestión hospitalaria. En libro sobre la experiencia del Hospital “El Cruce” Medina y Narodowski (2015) afirman que la planificación estratégica sirvió para estructurar los distintos programas e instancias de evaluación de desempeño existentes en la organización, en conjunto con el desarrollo de un tablero de mando integral, permitiendo abordar problemas sistémicos mediante la confluencia de grupos de trabajo por proceso. En otro trabajo ubicado en la Provincia de Buenos Aires, Narodowski, Prieri y Machado Busani (2021) muestran que la planificación en el proceso de recuperación de costos aparecía como una variable explicativa de los resultados positivos en la facturación y por ende los recursos disponibles para los hospitales públicos.

En un estudio empírico, Leal, Muñoz y Torrealba (2011) aseguraban que la planificación resultaba un elemento integrador del equipo de salud, en tanto generaba participación y sentido de pertenencia, lo que repercutía positivamente en el desempeño.

En cuanto a las limitaciones, los estudios respecto a planificación estratégica en organizaciones sanitarias realizan un análisis similar al que se hacía en general, aunque se hace mayor énfasis en alguna de ellas, principalmente vinculadas a que se trata de organizaciones intensivas en conocimiento. Mosadeghrad y Esfahani (2020) muestran una serie de obstáculos para planificar: liderazgo débil, cultura organizacional inadecuada, problemas de comunicación y coordinación, falta de seguimiento y evaluación. Ventura Cruz, Robles Castro, Gómez y Manzueta Díaz (2012) señalan que debe contemplarse incentivos adecuados, como

otorgar mayores presupuestos como respuesta a la mejora de la planificación o la inclusión de patologías más atractivas desde un punto de vista científico, etc.

Estas situaciones pueden verse si se realiza un recorrido por las experiencias. La bibliografía menciona el caso del Hospital Clinic de Barcelona (2021) que muestra innovaciones técnicas (la estructura en tres pilares: pacientes, profesionales y recursos y el desarrollo de proyectos), una metodología basada en grupos focales, en los que participan todas las direcciones, servicios y áreas del Hospital y la creación de una Comisión de Participación de Usuarios y Pacientes, con el fin de incorporar de forma efectiva y formal la visión de los pacientes.

Otro caso diverso es el Hospital Universitaire Genève (2015) en el sentido de que se armó con un cuestionario, aunque también luego en base a reuniones entre directivos de los servicios en un proceso liderado por un equipo interdisciplinario de la dirección. Los ejes son muchos más que en el caso anterior, lo cual genera una duda respecto al alcance óptimo de las temáticas.

Un ejemplo que surge de la bibliografía de México, es el Hospital General Dr. Manuel Gea González (2020) porque realiza un análisis realista de la situación, pero no bajo el formato del FODA que puede ser considerado muy sintético y limitativo.

En Argentina, el Hospital El Cruce (2021), referente de alta complejidad de la Red Sudeste de la Provincia Buenos Aires, generó el Plan Estratégico 2022-2026. La institución ha tenido continuidad en sus planes estratégicos desde 2008. Según el documento, se elaboró mediante un proceso sistemático,

participativo y ordenado por un equipo integrado por la Dirección Ejecutiva y las direcciones asociadas junto a referentes de distintas áreas y servicios del Hospital. Se realizaron reuniones con actores clave (referentes), encuestas semiestructuradas (557) y grupos kaizen (20 grupos del que participaron 221 integrantes). Se definieron cuatro ejes estratégicos: Alta complejidad en red, Hospital Humanizado, Calidad y Eficiencia y Hospital Universitario. Núñez, Espíndola, García Munitis, Doldan, Martíns, del Mármol, Sanguinetti, y Del Soldato (2023) muestran el tablero de control de indicadores, donde se pondera el aporte de cada uno a la visión (esencial, recomendado o deseable) y su estado de cumplimiento (alcanzable, dificultoso o tendencia opuesta) lo que permite una mirada global del cumplimiento de cada eje estratégico y del plan en general.

El Hospital Garrahan (2021), referente de hospitales pediátricos de Argentina, construyó su plan estratégico a dos años durante 2021. Se propone cinco objetivos estratégicos: Consolidar Redes Integradas pediátricas, sostener la atención centrada en el paciente, promover la gestión inteligente del talento humano, modernizar la gestión administrativa de bienes y recursos físicos y consolidar el liderazgo tecnológico, la investigación, la innovación científica y la formación continua. Luego desarrolla una serie de acciones para cada objetivo, aunque las mismas carecen de plazos e indicadores específicos.

El único caso de los mencionados donde aparece en la web información sobre la evolución de su implementación es en el Hospital Clinic de Barcelona (2021), que cuenta con un documento de balance.

V.II. El Plan Estratégico en el Hospital Posadas 2022-2025

Como se ha visto en el capítulo 1, la gestión que asume en el 2020 parte de ciertas ideas rectoras: trabajar con la calidad como factor ordenador y en ese marco mejorar procesos de trabajo; incorporar tecnología; fortalecer e incrementar el trabajo en red. Además, planteaba hacerlo involucrando a los trabajadores y trabajadoras del HNAP, buscando reforzar su compromiso y alentando mejorar la cultura organizacional. Esta agenda estratégica persistió pese a la circunstancia inesperada que significó la pandemia. Para la Dirección del hospital era necesario estructurar esa agenda en un Plan Estratégico, mediante un proceso participativo que involucrara al conjunto del HNAP (2021a). El propio Director de Planificación Estratégica, coordinador de este libro, plantea que la tarea se emprendió –durante 2021- con una estructura en formación y con poca experiencia previa.

Anteriormente, el HNAP ya había transitado una Planificación Estratégica durante el año 2013. El Plan planteaba como horizonte temporal el período 2014-2016, contaba con misión, visión y valores, y organizaba apuestas estratégicas en seis componentes: Modelo de atención, Capital humano, Red, Comunicación, Gestión y Recursos Físicos. Finalmente se presentaba un cuadro con actividades, indicadores y metas que debían ser evaluados al finalizar el año 2016 (Hospital Posadas, 2013). En el documento no se menciona la metodología. De las entrevistas a trabajadores –por ejemplo, al Jefe de Área 4, uno de los responsables de docencia - surge que dicho proceso se llevó adelante con una mesa de trabajo conformada por el Consejo de Administración, la Dirección Ejecutiva y representantes de distintos servicios,

posteriormente se tomaron aportes y sugerencias del resto de la comunidad hospitalaria. Posteriormente a la elaboración del Plan, no se realizaron evaluaciones, ni durante ni después de su período de implementación ya que luego vino un cambio de gobierno y de la conducción del hospital completamente opuesto.

Según HNAP (2021, 21 de abril) la nueva gestión rescató este antecedente, ratificando la Misión, Visión y Valores que ya habían sido sintetizados en aquella experiencia, no hay acuerdo entre los coautores de este libro y miembros de la conducción del HNAP sobre la cuestión ya que tal vez debería haberse realizado un debate más amplio. En la bibliografía se le asigna un importante peso a la discusión de la Misión y la Visión para la apropiación cultural del Plan.

Al mismo tiempo se decidió profundizar en algunas discusiones relativas al rol del hospital, como por ejemplo el debate sobre la “alta complejidad”, que detallaremos más adelante. También, se consideró profundizar en la especificidad en cuanto a cómo alcanzar los objetivos allí enunciados y en los instrumentos de medición de los resultados con línea de base y metas anuales. Para eso la metodología incluye tres etapas. La primera etapa preveía un diagnóstico situacional del HNAP, utilizando la herramienta del FODA (matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), en la segunda se debía priorizar un conjunto de objetivos que debían alcanzarse para el año 2025, centrados en atacar las causas de las debilidades identificadas, y en potenciar aquellos aspectos que se reconocieron como fortalezas, en la tercera etapa se debía traducir cada objetivo en acciones concretas con horizontes de tiempo definidos, indicadores para su

evaluación y su objetivo y metas semestrales (Hospital Posadas, 2021a).

En cuanto a la participación, según HNAP (2020, 9 de diciembre; 2021, 21 de abril), el proceso debía poder compatibilizar una conducción política, que planteara la agenda estratégica, con una fuerte participación de los distintos actores del HNAP. El Director del área afirma que querían evitar redactar el Plan desde la conducción y luego imponerlo verticalmente, ni tampoco que se generara una discusión espontánea, multitudinaria y caótica sin marco estratégico. Por ende, se decidió construir mesas de trabajo que resultaran representativas de la heterogeneidad del HNAP (por temática, con actores de los diferentes servicios, con profesionales de distintas disciplinas, que contemplara tanto la parte asistencial como los estudios complementarios, las áreas administrativas y técnicas, la cuestión gremial, etc.).

Se conformaron nueve mesas con más de sesenta actores representativos de diferentes equipos de trabajo incluyendo Departamentos, Coordinaciones, Servicios, Comités (Hospital Posadas, 2021a). Las mesas se enfocaban en las siguientes temáticas:

- Atención ambulatoria de consultorios
- Proceso de internación
- Procedimientos quirúrgicos
- Atención de emergencias
- Gestión de pacientes
- Capital humano

- Tecnología e infraestructura
- Ética
- Perspectiva de derechos

Según el Director de Planificación se planteó como condición de participación de estas mesas que cada referente discutiera previamente con su equipo de trabajo y trajera sus comentarios y propuestas a la mesa, de forma que la participación indirecta en la planificación fuera muy masiva.

Para toda la operatoria, el rol central le cabía a la Dirección de Planificación Estratégica. Colaboraron el área de Comunicación y el Coordinador técnico de docencia, Se creó la Coordinación de procesos asistenciales que se ocuparía del seguimiento de los POA

A continuación, se analiza la implementación en sí de la metodología expuesta. En primer lugar, se debe decir que solo en algunos casos los representantes a las mesas organizaron reuniones previas, un ejemplo participativo fue el de los dispositivos de redes, cuyas referentes traían en cada reunión una memoria de consensos de su área. No se estableció mecanismo alguno desde la Dirección para el desarrollo y control para dichas actividades preparatorias.

En las encuestas realizadas en esta investigación, se consultó si consideraban que el proceso había sido participativo. El 77,8% afirmó que el proceso fue suficientemente participativo. Un 22,2% indicó que fue participativo, pero no suficiente. Nadie indicó que no fue participativo. “Han participado diversos actores de cada área incluyendo a trabajadores sin cargos de gestión.” (Jefe).

Probablemente se valora la experiencia como superadora en este sentido

Las mesas se reunieron entre tres y cinco veces. Según el jefe de Coordinación 2, participante de las mismas, se identificaron algunas dificultades propias de los procesos de planeamiento estratégico comentadas en la primera parte del capítulo, y otras vinculadas a la propia realidad del sistema sanitario. En primer lugar, menciona que, durante la etapa del diagnóstico situacional, resultaba más sencillo para los participantes enumerar las debilidades que las fortalezas. Sin embargo, mediante preguntas dirigidas, se encontró que había importantes ideas-fuerza con las que reforzar el orgullo institucional del HNAP, como el compromiso, la experiencia y la calidad humana del conjunto, así como el prestigio de la institución misma.

En las conclusiones de las mesas, según los documentos emitidos (Dirección de Planificación Estratégica, 2021) y según el testimonio del entrevistado aparece reiteradamente como fortaleza del HNAP el desarrollo de equipos interdisciplinarios que abordan problemáticas de salud desde una mirada integral y no únicamente médico-hegemónica. También los desarrollos propios de la respuesta a la pandemia como la telemedicina y la estratificación de pacientes por problemáticas y servicios.

La Directora General de otra área, coautora del libro, indica que otro de los desafíos fue la falta de análisis causa-efecto a la hora de identificar problemáticas. Esto, según la fuente, respondía a una cultura de trabajo atomizada en la cual no se analizan los procesos integralmente. Se menciona como ejemplo que en una mesa podía observarse que el promedio de permanencia de los pacientes era

elevado, en otra mesa de trabajo se analizaba que la causa se debía a la demora para obtener los resultados de los estudios que se hacían esos pacientes, en una tercera mesa se aportaba que las demoras eran resultado del uso compartido de un equipo tecnológico entre distintos servicios.

El Trabajador 3, del área de redes, señala que para muchos actores los problemas fundamentales provenían del contexto y no del conjunto de variables bajo control del HNAP. Surgió repetidamente la debilidad de la oferta sanitaria regional para construir una red sólida; las regulaciones laborales que generan bajos incentivos al compromiso y esfuerzo equitativo del personal; las limitaciones presupuestarias para la renovación total del equipamiento, las obras edilicias pendientes, etc. Estos elementos son propios del análisis de los sistemas de salud latinoamericanos, tal y como lo hemos estudiado en capítulos previos, y efectivamente impiden alcanzar soluciones óptimas a muchos problemas del HNAP. La fuente señala que varios participantes se esforzaron en empujar las discusiones hacia las variables que pueden ser influidas desde el propio HNAP, pero esto muchas veces dejó a los participantes “con sabor a poco”. En los comentarios de las encuestas aparece esta cuestión: “La demanda se impone a lo proyectado.” (Jefe de Departamento).

Según el Trabajador 3, en la instancia de definir objetivos estratégicos se evidenció que para gran parte de los involucrados resultaba más sencillo enunciar las dificultades que plantear las soluciones, y que muchas veces las soluciones para algunos sectores eran mayores problemas para otro.

Se menciona como ejemplo que en casi todas las mesas estuvo en debate el perfil de complejidad del HNAP, se confrontaban dos ideas-fuerza que estaban presentes en el imaginario pero que encerraban cierta contradicción entre sí. Por un lado, gran parte de los y las profesionales identifican la importancia que tiene el HNAP como institución de alta complejidad, en tanto tiene la capacidad para dar respuesta a cuadros clínicos que no pueden resolverse en otras instituciones públicas (y en algunos casos privadas) de la zona. Pero, a la vez, circula la idea de que el HNAP no puede dejar de atender la alta demanda que existe en la Emergencia, gran parte de la cual es de baja complejidad (pie diabético, hipertensión, infecciones respiratorias simples, apendicitis, hernias, etc.), debido a que la respuesta del resto de la región es insuficiente. La concepción de atención centrada en el paciente, entonces, impedía pensar en reducir la atención de Emergencias. Esta discusión se replicó en numerosas ocasiones, construyéndose una síntesis que consistió en plantear que el horizonte del HNAP debe ser especializarse en la alta complejidad, pero que esto requiere un desarrollo de redes sanitarias sólidas que puedan dar respuesta ante una menor absorción de la baja complejidad.

La Dirección de Planificación Estratégica se ocupó finalmente de agrupar problemáticas y cruzar la información discutida en distintas instancias para construir el “árbol de problemas” y establecer estas relaciones causa-efecto que luego derivaban en objetivos y estrategias. El resultado de esta consolidación fue enviado y validado por los participantes de las mesas (Hospital Posadas, 2021, 10 de diciembre). Los entrevistados ya mencionados dicen no haber verificado diferencias sustanciales

con lo enviado, pero ya hemos visto en la experiencia internacional que no siempre se logra la confianza suficiente que permita opinar libremente.

Respecto a los objetivos y las estrategias, el Plan Estratégico (Hospital Posadas, 2021a) fue ordenado en cinco ejes, Desarrollo de la alta complejidad, Atención centrada en el paciente, Inversión y puesta en valor de los recursos físicos, Potenciación del talento humano, Fortalecimiento institucional, cada uno con entre tres y ocho objetivos.

Al consultarse sobre el conocimiento y la pertinencia de los objetivos estratégicos, el 100% de los encuestados respondió que los conoce y son pertinentes. Una de las encuestadas, sin embargo, señala que “falta considerar contexto externo según marco conceptual CFIR” (Jefa).

Siguiendo con la misma fuente, la construcción de indicadores (tercera etapa del proceso) se encontró con dos dificultades: por un lado una escasa práctica y formación en la utilización de instrumentos de medición, por otro lado cierta aversión a establecer mecanismos de control, percibiéndolos como una forma de auditoría que podía perjudicar a los profesionales aunque se hiciese desde la conducción énfasis durante el proceso y en reuniones posteriores en explicar el sentido de los indicadores, y que su fin no era castigar los malos resultados, sino identificar velozmente los desvíos de la planificación trazada para implementar medidas correctivas.

Finalmente se terminaron estableciendo 28 indicadores de seguimiento, con una línea de base en 2021 y metas para 2022,

2023 y 2024. La mayoría de los mismos fueron seleccionados sobre la información que ya construía el Departamento de Estadística, aunque también se generaron algunos nuevos como el número de metros cuadrados puestos en valor anualmente y número de úlceras por presión sobre egresos. La mayoría de los indicadores definidos fueron indicadores de resultado, como los mencionados previamente, aunque en algunos casos también se incluyeron indicadores de proceso (por ejemplo, el número de procesos asistenciales formalizados) y de impacto (por ejemplo, el número de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud – IACS – o los días de permanencia en la internación).

En la presentación del Plan participaron el Director Ejecutivo de ese momento y altos funcionarios del Ministerio de Salud. En la misma actividad se hizo entrega de las Certificaciones de Normas ISO 9001 y 14001 (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

En dicha presentación, se planteó que el paso siguiente era llevar adelante una estrategia para la implementación del Plan, para lo cual se desplegaron dos mecanismos: por un lado, una revisión semestral de todas las acciones e indicadores, a cargo de la Dirección de Planificación Estratégica pero que también involucró a todos los actores responsables de llevar adelante los objetivos. Por otro lado, se solicitó a los Jefes de cada Departamento y Servicio por nota que elaboraran un Plan Operativo Anual (POA), como correa de transmisión de las definiciones macro del Plan hacia objetivos, acciones e indicadores micro de cada equipo de trabajo (Hospital Posadas, 2021, 10 de diciembre).

Se realizaron tres revisiones semestrales desde la elaboración del Plan (primer y segundo semestre del 2022 y primer semestre del 2023), al momento de escribir este libro se encontraba en proceso la revisión del segundo semestre del año 2023.

En la tabla 6.1 incorporamos información de los indicadores relevados. Se observa que se incrementó la cantidad de indicadores relevados de 21 a 24, aunque cayó la efectividad de cumplimiento de las metas, del 76% (total o parcial) al 62%.

Figura n° 5.1. Resumen de las revisiones semestrales del Plan Estratégico

	2022 1er semestre	2022 2do semestre	2023 1er semestre
Indicadores relevados	21	23	24
Cumplieron la meta	57% (12)	52% (12)	33% (8)
Cumplimiento parcial	19% (4)	26% (6)	29% (7)
Incumplieron la meta	25% (5)	22% (5)	38% (9)

Fuente: Hospital Posadas (2022b, 2023f y 2023g)

Según las revisiones, algunos indicadores fueron modificados durante el proceso de implementación, dada la disponibilidad de la información. Además, algunos indicadores se crearon en el marco de la implementación del Plan, por lo que comenzaron a medirse a medida que se construyó la línea de base. Durante el 2022 con la revisión en mano se generaron instancias de discusión sobre el desempeño de los indicadores con referentes de las áreas involucradas y eso sirvió para tomar algunas acciones correctivas. Durante el 2023 esto no sucedió.

Respecto a los POA, la Coordinación de Procesos Asistenciales junto con la Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad y la Dirección de Planificación Estratégica generaron una herramienta para estandarizar su elaboración entre los numerosos Departamentos, Servicios y Coordinaciones (Dirección de Asistencia Médica, 2023). La herramienta incluye tres partes: diagnóstico del área, objetivos y acciones e indicadores. Durante el 2022 se realizaron ocho encuentros dirigidos a los responsables de armar los POA con el objetivo de generar espacios de reflexión, retroalimentación y consolidación, para facilitar la implementación de la herramienta (Dirección de Asistencia Médica, 2022). La Coordinación de Procesos Asistenciales (2024) evalúa que se presentaron en 2022 y 2023 alrededor de 50 planes, de los cuales un 75% presentó correctamente el diagnóstico y un 50% presentó correctamente las acciones y los indicadores de su respectiva área. El informe comenta que se constata cierta madurez institucional en el uso de la herramienta, debido a su adherencia y continuidad, aunque reconoce dificultad para la planificación de acciones y el seguimiento de las mismas. Según surge de las entrevistas, no se realiza una evaluación del

cumplimiento de los indicadores de cada POA, lo cual genera cierta frustración entre los responsables de llevarlos adelante. “Debería haber devoluciones del monitoreo periódico de indicadores y metas alcanzadas a los diferentes equipos de salud.” (Jefa de Departamento).

Sobre la expresión del Plan Estratégico en los POA que elabora cada servicio, el 16,7% indicó que se expresa adecuadamente, el 72,2% indicó que se expresa, pero falta mucho, el 5,6% indicó que no se expresa y el 5,6% no respondió. En particular, entre empleados (no jefes) la proporción que considera que falta mucho se eleva al 80%. “Aún falta resolver, situaciones edilicias, de equipamiento y medidas tendientes a incrementar la complejidad.” (Jefe). “Es un trabajo muy extenso e intenso, llegar a cada responsable de área para brindarle apoyo y seguimiento en su planificación operativa. Igualmente, el PEI es un gran logro para liderar procesos de trabajo.” (Trabajador).

Al consultar sobre los resultados alcanzados desde la puesta en marcha del Plan Estratégico, el 70,6% de los encuestados indicó que se han alcanzado resultados positivos, el 11,8% indicó que los resultados alcanzados no son positivos (pese a considerar que los objetivos son pertinentes) y el 17,6% no responde. Nadie indicó que no haya resultados a la vista.

Si medimos el resultado por los cambios generados en la gestión debido a los resultados de las verificaciones del Plan y los desvíos advertidos, vemos que el Plan permitió priorizar algunos temas que estaban relegados (formalización de procesos, guías clínicas, manual de inducción, política ambiental), sistematizar la información relativa a la calidad asistencial (nuevos equipos

interdisciplinarios y medición sistemática de indicadores), ordenar las prioridades de obras y compra de equipamiento. Otros temas esenciales del Plan no tuvieron cambios significativos debido a su implementación (desarrollo de las redes, priorización de especialidades de alta complejidad, mejoras en el proceso de internación) (Hospital Posadas, 2023f; Hospital Posadas, 2023g). Quiroga, Vidal y Zerbo (2024) señalan la importancia del Plan Estratégico 2022-2025 junto con el respaldo de otras áreas de la gestión para retomar acciones vinculadas a la seguridad de los pacientes basada en la inter disciplina.

V.III. Conclusiones

En la bibliografía estudiada sobre la planificación estratégica pudimos identificar algunos temas relevantes, tales como el rol crucial de la participación, combinando estructuras jerárquicas con enfoques horizontales; la búsqueda de un equilibrio en los objetivos entre una mirada ambiciosa pero realizable; la importancia de la flexibilidad, considerando elementos de un contexto cambiante y estrategias contingentes para diferentes escenarios y la necesidad de realizar esfuerzos para trasladar la planificación a la realidad mediante estrategias de implementación.

Podemos concluir que la estrategia de elaboración e implementación del Plan Estratégico 2022-2025 fue un intento de lograr transformaciones profundas en el proceso de definición de objetivos y tareas. En el punto de partida el hospital era la típica institución en que, según la bibliografía, es difícil planificar, en ese sentido el resultado fue positivo.

Los actores consideran mayoritariamente que el proceso fue democrático, aunque identificamos limitaciones en la participación, quedando la misma circunscripta al nivel de jefes, salvo en los casos en que éstos abrieron la discusión dentro de sus equipos. El compromiso con el proceso de planificación se expandió, fundamentalmente, mediante la estrategia de los POA, aunque los mismos se limitaron al área asistencial, no implementándose en las áreas administrativas ni de redes.

También hay consenso sobre la pertinencia de los objetivos, al menos según las encuestas.

Respecto a la flexibilidad, si bien el Plan Estratégico incorpora análisis del contexto, no se evidencia la existencia de planes contingentes, aunque sí aparece la priorización tanto de servicios asistenciales como de obras de infraestructura.

La estrategia de implementación muestra resultados parciales, tanto a nivel de las metas globales como en la realización de los POA en cada servicio. Como déficit: 1) no se evidencia que el ejercicio de las revisiones haya servido para reorientar los recursos a corregir los indicadores desviados de las metas; 2) la falta de evaluación de los indicadores de cada área, y de recompensas por el cumplimiento de los mismos, que podría desincentivar el uso de los POA a futuro.

Podemos concluir que la mayoría de los elementos analizados en la bibliografía y la experiencia internacional fueron contemplados en el proceso, al menos parcialmente. Si bien se percibe un compromiso generalizado con el Plan, aún hay limitaciones y desafíos pendientes en cuanto a la inclusión de todos los niveles

jerárquicos y áreas de la organización en la participación activa. Además, la necesidad de una evaluación más rigurosa y mayores incentivos para el cumplimiento de los indicadores son aspectos que deben abordarse para lograr resultados más sólidos en el futuro.

Capítulo 6. La mejora en la gestión de los servicios asistenciales: las reformas en la farmacia y en el sector de Hemodinamia

Patricio Narodowski, Julieta García y Rodrigo Sal Iturreña

Introducción

En el presente capítulo analizaremos dos casos de gestión de servicios asistenciales, hemos seleccionado la Farmacia y Hemodinamia. El primero debido a su rol transversal en el proceso de salud y el segundo debido a la importancia de las enfermedades cardiovasculares dentro de las causas de muerte de la población. Ambos fueron seleccionados estratégicamente por la gestión que nos toca estudiar, según consta en el Plan Estratégico 2022-2025 (Hospital Posadas, 2021a).

En el apartado de la Farmacia, en primer lugar, analizaremos como lo plantea la metodología del libro, los debates y experiencias internacionales, haciendo hincapié en la cuestión de la estrategia de selección de los medicamentos en el marco de la evaluación de su eficacia, luego su adquisición, las condiciones del almacenamiento, el proceso de dispensación y la automatización del mismo. A continuación, ya en el caso del HNAP, se parte de las dificultades históricas de la Farmacia, para luego analizar las medidas tomadas en los mismos temas relevados en la bibliografía sobre la experiencia internacional, tratando de entender la lógica seguida, los logros, las limitaciones. En un apartado siguiente veremos el rol de la producción propia de medicamentos, una

estrategia importante en el contexto de los debates sobre medicamentos, especialmente en América Latina.

Respecto a Hemodinamia, veremos la definición del servicio y su importancia, algunas experiencias internacionales, especialmente por la atención 24hs de esta problemática, así como las compras, los procedimientos, y aspectos particulares de la atención centrada en el paciente. Luego analizaremos punto por punto las reformas implementadas en el período bajo análisis en el HNAP.

En ambos casos se utilizan fuentes de información primaria y secundaria, entre las que se incluyen los datos de las 18 encuestas realizadas al personal de la Farmacia (jefes, supervisores, trabajadores y técnicos), los testimonios de las 3 entrevistas semi-estructuradas al personal de la Farmacia y Hemodinamia (técnica, jefe y médico) y el análisis documental de normativa, procedimientos, informes de las áreas y estadísticas del HNAP.

VI.I. La gestión de la farmacia en el mundo.

La Farmacia Hospitalaria es obviamente fundamental en el proceso de atención en tanto genera el contexto para proporcionar una atención adecuada, a su vez permite mejorar la adherencia al tratamiento, minimizar los incidentes relacionados con la medicación, incorporar información sobre el tratamiento y la historia clínica de cada paciente; además puede ser importante como una estrategia de ahorro de costos considerando la incidencia de los medicamentos en los gastos totales (SEFH, 2017).

Las tendencias actuales consideran a la gestión por procesos y basados en la calidad, como un enfoque superador para la gestión de este servicio, como en el resto, aunque con sus particularidades (AAFH, 2012).

Para afrontar un diagnóstico y una estrategia se puede dividir el ciclo de gestión del servicio en cuatro grandes procesos: selección, adquisición, almacenamiento/ distribución y uso/dispensa (OPS, 2006). Respecto de la selección, OPS (2006) indica que la misma debe estar basada en la experiencia real de las necesidades sanitarias. El Ministerio de Salud de la Nación (2024a) hace hincapié en la importancia de un listado de medicamentos esenciales, en cuanto evitan la prescripción de otros medicamentos más caros o peligrosos, permite al equipo de salud conocer mejor cada medicamento y minimiza las posibilidades de confusión. Según OPS/OMS (2016) los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población y deben estar disponibles en todo momento, en cantidades adecuadas, en las formas farmacéuticas apropiadas, con calidad asegurada.

Sin embargo, son pocos los países que se ajustan a la lista de medicamentos esenciales de la OMS y menos aún los casos en que los prescriptores adhieren mayoritariamente a las guías elaboradas (Tobar, 2008). En Medina y Narodowski (2019) planteamos modelos de seguros, como el británico, que permiten un mayor control de estas situaciones.

El proceso de compra y el de almacenamiento van juntos, la ineficiencia en la adquisición puede conducir a situaciones en que hay sobrantes y faltantes al mismo tiempo, por ende, a mayores

costos (OPS, 2006). Y además de la necesaria transparencia, debe garantizarse la calidad, en función de las exigencias de las entidades legales y reguladoras pertinentes (WHO/FIP, 2013).

La bibliografía en general plantea que una demanda más agregada y una convocatoria más abierta garantizan mejores precios de compra (Tobar, 2008). Pero eso debe ser complementado por mecanismos exigentes de almacenamiento y control (OPS, 2006)

En lo respectivo a la infraestructura y el almacenamiento, el espacio debe ser seguro, fuera del alcance del personal no autorizado, con un ambiente limpio, fresco y seco (con control de iluminación, temperatura, ventilación y humedad) y contar con un protocolo adecuado de eliminación de desechos. El espacio debe ser lo suficientemente amplio para permitir la separación de los medicamentos (Ministerio de Salud de la Nación, 2023b). Según Molero y Acosta (s/f) debe contar con un fácil acceso y comunicación interna y externa, acceso a circulación vertical (ascensores y montacargas) y se recomienda que todos los almacenes se concentren en la misma zona. Mucho de todo esto se aplicó en el HNAP con las limitaciones del caso.

Ya nos referimos a cuestiones generales sobre gestión de inventarios y stocks en el capítulo 2, aquí nos limitaremos a discutir temas específicos para el caso de medicamentos. Por supuesto su correcta gestión requiere mantener un ordenamiento adecuado, realizar un inventario y un registro, informar situaciones críticas o faltantes (Ministerio de Salud de la Nación, 2023b). Deben conocerse y registrarse todos los movimientos, incluyendo entradas, salidas, vencimientos y cambios de localización (Ministerio de Salud de la Nación, s/f). La

trazabilidad puede ser por lote o unívoca. En el primer caso se trata de un conjunto de medicamentos elaborados bajo idénticas condiciones y en el mismo período, con lo cual al detectar una falla en cualquier unidad del lote permite asumir una falla general. El caso de trazabilidad unívoca -el registro es por cada envase farmacéutico- se aplica a algunos medicamentos específicamente identificados (Ministerio de Salud de la Nación, 2023b).

El inventario puede realizarse contando todos los productos al mismo tiempo, lo cual según el tamaño de la farmacia podría suponer más de una jornada, o bien, contando determinados productos de forma rotativa (por ej. por estación o por sector). Se recomienda conocer el uso promedio mensual de cada medicamento para una mejor gestión del stock (Ministerio de Salud de la Nación, 2023b). Sobre este aspecto aún debe trabajarse.

En el almacenamiento influye el paso sucesivo, la distribución, para ella debe establecerse un sistema que permita la continuidad con el paso anterior, con el uso de TIC.

El uso involucra la prescripción, la dispensación y el consumo. Según Ospina Sánchez (2020, 13 de marzo), en el uso deben asegurarse las “5C”: medicamento correcto, paciente correcto, hora correcta, dosis correcta y preparación correcta. En la prescripción surgen las problemáticas que vimos para la confección de guías y el respeto de las mismas, aunque se aconseja cierto grado de libertad, por los profesionales.

Actualmente, los modelos habituales de dispensación son el método por stock y el de la dosis unitaria para 24 horas (SDMDU). En ambos casos se distribuyen los medicamentos a las distintas

localizaciones donde se almacenan. En el primero, hasta su utilización en el momento establecido en la prescripción médica de cada paciente; en el segundo durante 24 horas (Giménez, Reig-Viader y Espallargues, 2021).

Algunas buenas prácticas para que el proceso completo funcione son la entrega oportuna, el llenado de los formularios elaborados para el monitoreo del sistema y, en especial, la orientación al usuario sobre los riesgos y los beneficios que involucra el tratamiento. Debe incluir un procedimiento escrito de retirada de medicamentos de forma rápida cuando se sepa o se sospeche que sean defectuosos, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación (Tobar, 2008; WHO/FIP, 2013).

Existen muchos problemas en lo relativo a la dispensación: retraso en la llegada de las prescripciones médicas, lentitud en la respuesta, cambios en la prescripción, cambios en la localización del paciente, dosis que se pierden, etc. Parte de estas dificultades intentan resolverse con la automatización, que inicia en los '80 en Estados Unidos. Un sistema automatizado de dispensación de medicamentos incluye una unidad de procesamiento central, comúnmente ubicada en la Farmacia y una red de estaciones de almacenamiento seguras, similar al cajero de un banco. Permite incrementar la productividad, la exactitud y el control de la utilización de los medicamentos (Molina-Trinidad, Ramos-Garnica y Guerrero-Rendón, 2018). Una gran ventaja de los sistemas automáticos es que solamente acceden a los medicamentos usuarios autorizados, quedando registrados todos los movimientos, incluso información del paciente que recibe la dosis (Hernández y Poveda, 2001).

Tsao, Lo, Babich, Shah y Bansback (2014) analizan empíricamente el potencial impacto de los sistemas de almacenamiento y dispensación automatizados. En primer lugar, concluyen que su aplicación ha reducido los errores técnicos en la tarea de reposición de medicamentos, aunque este resultado varía según la institución. En segundo lugar, confirman el impacto del sistema en los procesos de registro y facturación de los medicamentos, lo cual en nuestro sistema de salud local se reflejaba en una mejora del recupero de costos. Los autores afirman que esta tecnología ahorra costos al mejorar la precisión en el seguimiento de inventarios y entrega de medicamentos a pacientes, simplificando el proceso de facturación.

Sin embargo, ISMP y Grupo Techno (2011) planteaban entonces que persisten errores de administración de medicamento equivocado o dosis incorrecta, al momento de reponer el sistema, al retirar medicación o a veces por falta de validación de la prescripción médica por un farmacéutico. Por esta razón proponen la implementación de prácticas seguras, especialmente un entorno ordenado y calmo, protocolos para el retiro y la reposición de medicación, conectar el sistema a la prescripción electrónica con validación del farmacéutico obligatoria, definir adecuadamente la información que despliega la pantalla del sistema, formar y evaluar a los profesionales que manejan el sistema, establecer planes de mantenimiento, etc. Sobre los RRHH, Girón Aguilar y D'Alessio (1997) enfatizan la importancia de contar con diferentes disciplinas, aunque el profesional farmacéutico tenga el rol central.

VI.II. Dificultades históricas de la provisión de medicamentos en el Hospital Posadas y la estrategia de los últimos años

La falta de una estrategia general, los problemas de la gestión y las soluciones

Según la documentación vinculada a la provisión de medicamentos, especialmente el Análisis de deudas al 1 de enero del 2016 (Hospital Posadas, 2016) y el Análisis de Fondos Rotatorios al año 2015 (Hospital Posadas, 2015), durante muchos años el Servicio de Farmacia no contó con una provisión de medicamentos continuada en el tiempo, no pudiendo así garantizar la continuidad de los tratamientos. En 2015, el gasto por Fondo Rotatorio para urgencias representaba aproximadamente el 20% del gasto total y un gran porcentaje estaba destinado a la compra de medicamentos, indicando que el esquema de compras era poco eficiente. Como ya vimos en el apartado previo, y en capítulos anteriores, la falta de planificación en las compras de medicamentos tiene consecuencias económicas y en la calidad de los tratamientos. Por otro lado, según surge de las entrevistas no había un modelo de evaluación eficiente del qué comprar (error en la etapa de selección) y había un problema de espacio físico y de falta de equipamiento (errores en las etapas de almacenamiento y uso).

La estrategia definida por la nueva gestión fue, según consta en el Plan Estratégico 2022-2025 del Hospital, por un lado, reorganizar y modernizar los procesos de trabajo de la farmacia, para dar cumplimiento a los requisitos necesarios para su habilitación; y por otro, buscar la automatización de la farmacia a través de la

adquisición de tecnología de última generación, en sintonía con la experiencia internacional (Hospital Posadas, 2021a).

En relación a los procesos de trabajo en el Plan Estratégico se definieron acciones concretas:

- Crear un Comité de Farmacoterapéutica en 2021 que define de modo interdisciplinario, periódico y dinámico el vademécum.
- Unificar la farmacia ambulatoria y de programas públicos, con responsable definido y espacio acorde.
- Ampliar el horario de la farmacia ambulatoria de 8 a 20hs.
- Implementar prescripción médica electrónica y registro informático trazable
- Elaborar guía fármaco-terapéutica, con información relativa al uso, posología, indicaciones, reacciones adversas, período de cobertura y cupos de tratamientos, etc.

Uno de los resultados más importantes en línea con los debates sobre seguridad y calidad, es el logro de la habilitación del Servicio de Farmacia según lo establecido por la Resolución 580/22 del Ministerio de Salud de la Nación. La misma fue consecuencia de una fiscalización de dicho ministerio a fines del año 2022 (Secretaría de Calidad en Salud, 2023).

Una evaluación de la pertinencia de las compras de medicamentos

Previamente a la gestión que estamos analizando, no había un modelo de evaluación eficiente que diera mayor racionalidad a la compra de medicamentos. Para paliar esta deficiencia se creó por disposición un Comité de Farmacoterapéutica en 2021, cuyo objetivo según la norma era definir de modo interdisciplinario, periódico y dinámico el vademécum farmacoterapéutico disponible en el HNAP, en consenso con los prescriptores, y que establece los mecanismos, criterios y prioridades en relación a la selección, adquisición, distribución y uso de los medicamentos basándose en la eficacia, inocuidad, calidad y costo. El fin era contar con la información necesaria para decidir qué medicamentos debía tener disponibles de forma habitual en el Servicio de Farmacia. Según el Ministerio de Salud de la Nación (2024a) el Comité tiene como objetivo “Definir de modo interdisciplinario, periódico y dinámico el vademécum farmacoterapéutico disponible en el Hospital, determinando los ítems a gestionar en consenso con los prescriptores. Establecer mecanismos, criterios y prioridades con relación a la selección, adquisición, distribución y uso de los medicamentos basándose en la eficacia, inocuidad, la calidad y el costo.”

Si bien existen antecedentes en el HNAP de la existencia de un Comité de Farmacia integrado por distintos servicios desde Enero de 1979 (Resolución 11/1979), al momento del inicio de la gestión, no tenía la preponderancia necesaria.

La creación del Comité resultaba necesaria a los fines de cumplir con la Resolución 641/2000 que detalla: “el establecimiento asistencial debe disponer de la Guía Farmacoterapéutica que

refleje la elección de medicamentos disponibles en el establecimiento (...). El Comité busca ser un instrumento eficaz para mejorar la utilización de los medicamentos al promover una terapéutica segura y costo-efectiva” (Ministerio de Salud de la Nación, 2000). Esta norma fue reemplazada por la Resolución 580/2022 que indica “El Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) es el órgano de asesoramiento, consulta, coordinación e información relacionada con los fármacos, que tiene como función principal: la selección de medicamentos que deberán formar la Guía Farmacoterapéutica (GFT) del Hospital” (Ministerio de Salud de la Nación, 2022b)

El Comité construyó un vademécum con todas las drogas incluidas clasificadas por acción terapéutica y categorizadas de acuerdo al nivel de restricción respecto a su acceso, con una breve monografía de cada droga detallando presentaciones, vías de administración, dosis usuales e información de interés para el equipo de salud. El vademécum forma parte de una disposición específica. Se vio en la experiencia internacional que se trata de una herramienta que fomenta la aplicación adecuada, racional y segura de la terapia basada en evidencia científica promoviendo el empleo de monodrogas frente a las asociaciones medicamentosas.

De acuerdo al testimonio de la Trabajadora 4, técnica del servicio, lo que más se destaca en relación a la construcción del vademécum, es que fue ampliamente discutida y su armado tuvo una gran participación de equipos interdisciplinarios. Su uso en el HNAP según los mismos entrevistados fue fundamental para realizar las compras.

El sistema de compras

Históricamente y hasta el año 2016, la adquisición de medicamentos en el HNAP, solía ser un proceso complejo y fragmentado, cuya característica principal eran los múltiples procedimientos licitatorios, muchas órdenes de compra y requerimientos permanentes de compras por urgencia, al contrario de las recomendaciones de la bibliografía. Como se dijo anteriormente, consta en documentos de deuda del HNAP en el año 2015 y principios del 2016, que los Fondos Rotatorios ocupaban un alto porcentaje del gasto total. En el registro de licitaciones de aquel período puede observarse que se hacían licitaciones separadas para diferentes tipos de medicamentos, lo cual resulta ineficiente, ya que se consumía más tiempo y recursos a la hora de procesar las contrataciones, así como problemas en la logística de entrega con cada uno de los proveedores. Asimismo, como vimos, el HNAP se veía obligado a realizar compras por urgencia para cubrir necesidades inmediatas,

El Servicio de Farmacia desde hace más de 5 años, cuenta con una modalidad de adquisiciones de medicamentos unificada, que representó un cambio trascendental. En términos prácticos, consiste en realizar una licitación pública por la totalidad de los medicamentos que se estiman que se van a necesitar en un período de dos años, y su contratación se realiza mediante órdenes de compra abierta (OCA). Este sistema, posibilita al HNAP solicitar lo que efectivamente necesita, sin estar obligado a consumir todo lo que está contratado. A su vez, la modalidad de contratación prevé entregas de insumos semanales, reduciendo la cantidad de stock sin movimientos por largos períodos, tendiendo a reducir el

costo financiero, el almacenamiento en exceso y posibles vencimientos.

Este mecanismo se complementa con la incorporación de equipos tecnológicos de automatización de la gestión del stock que analizaremos más adelante. Se observa que dicha tecnología y la modificación de los procesos anteriormente descritos, posibilitaron tener información precisa y de gestión de los inventarios, mejorando la trazabilidad.

La cuestión de la infraestructura de las farmacias

Según la Trabajadora 4, la Farmacia del HNAP históricamente tuvo dificultades de funcionamiento y un problema grave era la falta de espacio físico, con las características que una farmacia de este tamaño requiere. Incluso, por no disponer de un área lo suficientemente extensa como para almacenar los insumos, se fueron armando distintos depósitos distribuidos en diferentes lugares y pisos del HNAP, lo que dificultó el control de stock de los insumos, el control de vencimientos, su distribución y dispensa, como sugiere la bibliografía. Incluso se alquilaron depósitos externos.

Operativamente hablando, el HNAP funcionaba con dos sectores principales, a través de los cuales era posible retirar medicación para internación: el primero es el depósito central de farmacia y el segundo, la farmacia de guardia. Otra dificultad histórica similar, de acuerdo al testimonio de la Trabajadora 4, técnica histórica, se da en base a la existencia en paralelo de la farmacia de programas, con medicamentos específicos y otro tipo de cobertura. Si bien, la medicación de cada área era diferente, al encontrarse en diferentes

lugares del HNAP, muchos pacientes y familiares debían recorrer los distintos sectores.

Esto propició el riesgo permanente de la doble dispensa al mismo paciente en un día, demoras innecesarias por tener que preparar dos veces los pedidos (primero del depósito central a la farmacia de guardia, para que luego ésta lo distribuya), mayores demoras, un doble control de stock, mayor necesidad de recursos humanos farmacéuticos, con los consecuentes problemas operativos, de tiempo y a su vez, incrementando el gasto.

Los responsables del área consideran importante destacar que no era posible visibilizar los medicamentos próximos a vencer, ni tampoco poder hacer uso del principio de “primero entrado, primero salido”, la medicación se vencía, generando pérdidas económicas altísimas, y demoras en las entregas de insumos por falta de los mismos.

Finalmente, la dispersión del espacio físico de la farmacia y la falta de sistemas de gestión de stock y dispensación, repercutían en la calidad de la información para la gestión, dificultando la generación de informes y la toma de decisiones. En contraposición, se ha visto en la experiencia internacional la importancia de un buen diseño físico de la farmacia de instituciones sanitarias.

Para solucionar el tema se definió organizar dos farmacias: una para internación y otra para los servicios ambulatorios, lo que obligó a una adaptación de las oficinas realizada al momento de la compra del equipamiento.

La incorporación de tecnología y los cambios en los procesos

Continuando con las cuestiones operativas vinculadas al proceso de trabajo de la farmacia, y de acuerdo a García (2021) históricamente el proceso para que el medicamento llegara al paciente internado era el siguiente:

- El farmacéutico clínico relevaba a pie de cama en la historia clínica papel las indicaciones médicas.
- Las mismas se transcribían y se validaban.
- Luego de realizado el relevamiento de todo el piso, el farmacéutico entregaba la grilla de la prescripción por paciente en papel al sector de dosis diaria.
- Los técnicos del área preparaban los pedidos teniendo que dirigirse a cada una de las estanterías que contenían los distintos medicamentos.
- Luego de finalizada la preparación de las más de 600 camas del HNAP, los técnicos distribuían la medicación en bolsas a cada uno de los pisos a última hora de la tarde.

Como se observa, el proceso descrito tenía como base el papel. Al no disponer de un sistema informático, el proceso impedía el registro eficiente de los egresos y circulación de la medicación.

La situación se vio agravada con la llegada de la pandemia por COVID 19. Como en las farmacias de otros hospitales (Palomar-Fernández y Álvarez Díaz, 2020), las dificultades afloraron como consecuencia del aumento radical de pacientes, la necesidad de reorganizar la internación (separando sectores vinculados al COVID y a los no COVID), la incorporación de camas críticas, la necesidad de entregar medicación diariamente a los 4 Hospitales

modulares dependientes del HNAP, la modificación de procesos internos como consecuencia del COVID, tanto para la distribución de medicamentos en los pisos, como para la recepción de insumos en los depósitos, el aumento significativo de las licencias del personal por fuerza mayor. Este escenario se vio agudizado por las enormes dificultades a la hora de conseguir insumos por parte de los laboratorios, la aparición permanente de nuevos protocolos y diversas posologías para los medicamentos (Hospital Posadas, 2021, 22 de diciembre).

De acuerdo a los testimonios del área de los Trabajadores 4 y 5, el desabastecimiento general en el país tanto de insumos, como de la sedoanalgesia y elementos de protección personal, generó preocupación en el ámbito de la salud, y cada sector del HNAP incrementó el acopio de insumos, no pudiendo garantizarse la utilización costo-efectiva de medicamentos. Esto implicó aún más trabajo para los farmacéuticos clínicos que debían recorrer los pisos y detectar estos acopios para devolver el stock sobrante al servicio. La falta de información informatizada agravó aún más estas dificultades.

Como vimos en el apartado anterior, la bibliografía indica que la implementación de nuevas tecnologías y los cambios en el proceso de dispensación y almacenamiento dentro de la farmacia hospitalaria van de la mano.

La estrategia como ya se adelantó, consistió como se explicita en el Plan Estratégico 2022-2025 (Hospital Posadas, 2021a), en modificar los procesos internos de la farmacia y renovar la tecnología del sector, direccionando la inversión hacia equipos de última generación y su software de gestión (como carruseles

verticales de depósito refrigerados y no refrigerados automáticos, dispensa de unidades y carruseles horizontales de productos médicos automáticos) que permitieran la automatización de la farmacia. Se trataba, por un lado, de disponer de un único almacén central que almacene, administre y dispense la medicación, y por el otro, disponer de sistemas de gestión de inventarios que brinden información sobre el stock en tiempo real, los consumos y su trazabilidad en todo el HNAP, hasta llegar al paciente.

Como mencionamos, se definieron dos farmacias: una para internación y otra para los servicios ambulatorios. La primera cuenta con una única área para almacenar los insumos que se requieren para todos los pacientes del HNAP donde se controla el stock de los insumos, su distribución y dispensa.

Sólo a través del depósito se puede administrar toda la medicación para internación, reduciendo así, la posibilidad de la doble dispensa al mismo paciente en un día dado, técnicamente esto se cumple, dado que todo está registrado en los carruseles automáticos y en su sistema informático. El personal del sector administrativo y profesional que se encarga de la gestión farmacéutica cuenta con oficinas sofisticadas para realizar adecuadamente sus tareas.

Según García (2023a; 2023b) el nuevo proceso funciona de la siguiente manera: 1) El farmacéutico clínico releva a pie de cama las indicaciones médicas contando con un sistema y equipo informático para validar esas indicaciones. 2) Una vez validada el técnico comienza con la preparación. 3) Los carruseles contienen bandejas que giran verticalmente e indican dónde, cuándo, cantidad y a quién, hasta que finalice la totalidad de la prescripción

del paciente. 4) El técnico puede optar por preparar los pedidos por agrupación de solicitudes, lo que implica que en un giro completo del carrusel se prepare todo el piso. Esto reduce considerablemente los tiempos de preparación. 5) Todos los pedidos de los pacientes se colocan en carros que contienen la medicación por cama. El puesto de trabajo del técnico es fijo y el medicamento se acerca al técnico, no al revés. También hay validación de entrada y salida de producto lo que disminuye drásticamente los errores en la preparación. Asimismo, se elaboran reportes de dispensa.

Los dispensadores automáticos (Pyxis) en los pisos de internación contribuyeron a eliminar los acopios innecesarios y mejoraron el control de la medicación en los pisos. Según la fuente ya citada, mejoraron la seguridad y el resguardo del medicamento dado que queda registrada la persona que dispensa la medicación, y a su vez, que se encuentre cerca de las camas de los pacientes, agiliza los tiempos de cada tratamiento.

Según Hospital Posadas (2023, 3 de febrero) y García (2023a; 2023b), esto permitió una mejor redistribución de los tiempos del personal del Servicio de Farmacia, disminución del N° de dosis de medicamentos perdidos, del tiempo de enfermería empleado en la gestión y mantenimiento del botiquín de medicamentos, reducción del N° de retrasos en la administración de las primeras dosis y conocer la asignación de costos por paciente.

La farmacia ambulatoria a través del nuevo robot, prepara y dispensa medicación a pacientes ambulatorios. Este equipamiento cuenta con tres bocas para el despacho de medicamentos y con la capacidad de almacenar diez mil envases secundarios. Se atienden

los programas de salud sexual y reproductiva, diversidad sexual, Cannabis, HIV y tuberculosis, hepatitis C y B, zoonosis, parasitosis, materno infantil, ProDiaBA, ProEpi y el plan de vacunación de prematuros y cardiópatas y se atienden unos 9500 pacientes mensuales.

Respecto a la farmacia ambulatoria, el proceso también se optimizó:

El paciente retira de un solo lugar la medicación (antes estaba por un lado la Farmacia de Guardia y por otro la Farmacia de Programas) y el robot de dispensa ambulatoria reduce los tiempos y potenciales errores de preparación, ya que a través de la prescripción médica busca el medicamento y descarga lo solicitado. A su vez, el robot utiliza el criterio FEFO (First expired, First out), por lo tanto, optimiza el control de vencimiento de los medicamentos.

De un recorrido de las farmacias se puede constatar que se incorporaron ciertos equipos que hacen a la automatización:

- 2 carruseles rotativos horizontales automáticos para almacenar los productos médicos.
- 1 carrusel rotativo vertical automático para el almacenamiento de la medicación del depósito.
- 2 carruseles rotativos verticales para el preparado y distribución de unidosis.
- 1 carrusel rotativo vertical refrigerado automático para el almacenamiento de medicación termolábil con control y registro de temperatura.

- 1 robot automatizado para el preparado y despacho de medicación a pacientes ambulatorios.
- 10 dispensadores automáticos de medicamentos que se colocan en los diferentes pisos de internación para medicamentos de alto costo, insumos hospitalarios y medicamentos que requieran cadena de frío.

Todo lo mencionado cuenta con un software de gestión que permite contar en tiempo real el stock y trazabilidad, acceso restringido parametrizados por usuario, y con trazabilidad de carga y descarga.

Al consultar al personal de la Farmacia si estaba al tanto de las transformaciones realizadas en el Servicio los últimos años, el 100% respondió conocerlas y aprobarlas “El avance tecnológico en la Farmacia mediante la automatización y robotización, es muy positivo para el mayor control y trazabilidad de los medicamentos.” (Técnico).

Entre los pendientes siempre queda el uso óptimo del equipamiento y la mejora continua de los procesos. Y también se plantea consolidar los procesos en la documentación “Uno de los problemas es la creación de lineamientos que involucren un accionar claro y sostenido en el tiempo por parte de los diferentes actores involucrados en la farmacia, falta de un manual de calidad dónde se aborde la seguridad del almacenamiento de los medicamentos, circuitos de los mismos y también incluir acciones para la seguridad del paciente, tomando medidas correctivas y preventivas.” (Farmacéutica).

Al preguntarles, los encuestados consideran que los procedimientos son adecuados en cuanto a la seguridad del paciente, pero un 50% indicó que aún falta mucho. “[Los procedimientos] son adecuados, pero falta mejorar el control para una mejoría mayor” (Técnica).

Respecto a la comparación con los mejores estándares, los encuestados indicaron en un 72,2% que la farmacia se encuentra en línea en algunos aspectos, pero no en otros. Aquí son levemente más críticos los trabajadores más recientes, entre los cuales sólo el 15% considera que se encuentra en línea en todos los aspectos, mientras que entre los trabajadores de mayor antigüedad la proporción aumenta al 60%.

Los temas relativos a los RRHH se ven en el apartado sucesivo.

Los RRHH

En la situación anteriormente planteada, la gestión de los recursos humanos resultaba deficiente, dado que tanto los trabajadores con perfil técnico, como los operarios en la farmacia, debieron ocupar gran parte de su jornada laboral en localizar, almacenar, reacomodar y dispensar los insumos dentro de los diferentes depósitos, no quedando el suficiente tiempo para planificar y ejecutar acciones pertinentes a la mejora de procesos (García, 2021; García, 2023a; García 2023b). Según este documento de la conducción del área, la productividad del recurso humano se vio aumentada ya que se redujeron los tiempos de desplazamiento, de control de stock y de orden y reorganización del depósito debido a que todos los medicamentos se encuentran en un solo lugar. El robot de dispensa ambulatoria reduce los tiempos de preparación

de las recetas para el despacho. A través de la prescripción médica busca el medicamento y descarga lo solicitado, reduciendo la espera de los pacientes logrando atender más pacientes en menos tiempo.

Algunos problemas suscitados en la reforma que involucran al personal fueron en primer lugar la incomodidad del lugar provisorio mientras se hacían las obras, en este sentido, la Dirección realizó reuniones para comunicar la importancia del proyecto y solicitó colaboración tanto a los trabajadores, como a los gremios (García, 2023a). Por otro lado, en los procesos de la implementación de la nueva tecnología se verificaron procesos duplicados o demoras, un ejemplo surgido de las entrevistas es la carga al paciente todos los días de salbutamol, aunque en la realidad dicha medicación tiene una duración de más de un día, por lo que su carga no era relevante. Los propios trabajadores sugirieron permanentemente acomodar estos procesos para agilizarlos.

A su vez, las capacitaciones desde que se incorporó la tecnología a la fecha se siguen sucediendo, tanto al personal de farmacia, como a todo el plantel de enfermería de todos los turnos (mañana, tarde y noche), lo cual colabora a evitar demoras innecesarias y optimizar el uso de las tecnologías.

En otro orden, dada la complejidad del Servicio, resultaba imprescindible implementar el dictado de la Residencias Farmacéuticas, por lo que se realizó la gestión frente al Ministerio de Salud de la Nación en el 2021 que permitió incorporar 2 residentes (Coordinación de Docencia e Investigación, 2021).

Respecto a la participación en el proceso de los trabajadores de la Farmacia, tema que se incluyó en las encuestas realizadas, el 77,8% considera que sus opiniones fueron tomadas en cuenta, mientras que el 5,6% indicó que fueron tomadas en cuenta, pero no lo suficiente, el 16,7% no respondió. La proporción de la respuesta más favorable aumenta en el grupo con más de 10 años de antigüedad en el HNAP. “Pude aportar conocimientos en referencia a la implementación de las nuevas tecnologías en el sector, y se me tomaron en cuenta opiniones que actualmente las utilizamos, por ejemplo, en la recepción y clasificación de los materiales con el fin de acotar los tiempos de guardado de los mismos.” (Técnica). Otro punto de vista dice: “Durante la implementación de los programas a utilizar en el servicio se nos consultó por la dinámica de trabajo, practicidad y coordinación del trabajo, modificando lo necesario y que estuviera al alcance para poder mejorar el trabajo diario.” (Farmacéutica).

Varios comentarios resaltan que debe mejorarse la comunicación al interior de la farmacia: “En cuanto a tecnología e insumos se encuentra en línea [a los mayores estándares], pero faltaría mayor comunicación y capacitación” (Técnica). “Cómo es la idiosincrasia de toda organización la comunicación efectiva. Qué siempre está en punto de mejora y trabajando sus puntos claves.” (Farmacéutica). No está muy claro este testimonio.

Y hay quien advierte sobre un tema clave. “El principal problema del Servicio de Farmacia es la falta de personal, tanto altamente capacitado (técnicos superiores en farmacia hospitalaria) como profesional (farmacéuticos) para ocupar nuevos roles derivados de la ampliación y reforma del servicio.” (Farmacéutica).

La farmacia: problemas en la implementación, temas solucionados, y pendientes

Como vimos, los problemas suscitados giran alrededor de las obras, el lugar provisorio y las dificultades de la implementación, pero según lo observado el proceso contó con el apoyo del servicio en un nivel elevado de participación. Las capacitaciones ayudaron. Se plantea generar nuevos lineamientos, producir manuales y mejorar la comunicación.

Tras estos últimos años de reestructuración de procesos y una fuerte inversión en tecnologías se logra un espacio único y cómodo, los trabajadores pudieron desarrollar la tarea en mejores condiciones. La reducción de la cantidad de depósitos, la información precisa y en tiempo real para la toma de decisiones y la modalidad de compra de los insumos, permitieron una mejora en los procesos de gestión de stock, en línea con lo sugerido por la bibliografía. Dichas mejoras fueron validadas por la habilitación obtenida.

Se puede observar que aún restan mejoras pendientes. Hoy se dispone de la información completa del recorrido del medicamento dentro del HNAP hasta llegar al pie de la cama de cada paciente, pero no hay herramientas suficientes para garantizar que fue efectivamente suministrado. Y si seguimos la opinión de los miembros del servicio, hay que seguir mejorando los procesos para alcanzar los mejores estándares.

VI.III. La producción propia de medicamentos, cambios y resultados

Hasta el año 2019 se contaba con producción propia de medicamentos en varios sectores del HNAP, más de 100 formulaciones entre medicamentos que se encuentran disponibles comercialmente, antisépticos, medicamentos psicoactivos y medicamentos/formulaciones huérfanas, con posibilidad de mejoras en los procesos de producción y distribución. El HNAP definió concentrarse en reemplazar la producción de medicamentos que se encuentran fácilmente en el mercado, por la producción de medicación huérfana, la cual es muy necesaria y no puede adquirirse fácilmente. Las formulaciones huérfanas son “aquellas que no se encuentran en el mercado y deben prepararse en el laboratorio de farmacia para poder satisfacer la demanda del paciente” (Buontempo, 2004). Habitualmente se destinan a la prevención, diagnóstico o tratamiento. Los medicamentos huérfanos se definen como: “aquel medicamento o droga, producto biológico, preparado dietético u otro producto sanitario, sin interés comercial, destinado al tratamiento, prevención o diagnóstico de aquellas enfermedades catalogadas como raras o poco frecuentes, y que no se encuentra disponible comercialmente” (Buontempo, 2010). La enfermedad poco frecuente es la no habitual y afecta a un número reducido de personas. En Argentina, se consideran enfermedades poco frecuentes aquellas cuya prevalencia poblacional es igual o inferior a una (1) en dos mil (2000) personas referida a la situación epidemiológica nacional (Ley 26689, 2010, art. 2º). Según esta norma, la formulación huérfana no está destinada exclusivamente a pacientes con enfermedades raras, sino que pueden ser

enfermedades comunes, pero no está disponible la forma farmacéutica, porque al mercado no le es económicamente rentable producirlo. También sucede que el paciente no puede tolerar algún excipiente de la especialidad medicinal. Estos son los casos en los que el laboratorio de farmacia tiene que cubrir estos vacíos.

Si bien la pandemia alteró de alguna manera el objetivo como consecuencia de la demanda continua y a granel de alcohol en gel, el HNAP buscó incrementar su producción en medicamentos de difícil acceso, según consta en el Documento comparativo interanual de producción propia de medicamentos 2019 -2023 (Hospital Posadas, 2023)

Otro motivo por el cual resulta importante la producción es porque desde los hospitales se tratan de disminuir los costos de las compras en medicamentos elaborando algunas especialidades medicinales que también son producidas por la industria farmacéutica, pero resulta más rentable realizarlos en el laboratorio de farmacia.

Durante la pandemia se produce un incremento notable de la producción de antisépticos para paliar la falta y el alto costo, a pesar de que el gobierno nacional ante esta suba de precios exagerada, emitió una resolución fijando precios máximos para las presentaciones de alcohol (Ministerio de Desarrollo Productivo, 2020). Para ello, el laboratorio de farmacia reorientó su producción a las formulaciones de alcohol a fin de garantizar el acceso tanto a los trabajadores del HNAP como a los pacientes a quienes se les brinda atención y a un costo muy inferior (un 20% del valor máximo de referencia establecido). Cuando se normalizó

la situación pospandemia, dejó esta producción para volver a enfocarse en soluciones huérfanas.

Para afrontar esos desafíos, se definió un sector específico exclusivo para la producción de toda la medicación del HNAP. A su vez, se produjo una mejora sustancial de los procesos de producción. Se diagramó una cadena de producción ordenada y sectorizada, a través de la cual se definieron pasos secuenciales y espacios físicos específicos para el lavado de envases, secado de los mismos, producción y guardado. Se comenzó a disponer de la trazabilidad del producto, es decir, la identificación de las materias primas utilizadas con hojas de ruta formalizadas por los farmacéuticos. Esta modificación permitió identificar cada lote de manera tal de poder detectar si hubiera dificultades con la medicación elaborada (Hospital Posadas, 2021, 22 de diciembre).

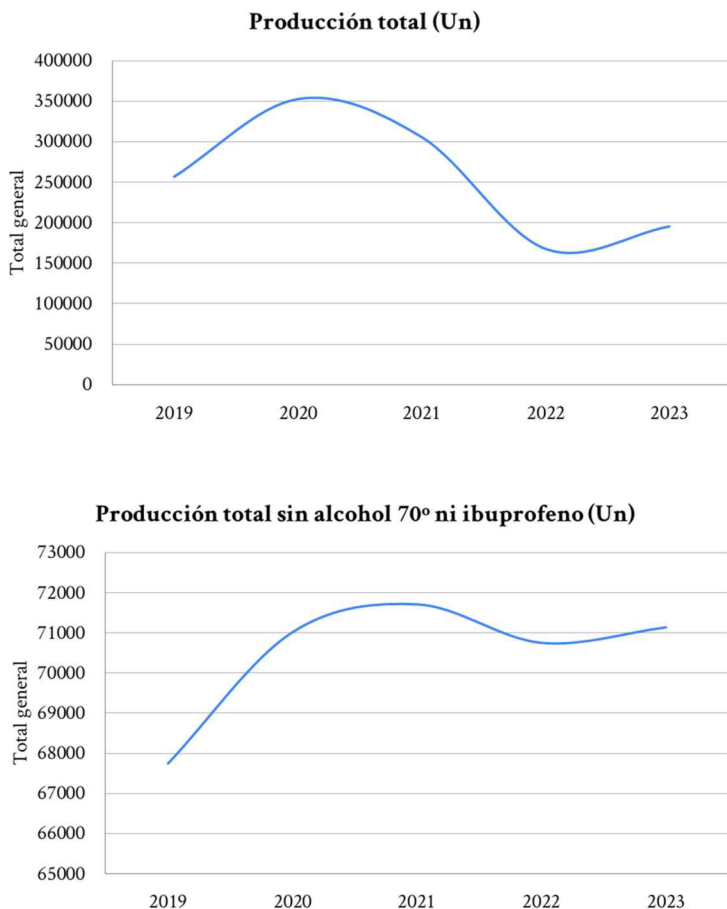
Adicionalmente, según las entrevistas y la observación directa, se incorporó una farmacéutica especialista en desarrollo galénico, lo que permitió la producción de Etambutol (fármaco utilizado para la tuberculosis). Se incorporaron al equipamiento una re-ensambladora de alcohol en gel y una tapadora automática de envases. También se puso en funcionamiento un molino coloidal que estaba sin utilizarse (equipo utilizado para la reducción de tamaño de partículas y la homogeneización de mezclas).

En otro orden, el laboratorio de farmacia en Junio de 2021 logró la certificación de sus procesos: elaboración y fraccionamiento de formas farmacéuticas no estériles semisólidas, líquidas y antisépticos y fraccionamiento de formas farmacéuticas sólidas mediante estándares internacionales ISO 9001, lo que permitió fortalecer los procesos de trabajo desde la eficiencia y la eficacia,

proporcionando una herramienta de mejora continua para garantizar la mejor calidad de producción y por lo tanto de atención para nuestros pacientes.

Al analizar los datos del informe Hospital Posadas (2023e) observamos que la producción en unidades pasa de 256 mil en 2019 a 352 mil en el 2020, fundamentalmente producto de la orientación de la producción hacia el alcohol y medicamentos comerciales como el ibuprofeno, por las razones antes mencionadas. Con la normalización y la especialización en formulaciones huérfanas, la producción por unidad se reduce a 195 mil en 2023. Si miramos la producción quitando estos dos conceptos (alcohol e ibuprofeno) vemos que la misma pasa de 67 mil unidades en 2019 a 71 mil unidades en 2023 (figura n° 6.1.)

Figura n° 6.1. Producción propia de medicamentos en unidades



Fuente: Hospital Posadas (2023e)

Al consultar sobre la producción propia de medicamentos, los encuestados mayoritariamente señalaron sus beneficios respecto a la provisión de medicamentos huérfanos (88,7%), mientras que en segundo lugar se mencionaron los beneficios económicos

(77,8%) y en tercer lugar la calidad y la seguridad del paciente (72,2%). “Es un valor agregado muy importante del servicio de farmacia considerando que hay muchos pacientes pediátricos y neonatos.” (Farmacéutica). “Resulta beneficiosa ya que es a menor costo y se le pueda proporcionar a mayor cantidad de gente sin recursos.” (Técnica).

Algunos problemas suscitados en la producción tienen que ver con la disponibilidad de insumos, pero sobre todo de personal especializado, dado que como suele suceder entre las ofertas de trabajo del sector público vs el sector privado, las posibilidades laborales para estos especialistas en el sector privado son muy fuertes.

Como temas pendientes, se mencionaron en las entrevistas avanzar en la producción de fórmulas farmacéuticas sólidas (comprimidos) y en la producción de fórmulas farmacéuticas estériles, incluyendo reconstitución de antibióticos, nutriciones parenterales y medicamentos oncológicos, que se adquieren fuera del HNAP. Estos temas estuvieron en agenda de la gestión, pero no pudieron llevarse a cabo.

VI.IV. El servicio de Hemodinamia en la experiencia internacional, en nuestro país y en el HNAP

Como se viene mencionando, desde el año 2020, hay un cambio de gestión en el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas que incluyó reformas en los procesos y una fuerte inversión en tecnología, con el objetivo de profundizar el perfil de alta complejidad de la institución (Hospital Posadas, 2021a). Si bien el libro ha tocado procesos administrativos y de planificación, en

este capítulo se están abordando servicios asistenciales, en las próximas páginas los cambios sucedidos en el Servicio de Hemodinamia. En síntesis, el servicio brinda el diagnóstico y tratamiento de afecciones cardiovasculares, con una amplia dimensión de patologías, como enfermedades coronarias, la enfermedad arterial periférica, la enfermedad valvular y las malformaciones congénitas del corazón, involucrando grandes cantidades de pacientes. Se debe recordar que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en nuestro país.

La cardiología intervencionista es una sub-especialidad de la cardiología, relativamente nueva. Puede considerarse su nacimiento en 1977 al realizarse la primera angioplastia coronaria exitosa en seres humanos. Desde entonces ha habido muchos cambios, por ejemplo en los equipos de obtención de imágenes coronarias, con los que se logran imágenes en tres dimensiones (Cardiointervención 2021, 21 de septiembre)

Estos avances se pueden ver en la experiencia internacional, dado que son muchas las instituciones que han invertido en equipos y personal para desarrollar áreas con técnicas avanzadas de imagenología y navegación guiada por imágenes, guardias las 24 horas y también grandes espacios de intervencionismo cardiovascular con múltiples salas que garantizan la posibilidad de realizar muchas operaciones diarias. Los servicios además se especializan en subespecialidades complejas. Un caso es el Hospital Clinic de Barcelona (2024). Allí además se lleva adelante el Programa para el Manejo Integral Transversal Multidisciplinar del Estenosis Valvular Aórtica (Hospital Clínic Barcelona, 2024). Otro caso es el Cleveland Clinic London (2024), considerado

pionero en intervenciones coronarias percutáneas robóticas, extracción de cables con láser y angioplastia coronaria con láser.

En América latina se observa un esfuerzo en estructurar este tipo de servicios, garantizar las guardias 24 horas y realizar mejoras en equipos, RRHH y procesos para aumentar la cantidad y calidad de las intervenciones. Queremos mencionar en Chile, al Hospital público Gustavo Fricke (Galea Fuentes, 2016).

La bibliografía empezará a dar cuenta como ejemplo lo hecho en el HNAP. Desde 2020 se define al Servicio de Hemodinamia como uno de los núcleos estratégicos de alta complejidad del HNAP porque como ya fue dicho en este sector se atiende una cantidad significativa de pacientes (Hospital Posadas, 2021a). De las entrevistas realizadas al Jefe del Servicio y los miembros surge que históricamente este sector tuvo dificultades a la hora de dar respuestas asistenciales de alta complejidad. Si bien fue evolucionando su capacidad de atención en la medida que se fue incorporando tecnología, se atendía hasta las 20 hs, quedando un margen de horas diarias en que los pacientes debían ir a la guardia donde no había especialistas. Además, se resolvían mayoritariamente casos de baja o mediana complejidad, a pesar de contar con la capacidad desde el punto de vista del conocimiento y la experiencia de los profesionales.

Entre las medidas implementadas desde el año 2020 al año 2023, la Directora General de Servicios Hospitalarios menciona las siguientes acciones en pos de mejorar este servicio, la implementación de una orden de compra abierta de stents, la creación de la guardia nocturna semanal y la certificación de normas de calidad ISO 9001. Esta estrategia se complementaría

con la compra de un nuevo Angiógrafo y la implementación de guardia los fines de semana.

A continuación, detallaremos en qué consistieron estas reformas y su impacto.

VI.V. Estrategia implementada en el Servicio de Hemodinamia del Hospital Posadas

La problemática de las guardias

Uno de los problemas más graves que tenían detectados los miembros del servicio según el Trabajador 5 era históricamente el problema de la Guardia nocturna que permitiese enfrentar enfermedades cardiovasculares, lo que, a su vez, acumulaba demandas especialmente por la mañana. Esta dificultad se veía afectada por la inexistencia de otro hospital público por la zona que garantizase la atención hemodinámica por las noches. La decisión de extender el horario exigió una estrategia vinculada a la adquisición de nuevos recursos humanos y a la adquisición de insumos. Por un lado, las incorporaciones realizadas para poder dar respuestas asistenciales las 24 horas, fueron: 8 médicos – especialmente hemodinamistas, 7 técnicos radiólogos, 7 instrumentadoras y 1 administrativo (Jefe del Servicio de Hemodinamia).

Para contar con los insumos críticos se procedió a constituir un banco de stent a través de órdenes de compra abierta, de manera tal que la guardia pueda disponer de los insumos en el momento.

Consultados los miembros del equipo sobre los errores cometidos en la planificación e implementación surge que hubo falta de

coordinación a la hora de incorporar el personal especializado, esto se vio reflejado en que primero se incorporaron los médicos, pero no se pudo avanzar completamente en la implementación hasta no contar con los respectivos instrumentadores. Esto se resolvió trasladándose de la semana a los fines de semana, pero eso no fue del todo funcional.

También hubo contratiempos dada la demora en la entrega del angiógrafo por parte del Ministerio de Salud de la Nación y de la obra que el hospital tuvo que realizar para poder instalar el mismo.

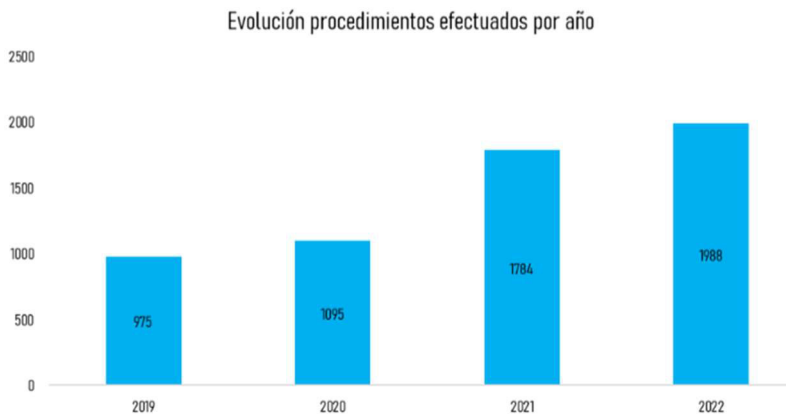
El servicio de emergencias comenzó a funcionar de lunes a viernes, las 24hs en agosto 2021.

Según la entrevista al Trabajador 5, perteneciente al servicio, el resultado más importante fue una mayor cobertura asistencial, por la cantidad de horas de atención y al surgir la posibilidad de tratar una mayor cantidad de patologías, sobre todo de urgencias coronarias, de vital importancia para la población, pero también de procedimientos en pacientes internados. En palabras del entrevistado: “La implementación y puesta en funcionamiento de un sistema de guardias incrementa la oferta para tratamientos que al ser infartos de miocardio no pueden esperar, cada minuto representa la vida de un paciente y esto antes no lo teníamos”. La mayoría de profesionales encuestados ha calificado este hecho como histórico para el servicio, puesto que significó un desarrollo exponencial para el sector.

Al observar la evolución de los procedimientos totales realizados anualmente durante el periodo 2019-2022, vemos que los mismos

se incrementaron un 104% pasando de 975 en 2019 a 1.988 en 2022.

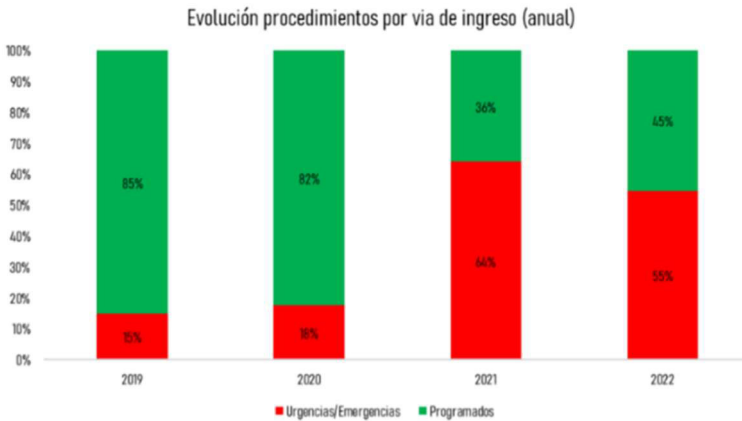
Figura n° 6.2. Evolución de los procedimientos de Hemodinamia.
Años 2019-2022



Fuente: Hospital Posadas (2023c)

Específicamente los procedimientos de urgencia se incrementaron un 649% durante el mismo periodo pasando de representar el 15% del total de procedimientos en 2019 al 55% en el año 2022.

Figura n° 6.3. Evolución de los procedimientos de Hemodinamia por vía de ingreso. Años 2019-2022



Fuente: Hospital Posadas (2023c)

A su vez se verificó una sustancial reducción de los tiempos de espera. De acuerdo al testimonio del Jefe del servicio, se pasó de los dos meses y medio para poder realizar cirugías, a 15 días para ambulatorios y sin demoras para los pacientes internados.

Este proceso se ha completado con la adquisición, por medio del Ministerio de Salud de la Nación de un Angiógrafo, el cual fue entregado durante el año 2023. La adquisición resulta de vital importancia para continuar con el crecimiento del servicio en cuanto a cantidad y calidad de atención. “La planificación de la segunda sala de Hemodinamia, con la incorporación de un nuevo angiógrafo de última generación, también es un gran hito en la historia de nuestro servicio” (Médico del Servicio). El aparato amplía el horizonte de patologías a tratar y de capacitaciones “Se pueden realizar programas de tratamiento en patologías específicas como por ejemplo oclusiones totales coronarias

(OCT), eco intravascular periférico (IVUS), etc. Organizar jornadas de actualización.” (Jefe del Servicio). Como plantea otro médico del servicio, “Se ha incrementado la complejidad en el tipo de prestación a partir de la incorporación de equipamiento de última generación” o la médica del servicio entrevistada: “Actualmente se maneja alta complejidad en el servicio, con mejor atención que en algunas clínicas privadas, con alto nivel de tecnología y materiales”.

El banco de stent y la mejora en la provisión de insumos

Otro problema del Servicio, según el Jefe de servicio 3, era la falta ocasional de prótesis que se producía debido a que las compras eran realizadas mediante órdenes de compra cerradas. Se solicitaban cantidades fijas que luego el HNAP podía utilizar o no, independientemente de la disponibilidad adecuada de almacenamiento y, sobre todo, de la efectiva necesidad de implantación en pacientes. También se procedía mediante compras individuales por urgencia por paciente, procedimiento que según el registro de la Dirección General de Administración y Finanzas demoraba la entrega 15 días en promedio.

En el marco de una estrategia más general analizada en el capítulo 2, durante el año 2020 la Dirección del HNAP comenzó a trabajar en la implementación de una orden de compra abierta para la adquisición de dispositivos cardiovasculares⁸. Como surge de los

⁸ La Orden de Compra Abierta constituye un tipo modalidad de contratación prevista en el Régimen de Contrataciones de la Administración Pública Nacional que implica un vínculo contractual en el que las cantidades de insumos o servicios van a depender

informes del servicio, éste, junto a la Dirección de Administración consolidó una evolución histórica de insumos, estableciéndose principalmente las cantidades máximas a requerir y contemplando proyecciones de demanda. A su vez, se estudiaron los precios del mercado y su posible variación de manera tal obtener un contrato conveniente. En febrero del 2021 entró en vigencia la contratación “abierta”.

De acuerdo con los testimonios del equipo, efectivamente la libre disponibilidad de stents aseguró un suministro continuo y por ende prácticamente desaparecieron las interrupciones de los procedimientos cardíacos, también eso evita que los pacientes deban permanecer en camas de internación a la espera de una prótesis o de su derivación. Finalmente se mejora la calidad de los dispositivos, dado que con este mecanismo de adquisición, no se utiliza lo que hay en stock, sino que se solicita lo que efectivamente es mejor para el paciente en función de sus necesidades. “Se maneja buen material, nuevo y con disponibilidad de medidas y características diferentes para elegir en base a cada caso, lo que le permite al operador trabajar mucho mejor” (Médica del Servicio de Hemodinamia).

La orden de compra en cuestión significó una gestión exitosa en términos de costos dado que el HNAP, al operar grandes cantidades en plazos regulares se garantiza un precio fijo por insumo y eventuales descuentos por volumen en la cotización, lo que significa condiciones contractuales ventajosas, ahorros significativos a largo plazo y maximización del presupuesto

estrictamente de la demanda que realice el Servicio, estableciéndose únicamente una cantidad máxima para el plazo que dure la contratación (ONC, 2023).

disponible para atender otras necesidades existentes. De todos modos no hemos podido contar con datos concretos al respecto.

Sin embargo, tanto desde el servicio como desde la Administración plantearon los problemas del trámite. Como no se contaba con antecedentes de contrataciones similares, hubo demoras a la hora de lanzar el proceso licitatorio dado que se debió estudiar la forma de armar el pliego y solicitar las ofertas correspondientes. Además, fue un proceso que tuvo que ajustarse permanentemente con los proveedores, dado que existieron dificultades de ambas partes, por un lado, la forma y tiempos del pedido y la otra los lugares y tiempos de entrega.

Certificación de normas de calidad en el servicio

En el contexto de la ya analizada política institucional de calidad, durante el año 2022 se incorporó al Servicio de Hemodinamia al Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) basado en la norma internacional ISO 9001/2015, lo que obligó a establecer procesos estandarizados seguros y de calidad. Con ese fin se formalizaron dos procedimientos: “P29 - Procedimiento de Hemodinamia” cuyo alcance abarca la admisión de pacientes para la realización de un procedimiento de diagnóstico o terapéutico y “P30 - Rutina de Limpieza” cuyo alcance abarca las actividades de limpieza general en todas las áreas del Servicio. Para la elaboración del P29, fue necesario realizar cambios operativos como los vinculados al control periódico de la medicación y fechas de vencimiento entre otros, logrando así disponer de información continua respecto del stock y calidad del mismo. Para la confección del P30 se realizaron cambios operativos vinculados a incorporar planillas de control

de la limpieza del servicio, lo cual logró que se monitoree la periodicidad y metodología de limpieza necesaria.

Asimismo, de acuerdo a los registros documentados desde la certificación en 2022 (Hemodinamia, 2023) se crearon mecanismos de control de stock de carro de paro, de control de stock de drogas, se elaboró una ficha única de pedido central de materiales y un registro de rutina de limpieza del servicio. Esto significó realizar cambios operativos que garantizan el deber ser del servicio y la detección de desvíos a tiempo.

En esa misma línea, se establecieron indicadores de medición vinculados a la cantidad de procedimientos que realiza el sector (terapéuticos y de urgencia) de manera tal de conocer, en primera instancia, su operatividad de manera cuantitativa y luego poder realizar un seguimiento de la misma, lo que permite poder tomar decisiones basadas en la evidencia. Los mismos pueden observarse en el Registro n° 15 correspondiente al servicio⁹. En la tabla 6.1 vemos una comparación entre los años 2022 y 2023. Se logra cumplir tres de las cuatro metas, excepto incrementar el número de urgencias sobre procedimientos totales. Esto se debe a que se incrementaron el número de intervenciones terapéuticas programadas.

⁹ Estos registros se encuentran dentro del proceso de certificación identificados internamente como registros: el R15 mide ciertos parámetros a partir de una línea de base y una meta y el R18 las No conformidades, alteraciones en el proceso y seguimiento de las acciones correctivas tomadas.

Figura nº 6.4. Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad de Hemodinamia (R15). Años 2022 y 2023

Indicador	Fórmula	Objetivo 2023	2022	2023
Terapéuticas/ Totales	Número de procedimientos terapéuticos sobre total de procedimientos	Mantener los mismos valores que el 2022	20,4	21,06
Urgencias/ Totales	Número de procedimientos de urgencia sobre total de procedimientos	Aumentar en un 1% con respecto al 2022	9,61	6,87
Terapéuticas Urg /Urg totales	Número de procedimientos terapéuticos de urgencia sobre número de procedimiento de urgencias totales	Mantener los mismos valores que el 2022	98,47	98,78
Terapéut Urg/Terapeut totales	Número de procedimientos terapéuticos de urgencia sobre número de procedimiento de terapéuticos totales	Reducir un 10% con respecto al 2022	48,27	16,73

Fuente: Hospital Posadas (2023d)

Los SCG basados en normas ISO también se centran en la identificación y en la gestión de riesgos. En un entorno hospitalario, esto implica evaluar y mitigar los riesgos relacionados con la seguridad del paciente, los procedimientos médicos y la gestión de datos confidenciales, entre otros, por lo que actualmente, a partir de la certificación del sistema, el servicio también cuenta con un mecanismo de identificación, evaluación, abordaje y prevención de riesgos potenciales, y de tratamiento de no conformidades (desvíos), observaciones y oportunidades de mejora que pueden surgir, lo que contribuye a una atención más segura y confiable.

Para conocer y medir el grado de satisfacción de los pacientes, se puso en marcha la realización de encuestas a los mismos, las cuales fueron documentadas en el SGC a partir del registro R 31. En ellas se interroga respecto a la atención al momento de sacar el turno, al ser atendido en la sala, durante la internación posterior al estudio y también sobre la limpieza, la comunicación de la información y la satisfacción en general.

Se obtuvo una Certificación ante el Instituto Argentino de Normalización y Certificación (IRAM) en el año 2021. Por lo expuesto, el proceso de certificación influyó en una mejora concluyente en la calidad de prestación y en el nivel de atención que se ofrece, puesto que implicó una reorganización de las tareas y funciones, optimizando los tiempos de las mismas, reduciendo los errores y los tiempos de espera. En particular, el jefe del servicio refiere: “Hoy podemos contar con una estrategia de recepción, tratamiento y de control post alta de los pacientes,

como así también de limpieza y mantenimiento de los distintos sectores del servicio, todo informado y documentado”.

Según los resultados de las encuestas del indicador R 31 hay problemas y se debe mejorar la comunicación con los pacientes y por ende mejorar la comprensión de sus necesidades y expectativas. Según la misma fuente, de los pacientes interrogados durante 2023, respecto a la atención al momento de sacar el turno, al ser atendido en la sala, durante la internación posterior al estudio y también sobre la limpieza, la comunicación de la información y la satisfacción en general, un 89% consideró el servicio como excelente, un 11% como bueno. Sin embargo, entre los comentarios surgen cosas para mejorar. El reclamo principal es el ordenamiento de la demanda espontánea, y los mecanismos para obtener un turno.

Algunos de los médicos del servicio, al ser consultados acerca de los hitos más importantes del servicio de los últimos años, mencionan la certificación bajo las normas ISO. “Es muy importante que el HNAP tenga estándares de calidad comparables a los mejores centros del país y el mundo” (Médico 1 del servicio). Algo similar respondieron otros profesionales.

Hemodinamia: Conclusiones

Del caso analizado surge que a partir de la problemática que representan las enfermedades coronarias a nivel poblacional, el HNAP trabajó en pos de disponer de los medios necesarios para aumentar y mejorar la atención de su Servicio de Hemodinamia. Para ello se definieron acciones conducentes a asegurar el nivel prestacional desde el punto de vista de insumos y recursos

tecnológicos, de disponibilidad de atención y de la vivencia del paciente.

Puntualmente, el trabajo de campo realizado sugiere que la apertura de la guardia nocturna significó una ampliación sustancial en la disponibilidad prestacional de las urgencias y las emergencias coronarias (factor que resulta determinante para la vida del paciente), la orden de compra abierta de stents permitió mejorar en términos de rapidez y de calidad el proceso de adquisición de insumos para el tratamiento de las patologías, y la certificación bajo normas de calidad ISO le permitió al servicio mejorar la calidad de su atención al paciente. Se identifican tanto en los trabajadores del servicio como en los pacientes, discursos entusiastas respecto a los cambios implementados y una gran expectativa en cuanto a ampliar la oferta del servicio con la futura adquisición de equipamiento.

La efectividad del programa llevado a cabo se evidencia en el incremento de la oferta del servicio, la profundización de la alta complejidad y la mejora de la calidad, resultados que acentúan la posición del HNAP como centro de salud de referencia a nivel nacional.

Entre los pendientes aparece la necesidad de ordenar mejor la demanda espontánea y fortalecer la red asistencial para incrementar la cantidad de pacientes recibidos en la guardia desde otras instituciones de la región.

Capítulo 7. Conclusiones del libro

El objetivo de este libro fue evaluar la gestión llevada a cabo por el equipo de conducción del HNAP durante el período 2020-2023. Como está sucediendo en otras instituciones hospitalarias públicas de nuestro país y del mundo, algunos de los miembros de esa conducción estaban y están inmersos en las discusiones acerca del sistema de salud y la gestión de los hospitales, cuestión que se vio reflejada en buena parte de sus objetivos y estrategias, planteando lograr algunas mejoras que parten del consenso que involucra tanto a los organismos sanitarios internacionales como a los enfoques del sanitarismo crítico, fundamentalmente sostener el rol del hospital público en la garantía de universalidad y equidad en la calidad, asumiendo la necesidad de lograr acuerdos de gestión, con un enfoque de redes, con más inversión y mejorando los procesos de trabajo, al mismo tiempo reconociendo los problemas estructurales existentes.

La evaluación se centró en analizar la gestión en relación con ese consenso y dentro de él, en particular analizando si se trabajó en un espíritu institucionalista logrando en la práctica avanzar hacia un proyecto sanitarista. Este análisis no debe limitarse a una lógica dicotómica, sino que debe entenderse como un proceso dinámico dentro de la gestión.

Siguiendo el consenso mencionado, se concluye que se logró el objetivo de establecer acuerdos de trabajo que permitieron llevar adelante una gestión normalizada del hospital, gracias a diversas herramientas, pero principalmente a la negociación con grupos

previamente perjudicados y a la promoción de un contexto participativo, aunque acotado. Esto se plasma en la experiencia de certificación mediante normas de calidad que se detalló en los capítulos II y IV, como en el proyecto de transformación de la Farmacia comentado en el capítulo VI. Dan muestras de la participación acotada los resultados de las encuestas en todas las áreas. Para la totalidad de encuestas realizadas, un 67% respondió que los procesos fueron suficientemente participativos, mientras que un 22% consideraron que fueron participativos, pero de manera insuficiente y un 7% contestó que no fueron participativos. En general, se observa que se logró participación en los niveles más altos de la jerarquía hospitalaria (directivos, jefes de departamento, coordinaciones) pero no tanto en los niveles operativos, sobre todo del personal médico, por ejemplo, en lo relativo al diseño del Plan Estratégico o de las estrategias desplegadas en redes. La llegada al personal profesional de los servicios asistenciales en términos de orientación estratégica se intentó lograr mediante la elaboración de los Planes Operativos Anuales (POA), se pudo constatar un momento de “ebullición” de este proceso interno con buena participación de los jefes, pero tal vez falta continuidad. De nuevo, la escasez de personal en este tipo de áreas en un contexto en que este problema es generalizado, atenta contra la eficiencia.

A pesar de los desafíos económicos del país –que condicionaron obviamente toda la gestión- se intentó mejorar los ingresos atrasados de ciertos grupos de trabajadores, objetivo logrado parcialmente, en particular mediante la estrategia en torno al bono de Autogestión que se describió en el capítulo II; sí se alcanzó un nivel de inversión importante durante los primeros

años, y en menor medida, en 2023. En infraestructura edilicia se siguió con la tradición de los años 2003-2015, pero en este período se hizo además fuerte hincapié en equipamiento e informática, hechos comentados largamente en el capítulo III. El progreso descrito permitió respaldar un discurso de universalidad como el que sostiene la gestión analizada.

En el segmento de inversión en TIC, especialmente en la Historia Clínica Electrónica, se realizó un trabajo difícil como es generar sistemas troncales de gestión. Estos proyectos requerían involucrar adecuadamente a la totalidad de los actores, algo complicado en el contexto del HNAP. Los sistemas nuevos exigirán ajustes en el futuro. Como mencionamos en el capítulo III, las encuestas realizadas muestran una conformidad parcial en lo referente a los nuevos sistemas.

En lo operativo, en el área administrativa se avanzó en la reforma de los procesos de gestión especialmente que hacen a la ejecución presupuestaria (no así en la presupuestación), el proceso de compras, la gestión de inventarios. La estrategia de certificación con normas de calidad se mostró efectiva en sus objetivos de generar compromiso por parte de los actores involucrados y lograr permeabilidad para reformar procesos de trabajo y mejorar los registros, en esta primera etapa la certificación no fue sólo una formalidad, en las sucesivas puede tornarse repetitivo si no se avanza en niveles superiores. Un punto a destacar vinculado a la calidad es la percepción favorable sobre los estándares de cada área del HNAP, como fue mencionado en cada Capítulo. Agregando la totalidad de encuestas realizadas, el 60% de los participantes considera que el área sobre la cual se lo interrogó está totalmente

en línea con los mejores estándares que conoce, mientras que el 36% considera que se encuentra en línea al menos en algunos aspectos.

En cuanto al objetivo de trabajar en red con otras instituciones a partir de un concepto sanitarista, lo que se observó es que en el discurso el tema estaba presente, que hay ciertos avances, pero los recursos disponibles tal vez no son suficientes en un contexto en que la presión de demanda obliga a decidir rápidamente. Además, se vio que se deben superar los problemas que hacen a la existencia de jerarquías, rigideces, inercias. La DGR también se ocupa de telemedicina, observándose que las actividades internas alcanzan más dinamismo. Las conclusiones del capítulo IV dan cuenta de la estrategia se orientó a expandir los dispositivos existentes y desarrollar nuevas formas de articulación en red, aunque enfrentando dificultades como la debilidad de la oferta pública de salud y las limitaciones para expandir la articulación en red a todos los servicios del HNAP.

Si bien el libro no profundizó en las reformas realizadas en la mayoría de los servicios, es importante destacar que los sectores de Farmacia y Hemodinamia muestran cambios positivos, con un apoyo considerable del personal, incluso fuera del círculo directivo, lo que podría servir como un indicio para avanzar en una nueva etapa. Las encuestas realizadas en ambas áreas, que fueron tratadas en el Capítulo VI, dan cuenta de estos puntos.

En síntesis, la evaluación de la gestión del HNAP durante el periodo 2020-2023 refleja avances destacables en varias áreas definidas estratégicamente, junto con mejoras en participación y procesos. Estas conclusiones se verifican en las encuestas volcadas

en cada capítulo. Además de lo mencionado previamente sobre participación y estándares, si sumamos las encuestas de todas las áreas arrojan que el 50% de los participantes considera que hubo una mejora importante en el área por el cual se le preguntó, mientras que el 28% considera que hubo mejoras pero que falta mucho, y solo el 4% respondió que no percibe mejoras.

Por otro lado, en la mayoría de los aspectos abordados persisten desafíos históricos y estructurales que trascienden cualquier gestión particular de lo micro y están relacionados con las problemáticas inherentes a un sistema de salud en un país periférico, especialmente en una región con una evolución complicada como el conurbano bonaerense. Ni en los documentos ni en las acciones prácticas relevadas se observó un avance significativo en un discurso más político, con excepción de las personas de confianza de la conducción y un segundo anillo que adhirió a ciertas reformas, lo que se plasma en todos los Capítulos, pero especialmente en el Capítulo IV (Redes), V (Planificación Estratégica) y VI (Farmacia y Hemodinamia). En cada aspecto abordado en este libro sucede algo similar: se evidencia un compromiso profesional importante por parte del equipo directivo, pero sin un discurso político explícito, con la adhesión de un grupo reducido y una participación más baja del resto. No está claro si la continuidad del proyecto en el tiempo habría generado avances en este sentido.

Bibliografía

AAFH (2012). Enfoque basado en procesos y procedimientos guía para la Gestión en Farmacia Hospitalaria. Recuperado de <https://aafh.org.ar/upload1/Enfoque%20por%20procesos%20final.pdf>

Aguillón Moreno, A. L., & Vega Sanabria, N. B. (2008). Programa de calidad para el servicio de hemodinamia de diagnósticos cardiológicos especializados Diacorsa sa. Recuperado de: <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/12135>

Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (1999) La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en América Latina en Cuadernos Sociales Nro 75 en www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-010.pdf

Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. Salud colectiva, Buenos Aires, 2(2): 123-146. www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista05/3.NaomarAlmeida.pdf

Álvarez, D. (2017). Teorías y Prácticas para la producción de conocimiento sobre Redes y en Redes de salud. UNAJ Editorial, Florencio Varela.

Álvarez, D y Turkenich, M. (Ed.) (2022). Redes y territorios. Aportes para planificar la política de salud en nuestra región. UNAJ Editorial.

American College of Clinical Engineering. (2023). Clinical Engineer. Recuperado de <https://accenet.org/about/Pages/ClinicalEngineer.aspx>

Arestis, P. y Sawyer, M. (2011) A New Paradigm for Macroeconomic Policy. En www.mdx.ac.uk/__data/assets/pdf_file/0022/48505/arestis_sawyer.pdf

Armijo, M. (2011). Planificación estratégica. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), 69, 15.

Arnold, M. y Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la Teoría General de los Sistemas. Cinta de Moebio, n°3. Santiago de Chile. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10100306>

Arriagada, I. Aranda, V. Miranda, F. (2005). Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. Recuperado de: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/5976bddc-5460-4ae7-8b5c-09fce6b37b54/content>

Artaza Barrios, O. (2017). “Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina.” Representación OPS/OMS Argentina; 71.

Asinelli (2022). En Papagni, L., Bercholc, D., & Prince, A. Transformación Pública Digital en Latinoamérica. eamericas.

Atencio, J. (2023) "Rompiendo el molde: un enfoque antifrágil para la gestión de compras públicas en tiempos de incertidumbre", *Temas de Derecho Administrativo*, Buenos Aires, Erreius - Ed. Errepar, junio 2023, ISBN 978-987- 793-311-6.

Azevedo-Marques, P. M. D., Caritá, E. C., Benedicto, A. A., y Sanches, P. R. (2005). RIS/PACS integration at " Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto": a web based solution. *Radiologia Brasileira*, 38, 37-43. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rb/a/4jmJwvS8SG75cn5NpZdzyPq/abstract/?lang=enyformat=html>

Baixench, C. (2012). ¿Trabajamos en equipo los médicos? Una realidad o solo palabras. *Acta méd. costarric* vol.54 n.3 San José Jul./Sep., http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000300001

Banco Mundial (2024). Datos Banco Mundial. Recuperado de: <https://datos.bancomundial.org/>

Baró, S. (2020). Humanización de las prácticas de salud. Una Revisión sistemática para la prevención de la violencia en los servicios de salud. *Calidad de Vida y Salud*, 13, 18-29. Recuperado de: <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/274>

Barragán Bechara, J. C., Riaño Casallas, M. I.I, & Martínez, M. (2012). Redes integradas de servicios de salud: hacia la construcción de un concepto. *Universidad y Salud*, 14(2), 186-196. Retrieved March 23, 2023. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000200008&lng=en&tlng=es

Barrenengoa, P.; Escapil, A.; Lazarte, J. y Salerno, M. (2023). Hospitales bonaerenses y comunidad. Experiencias de los Servicios de Área Programática y Redes en Salud. EDULP, La Plata.

Batista, F. y Merhy, E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*;7(1):9-20. Universidad de Lanus

https://www.academia.edu/31805155/El_reconocimiento_de_la_producci3n_subjetiva_del_cuidado

Bazán-Soto, A. (2016). Importancia de la administración en la salud. *Revista del Hospital Juárez de México*, 82(3-4), 148-149.

Becattini, G. y Rullani, E. (1993), “Sistema locale e mercato globale, Economia e politica industriale”, N° 80, en: Becattini, G. (ed), *Distretto industriale vs. Settore industriale*, en *Sviluppo local, Imprese, settori e distretti industrial*, Torino, VI 10, pp. 5-15, Rosenberg y Sellier.

Beleno, C. A. (2016). Aportaciones y diferencias entre comunicación en salud, comunicación para el desarrollo y para el cambio social. *Revista de Comunicación y Salud: RCyS*, 6(1), 69-80.

Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5786977>

Belmonte, I. A., Collado, R. S., Yuguero, O., Oliva, J. A., Martínez-Millana, A., y Pérez, C. S. (2024). La alfabetización digital como elemento clave en la transformación digital de las organizaciones en salud. *Atención Primaria*, 56(6), 102880.

Benson, T., y Grieve, G. (2020). Principles of Health Interoperability: FHIR, HL7 and SNOMED CT. Springer International Publishing.

Bernazza, C. (2004). Material sobre planificación estratégica. La Planeación. Recuperado de: <http://biblioteca.municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/bern2.pdf>

Bertalanffy (1968). Teoría General de los Sistemas. Fondo de Cultura Económica. México.

Beyme, K. (1994), Teoría política del siglo XX. De la modernidad a la posmodernidad, Madrid, Alianza Editorial s.a.

BID (2020a). Redes de Salud en Marcha. La experiencia de Argentina, Brasil, Colombia y México Recuperado de: <https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/Redes-de-salud-en-marcha-La-experiencia-de-Argentina-Brasil-Colombia-y-Mexico.pdf>

BID (2020b). Sistemas de Historias Clínicas Electrónicas Definiciones, evidencia y recomendaciones prácticas para América Latina y el Caribe. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Sistemas-de-Historias-Clinicas-Electronicas-Definiciones-evidencia-y-recomendaciones-pr%C3%A1cticas-para-América-Latina-y-el-Caribe.pdf>

Blacut, J. (2010) La administración de las organizaciones de profesionales: una perspectiva neoclásica A la memoria de Peter F. Drucker.

http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-33232010000100004

Bonadi, D. Gasparin, J. (2014) La vinculación entre la planificación y el presupuesto. Recomendaciones para su implementación. CIPPEC. Recuperado de: <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1348.pdf>

Boni, María L (2023) La contratación pública como herramienta estratégica para el desarrollo de la industria nacional: un análisis de la normativa norteamericana. Recuperado de https://www.ijeditores.com/pop.php?option=articulo&Hash=ac28b757a47d982624c26d6e903064e8&fbclid=PAAYwqGaGOKxyuh57XVPJgiXdtmAf2Vveh5adnAA65NDrmnudnCr_TtPc_aem_AQpCPrYDuS1Kit0sZRqlQsMsc8RshEZ5AKjkxIZjp_Um8A1mKWihRatoSiUSB6Y6vZM#indice_3

Borges C. (2021). Implementación de un sistema de Historia Clínica Electrónica en el estado de Bahía: Resultados parciales. Estudio de caso de salud digital. Edición 01. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/es/implementacion-de-un-sistema-de-historia-clinica-electronica-en-el-estado-de-bahia-resultados>

Bosch, E., Castillo, R., Cea, Ó., Salinas, C., Rivas, J., y Díaz-Narváez, V. (2016). Diez años desde la implementación del RIS PACS de la Clínica Alemana de Santiago: impacto de la tomografía computarizada en el uso y disponibilidad de archivo. *Revista chilena de radiología*, 22(3), 102-107. Recuperado de:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082016000300004

Bourdieu, P., Chamboredon, J. C., Passeron, J. C. (1985), El oficio de sociólogo, México, S. XXI, “Introducción”

Bravo, M. E. y Vazquez, M. V. (2017). Gestión de insumos. Mejoras implementadas y desafíos para el 2017. HIGA Gral San martin, La Plata. Recuperado de: <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/noticias/ResidenciaAdministracion-SanMartin.pdf>

Breilh, J. (1999) Nuevos paradigmas en la salud pública. Reunión Internacional. Centro internacional de investigaciones para el desarrollo. Programa de las Naciones Unidas para el ambiente. Organización Panamericana de la Salud-Escuela nacional de salud pública –Fiocruz, Rio de Janeiro, noviembre

Breilh, J. (2008) Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción basada en la determinación social de la salud. Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud asociación latinoamericana de medicina social. México, 29 de septiembre - 3 de octubre
[repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3413/1/Breilh%2CJ-CON-119-Una perspectiva em.pdf](https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3413/1/Breilh%2CJ-CON-119-Una%20perspectiva%20em.pdf)

Buontempo F, (2004), Boletín CIME: formulaciones huérfanas, (informe N°33), Ed. Fundación Hospital Garrahan.

Campodónico R. J. M. (2018). Redes Integradas de los Servicios de Salud. Análisis aplicado a un hospital de alta complejidad: alcances, limitaciones y propuestas. Rosario, Argentina: Universidad Nacional de Rosario. Recuperado de:

<https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/15313/CEI%20-%20MGSSS%20-%20TESIS%20Campodonico%20Ricardo%20J.%20M..pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Candia, A. D. y Petitpas, M. L. (2016). "Principales determinantes de la eficiencia hospitalaria. Una revisión bibliográfica." Serie Informe Social N° 158. ISSN 0717-1560. Libertad y Desarrollo. Chile.

Cañas, J. (2013). Principales pasos a seguir para la elaboración de un presupuesto de un centro sanitario público. La evolución del presupuesto al contrato programa como herramienta de gestión y asignación de recursos. Principales características del contrato programa. Recuperado de: http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500849/n11._6__Elaboracion_de_un_presupuesto.pdf

Capello, M. Garcia Oro, G. (2014) Gasto público eficiente: Propuestas para un mejoramiento en los sistemas de compras y contrataciones gubernamentales. recuperado de https://www.ieral.org/images_db/noticias_archivos/2985-Propuestas%20para%20un%20mejoramiento%20en%20los%20sistemas%20de%20compras%20y%20contrataciones%20gubernamentales%20.pdf

Cardiointervención (2021, 21 de septiembre). Historia de la Hemodinamia. Recuperado de: <https://www.cardiointervencion.com/single-post/historia-de-la-hemodinamia>

Carnicero, J., y Fernández, A. (2012). Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud: Aplicaciones de las TIC a la atención primaria de salud. Volumen II. Sociedad Española de Informática de la Salud.

CBC News (2013) E-health records saved medical system \$1.3B in 6 years. CBC News. Recuperado de: <https://www.cbc.ca/news/politics/e-health-records-saved-medical-system-1-3b-in-6-years-1.1384119>

Cea D'Ancona, M. A. (1996). Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis.

Chacon, J. Rugel, S. (2018) Artículo de Revisión. Teorías, Modelos y Sistemas de Gestión de Calidad. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/331544414_Teorias_Modelos_y_Sistemas_de_Gestion_de_Calidad_Articulo_de_Revisión

Chirinos, E., Rivero, E., Goyo, A., Méndez, E., & Figueredo, C. (2008). Indicadores de gestión para medir la eficiencia hospitalaria. *Negotium*, 4(10), 50-63. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/782/78241005.pdf>

CIFAR. (2024). Key Strategic Priorities. Recuperado de <https://cifar.ca/ai/key-strategic-priorities/#ai-for-health>

Clark, D. (2020). Clinical engineering in the United Kingdom. En E. Iadanza, *Clinical Engineering Handbook*.

Cleveland Clinic London (2024). Heart, Vascular and Thoracic Institute - Cardiology. Recuperado de:

<https://clevelandcliniclondon.uk/clinical-institutes/heart-vascular-thoracic/cardiology>

COMPRAR (2024). Buscador de Procesos. Recuperado de: <https://comprar.gob.ar/BuscarAvanzado.aspx>

Contralor General de la República (2023) Medidas para disminuir los posibles riesgos de corrupción en materia de compras públicas. Recuperado de: <https://www.contraloria.cl/pdfbuscador/dictamenes/E370752N23/html>

Coordinación de Investigación y Docencia (2021). Programa de Residencias en Farmacia Hospitalaria. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/07/programa_residencia_farmacia_hospitalaria_2023.pdf

Coordinación de Procesos Asistenciales (2024). Informe de gestión 2023. Dirección General de Asistencia Médica. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Coughlin, S. S., Williams, L. B., y Hatzigeorgiou, C. (2017). A systematic review of studies of web portals for patients with diabetes mellitus. *mHealth*. doi:<https://doi.org/10.21037/mhealth.2017.05.05>

Crojetovic M. y Ariovich A. (2010, junio). Las redes de salud en el Territorio del Gran Buenos Aires: el desafío de la coordinación de servicios de salud. *Revista Internacional de Organizaciones*, 20, pp. 169-195.

Crojethovic M. y Ariovich A. (2015). Las redes: un modelo organizativo para contrarrestar la fragmentación institucional del sistema de salud en la Argentina. *Revista Electrónica Gestión de las Personas y Tecnología*, vol. 8, núm. 24, pp. 38-50. Universidad de Santiago de Chile. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4778/477847102004.pdf>

Cruz Fandiño, C. (2018). La ingeniería biomédica: aplicación e impacto de la tecnología en salud. #ashtag, (11), 23-36. <https://doi.org/10.52143/2346139X.530>.

Dabas E, Perrone N. (1999) Redes en salud. Recuperado de: <https://docer.com.ar/doc/151v11>

David, Y. (2020). Clinical engineering in the United States. En E. Iadanza, *Clinical Engineering Handbook*.

De la Cruz Soto, A. (2017). Gestión de bienes patrimoniales en el Hospital San Bartolomé-Lima 2013-2016.

Demichelis, M., Correa, M. S., y Bertone, R. A. (2018). Interoperabilidad e integración entre sistemas de información en salud. In XXIV Congreso Argentino de Ciencias de la Computación (La Plata, 2018)..

Dendere, R., Slade, C., Burton-Jones, A., Sullivan, C., Staib, A., y Janda, M. (2019). Patient Portals Facilitating Engagement With Inpatient Electronic Medical Records: A Systematic Review. *Journal of medical internet research*. doi:<https://doi.org/10.2196/12779>

Di Ludovico, C. (2021). El Hospital Posadas se quedó sin camas. En <https://tn.com.ar/salud/noticias/2021/04/13/el-hospital->

posadas-se-queda-sin-camas-en-la-sala-covid-y-usa-las-de-la-
unidad-coronaria/

Díaz Moreno, E. N., Roperó Serrano, L. F., Casas Velandia, L. D.,
Suárez Sánchez, M. D. P., y García Sánchez, M. M. (2022)
Importancia de la integración de los sistemas RIS-PACS en un
sistema de información hospitalaria HIS. Recuperado de:
[https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/53707/
msuarezsa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/53707/msuarezsa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Dirección Chilecompra (2024)
<https://www.chilecompra.cl/capacitacion/>

Dirección de Asistencia Médica (2022). Encuentros de Monitoreo
y Consolidación de los Planes Operativos Anuales 2022. GDE
NO-2022-43549638-APN-DAM%HP. Hospital Nacional
Profesor Alejandro Posadas.

Dirección de Asistencia Médica (2023). Planes Operativos
Anuales 2023-POA. GDE NO-2023-98131816-APN-DAM%HP.
Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Dirección de Planificación Estratégica (2021). Memoria de las
Mesas de Trabajo del Plan Estratégico 2022-2025. Hospital
Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Dirección de Planificación Estratégica (2024). Evaluación del uso
de Tasy por médicos de Consultorios Externos. Hospital Nacional
Profesor Alejandro Posadas.

Dirección General de Administración y Finanzas HNAP (2023).
Registro de capacitaciones del área de Administración. Hospital
Posadas.

Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles (2023). Boletín de mortalidad por enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-12/boletin_mortalidad_ent_6122023.pdf

Docteur, E., y Oxley, H. (2003). Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience: OECD Publishing. Recuperado de: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5lgsjhvj7q0q.pdf?expires=1472064548&id=id&accname=guest&checksum=4BD830EBA4C786B85D98AB9A03E2ABAB>

Domínguez, L. A. (2023). Estudio sobre las características sociodemográficas de tres municipios de la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. Universidad Nacional de La Plata

Durán y Saltman B. (2013) Innovative Strategies in Governing Public hospitals. En Eurohealth 2013. Recuperado de: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/186021/EuroHealth-v19-n1.pdf?ua=1

E-Health Reporter (2021). El Hospital Moinhos de Vento recibe la certificación digital HIMSS. Recuperado de: <https://ehealthreporter.com/himss/el-hospital-moinhos-de-vento-recibe-la-certificacion-digital-himss/>

Escobar, A. (2014) Sentipensar con la tierra: nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia. Universidad Autónoma Latinoamericana UNAULA, Medellín. En http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/escpos-unaula/20170802050253/pdf_460.pdf

Esparza, J. (s/f) INTRODUCCIÓN A LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA EN EL SP
<http://web.uqroo.mx/archivos/jlesparza/mesp112/1.1%20Aspectos%20teoricos.pdf>

Estévez A.M. y Banchemo G. (2021). Teoría y práctica sobre gerenciamiento de redes: análisis de cuatro casos. Cuadernos del INAP, N°58. Recuperado de: <https://publicaciones.inap.gob.ar/index.php/CUINAP/article/view/236/204>

Etienne C. F. (2015) El logro de la cobertura universal de salud es un imperativo moral. *MEDICC Review*. 17(Suppl: 1):12-13.

Etienne, C. F. (2019). Invertir en la salud universal en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica*; 43, nov. 2019. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51661>

Fajardo Lévano, R. W. (2021). Implementación de un sistema web de control para mejorar la administración de los bienes patrimoniales del Hospital Rezola de Cañete. Universidad César Vallejo. Recuperado de: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/60160>

Falasco, M. (2005). Relación médico-paciente: Jerarquización de la autonomía del paciente. *Acta bioquím. clín. latinoam*. v.39 n.2 La Plata, http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572005000200012

Felcman, I. y Blutman, G. (2018) “La planificación estratégica participativa. Conceptos e instrumentos para nuevos modelos de

gestión pública”. Revista Perspectivas de Políticas Públicas vol. 7 No 14: 415-447

Fernandez, A (2013) Presupuestos clínicos. Caso de presupuestación de un servicio clínico. Recuperado de: http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500848/n11.5_Presupuestos_cl_nicos.pdf

Friedman, M. y Friedman, R. (1979) Free to choose. Harcourt. En [www.proglocode.unam.mx/sites/proglocode.unam.mx/files/docencia/Milton y Rose Friedman - Free to Choose.pdf](http://www.proglocode.unam.mx/sites/proglocode.unam.mx/files/docencia/Milton_y_Rose_Friedman_-_Free_to_Choose.pdf)

Gago, V. (2014) La razón neoliberal: Economías barrocas y pragmática popular. Tinta Limón. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/338566787_Gago_Veronica_La_razon_neoliberal_Economias_barrocas_y_pragmatica_popular_Buenos_Aires_Tinta_Limon_2014_320pp

Galea Fuentes, A. L. (2016). Modelo de intervención en procesos productivos en la Unidad de Hemodinamia del Hospital Dr. Gustavo Fricke en Viña del Mar. Recuperado de: <https://repositoriobibliotecas.uv.cl/serveruv/api/core/bitstreams/3f7f11d0-1867-496a-b662-787b10ec56f0/content>

Galiot Torres, A (2023) Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Recuperado de: <https://blog.calidadacsa.com/la-certificacion-de-la-calidad-en-el-sector-sanitario-diferentes-modelos-parte-1/>

García, J. (2021). Proyecto de Automatización de la Farmacia del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Certificación en farmacia hospitalaria. Colegio Oficial de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Capital Federal.

García, J. (2023a). La automatización de la farmacia hospitalaria del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. 1er Congreso Internacional “Una Salud: para una Argentina con equidad”. Asociación Argentina de Salud Pública.

García, J. (2023b). Proyecto de Automatización de la Farmacia del Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. Especialización en Gestión y Economía de la Salud. ISALUD.

García, R. E. (2001). El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. *Revista médica de Chile*, 129(7), 825-826.

García-Andrade, X. C. (2014). Introducción al régimen inglés de los contratos públicos. *Revista de administración pública*, (194), 411-435.

Garrafa, V. y Manchola, C. (2017). Bioética y asimetría (negativa) de poder: explotación, desigualdad y derechos humanos. 30/8 en <https://aldiaargentina.microjuris.com/2017/08/30/bioetica-y-asimetria-negativa-de-poder-explotacion-desigualdad-y-derechos-humanos-garrafa-volnei-manchola-camilo/>

Giménez E, Reig-Viader R, Espallargues M. (2021). Sistemas automáticos de almacenamiento y dispensación de medicamentos en los servicios de farmacia hospitalaria. Seguridad, efectividad y eficiencia. Informes de evaluación de tecnologías sanitarias. Ministerio de Sanidad de Madrid y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Recuperado de: https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2021/sistemas_automaticos_almacenamiento_dispensacion_medicamentos_redets_aquas2021.pdf

Girón Aguilar, N.; D'Alessio, R. (1997), Rosario D'lessio,. Guía para el desarrollo de de Servicios Farmacéuticos hospitalarios, Logística del suministro de medicamentos (1997). Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Recuperado de <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/ops/logistica.pdf>

Gogeoascoechea-Trejo, M. del C., y Pavón-León, P. (2004). La importancia de la administración en salud. Revista médica de la Universidad Veracruzana, 4(1), 13-16.

González Millán, J. J., & Rodríguez Díaz, M. T. (2019). Manual práctico de planeación estratégica. Ediciones Díaz de Santos.

González Revuelta, M. E. (2023). Evolución de la Historia Clínica Digital, retos y dificultades. Avances y desafíos en la seguridad de la historia clínica y el acceso a los datos de salud.

Gonzalez, K. (2021) PLANEACIÓN ESTRATÉGICA. https://www.academia.edu/61127925/PLANEACION_ESTRATEGICA_Enfoque_Teorico_Practico

Graf, C. (2020). Tecnologías de información y comunicación (TIC). Primer paso para la implementación de TeleSalud y Telemedicina. Revista Paraguaya de Reumatología, 6(1), 1-4. Recuperado de: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2413-43412020000100001

Guerra, F. Pinto, J. Babilonia, K. y Quintero, S (2022). Análisis a la gestión presupuestal del Hospital Santa Teresa de Jesús de Ávila del municipio de Dibulla, Departamento de la Guajira. Recuperado de:

<https://repositoryinst.uniguajira.edu.co/bitstream/handle/uniguajira/573/ANALISIS%20A%20LA%20GESTION%20PRESUPUESTAL%20DEL%20HOSPITAL%20SANTA%20TERESA%20DE%20JES%20C3%9AS%20DE%20C3%81VILA%284%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hart, M., y Negri, A. (2005). Imperio. Paidós. Buenos Aires

Harvey, D. (1996). Justice, nature and the geography of difference, Gran Bretaña, Blackwell Publishers.

Harzheim, E.; Casado Vicente, V.; Bonal Pitz, P. (2009). La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. Eurosociasalud.

Hazara, A. M., Durrans, K., y Bhandari, S. (2019). The role of patient portals in enhancing self-care in patients with renal conditions. *Clinical Kidney Journal*. doi:<https://doi.org/10.1093/ckj/sfz154>

Hemodinamia (2023). R138 - Control de stock de carro de paro. Sistema de gestión de calidad. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Henriquez, I. (s/f). Gestión de inventario. Servicio de Salud de Aconcagua.

Hernández M. y Poveda J.L. (2001). Sistemas automáticos de dispensación de medicamentos. Combino Pharm. Recuperado de: https://www.chospab.es/libros/farmacia_hospitalaria/dispensacion_combino.pdf

HIMSS. (2019). HIMSS Dictionary of Health Information and Technology Terms, Acronyms and Organizations. Taylor & Francis.

Hinkelammert, F. (1998). El grito del sujeto. Del teatro-mundo del evangelio de Juan al perro-mundo de la globalización, 2 ed., San José, Costa Rica, DEI.

Hintze J. (2009). Modelos organizativos para la gestión social y sus lógicas. En: Chiara M, Di Virgilio M, editores. Gestión de Política Social. Conceptos y Herramientas. Buenos Aires, Argentina: Prometeo/UNGS. Recuperado de: <https://www.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2019/08/9789876302661-completo-1.pdf>

Holloway, J. (2002) Cambiar el mundo sin tomar el poder. El significado de la revolución hoy. Buenos Aires: Herramienta Ediciones/Universidad Autónoma de Puebla.

Hospital Alemán (2024a). El Hospital Alemán certificado por la Joint Commission International. Recuperado de: <https://www.hospitalaleman.org.ar/nuestro-hospital/institucional/joint-commission-international/>

Hospital Alemán (2024b). Nuestro Hospital. Resultado de Estudios. Recuperado de: <https://www.hospitalaleman.org.ar/nuestro-hospital/resultado-de-estudio/>

Hospital Austral (2024). Visualizá, descargá y compartí tus estudios médicos de manera sustentable. Recuperado de: <https://www.hospitalaustral.edu.ar/2024/01/estudiosdigitales/>

Hospital Británico (2024a). Bienvenido a HB Online. Recuperado de: <https://www.hbritanicoweb.com.ar/>

Hospital Británico (2024b). Laboratorio. Recuperado de: <https://britanico.edu.pe/certificacion-de-calidad/>

Hospital Clinic Barcelona (2021) Balanç PLA ESTRATÈGIC 2016-2020. Recuperado de: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/plan-estrategico>

Hospital Clínic Barcelona (2024). Instituto Clínic Cardiovascular. Recuperado de: <https://www.clinicbarcelona.org/instituto/instituto-clinic-cardiovascular/asistencia>

Hospital Dr. Manuel Gea González (2019) PROGRAMA INSTITUCIONAL 2020-2024 DEL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ. Recuperado de: <https://sidof.segob.gob.mx/notas/docFuente/5605526>

Hospital El Cruce (2022). Plan Estratégico Institucional 2022-2026. Recuperado de: <https://www.hospitalelcruce.org/images/2022/planpresentacion.pdf>

Hospital Garrahan (2021) Plan Estratégico 2022-2024. Recuperado de: <https://www.garrahan.gov.ar/images/plan-estrategico.pdf>

Hospital General Universitario Gregorio Marañón (2024). Sello de Excelencia Europea EFQM 500+. Recuperado de: <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/nosotros/sello-excelencia-europea-efqm-500>

Hospital Italiano de Buenos Aires (2024). Certificaciones del HIBA. Recuperado de: <https://www1.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/imagenes/seccion/62091>

Hospital Posadas (2013). Plan Estratégico Institucional 2014-2016 Recuperado de: https://auth.scribd.com/u/signup?state=hKFo2SBZZIRvTnpB WmJwQTdNX2Fra3VrZmNhekdzRWJNS01jdaFur3VuaXZlcn NhbC1sb2dpbqN0aWTZIC1vdUFxeFpFZEgyVjVBRHlfYmVqc zd3eTIFT0cwWnE2o2NpZNkgZ3ljN3lyZnpzdkpmaXd5bHNiY XU4Y3g5dVZhb2FOU1A&ui_locales=es

Hospital Posadas (2015). Análisis de Fondos Rotatorios Dirección General de Administración y Finanzas. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Posadas (2016). Análisis de deuda al 1 de enero de 2016. Dirección General de Administración y Finanzas. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Posadas (2020). Modificación de estructura. GDE DI-2020-213-APN-DNI#HP.

Hospital Posadas (2020, 7 de octubre). Conferencia: Encuentros Hospitalarios de Gestión, temática: Dirección General de Administración y Finanzas. Organizador: Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Dirección General de Asistencia Médica. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Posadas (2020, 9 de diciembre). “Conferencia: Encuentros Hospitalarios de Gestión, temática: Planificación Estratégica”. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad.

Dirección General de Asistencia Médica. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Posadas (2021, 10 de diciembre). “Presentación Oficial Plan Estratégico 2022-2025 y Certificación Normas ISO”. Dirección Nacional Ejecutiva. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Posadas (2021, 10 de febrero). Conferencia: Encuentros Hospitalarios de Gestión, temática: OCD. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Dirección General de Asistencia Médica. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Posadas (2021, 21 de abril). “Conferencia: Encuentros Hospitalarios de Gestión, temática: Planificación Estratégica”. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Dirección General de Asistencia Médica. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Posadas (2021, 22 de diciembre). “Conferencia: Encuentros Hospitalarios de Gestión, temática: Balance de la Dirección General de Asistencia Médica”. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Dirección General de Asistencia Médica. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Posadas (2021, 27 de enero). Conferencia: Encuentros Hospitalarios de Gestión, temática: UGI. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Dirección General de Asistencia Médica. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Posadas (2021a). Plan Estratégico 2022-2025. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospital-nacional-posadas/pei>

Hospital Posadas (2021b). Pliego de Bases y Condiciones Proceso N° 96-0036-LPU21. Sistema COMPR.AR. Recuperado de: <https://comprar.gob.ar/>

Hospital Posadas (2022a). Manual de Procedimientos de la Dirección General de Administración y Finanzas. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/08/if-2022-63654917-apn-dgayfhp_2.pdf

Hospital Posadas (2022b). Revisión del primer semestre del 2022 del Plan Estratégico 2022-2025. Dirección de Planificación Estratégica. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Posadas (2023, 3 de febrero). Acto de presentación de la Farmacia Automatizada. Dirección General de Servicios Hospitalarios. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Posadas (2023, 6 de septiembre). Conferencia: Encuentros Hospitalarios de Gestión, temática: Referencia y Contrarreferencia. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Dirección General de Asistencia Médica. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Posadas (2023b). Jornadas Hospitalarias. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospital-nacional-posadas/jornadas-hospitalarias>

Hospital Posadas (2023e). Reporte de Producción del Laboratorio de Producción de Medicamentos. Años 2019-2023. Dirección General de Servicios Hospitalarios. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Posadas (2023f). Revisión del segundo semestre del 2022 del Plan Estratégico 2022-2025. Dirección de Planificación Estratégica. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Posadas (2023a). Informe de indicadores de la Dirección General de Administración y Finanzas 2019-2023. Gestión Documental Electrónica N° NO-2023-143350766-APN-DPE#HP.

Hospital Posadas (2023c). Memoria Hospitalaria 2022. Departamento de Sistemas de la Información. Dirección General de Asistencia Médica. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Posadas (2023g). Revisión del primer semestre de 2023 del Plan Estratégico 2022-2025. Dirección de Planificación Estratégica. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Posadas (2023d). R15 - Registro de Indicadores. Sistema de gestión de calidad. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Hospital Universitario Fundación Favaloro (2024). Hospital Universitario Fundación Favaloro acreditado por ITAES. Recuperado de: <https://www.fundacionfavaloro.org/hospital-universitario-fundacion-favaloro-acreditado-por-itaes/>

Hospitaux Universitaires Geneve (2015) Vision 2020 <https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/plan-strategique.pdf>

Huang, H. (2010). PACS and Imaging Informatics. WILEY.

Huang, H. (2011). Short history of PACS. Part I: USA. European Journal of Radiology, 78, 163-176.

- Iadanza, E. (2020). Clinical Engineering Handbook. Elsevier.
- Ianni, O. (1998), La sociedad global, Mexico, Siglo XXI
- IFMBE/CED (2022). CE-HTM Definitions. Recuperado de <https://ced.ifmbe.org/resources/ce-htm-definitions.html>
- Igeta, H. (2020). Clinical engineering in Japan. En E. Idanza, Clinical Engineering Handbook.
- Inamura, K., y Hyo Kim, J. (2011). History of PACS in Asia. European Journal of Radiology, 78, 184-189. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2010.09.022>
- Indarte, S., y Pazos Gutiérrez, P. (2011). Estándares e interoperabilidad en salud electrónica: Requisitos para una gestión sanitaria efectiva y eficiente.
- Infobae (2019, 27 de febrero). Calidad, certificación y atención en la nueva etapa del Sanatorio Güemes. Recuperado de: <https://www.infobae.com/salud/2019/02/27/calidad-certificacion-y-atencion-en-la-nueva-etapa-del-sanatorio-guemes/#:~:text=Como%20resultado%20de%20dicho%20proceso,con%20un%20enfoque%20de%20excelencia.>
- Infobae (2021). El Hospital Posadas no tiene pacientes por COVID-19 en Terapia Intensiva por primera vez en 18 meses. Recuperado de: <https://www.infobae.com/salud/2021/09/22/el-hospital-posadas-no-tiene-pacientes-por-covid-19-en-terapia-intensiva-por-primera-vez-en-18-meses/>
- Infocielo (2023, 19 de septiembre). La Provincia presentó una red de diagnóstico por imágenes digital para la salud descentralizada. Recuperado de: <https://infocielo.com/politica-y-economia/la->

provincia-presento-una-red-diagnostico-imagenes-digital-la-salud-descentralizada-n771917

Iñiguez, A. y Narodowski, P. (2007) «La G de la Ecuación Macroeconómica. El Estado y las Finanzas a través de las Teorías y los Años

IRAM (2023) ¿Qué es IRAM? Conocé Quienes Somos y Que Hacemos. Recuperado de: <https://www.iram.org.ar/institucional/quienes-somos/>

ISMP y Grupo Tecno (2011). Recomendaciones para el Uso Seguro de los Sistemas Automatizados de Dispensación de Medicamentos. Recuperado de: <https://www.ismp-espana.org/ficheros/Recomendaciones%20para%20el%20uso%20seguro%20de%20los%20SAD.pdf>

ISO (2023) ISO 7101:2023 Gestión de organizaciones sanitarias. Sistemas de gestión de la calidad en organizaciones sanitarias. Requisitos. Recuperado de <https://www.iso.org/obp/ui/en/#iso:std:iso:7101:ed-1:v1:en>

Lagarde y de los Ríos, M. (2012) El feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías. Instituto de las mujeres México DF. Recuperado de: <http://www.muji.es/red.net/IMG/pdf/ElFeminismoenmiVida.pdf>

Lanese, D. (2020). La Federación Médica se mostró expectante por los anuncios. Recuperado de: <https://politicadelsur.com/nota/57345/la-federacion-medica-se-mostro-expectante-por-los-anuncios>

Lash, S. (1990), *Sociología del posmodernismo*, Buenos Aires, Amorrortu editores.

Lavieri, O. (2021, 6 de julio) Vacunatorio Vip, confirmaron que en el Posadas fueron inmunizadas 385 personas pese a no estar registradas. Recuperado de: <https://www.infobae.com/politica/2021/07/06/vacunatorio-vip-confirmaron-que-en-el-hospital-posadas-385-personas-fueron-inmunizadas-pese-a-no-estar-registradas-como-personal-de-salud/>

Leal, D. Y., De Muñoz, M. B., & Torrealba, C. C. (2011). La Planificación Estratégica como proceso de integración de un equipo de salud. *Enfermería global*, 10(4).

Leborgne, D. y Lipietz, A. (1994), “Flexibilidad ofensiva, flexibilidad defensiva. Dos estrategias sociales en la producción de los nuevos espacios económicos”, en: Benko, G y Lipietz, A. (ed), *Las regiones que ganan. Distritos y redes. Los nuevos paradigmas de la geografía económica*, Diputació provincial de Valencia, Edicions Alfons El Magnanim, Generalitat Valenciana.

Lemke, H. U. (2011). Short history of PACS (Part II: Europe). *European Journal of Radiology*, 78, 177-183.

Lenka, S. R., George B. (2013). Integrated Health Service Delivery: Why and How?. *National Journal of Medical Research*, 3, pp. 297-299.

Ley 26689 (2011)., *Ley de cuidado integral de la salud de las personas con Enfermedades Poco Frecuentes*, 29 de Junio 2011. Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/185077/texto>

Lipietz A. (1987), *Miragens e Milagres. Problemas da industrializacao do Terceiro Mundo*, San Pablo, Nobel.

López Bello, S (2023) *Joint Commission International: proceso e importancia*. Recuperado de <https://www.elhospital.com/es/noticias/joint-commission-international-proceso-e-importancia>

López, S. (2005). *Sistemas de Salud comparados. Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años '90*. Medicina Social. FTS, UNLP.

Lubick Goldzweig, C., y Greg, O. (2013). *Electronic Patient Portals: Evidence on Health Outcomes, Satisfaction, Efficiency, and Attitudes*. *Annals of Internal Medicine*. doi:<https://doi.org/10.7326/0003-4819-159-10-201311190-00006>

Luhmann, N. (1992) *Sociología del riesgo*, Universidad Iberoamericana, Universidad de Guadalajara, México.

Luhmann, N. (1993), *Teoría política en el estado de bienestar*, Madrid, Alianza Universidad.

Lyles, C. R., Nelson, E. C., Frampton, S., y Dykes, P. C. (2020). *Using Electronic Health Record Portals to Improve Patient Engagement: Research Priorities and Best Practices*. *Annals of Internal Medicine*. doi:<https://doi.org/10.7326/M19-0876>

Maceira, D.; Cejas, C.; Olaviaga, S. (2010). Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino. Documento de trabajo n° 49. CIPPEC. Buenos Aires.

Magalón-Londoño, G., Pontón Laverde, G., y Reynales Londoño, J. (2016). Gerencia Hospitalaria. Panamericana.

Maldonado, G. V., & Erazo, M. A. (2016). El reto de la planificación estratégica en las Pymes. *Revista publicando*, 3(8), 335-344. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5833399>

Mallqui Espinoza, R. M. (2022). Estudio de las Historias Clínicas Electrónicas como parte de una Transformación Digital en el Sector de la Salud. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10908/22784>

Manigot (2021). Sobre los caminos del Hospital Posadas. *Medicina*. vol.81 no.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires mar. 2021. www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802021000100122

Martín, A. (1971). Tendencias modernas y optimización en la administración hospitalaria (Doctoral dissertation, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas).

Martínez Nogueira R. (2012). Las políticas públicas y las redes interorganizacionales: los problemas de coherencia y coordinación. *Voces en el Fenix*, n°18. Recuperado de: <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/las-politicas-publicas-y-las-redes-interorganizacionales-los-problemas-de-coherencia-y-coordinacion/>

Martínez, J. G., Gaona, M. A. N., y Esquerria, R. E. D. (2012). The impact of PACS-INR system on the quality of radiology service. *Investigación en Discapacidad*, 1(1), 18-24. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDREVISTA=yIDARTICULO=36137yIDPUBLICACION=>

Martos Calpena, R. (2009). *Cultura Corporativa: Misión, Visión y Valores en la Gestión Estratégica de las empresas del sector de la Automoción en España*. Universitat Politècnica de Catalunya.

Matus, C. (1996). *El Método PES: La Entrevista*. Fondo Editorial Altadir, Caracas.

Mayo Alegre, J. C., Loredó Carballo, N. A., y Reyes Benítez, S. N. (2015). En torno al concepto de calidad. Reflexiones para su definición. *Retos de la Dirección*, 9(2), 49-67.

Medina, A. y Narodowski, P. (2015). *Estado integración y salud. La gestión en red de un hospital público*. Buenos Aires: Imago Mundi.

Medina, A. y Narodowski, P. (2018). *Hacia un modelo de integración del Sistema de Salud*. Barroetaveña M (Coordinador). *Pensando una Buenos Aires más igualitaria*. Editorial Octubre.

Medina, A. y Narodowski, P. (2019a). *Enfoques y herramientas para el gobierno de la salud. Comparación internacional en el nuevo contexto de las redes*. Editorial Miño y Dávila.

Medina, A. y Narodowski, P. (2019b). Escalas, territorio y construcciones relacionales implícitas, en los debates y el diseño efectivo de las políticas públicas de la posguerra y actuales, en el

centro y en la periferia: el caso de las políticas de salud. Revista: Revista Ciência & Trópico; vol. 43. Páginas: 36-71

Ministerio de Desarrollo Productivo (2020). Resolución 115/2020. Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227939/20200417#:~:text=RESOL%2D2020%2D115%2DAPN%2DSCI%23MDP&text=Que%20el%20Gobierno%20Nacional%20debe,la%20salud%20individual%20y%20colectiva>.

Ministerio de Economía de la Nación (2022). Informes de cadenas de valor. Ficha sectorial: Industria Farmacéutica. Subsecretaria de Programación Regional.

Ministerio de Justicia y Derecho Humanos (2001) Régimen De Contrataciones De La Administración Nacional. Recuperado de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/68396/texact.htm>

Ministerio de Obras Públicas (2012). Camas Hospitalarias cada mil habitantes por provincia 2000-2012. Observatorio Federal Urbano.

Ministerio de Salud (s/f). Programa de capacitación. Gestión de stock y fase de uso. Modulo para el alumno. Cuidado de Medicamentos en Atención Primaria de la Salud. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-06/cumaps-gestion-de-stock-y-fase-de-uso.pdf>

Ministerio de Salud de Brasil (2024) Entidades de Salud de Reconocida Excelencia (ESRE). Recuperado de: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e>

programas/proadi-sus/entidades-de-saude-de-reconhecida-excelencia-esre

Ministerio de Salud de Chile (2023a) Calidad y seguridad de la atención. <https://www.minsal.cl/calidad-y-seguridad-del-paciente/>

Ministerio de Salud de Chile (2023b). Orientaciones Para La Planificación Y Programación En Red 2024 Subsecretaría De Redes Asistenciales. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Orientaciones-para-la-Planificacion-en-Red-2024.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2000). Resolución 641/2000. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-641-2000-64079>

Ministerio de Salud de la Nación (2015). Decreto 1096/2015. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Estructura. Recuperado de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/248213/norma.htm>

Ministerio de Salud de la Nación (2019, 11 de noviembre). El gasto en salud representó el 9,4 por ciento del PBI en el año 2017. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gasto-en-salud-represento-el-94-por-ciento-del-pbi-en-el-ano-2017>

Ministerio de Salud de la Nación (2021). Presentación Oficial Plan Estratégico 2022-2025 y Certificación Normas ISO. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/presentacion-oficial-plan-estrategico-2022-2025-y-certificacion-normas-iso>

Ministerio de Salud de la Nación (2022a). Documento de Buenas Prácticas para la Teleconsulta. Secretaría de Equidad, Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación (2022b). Resolución 580/2022. Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/259480/20220321>

Ministerio de Salud de la Nación (2023a) ¿Qué es el Programa Redes de Salud? <https://www.argentina.gob.ar/salud/redes/ques>

Ministerio de Salud de la Nación (2023b). Gestión de Medicamentos en el Primer Nivel de Atención. 1° Edición. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-09/gestion-de-medicamentos-en-el-primer-nivel-de-atencion.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2023c). Resolución 2725/23. Anexo I. Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Ingeniería Clínica. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2725-2023-391239>

Ministerio de Salud de la Nación (2024a). Comité de Farmacoterapéutica. Hospital Nacional Posadas. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospital-nacional-posadas/comite-de-farmacoterapeutica>

Ministerio de Salud de la Nación (2024b). Portal del Paciente Hospital Posadas. Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/hospital-nacional-posadas/portal-del-paciente-hospital-posadas>

Molero, R. y Acosta, M. (s/f). Planificación y organización de un servicio de farmacia. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Recuperado de: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap11.pdf>

Molina-Trinidad E.M., Ramos-Garnica Y. y Guerrero-Rendón B. (2018). Sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias y errores de medicación. Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICSa Publicación semestral No. 13 (2018) 131-135. Recuperado de: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/download/3479/4790/>

Montenegro, H., Levcovitz, E., Holder, R., Ruales, J. y Suárez, J. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Estados Unidos, Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Mosadeghrad, Ali & Esfahani, Parvaneh. (2020). Strategic planning challenges in the hospital: A qualitative study. Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/341109661_Strategic_planning_challenges_in_the_hospital_A_qualitative_study

MST (2023). Hablan protagonistas. El Hospital posadas sigue en lucha por el salario y el pase a planta. Recuperado de: <https://mst.org.ar/2023/02/08/hablan-protagonistas-el->

hospital-posadas-sigue-en-lucha-por-el-salario-y-el-pase-a-planta/

Murray, R (2022) Hospital Global Budgets: A Promising State Tool for Controlling Health Care Spending. Recuperado de: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2022/mar/hospital-global-budgets-state-tool-controlling-spending>

Musiega, A. (2022) Examining the Influence of Budget Execution Processes on the Efficiency of County Health, Systems in Kenya

Mutuberría, V. y Narodowski, P. (2011). La economía social cercada. Revista La otra economía Nro 2. Recuperada de <https://revistaotraeconomia.org/index.php/otraeconomia/citati-onstylelanguage/get/acs-nano?submissionId=1090>

Najmanovich D (2005). El juego de los vínculos. Subjetividad y redes. Biblos Buenos Aires. 2005.

Narodowski, P. (2008) La Argentina Pasiva. Desarrollo, subjetividad, instituciones, más allá de la modernidad. ¿El desarrollo visto desde el margen de una periferia, de un país dependiente? Buenos Aires: Prometeo.

Narodowski, P., Narodowski, M., Colotto, E., Prieri, S. y Machado Busani, F. (2019). "La relación entre el Estado y los seguros privados en el sistema de salud de Argentina: la transferencia de rentas por el precio de las prestaciones realizadas por asegurados en el hospital público." Revista Internacional de Salud, Bienestar y Sociedad 4 (2): 11-23.

Narodowski, P., Prieri, S. y Machado Busani, F. (2021). "Descentralización en el sistema de salud y recupero de costos en los hospitales: el caso de la provincia de Buenos Aires ." Revista Internacional de Salud, Bienestar y Sociedad 7 (1): 1-16.

Núñez, A.; Espíndola, L; García Munitis, P.; Doldan, V.; Martíns, E.; del Mármol, F.; Sanguinetti, J.; Del Soldato, L. (2023). Nuevas herramientas metodológicas para el monitoreo del Plan Estratégico 2022-2026. UNAJ-Hospital El Cruce. 16ª Jornadas Científicas y de Gestión

Ocampo-Rodríguez, M. V., Betancourt-Urrutia, V. F., Montoya-Rojas, J. P. & Bautista-Botton, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 12(24), 114-129. Retrieved March 23, 2023. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272013000100008&lng=en&tlng=es

OCDE (2009). Lineamientos para combatir la colusión entre oferentes en licitaciones públicas. Recuperado de <https://www.oecd.org/daf/competition/42761715.pdf>

OCDE (2012). Estudio sobre la contratación pública Aumentar la eficiencia e integridad para una mejor asistencia médica: Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de: <https://www.oecd.org/espanol/49383781.pdf>

Oficina de Comunicación a Distancia (2024). Informe de gestión Anual 2023. Dirección General de Redes. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Oficina de Referencia y Contrarreferencia (2024). Informe de gestión Anual 2023. Dirección General de Redes. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Olgún-Gutiérrez, C.; Ceballos-Garrido, P.; Guíñez-Cabrera, N.; Mansilla-Obando, K. (2020). Percepción de la calidad del servicio: una mirada desde la perspectiva del sector de la salud. Revista Encuentros, Universidad Autónoma del Caribe. Vol. 18-01.

Oliva, L. (2022, 5 de enero). Enfermedades endémicas. Cuáles son los otros males que preocupan en el país. La Nación. Recuperado de: <https://www.lanacion.com.ar/comunidad/enfermedades-endemicas-cuales-son-otros-males-preocupan-nid2342924/>

OMS (1998). Declaración de Yakarta para adaptar la promoción de la salud al siglo XXI, adoptada en la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA51/said2.pdf

OMS (2005). The Health for All policy framework for the WHO European Region. Recuperado de: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98387/E87861.pdf

OMS (2012). Evaluación de Tecnologías Sanitarias Aplicada a Los Dispositivos Médicos. World Health Organization.

OMS (2016) Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. Informe de la Secretaría. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf

OMS (2020) Servicios sanitarios de calidad. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services#:~:text=%C2%>

OMS (2021). Portales de pacientes, seguros, interoperables y con datos de calidad. OMS.

OMS (2023) Calidad en salud en Argentina. Recuperado de <https://www.paho.org/es/argentina/calidad-salud>

ONC (2023). COMPRAR. Material de Apoyo. Orden de compra abierta. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/material_de_apoyo_orden_de_compra_abierta.pdf

OPC (2021). Caracterización del sistema de salud argentino. Congreso de la Nación. ISSN 2683-9598. Buenos Aires.

OPS (2006). Guía Práctica para la Planificación de la Gestión del Suministro de Insumos Estratégicos. Recuperado de: <https://paho.org/es/node/34962>

OPS (2007). Agenda de salud para las Americas 2008-2017. Panamá. Recuperado de: www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf

OPS (2009). Salud en Sudamérica 2008. Santiago de Chile. Recuperado de: http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud_en_sudamerica_2008.pdf?ua=1

OPS (2010). “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en

las Américas”. Recuperado de:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>

OPS (2014). “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”. 53° Consejo Directivo. Washington DC, Estados Unidos.

OPS (2017a). Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región. Recuperado de:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49169>

OPS (2017b). 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. Recuperado de:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34349>

OPS (2017c). Transformando los servicios de salud hacia redes integradas. Recuperado de
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34027>

OPS (2018). Hospitales en redes integradas de servicios de salud. Recomendaciones estratégicas. Recuperado de:
[https://www3.paho.org/pan/dmdocuments/Hospitales%20en%20RISS%20\(1\).pdf](https://www3.paho.org/pan/dmdocuments/Hospitales%20en%20RISS%20(1).pdf)

OPS (2019). Pacto 30•30•30 APS para la Salud Universal. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/folleto-pacto-303030-aps-para-salud-universal#:~:text=Es%20un%20pacto%20para%20reafirmar,salud%2C%20sin%20tener%20dificultades%20financieras.>

OPS (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Serie Salud Universal. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>

OPS (2021a). Fortalecimiento de los sistemas regulatorios en la región de las Américas. Resumen de las enseñanzas obtenidas de las autoridades regulatorias nacionales de referencia regional. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53794>

OPS (2021b). Historias clínicas electrónicas y la importancia de cómo documentar. Caja de herramientas: transformación digital. Herramientas de conocimiento. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54805>

OPS (2021c). Serie De Seminarios Virtuales Sobre Las Funciones Esenciales De La Salud Pública. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/eventos/mejorar-calidad-atencion-prestacion-servicios-salud>

OPS (2022). Construir sistemas de salud resilientes para avanzar hacia la salud universal en la Región de las Américas. Enseñanzas de la COVID-19. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56475>

OPS (2023a). Evaluación de la respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 2020-2022. Volumen I. Informe final. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57701>

OPS (2023b). Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57392>

OPS/OMS (2016). El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicas y de alto costo. OMS/OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-10-s.pdf>

OPS/OMS (2018a). Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34959>

OPS/OMS (2018b). Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud. Recomendaciones estratégicas. Serie Salud Universal. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49098/9789275320044-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OPS/OMS (2022). Política para el fortalecimiento de los sistemas regulatorios nacionales de medicamentos y otras tecnologías sanitarias. 30a conferencia sanitaria panamericana. 74a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/csp3011-politica-para-fortalecimiento-sistemas-regulatorios-nacionales-medicamentos>

Ortiz, R. (1996), Otros territorios. Ensayos sobre el mundo contemporáneo, Buenos Aires, Red de editoriales de universidades nacionales, Universidad Nacional de Quilmes

Ospina Sánchez, J. D. (2020, 13 de marzo). «Cinco correctos» para no errar con los medicamentos. UdeA Noticias. Recuperado de: https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia/!ut/p/z0/fYwxC8IwFIT_ikvHkFhr1LE4COLgINJmkUf60KdNXptG8eeb6iAuLsfd8d1JlytpPDzoDJHYQ5tybfRpuVrn07

<https://revistafarmaciahospitalaria.sefh.es/gdcr/index.php/fh/article/view/11489bueno>

Percy Vergara, L. A. (2016). Propuesta para la utilización de herramientas, métricas y modelos de gestión empresarial aplicada a la administración hospitalaria en las clínicas privadas de la Ciudad de Cuenca (Master's thesis, Universidad del Azuay).

Pfaehler D. (2020). Electronic Health Records and Health Information Exchange and Their Impact on International Healthcare System Efficiency. Honors Theses. Recuperado de: https://egrove.olemiss.edu/hon_thesis/1494/

Piatti-Fünfkirchen, M. Barroy, H. Pivodic, F. Margini, F. (2021) Budget Execution in Health The World Bank. Recuperado de: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/702061636042313798/pdf/Budget-Execution-in-Health-Concepts-Trends-and-Policy-Issues.pdf>

Pichon-Riviere A., Drummond M., García Martí S. y Augustovski F. (2021). Aplicación de la evidencia económica en la evaluación de tecnologías sanitarias y la toma de decisiones sobre asignación de recursos sanitarios en América Latina. Siete temas clave y una propuesta preliminar de implementación. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/nt-consideraciones-hta-la-2021.pdf>

Poder Ejecutivo Nacional (1992). Decreto 150/1992. Normas para el registro, elaboración, fraccionamiento, prescripción, expendio, comercialización, exportación e importación de medicamentos. Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-150-1992-8196/actualizacion>

Presupuesto Abierto (2024). ¿Quién gasta? Gastos por jurisdicción. Participación de cada jurisdicción en el total. Recuperado de: <https://www.presupuestoabierto.gob.ar/sici/destacado-quien-gasta#>

Prigogine, I. (1997), “¿Tan solo una ilusión? Una exploración del caos al orden”, El orden a partir del caos, Barcelona, Tusquets Editores

Primer Plano Online (2020). Triunfo para trabajadores del Hospital Posadas: anuncian la reincorporación de 205 despedidos en la gestión anterior. Recuperado de: <https://primerplanoonline.com.ar/triunfo-para-trabajadores-del-hospital-posadas-anuncian-la-reincorporacion-de-205-despedidos-en-la-gestion-anterior/>

Quiroga, C.; Vidal, N.; Zerbo, C. (2024). Plan de mejora continua en prevención y tratamiento de Lesiones por Presión: el camino hacia la cultura de calidad y seguridad. Experiencia en el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas durante el periodo 2012 - 2023. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2024;66 (292):48-61. Recuperado de: https://www.profesionaleshnr.org.ar/ojs/index.php/Revista_HNRG

Raffo, L. (2023a). El escenario político en salud y la decisión de construir el Instituto Nacional del Torax. El objetivo que debía

cumplir y su transformación posterior en el Hospital Posadas (Manuscrito no publicado).

Raffo, L. (2023b). La dictadura militar de 1976 en el Hospital Posadas: la convivencia de un hospital con un centro clandestino de detención, tortura y muerte (Manuscrito no publicado).

Raffo, L. (2023c). Una segunda oportunidad: el Hospital vuelve a ser nacional y se replantea su estructura edilicia (Manuscrito no publicado).

Ramírez-Sánchez, T. de; Nájera-Aguilar, P.; Nigenda-López, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), México. Recuperado de: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6051/7047>

Remes Lenicov M y Lucero S (2010), “Metodología de elaboración de programas y proyectos”, Ministerio de Economía Provincia de Buenos Aires

Retamozo, M. Dussel, E. (2007) Hacia una Filosofía política de la Liberación. Notas en torno a “20 tesis de política”*. Utopía y Praxis Latinoamericana [online], vol.12, n.36, pp.107-123. ISSN 1315-5216. Recuperado de: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162007000100007&lng=es&nrm=iso

Reuters (2024). Reuters Covid Tracker. Recuperado de: <https://www.reuters.com/graphics/world-coronavirus-tracker-and-maps/es/countries-and-territories/argentina/>

Revilla, G., Borba, F., Taborda, R., y Simini, F. (s/f) Comparación de las normas para autorización de equipos biomédicos de Argentina, Brasil, México y Uruguay.

Revista América Economía (2024). Estos son los resultados del Ranking de Clínicas y Hospitales 2023. Recuperado de: <https://www.americaeconomia.com/rankings/estos-son-los-resultados-del-ranking-de-clinicas-y-hospitales-2023>

Rinne, J. (2007). Mejorando el desempeño del sector salud en Brasil: comparación entre distintos modelos de hospitales. Revista del CLAD Reforma y Democracia, (37), 1-24. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3575/357533669004.pdf>

Rivera, F. J. U. (2011). Argumentación y construcción de validez en la Planificación Estratégica-Situacional de Matus. Cadernos de Saúde Pública, 27(9), 1847-1858.

Rodriguez Denis, E. B. (2006). Ingeniería Clínica.

Rodriguez, P. (2012) La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias <https://www.revespcardiolo.org/es-la-planificacion-estrategica-organizaciones-sanitarias-articulo-S0300893212002588#bib1>

Rovere M. (2006). Redes en salud: los grupos, las instituciones y la comunidad. Córdoba: El Ágora.

Rovere, M. (1999). Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. Cuadernos Médico Sociales, 75, 31-63.

Rovere, M. (2002) Gestión Estratégica de las Organizaciones de Ciencia y Tecnología en Salud Centro de estudios Estado y

Sociedad SEMINARIO III – Junio En
https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/08/gestionorgsct_rovere2.pdf

Rovere, M. (2004). La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto. Ministerio de Salud República Argentina. Recuperado de:
http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Comun/Rovere.pdf

Rovere, M. (2016). Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad. El Ágora. Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud “Juan Lazarte”. Recuperado de:
<https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2015/05/redes-en-salud.pdf>

Sahada, A., Tekindor, A. N., Abbadi, M. B., Malluhl, M. A., y Huri, P. Y. (2020). Role of Biomedical Engineering During COVID-19 Pandemic. *Natural y Applied Sciences Journal*, 3(1), 1-16. doi:10.38061/idunas.754344

Saher, R., y Anjum, M. (2021). Role of technology in COVID-19 pandemic. *Researches and Applications of Artificial Intelligence to Mitigate Pandemics*, 109-138. doi:<https://doi.org/10.1016%2FB978-0-323-90959-4.00005-5>

Sanatorio Güemes (2024). Mi Salud Online 2.0. Recuperado de:
<https://sitio.sg.com.ar/mi-salud-online-2-0/>

Santelices Cuevas, E. (2017). Evaluación de la eficiencia técnica de hospitales públicos de Chile (Doctoral dissertation).

Sección de Atención Integral Domiciliaria (2023). Informe AIDOM 2021-2022. Dirección General de Redes. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Secretaría de Calidad en Salud (2023). Resolución 197/2023. GDE: RESOL-2023-197-APN- SCS#MS.

Secretaría General de Salud Digital (2021). Estrategia de Salud Digital. Ministerio de Sanidad. Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf

SEFH (2017)., El valor de la Farmacia hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Recuperado de: https://www.sefh.es/sefhpdfs/El_Valor_de_la_FH.pdf

Serrat, S. (2023) La Planificación Estratégica Institucional En Salud Pública: Una Herramienta De Gestión En Políticas Públicas Sanitarias, El Caso Del Hospital Posadas. Recuperado de: <https://racimo.usal.edu.ar/8494/>

Servizio Galego de Saude (2023) Calidad. Recuperado de <https://ferrol.sergas.gal/Paxinas/web.aspx?tipo=paxtab&idLista=3&idContido=66&idTax=1030388>

Silva Paim, J. (2009) Medicina comunitaria: introducción a un análisis crítico. Salud colectiva vol.5, n.1. Recuperado de: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100008&lng=es&nrm=iso

Soto Fuentes, P., y García, M. A. (2011). Impacto de un modelo de integración docente asistencial en la formación profesional y el campo clínico. Ciencia y enfermería, 17(3), 51-68.

- Spadafora, S. G. y Spadafora M. C. (2017). Planificación en salud. Universidad iSalud.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 6(3):275-293
- Strata (s/f) The Basics of Healthcare Budgeting and Capital Budgeting. Recuperado de: <https://www.syntellis.com/guide-to-healthcare-and-hospital-budgeting>
- Superintendencia Nacional de Bienes Estatales (2015). Procedimientos de Gestión de Bienes Muebles Estatales. Recuperado de: https://www.mef.gob.pe/contenidos/conta_publ/capacitaciones/exposiciones/bienes_muebles_24082016.pdf
- Tejada, C. M., y Reyes, F. (2021). Teletrabajo, impactos en la salud del talento humano en época de pandemia. Revista Colombiana de Salud Ocupacional, 11(2), 38-45. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8211174>
- Thompson, I. (2006). Misión y visión. Promonegocios. net, 1-3.
- Tobar F. (2008). Lecciones aprendidas en la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud. Salud pública de México / vol. 50, suplemento 4 de 2008. Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v50s4/07.pdf>
- Troilo, F., y Albertolli, M. (2022). Impacto de la inteligencia artificial en el perfil del especialista en diagnóstico por imágenes y desafíos de las organizaciones privadas de salud. Revista Científica de UCES, 27(1), 1-37. Recuperado de:

<https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/cientifica/article/view/1338>

Tsao N.W., Lo C, Babich M., Shah K. & Bansback N.J. (2014). Decentralized automated dispensing devices: systematic review of clinical and economic impacts in hospitals. *Can J Hosp Pharm.* 67(2):138-48. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24799724/>

Ubieto, J. R. (2007) Modelos de Trabajo en Red en Revista Educación Social, Nro 36, España <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/165566/372129>

Ubieto, J. R. (2011) Jaques Lacan, un inclasificable. La Revista del COPC n° 232, octubre-noviembre 2011. Recuperado de: blog.elp.org.es/839/jacques-lacan-un-inclasificable-jose/

Ubieto, J. R. (2015) Pasión por tener un síndrome. La Vanguardia. Tendencias, 2 de setiembre. Recuperado de: joseramonubieto.blogspot.com/2015/09/pasion-por-tener-un-sindrome.html

Ubieto, J. R. (2018) ¿Todo el mundo es loco? La vanguardia 13 abril. Recuperado de: joseramonubieto.blogspot.com/2018/04/todo-el-mundo-es-loco.html

Ullón, P. C. M., Carvajal, V. R. A., & Abarca, G. R. V. (2017). La planificación estratégica y la gestión de recursos de la información. *Dominio de las Ciencias*, 3(4), 1044-1059.

UNER - Facultad de Ingeniería. (15 de abril de 2024). Historia. Recuperado de <http://ingenieria.uner.edu.ar/index.php/facultad/historia>

Universidad Militar Nueva Granada (2020) Gestión De Almacén A Través De Políticas De Inventarios Para Mejorar Procesos En Un Hospital Público. Recuperado de: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/36206/PENAGOS%20CASTILLO%20ALEJANDRO%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Universitat Oberta de Catalunya (2010) Las TIC y la salud. Recuperado de https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/68/documentos/12427_las%20tic%20y%20la%20salud.pdf

Urso, N. (2021). El Chalet: zona 1, subzona 16. Ediciones de la Memoria

Uwizeyemungu S., Poba-Nzaou P. y Cantinotti M. (2019). European Hospitals' Transition Toward Fully Electronic-Based Systems: Do Information Technology Security and Privacy Practices Follow? JMIR Med Inform | vol. 7. Recuperado de: <https://medinform.jmir.org/2019/1/e11211/>

Valencia, W. (2016) Enfoque metodológico para los objetivos estratégicos en la planificación del sector público <https://www.redalyc.org/pdf/816/81650062004.pdf>

Vargas, M., Cornejo, J., y Correa-López, L. E. (2016). Ingeniería Biomédica: La Revolución Tecnológica Para El Futuro Del Sistema De Salud Peruano. Revista de la Facultad de Medicina

Humana, 16(2). Recuperado de:
<https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/659/626>

Vassallo, Carlos (2016). Oferta de médicos en la Argentina: Es posible el tránsito del libre mercado a la planificación. *Al Dia Argentina. Microjuris.* Recuperado de:
<https://aldiaargentina.microjuris.com/2016/05/16/oferta-de-medicos-en-la-argentina-es-posible-el-transito-del-libre-mercado-a-la-planificacion/>

Ventura Cruz, C. Y.; Robles Castro, C.; Gómez, D. M.; Manzueta Díaz, M. (2012). *Planificación Estratégica en los Servicios de Salud. Gerencia en Salud.* Recuperado de:
<https://es.slideshare.net/PRINCESSANITA/planificacion-estrategica-en-salud-25148924>

Vergara, V. (2022) *Gestión Administrativa Financiera y su Incidencia en el Control Presupuestario Técnico y Sanitario del Hospital General Quevedo Periodo 2020, Plan de Mejoramiento.* Recuperado de:
<https://repositorio.uteq.edu.ec/server/api/core/bitstreams/a992bf83-594a-4947-aef2-01ebed72b27b/content>

Vilaça Mendes, E. (2013). *As redes de atenção à saúde.* OPS. Brasília. Recuperado de:
<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-2013.pdf>

Vitolo, F. (2012) *Relacion médico-enfermera. Esencial para la seguridad del paciente.* Biblioteca virtual Noble, junio.

Volosin, N. (2012): “El marco normativo de las compras públicas en América Latina y el Caribe”, en Rozenwurcel, G. y G. Bezchinsky (compiladores) Compras públicas en América Latina y el Caribe. Diagnósticos y Desafíos. Universidad Nacional de San Martín.

WHO (2024). Global Health Expenditure Database. Recuperado de: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/es>

WHO-FIP (2013) Federación internacional farmacéutica, Directrices conjuntas FIP/OMS sobre buenas prácticas en farmacia: estándares para la calidad de los Servicios Farmacéuticos. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/GPP-guidelines-FIP-publication-ES-2011.pdf>

Wong Pérez, D., y Mar Cornelio, O. (2023). HL7 un estándar de interoperabilidad en salud: Revisión sistemática de la literatura. Revista Cubana de Informática Médica, 15(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18592023000200009&script=sci_arttext

Zouari, G. y Abdelhedi, M. (2021). Customer satisfaction in the digital era: evidence from Islamic banking. Journal of Innovation and Entrepreneurship, (10), 1.

Autores

Daniela Teresita Álvarez

Magister en Metodología de la Investigación Científica (UNLA), Especialista en Metodología de la Investigación Científica (UNLA), Licenciada en Sociología (UBA). Es docente adjunta de la materia Investigación en Salud y Profesora adjunta en las Diplomaturas Superiores: en Promoción de la Salud; en Enfermería Comunitaria y en Redes de Salud en la UNAJ. Profesora Titular de la Maestría en Salud Pública en la Materia Redes de Salud (Universidad Nacional de La Matanza). Coordinadora académica del Programa de Investigación en políticas y redes de servicios de salud UNAJ. Miembro Comité Académico de la Maestría Traslacional de Salud del Instituto de Ciencias de la Salud UNAJ. Coordinadora del área de Investigación ICS UNAJ. Realizó la Carrera de Investigador Científico y Tecnológico (CIC- Pcia. Bs. As.) – Investigadora Independiente UNAJ. Trabaja en áreas temáticas vinculadas a las políticas públicas de salud, de ciencia y tecnología y abordajes sociosanitarios de redes, sistemas y servicios de salud.

Fernando Ballina

Ingeniero en Electrónica (UNLP). Fue Director General de Infraestructura y Equipamiento del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Fue Director Provincial de Infraestructura y Tecnología en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos

Aires. Fue Gerente de Ingeniería Hospitalaria del Hospital Italiano de La Plata.

Actualmente es Jefe de Ingeniería Clínica del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce. Coordinador de la carrera de Bioingeniería (UNAJ) y Profesor Adjunto de la materia Bioinstrumentación I (UNAJ). Presidente de la Sociedad Argentina de Bioingeniería (SABI). Consultor Especialista en Ingeniería Biomédica de la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS). Realiza trabajos de investigación en áreas de estudio vinculadas a la metrología biomédica, los sistemas embebidos aplicados a la bioingeniería y transformación pública digital.

Julieta Lucia García

Farmacéutica, realizó su formación de grado en la Universidad de Buenos Aires. Especialista en Ingeniería en Calidad de la Universidad Tecnológica Nacional. Especialista en Gestión y Economía de la Salud de la Universidad Isalud. Especialista en Farmacia Hospitalaria del Colegio de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fue Directora General de Servicios Hospitalarios y Directora de Bioseguridad del Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. Fue Coordinadora del Programa Nacional de Seguimiento Postrasplante del INCUCAI. Fue Coordinadora farmacéutica del Servicio de Farmacia Hospitalaria en Sanatorio V. Franchín y Farmacéutica en Programa Nacional de HIV en Hospital General de Agudos Juan A. Fernández y del Centro de Atención de Salud Primaria N°2. Realizó tareas de Docencia e Investigación en la

Facultad de Farmacia y Bioquímica y en laboratorio de Biología de la Reproducción, Cátedra de Biología celular y molecular de la misma facultad. Es auditora líder de ISO 9001:2015 y auditora interna de FSCC 22000, ISO 27001, ISO 50001 e ISO 14001.

Rodrigo Sal Iturreria

Maestrando en Economía y Gestión de la Salud (ISALUD), Diplomado internacional en administración de hospitales y centros de salud (ISALUD), Diplomado Superior En Redes Sanitarias (Hospital el Cruce) y Licenciado en Administración (UNLP). Fue Director General de Administración y Finanzas del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Brindó asesoramiento especializado del Gobierno de la Provincia de Formosa y fue Consultor de obras sociales y prepagas de zona oeste de la provincia de Buenos Aires. Pertenece al Instituto de Ciencias Sociales y Administración y es Investigador en la UNAJ. Trabaja en áreas temáticas en torno a la administración.

Federico Machado Busani

Magíster en Políticas para el Desarrollo (UNLP) y Licenciado en Economía (UNLP). Profesor titular de Álgebra 1 (Universidad Atlántida Argentina) y Ayudante Diplomado de Microeconomía 1 (UNLP). Pertenece al Instituto de Ciencias Sociales y Administración y es investigador en la UNAJ. Participó de distintos proyectos de investigación en la UNLP y UNAJ. Realizó publicaciones científicas vinculadas a sus áreas de estudio como es la Economía de la Salud y la Planificación Estratégica.

Arnaldo Medina

Médico (UNLP). Magister en Economía y gestión de la salud. Diplomado en Administración y Gerenciamiento de Servicios de Salud (Universidad de Santiago de Chile). Especialista Universitario en Salud Pública (UBA). Especialista en Educación superior (Universidad Nacional de Mendoza). Actualmente es Rector de la Universidad Nacional Arturo Jauretche. Director y Profesor Titular de la materia Organización de servicios de salud. Ha escrito dos libros anteriormente e infinidad de capítulos de libros y publicaciones en revistas científicas y especializadas. Tuvo diversos cargos en el sector público. Actualmente es Vicepresidente 1er y Miembro Comité Científico de la Asociación Argentina de Economía de la Salud. Presidente AASAP.

Patricio Narodowski

Licenciado en Economía (UBA). Magister en Desarrollo y Doctor en Geografía del Desarrollo. Secretario de Investigación y Vinculación Tecnológica (UNAJ). Es profesor de grado y posgrado en la UNLP, UNAJ y UNNOBA y Director de la Maestría en Políticas de Desarrollo (UNLP) y de la Maestría en Administración y Gestión Pública (UNAJ). Participó de diversos proyectos de investigación y extensión bajo el rol de investigador y de director en la UNLP y en la UNAJ. Realiza trabajo de investigación en áreas de estudio vinculadas al desarrollo, competitividad, economía popular y salud. Ha publicado libros y capítulos de libros así como en revistas científicas y de divulgación.

Gabriel Orlandi

Médico. Facultad de ciencias médicas de Bs.As. UBA. Especialista en Terapia Intensiva y Medicina Critica. Residencia en Terapia Intensiva y Médico de planta del Htal. Luis Güemes de Haedo, Pcia Bs.As. Maestría en Gestión de Salud y Economía, Universidad Isalud. Director Médico de Emergencias Sanitarias de la Pcia. de Bs.As .dependiente Ministerio de Salud de la Pcia.2008-2012. Director Médico del CUCAIBA (centro único coordinador de ablación e implante BA.) dependiente del Ministerio Salud de la Pcia.2012-2015. Director del Banco de Homoinjertos de la pcia Bs.As. Director Médico del INCUCAI (instituto nacional central único coord. Ablación e implante) 2018-2020. Director General de Redes de Salud, Htal. Prof. Alejandro Posadas, Pcia Bs.As.

Lucía Rodríguez

Lucía Rodríguez. Economista, realizó su formación de licenciatura en la Facultad de Ciencias Económicas de la UNLP. Se encuentra cursando la Maestría en Políticas de Desarrollo de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP. Se desempeñó como asesora del Área de Estudios y Estadísticas del INAES, realizando trabajos de investigación y planificación de políticas para el sector Asociativo. Formó parte de la Secretaría de Vinculación Tecnológica de la UNAJ en el marco del estudio de la política de Integración Socio Urbana de la SISU. Sus temas de estudio abarcan la organización del trabajo y hábitat dentro de la Economía Popular. Actualmente es miembro del equipo de

Planificación de la Dirección de Salud Digital del Ministerio de Salud de PBA.

María Eugenia Zamarreño

Licenciada en Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales (UCALP) y Diplomada en Gestión Financiera (UNSAM). Actualmente, es Profesora Adjunta de la materia Salud Pública en la Universidad Nacional Arturo Jauretche. Ha ocupado el cargo de Secretaria de Salud en la Municipalidad de Moreno, Provincia de Buenos Aires, y se desempeña como Investigadora Asociada en CIPPEC. Su experiencia en investigación se centra en la evaluación de proyectos de políticas sociales y salud pública.

Ladislao Zugbi.

Licenciado en Economía egresado de la FCE-UNLP. Actualmente se encuentra cursando la Maestría en Políticas de Desarrollo de la FAHCE-UNLP. Miembro asesor de la Dirección de Recuperación de Costos perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Participó como becario investigador bajo el proyecto “Estudio del proceso de cambio en el Hospital Nacional “Profesor Alejandro Posadas” durante la pandemia y pospandemia. El caso del servicio hemodinamia.” (Beca Julieta Lanteri, 2023). Adicionalmente participó de la 16° Jornada Científica y de Gestión (UNAJ-HEC, 2023) bajo proyecto “El problema de los nomencladores y su relación con los costos reales de las prestaciones. El caso de las prestaciones de laboratorio del Hospital “Profesor Alejandro Posadas”.

Este libro estudia un período particular de un Hospital Público, el Posadas, fundamental en el sistema de salud argentino y de la RMBA especialmente. Lo que allí sucede tendrá siempre impacto en el Sistema Nacional de Salud.

En este caso, sirve como excusa además para analizar las innovaciones en la gestión hospitalaria que surgen continuamente a nivel mundial. Formas de gobernanza, sistemas de administración, compras, recuperación de costos, uso de TIC, gestión de redes y relación con APS, medicamentos. Las transformaciones son permanentes y en suma, de gran magnitud y o siempre en nuestro país hemos logrado realizar las mejoras necesarias.

En la experiencia 2019 - 2023 se llevaron adelante en el Posadas reformas como las mencionadas, se puede ver como se planificaron y ejecutaron, el mayor o menor apoyo recibido: externo, especialmente del Gobierno e interno; y también los errores cometidos y la forma en que se intentó subsanarlos.



OBRAS
COLECTIVAS
SOBRE REGULACIONES DE
INVESTIGACIÓN

Secretaría de
**Investigación y
Vinculación Tecnológica**

Dirección de
**Gestión de la
Investigación**

