

HOSPITALES PUBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

INFORME N° 1:

HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS

Dirección

Dr. Tomás Insúa

Lic. Ariana Koffsmon

Coordinación General

Lic. Sebastián Essayag

Analista Jr.

Lic. Cintia A. Cejas

ÍNDICE GENERAL

Objetivo de los Informes.....	3
Introducción	4
1. Distribución geográfica.....	5
2. Dotación de camas.....	6
3. Egresos.....	7
4. Consultorios Externos.....	9
5. Servicios de Atención Primaria	10
6. Producción.....	12
7. Recursos Humanos.....	14
8. Presupuesto Global.....	16
Conclusiones.....	18

ÍNDICE DE TABLAS Y GÁFICOS

Grafico N°1: Cantidad de camas	6
Grafico N°2: Egresos hospitalarios.....	7
Grafico N°3: Distribución de camas por servicio.....	8
Grafico N°3: Distribución de consultas externas.....	10
Tabla N°1: Centros de Salud, consultas descentralizadas y consultas en el hospital.....	11
Gráfico N° 5: Total de cirugías generales ambulatorias y de internación.....	12
Tabla N° 2: Dotación de camas/personal.....	14
Gráfico N° 6: Distribución de los RRHH.....	15
Gráfico N°7: Distribución del presupuesto	16
Tabla N°3: Distribución del presupuesto global del 2001.....	17
Gráfico N°8: Montos de facturación y cobro a Obras.....	18

OBJETIVO DE LOS INFORMES

Actualmente, la situación de los hospitales argentinos no puede calificarse precisamente de alentadora. Tras varios períodos de recortes financieros y escasas inversiones, de edificios antiguos y mal mantenidos, de una gran cantidad de equipos en mal estado o fuera de uso, de carencia de insumos básicos, y en muchos casos sistemas de información poco eficaces; la situación parece no tener perspectivas de poder ser modificada en el corto plazo.

Por ello, desde el Área de Política de Salud de CIPPEC creemos que la información es uno de los pilares fundamentales para iniciar cualquier proceso de reforma que tienda a mejorar la gestión de los hospitales públicos. Si no se conoce correctamente el ámbito sobre el que se quiere actuar, un proceso de reingeniería difícilmente podrá adecuarse a las necesidades existentes malgastando así los recursos. En definitiva, se trata de lograr que los hospitales y los centros de salud que de ellos dependen administren mejor sus recursos humanos y financieros con el fin de brindar mejores servicios sanitarios a la población.

Para cumplir con este objetivo, durante los primeros meses del 2002 el Área de Política de Salud, realizó un relevamiento de datos en todos los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires¹. La herramienta de recolección de datos se basó en la encuesta anual de la AHA (American Hospital Association) adaptada al contexto de la ciudad. El trabajo de campo fue realizado por 12 estudiantes universitarios y el proyecto fue dirigido y coordinado por un equipo interdisciplinario de profesionales.

El presente informe, resultado de varios meses de trabajo, se refiere a los Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires y constituye el primer ejemplar de lo que será una serie de publicaciones sobre los hospitales del ámbito porteño agrupados según sus especialidades.

Durante el año 2003 y 2004, el Área de Política de Salud de la Fundación CIPPEC estará publicando los siguientes informes:

- **Informe N° 1:** Hospitales Públicos Generales de Agudos
- **Informe N° 2:** Hospitales Públicos Neuropsiquiátricos
- **Informe N° 3:** Hospitales Públicos Pediátricos
- **Informe N° 4:** Hospitales Públicos Oftalmológicos
- **Informe N° 5:** Hospitales Públicos de Rehabilitación
- **Informe N° 6:** Hospitales Públicos Odontológicos
- **Informe N° 7:** Otros Hospitales Públicos Especializados²

¹ Se relevaron datos de los 32 hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: Alvarez, Argerich, Durand, Fernández, Penna, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía, Rivadavia, Santojanni, Tornú, Vélez Sarsfield y Zubizarreta y del Hospital Garrahan, cuyo presupuesto es mixto: Nacional y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

² Maternidad Sardá, de Infectología, Oncología Marie Curie, Quemados, Udaondo.

Esperamos de esta forma contribuir a brindar un panorama general e informar a través de estadísticas descriptivas la situación en la que se encuentra el sistema hospitalario de la Ciudad de Buenos Aires para que al detectar sus debilidades y fortalezas contribuyamos desde CIPPEC a generar iniciativas en pos de un proceso de reforma tendiente a mejorar la calidad de los servicios brindados a la población.

Agradecemos la colaboración de todas aquellas personas que nos facilitaron la información que requerimos; al equipo de relevamiento ³, a los Directores de los hospitales; al Subsecretario de Planeamiento Estratégico, Cont. Pablo Mazza y a las demás áreas de CIPPEC, que nos ayudaron a llevar a cabo este proyecto.

INTRODUCCIÓN

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con 32 hospitales de los cuales 13 son generales de agudos y el resto especializados en: pediatría, oftalmología, salud mental, rehabilitación psico-física, odontología, enfermedades infecciosas, oncología, quemaduras, gastroenterología y maternidad. Además cuenta con 33 Centros de Salud y Acción Comunitaria y 14 Centros Médicos Barriales.

Históricamente la Ciudad de Buenos Aires contaba con 12 hospitales de agudos bajo su jurisdicción, y a partir del proceso de descentralización que tuvo lugar durante la década del '90 se incorporó el hospital Bernardino Rivadavia.

Los 13 hospitales son: Dr. Teodoro Álvarez, Dr. Cosme Argerich, Dr. Carlos Durand, Dr. Juan A. Fernández, Dr. José Penna, Dr. Parmenio Piñero, Dr. Ignacio Pirovano, Dr. José María Ramos Mejía, Dr. Bernardino Rivadavia, Dr. Francisco Santojanni, Dr. Enrique Tornú, Dr. Dalamacio Vélez Sarsfield y Dr. Abel Zubizarreta.

Los hospitales generales de agudos se caracterizan por proveer el diagnóstico y los servicios terapéuticos a pacientes que se encuentran en diferentes condiciones de salud, tanto para casos quirúrgicos como no quirúrgicos. Esto significa que si bien deberían atender a la población que requiere un tratamiento más complejo que no puede ser provista en los centros de atención primaria, esto no sucede. También constituyen ámbitos importantes para la enseñanza y la investigación y son una fuente importante de empleo al tiempo que desarrollan funciones sociales.

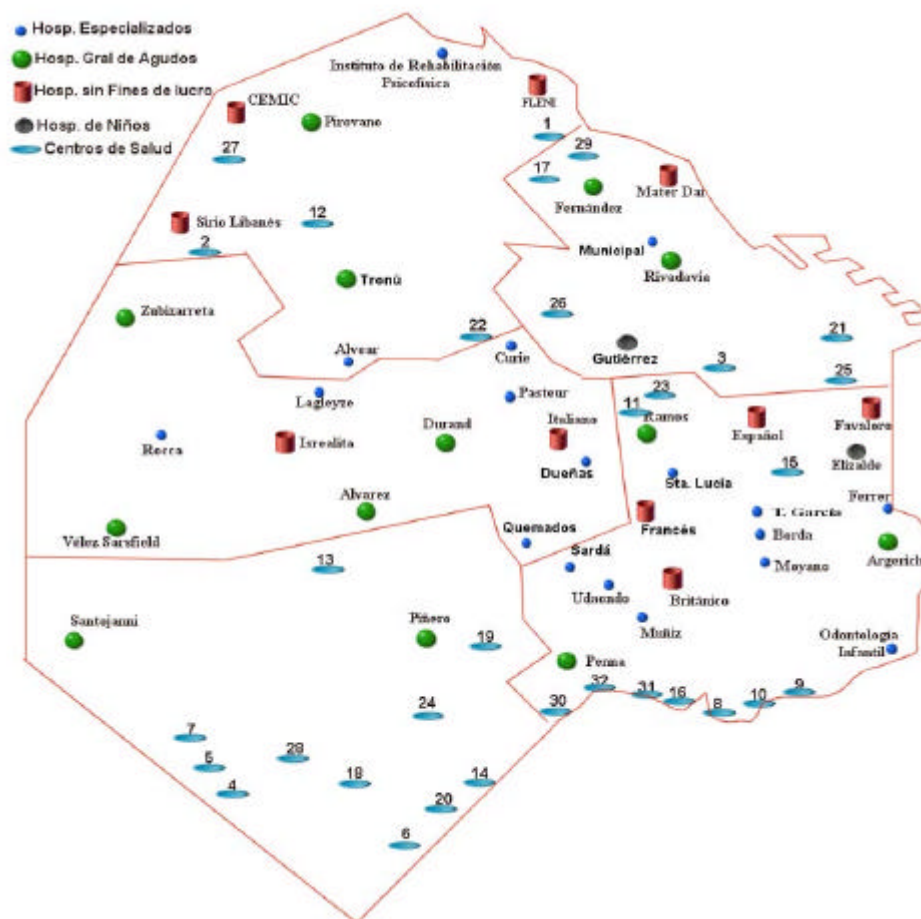
La dimensión de los hospitales de agudos de la Ciudad de Buenos Aires es variada; poseen entre 99 y 504 camas y todos proveen servicios ambulatorios, de internación y de emergencias. También cuentan con servicios de cirugía, pediatría, tocoginecología, y servicios de soporte diagnóstico y terapéutico.

³ Lic. Cintia Cejas, Dra. Andrea Alvarez, Federico Weler, Fernando del Valle, Andrés Sciarrotta, Dana Borojovich, Lic. Gabriela Perez, María de los Milagros Rodríguez, Alfonso Torres Mayorga, Patricia Richards, Santiago López Ballesteros, Lic. Carla Zarza.

A continuación se detallan datos relativos a la dotación de camas, distribución geográfica, egresos, recursos humanos, consultas externas y de centros de salud, producción de cirugías, guardia, nacimientos y algunos aspectos presupuestarios.

1. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Respecto de la distribución geográfica, se detalla un mapa con los hospitales de la Ciudad y los Centros de Salud. La Ciudad de Buenos Aires tiene una división regionalizada en 5 áreas por sistemas urbanos de salud (SUS). Cada una de ellas tiene hospitales que dependen del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. A su vez, la Ciudad de Buenos Aires también está dividida administrativamente en 16 CGP (Centros de Gestión y Participación). Excepto los CGP 1⁴, 8⁵, 13⁶ y 14 oeste⁷, todos los demás cuentan con al menos 1 hospital general de agudos. Casi el 50% de las camas de los hospitales generales de agudos se concentran en el sector sudeste (CGPs 2, 4, 3, 5, 6) y los centros de salud se concentran, en su mayoría, en la región sur, casi en el límite con el conurbano bonaerense.



⁴ Comprende a parte de los barrios de San Telmo, Puerto Madero y Retiro.

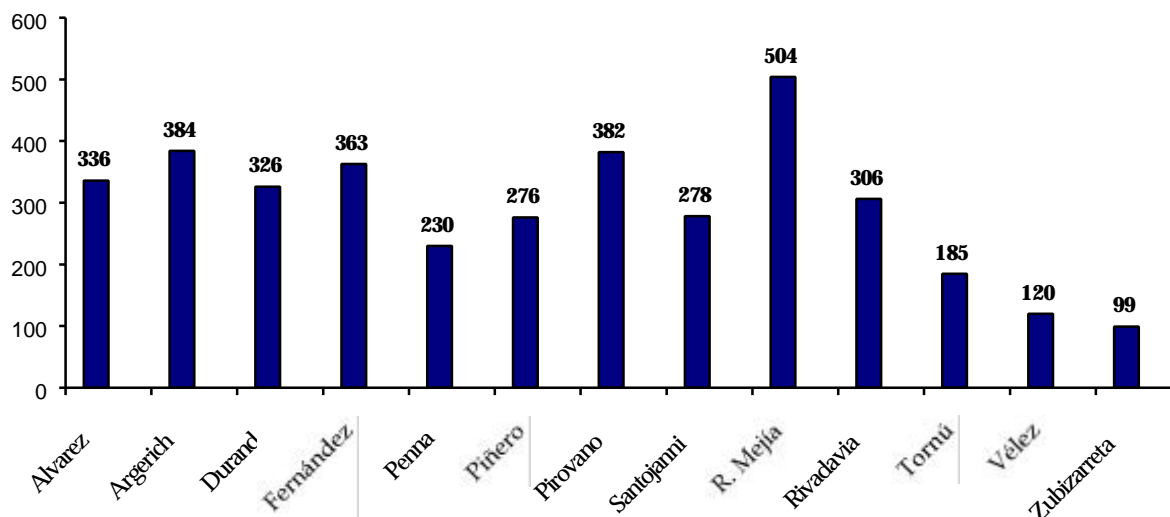
⁵ Corresponde al barrio de Villa Soldati

⁶ Corresponde a parte del barrio Nuñez, Belgrano y Ciudad Universitaria

⁷ Corresponde a parte del barrio de Palermo.

2. DOTACIÓN DE CAMAS

Gráfico N° 1: Cantidad de camas



La cantidad de camas da una idea del tamaño de los hospitales, sin embargo no es correcto analizar la estructura del hospital considerando sólo su tamaño en términos del número de camas y omitiendo las variables ligadas a la complejidad de las prestaciones.

Este grupo posee en su conjunto 3.789 camas habilitadas, lo que significa un promedio de 291 camas por hospital. Esto significa que el 47% del total de las camas del sistema de salud de la ciudad pertenecen a hospitales generales de agudos y el 53% a otro tipo de hospitales⁸. Sin embargo la totalidad de las camas asciende a 4.268, lo cual significa que el 21% de las camas de los hospitales generales de agudos de la Ciudad de Buenos Aires están inutilizadas por razones varias, tales como reestructuraciones de habitaciones, aislamientos, etc

El hospital Ramos Mejía es el que cuenta con la mayor cantidad de camas (504 camas); le sigue en cantidad el Argerich (384) y el Pirovano (388).

Durante los últimos treinta años la cantidad de investigaciones sobre las dimensiones de los hospitales se multiplicó pero las conclusiones aún suelen ser contradictorias. Uno de los problemas abordados por los economistas de la salud es el del tamaño óptimo de las plantas hospitalarias, o en otros términos, cuando hay economías y cuando hay diseconomías de escala⁹.

Más allá de estas investigaciones y de si lo óptimo para el buen funcionamiento de un hospital es que cuente con 200 camas¹⁰; internacionalmente, los patrones de tratamiento se están modificando enormemente:

⁸ Incluyendo el Borda y el Moyano que entre los dos suman 2.472 camas.

⁹ TOBAR, FEDERICO : " ¿Cuál es el tamaño óptimo de un hospital? "

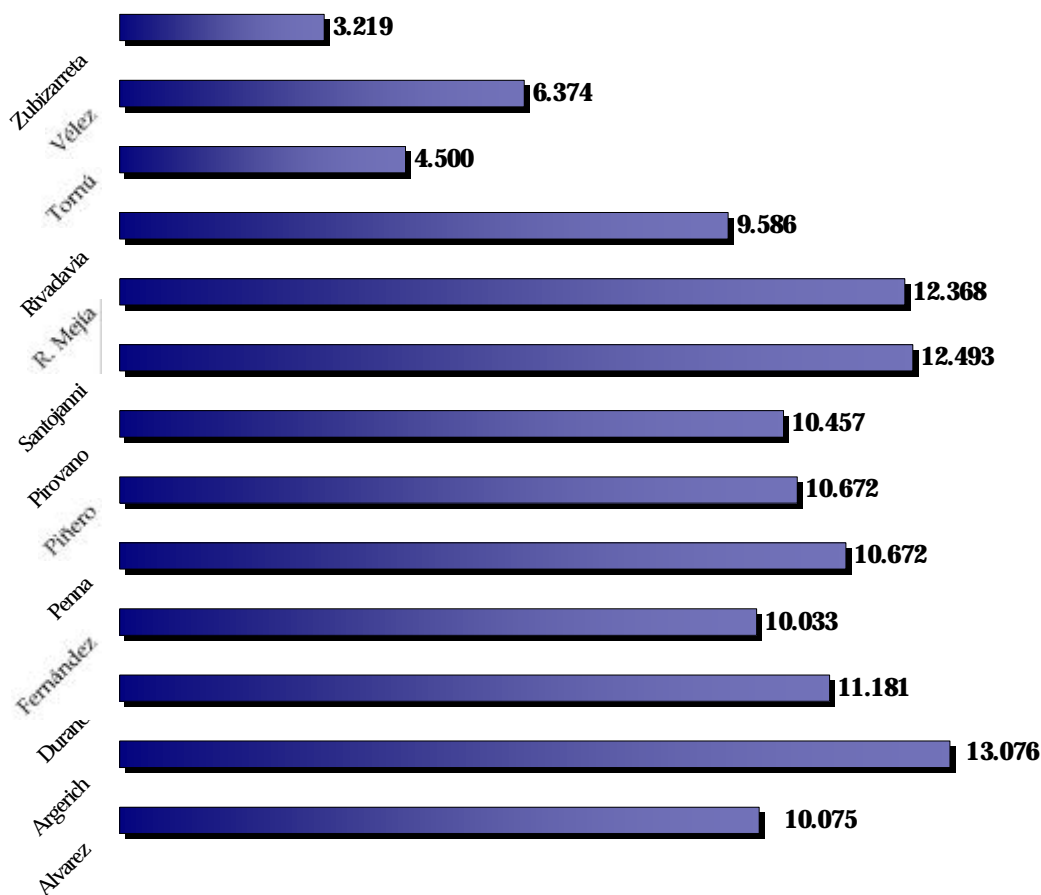
¹⁰ PAGANINI, José María (1993). "Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria". OPS, Washington D.C. Serie HSS/SILOS-30

los pacientes permanecen menos tiempo en los servicios de internación, y la atención ambulatoria se está expandiendo, con lo cual muchos hospitales están reduciendo el número de camas de internación y el patrón anteriormente señalado debería revisarse.

Durante los 10 años transcurridos entre 1984 y 1994, las internaciones en Estados Unidos se redujeron en un 19,2 % en tanto que los servicios ambulatorios se incrementaron en un 81% ¹¹.

3. EGRESOS

Gráfico N° 2: Egresos hospitalarios



El total de egresos reportados por los hospitales de agudos para el 2001 fue de 125.475. Esto significa que los servicios de internación registraron un aumento en su actividad de un 1.5% respecto al año anterior durante el cual se produjeron 123.198 egresos.

Durante el 2001 los hospitales que más egresos¹² reportaron fueron el Argerich, el Santojanni y el Ramos Mejía. Por su parte si se analiza el giro cama¹³, que expresa la intensidad o grado de utilización de las

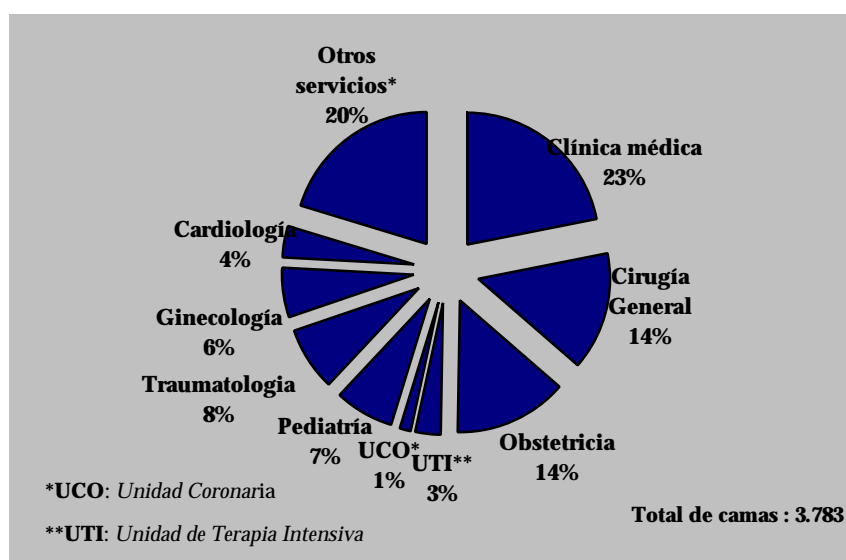
¹¹ Asociación Americana de Hospitales, 1996.

¹² Se define como egreso hospitalario o episodio de hospitalización, el retiro de un paciente de los servicios de internamiento de un hospital. Puede ser vivo o por defunción. No se toman en cuenta en este concepto ni los traslados internos de un servicio a otro del mismo hospital, ni los recién nacidos sanos en el mismo. El egreso vivo puede producirse por orden médica, por salida exigida por el paciente, por traslado formal a otro centro o por fuga del paciente. En todo caso se establece la forma de egresar del paciente y se anota en su expediente con la firma del médico responsable y de los testigos cuando se requiera.

camas, es el hospital Vélez Sarsfield el que alcanza el número mayor: 53.55. Esto se debe a que es el que tuvo más egresos en relación a su cantidad de camas. El promedio de giro cama en los hospitales de agudos de la Ciudad es de 33.9.

El promedio de permanencia en los servicios de internación de los hospitales de agudos es de 8.65 días. El hospital con mayor promedio de permanencia es el Tornú y le siguen el Fernández y el Ramos Mejía con 10 y 11 días en promedio. Estos datos pueden explicarse por diversas razones, entre las cuales podemos citar: población etaria, patologías prevalentes, asignaciones presupuestarias deficientes que crean dificultades en la atención al paciente, características organizacionales y administrativas particulares de cada nosocomio, entre otras. Por su parte, el hospital que menos promedio de permanencia reportó es el Vélez Sarsfield con casi 5 días. Se debe tener presente que ambos indicadores (giro cama y promedio de permanencia) están vinculados entre sí en forma inversa. Al decrecer el promedio de permanencia se produce el consecuente aumento en la intensidad del uso de las camas, es decir un aumento en el indicador "giro". Por último, respecto del porcentaje de ocupación¹⁴ los 13 hospitales de agudos muestran una alta utilización del 80%.

Gráfico N°3 : Distribución de camas por servicios



* Otros servicios incluye: Urología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Neumotisiología, y Reumatología, etc. No incluye las camas de guardia

¹³ Este índice representa el número de pacientes que en promedio recibió cada cama hospitalaria de dotación normal en un período determinado que suele ser el año; también se le llama "velocidad cama" o índice de renovación. Se calcula dividiendo los egresos hospitalarios de un período determinado entre el número de camas de dotación normal.

¹⁴ Indicador hospitalario tradicional por excelencia, que ha perdido importancia si no se le acompaña de la estancia promedio. Es la relación entre los días paciente (es el conjunto de servicios brindados a un paciente hospitalizado en el período comprendido entre las 0 y las 24 horas de un día censal) y los días cama durante cualquier período, expresada como porcentaje. Se calcula para todo el hospital o por servicio; por un día, una semana, un mes, o un año. Mide la utilización de las camas.

Si se analiza la distribución de las camas por servicios se puede observar que los servicios que más cantidad de camas tienen destinadas son: Clínica Médica, Cirugía General y Obstetricia.

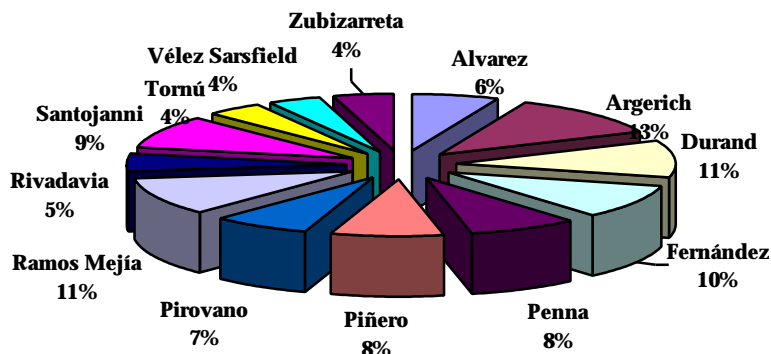
Si bien el hospital Ramos Mejía es el que más cantidad de camas posee, casi el 34% de éstas están destinadas a Clínica médica y Cirugía, y el resto se distribuyen entre los servicios de Obstetricia, Ginecología, UCO, UTI, Traumatología, Cardiología, Neumotisiología, y Neurología, entre otros.

Las camas pediátricas solamente abarcan el 8% ya que la demanda de estos servicios se concentra en los hospitales pediátricos de la Ciudad. Con respecto a las camas de terapia intensiva, los hospitales de agudos tienen un promedio de 8 camas por hospital y el Argerich es el que más cantidad posee (22 camas). Por otro lado, cinco de los trece hospitales de agudos no cuentan con servicios de Unidad Coronaria, con lo cual el promedio de camas por hospital en este sector es muy bajo, siendo el hospital Fernández el que más tiene.

Por último, es importante destacar que solamente dos hospitales reportaron poseer camas destinadas a internación psiquiátrica (Álvarez y Piñero), que en su conjunto ofrecen 37 camas. El promedio de permanencia en estos servicios es alto respecto de la media: en el hospital Álvarez es de 52 días, con un consiguiente giro cama muy bajo de 6.51 y con un porcentaje de ocupación del 93%. En el hospital Piñero el promedio de permanencia es de 31 días, con un giro cama de 10.74 y un porcentaje de ocupación del 93%.

4. CONSULTORIOS EXTERNOS

Durante el año 2001 los hospitales de agudos recibieron 6.393.662 consultas. Esto significa una media de 336.688 consultas por año por hospital. Este volumen de consultas representa aproximadamente el 49%, es decir prácticamente la mitad de las consultas totales del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Se incluyen las consultas generales, especializadas, correspondientes a todos los tipos de pacientes (sin restricción de edad o sexo). Según datos de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, durante el 2000 se realizaron 6.194.991 consultas, con lo cual el volumen de consultas habría aumentado en 198.671 (3,2%). Si bien no hay datos cuantitativos, gran parte de estas consultas corresponden al conurbano y en un porcentaje menor a pacientes del interior del país y del exterior.

Gráfico N° 4: Distribución de las consultas externas

Como indica el gráfico, los hospitales de agudos que más consultas recibieron son el Argerich, el Durand, el Ramos Mejía y el Fernández. Estos 4 hospitales aportan el 43%, con más de 600.000 consultas anuales alcanzando un total de 2.750.484. De todos modos, en general, la distribución de las consultas externas es bastante homogénea entre los hospitales.

Un segundo grupo está conformado por los hospitales Penna, Piñero y Santojanni con un total de 1.638.86 consultas y un aporte del 26% a las consultas totales. Otro grupo es el de los hospitales Álvarez, Pirovano y Rivadavia con un total de 1.197.380 consultas anuales. Por último, los hospitales Tornú, Vélez y Zubizarreta que realizaron menos de 300.000 consultas durante el 2001.

5. SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ha impulsado la conformación de Centros de Salud y Acción Comunitaria con el fin de canalizar las necesidades de atención de primer nivel. Sin embargo, los hospitales siguen aglutinando el mayor porcentaje de consultas. No obstante, los recursos y la calidad ofrecida, la Secretaría de Salud señala que la red de Centros de Salud, podría atender cerca del 80% de los problemas de salud de la Ciudad, teniendo en cuenta el entorno familiar y social. De esta forma, los hospitales generales de agudos y los especializados podrán abocarse a su función específica: la atención de pacientes que requieran prestaciones de un mayor nivel de complejidad.

El primer nivel de atención está integrado por: 33 Centros de Salud y Acción Comunitaria, 14 Centros Médicos Barriales, 236 Médicos de Cabecera, 25 Odontólogos de Cabecera y los consultorios externos de los hospitales.

La mayoría de los Hospitales de Agudos de la Ciudad tiene un componente intra-hospitalario; esto significa que en el 92% de los hospitales de agudos de la Ciudad se brindan servicios de atención primaria.

Al mismo tiempo, el 62% de los hospitales brinda servicios de atención primaria en sus respectivos Centros de Salud dentro de las áreas programáticas que administran.

Cada 10 consultas que se realizan de atención primaria, solamente 2 se hacen en los centros de salud. El promedio general de consultas en Centros de Salud es de 34.330 por Centro por año. El 5, 6% de las consultas externas realizadas en Hospitales de Agudos se realizaron en Centros de Salud, mientras que el 94,4% restante en los Hospitales.

Tabla N°1: Centros de Salud, consultas descentralizadas y consultas en el hospital.

Nombre del hospital	Numero de los Centros de Salud ¹⁵	N° de consultas en Centros de Salud	N° de consultas en el hospital	% de consultas descentralizadas ¹⁶
Argerich	CS y AC N° 9 CSM N° 15	19.502	765.092	2,5 %
Durand	CS y AC N° 22 y 23	4.238	677.228	0,6 %
Fernández	CS y AC N° 17,21,25,26	29.518	624.375	4,5 %
Penna	CS y AC N° 8,10,16,1,32,30	15.975	514.168	3 %
Piñero	CS y AC N° 6,13,18,20,19, 24 y CSM N° 14	83.154	525.325	13,7 %
Pirovano	CS y AC N°2, 12 CSM N° 1 y UNASAD N° 27	33.247	466.645	6,7 %
Ramos Mejía	CS N°11	12.287	683.789	1,7 %
Santojanni	CS y AC N° 3, 4, 5, 7 y CS N° 29	76.721	599.371	11,3 %
Total	-----	274.642	4.855.993	5,65 %

Los datos de esta tabla se completan con las 225.519 consultas realizadas a través del programa “Médicos de Cabecera” y las 311.996 de otros programas.

¹⁵ CS y AC : Centro de Salud y Acción comunitaria

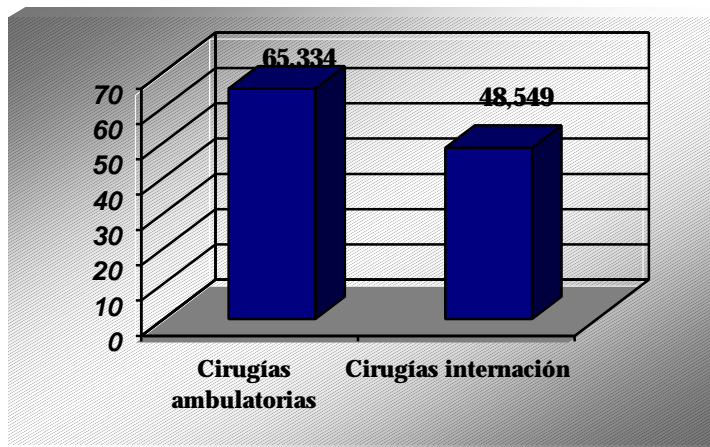
CSM : Centro de salud mental

¹⁶ Se sumaron las consultas en centros de salud y en los hospitales y se sacó el porcentaje de las consultas respecto del total.

6. PRODUCCIÓN

Cirugías generales

Gráfico N° 5: Total de cirugías generales ambulatorias y de internación de los hospitales de agudos



Las cirugías ambulatorias (57%) superan moderadamente a las de internación (43%), lo cual marca una tendencia acorde con los estándares internacionales. En Estados Unidos las cirugías ambulatorias aumentaron en un 168 % entre 1983 y 1993, mientras que las cirugías con internación disminuyeron en un 33% ¹⁷.

Otro dato interesante es la cantidad de quirófanos y su producción. Los hospitales de agudos tienen un promedio de 11 quirófanos por hospital. Si se tienen en cuenta las cirugías ambulatorias y las de internación, se puede estimar un promedio de 1.150 cirugías por quirófano por año, lo cual resultaría en 95 cirugías por mes y 3 por día por quirófano.

Guardia Externa

Todos los Hospitales cuentan con guardia externa. Los departamentos de emergencias tienen tres tipos básicos de consultas: no-urgencias (ambulatorias de demanda espontánea que debe ser atendida), urgencias (requieren atención en 24 horas), emergencias (ponen en riesgo la vida si no son atendidas). Los hospitales tienen un promedio de 111.317 consultas por año en emergencias, equivalente a 304 consultas por día o 13 consultas por hora. Respecto al total de consultas en consultorios externos, éstas representan en promedio el 18%. El hospital que más consultas en guardia recibió es el hospital Argerich, con 296.783 consultas. Luego los hospitales Álvarez, Durand, Penna, Piñero, Pirovano, y Santojanni con consultas entre 100.000 y 120.000 anuales.

¹⁷ Asociación Americana de Hospitales, 1995.

Nacimientos

Los hospitales de agudos y la maternidad Sardá son los únicos ámbitos públicos donde se atienden nacimientos. Mientras la maternidad Sardá atendió 5.980 partos, los hospitales generales de agudos registraron durante el 2001 un total de 22.598 nacimientos, excluyendo a los hospitales Tornú y Zubizarreta que no reportaron ninguno. Los hospitales de agudos tuvieron un promedio de 2.054 nacimientos por año o de 5 por día. Según datos de la Secretaria de Salud, el 72% fueron partos normales, el 25% cesáreas y el 3% fórceps.

Respecto a la dotación de cunas, éstos poseen un total de 390 y un promedio de 35 por hospital. Los hospitales Argerich, Fernández y Durand son los que más cantidad de cunas poseen en su dotación: entre 50 y 60. Sin embargo, la utilización es relativamente baja, entre 34 y 39 nacimientos por cuna anuales. En cambio los hospitales Álvarez, Penna, Piñero, y Santojanni son los que más nacimientos por cuna tuvieron: entre 100 y 130 por año.

7. RECURSOS HUMANOS

Tabla N° 2: Dotación de camas / personal

Nombre del hospital	Dotación de camas	Personal médico	Personal de enfermería	Relación médico/cama	Relación enfermera/cama
Álvarez	423	488	228	1.15	0.54
Argerich	384	573	514	1.49	1.34
Durand	347	513	266	1.48	0.77
Fernández	363	548	337	1.51	0.93
Penna	230	285	232	1.24	1.01
Piñero	304	383	209	1.26	0.69
Pirovano	388	336	188	0.87	0.48
R.Mejía	504	497	477	0.99	0.95
Rivadavia	406	285	277	0.70	0.68
Santojanni	484	561	353	1.16	0.73
Tornú	211	177	211	0.84	1.00
Vélez S.	120	143	140	1.19	1.17
Zubizarreta	104	118	98	1.13	0.94
Total	4.268	4.907	3.530	1.15	0.83
Promedio	328	377	271	1.14	0.82

Es motivo de consenso reconocer que en el sector salud en general, y en los hospitales en particular, el elemento fundamental es el factor humano. Los hospitales son instituciones que emplean gran cantidad de personal médico y no médico que producen, aplican, preservan y comunican conocimiento.

El análisis de los recursos humanos en los hospitales es muy importante sobre todo porque mide el principal componente del costo hospitalario. Cerca del 80% del presupuesto asignado a los hospitales tiene como finalidad cubrir los gastos de personal. Por otra parte, es complejo realizar el cálculo de la dotación funcional de personal en un hospital, debido a los regímenes horarios variados, los sistemas de jefaturas, antigüedad y funciones compartidas.

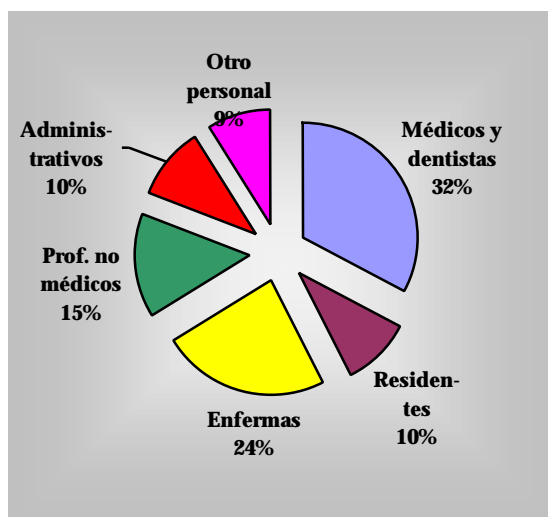
Los hospitales generales de agudos de la Ciudad de Buenos Aires cuentan con un total de 4.907 médicos y 3.530 enfermeras. Esto indica que hay un promedio de 377 médicos y 271 enfermeras por hospital. Los hospitales que cuentan con mayor cantidad de personal médico son el Argerich, el Durand, el Fernández y el Santojanni. Mientras que los que tienen mayor cantidad de personal de enfermería son los hospitales Ramos Mejía y Argerich.

En relación con la dotación de camas, en el tipo de hospitales que venimos analizando se registra la presencia de 1,14 médicos por cama y 0,82 enfermeras por cama. El hospital Fernández es el que registra un mayor índice de personal médico por cama (1.51), y el Argerich de personal de enfermería por cama (1.34).

A su vez, existe un promedio de 1,39 médicos por enfermeras o un promedio de 0.71 enfermeras por médico. Por su parte, el standard internacional señala que deben existir 3 enfermeras por médico. Otro dato a destacar nace de la relación médico – habitante. En Argentina, el número de médicos crece históricamente a una tasa anual superior a la de la población. La relación de médicos por cada 1.000 habitantes es en promedio de 2.5 en los países ricos y de 0.1 en los pobres. En nuestro país este indicador se es de 3 médicos aproximadamente¹⁸ y en la Ciudad de Buenos Aires es 10 médicos cada 1.000 habitantes ¹⁹.

El tema de la cantidad de médicos y una posible sobre población de los mismos es un punto fundamental ya que en la Argentina existe correlación entre el número de médicos y el gasto en salud de las distintas provincias, inclusive del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Gráfico N° 6: Distribución de los RRHH en los hospitales de Agudos



Estos hospitales tiene 132 **residentes** en promedio. Tienen regímenes de tareas full-time y se desempeñan durante 3 años promedio. La mayoría de las normas permiten 1 día /semana de trabajo afuera (guardia) como suplemento de ingresos.

El promedio de **enfermeras** es de 271 enfermeras. El 58 % del personal de enfermería se encuentra bajo la categoría de auxiliar, el 38% son licenciadas y el 3% restante son practicantes o voluntarias.

¹⁸ GONZALEZ GARCÍA & TOBAR, "Más salud por el mismo dinero." Buenos Aires. Ed.Isalud.1999

¹⁹ ABRANZOM, M: "Argentina: Situación de los recursos humanos en salud", Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Representación OPS/OMS en Argentina, 2001.

El promedio de **profesionales no médicos** es de 199. Se incluyen acá nutricionistas, kinesiólogos, psicólogos, asistentes sociales, técnicos radiólogos, técnicos patólogos, etc.

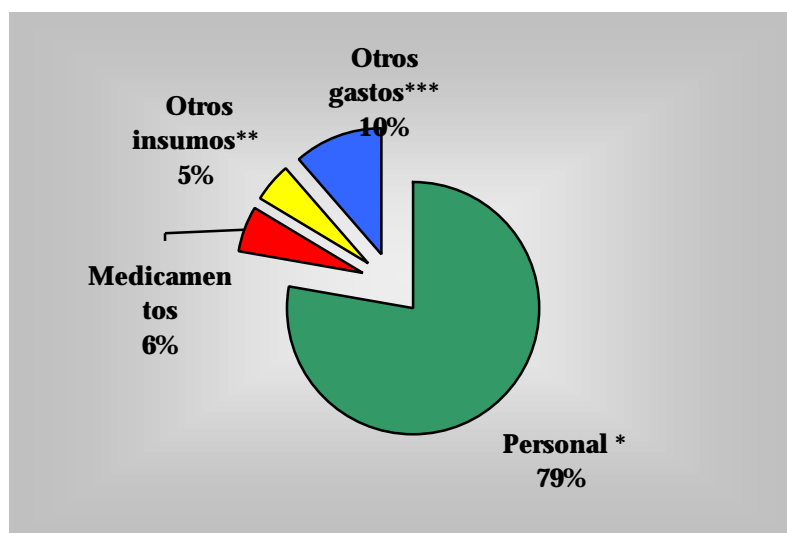
Estos hospitales tienen en promedio 118 **administrativos**. Se considera todo personal de registro-admisión/ transferencia de pacientes (R-ADT) intra y extrahospitalaria, incluyendo estadística hospitalaria.

Con respecto a la categoría **otro personal**, en el cual se incluye a personal de mantenimiento, hotelería, alimentación, farmacia, limpieza, compras, cocina; se registra un promedio de 111.

8. PRESUPUESTO GLOBAL

Por Presupuesto Global se entiende el Presupuesto General de Gastos por Actividad aprobado por la Secretaría de Salud en el año 2001 para todos los hospitales de su jurisdicción.

Gráfico N° 7: Distribución del presupuesto



* Los gastos en personal contienen los siguientes rubros: Retribución del Cargo, Sueldo Anual Complementario, Contribuciones Patronales, Complementos y Asignaciones Familiares.

** Los gastos en insumos contienen los siguientes rubros: confecciones textiles, papel y cartón de escritorio, elementos de limpieza, útiles de escritorio, útiles menores quirúrgicos y de laboratorio, comidas, ayudas sociales a personas y equipos varios.

*** Los otros gastos contienen los siguientes rubros: mantenimiento y reparación de maquinarias, energía eléctrica, agua, gas, teléfonos, fax, telefax, limpieza, aseo y fumigación y otros gastos no especificados.

El gasto en personal es el más importante de todos los gastos, representa en promedio casi el 80% del gasto total. Está centralizado y determinado por la Secretaría de Salud. Es de \$348.800.584; esto significa \$26.830.814 por año por hospital.

Los gastos en insumos según la Secretaría de Salud son de \$1.748.690, y representa el 5% del gasto total del hospital.

Los gastos en medicamentos son de \$1.953.440 por año por hospital, sin embargo este dato no es definitivo ya que los hospitales también compran medicamentos través del sistema de caja chica.

Tabla N°3: Distribución del presupuesto global del 2001

Nombre del hospital	Presupuesto Global	Gastos en personal	Gastos en medicamentos	Gastos en otros insumos	Otros gastos
Álvarez	31.304.892,00 100%	25.434.779,00 81%	1.818.290,00 6%	1.551.210,00 5%	2.500.613,00 8%
Argerich	52.908.991,00 100%	40.218.235,00 76%	4.720.620,00 5%	2.263.550,00 4%	5.706.586,00 15%
Durand	43.206.501,00 100%	33.333.288,00 77%	2.899.390,00 7%	2.772.410,00 6%	4.249.413,00 10%
Fernández	46.197.092,00 100%	36.373.519,00 80%	2.349.480,00 5%	2.681.580,00 6%	4.171.273,00 9%
Penna	22.798.752,00 100%	17.439.417,00 76%	1.476.640,00 6%	1.055.590,00 5%	2.827.105,00 13%
Piñero	32.324.321,00 100%	25.944.925,00 80%	1.342.940,00 4%	1.741.180,00 5%	3.295.276,00 11%
Pirovano	35.816.505,00 100%	27.347.030,00 76%	2.432.340,00 7%	2.709.620,00 7%	3.037.805,00 10%
Ramos Mejía	53.316.098,00 100%	43.285.630,00 81%	2.503.980,00 5%	2.603.530,00 5%	4.922.958,00 9%
Rivadavia	33.324.533,00 100%	27.872.160,00 84%	1.692.210,00 5%	1.594.590,00 5%	2.165.573,00 6%
Santojanni	39.182.758,00 100%	31.328.887,00 80%	2.309.990,00 6%	1.772.070,00 4%	3.801.811,00 10%
Tornú	20.624.807,00 100%	16.162.224,00 78%	596.460,00 3%	872.300,00 4%	2.076.923,00 15%
Vélez Sarsfield	15.113.956,00 100%	12.773.403,00 84%	657.440,00 4%	468.810,00 3%	1.214.303,00 9%
Zubizarreta	13.659.383,00 100%	11.287.087,00 83%	594.940,00 4%	646.530,00 5%	11.308.826,00 8%
Total	439.778.589 100%	348.800.583,95 79%	25.394.720 6%	22.732.970 5%	3.944.497,31 10%

Para un correcto análisis del presupuesto y de su distribución se deben considerar varios aspectos tales como la estructura hospitalaria, el nivel de complejidad, la población a la que atienden, la cantidad de personal, la producción, etc. En este sentido, el hospital que tiene el mayor presupuesto asignado es el Ramos Mejía, que además es el que posee la mayor dotación de camas con un nivel de complejidad medio-alto.

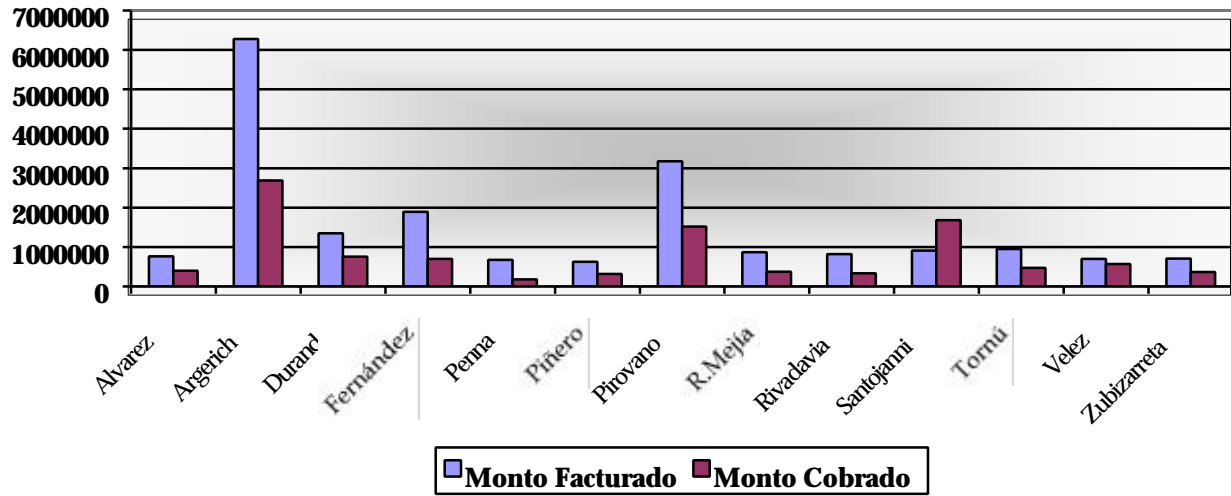
Según los datos expuestos en la tabla N° 3, los hospitales Rivadavia, Vélez Sarsfield, y Zubizarreta son los hospitales que más gasto en personal reportan: entre 83% y 84%. Sin embargo no son precisamente

los que disponen de la mayor cantidad de médicos y enfermeras. Por lo cual, el gasto se debe al pago de salarios de otras categorías.

Por otro lado, el hospital Argerich, que es el que más médicos posee, es el que menor porcentaje del presupuesto destina al pago de salarios. De todas formas, no hay que dejar de considerar que es uno de los que mayor presupuesto tiene otorgado.

Autogestión

Gráfico N° 8: Montos de Facturación y cobro a Obras Sociales



Según los datos expuestos en el gráfico N° 8, el hospital Argerich es el que más facturó durante el año 2001, pero logró el cobro de algo menos que el 50%. Sin embargo el cobro, en la mayoría de los hospitales, no corresponde necesariamente a los servicios brindados ese año. Generalmente es el pago de deudas.

Los hospitales Álvarez, Penna, Piñero, Vélez y Zubizarreta fueron los que menos facturaron y cobraron un porcentaje también cercano al 50%, excepto el hospital Vélez que fue mayor. El hospital Santojanni, muestra durante el 2001 una mayor proporción en el cobro que en la facturación; esto se debe al cobro de deudas de períodos anteriores.

CONCLUSIONES

Un análisis del sector salud y de sus establecimientos requiere en principio, tener en cuenta los condicionantes externos. El aumento de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad y de la mortalidad, así como los movimientos migratorios, van induciendo cambios en la estructura de las poblaciones que exigen redefinir qué servicios de salud son necesarios. Vivimos contemplando un escenario

de transición epidemiológica donde conviven enfermedades propias de países desarrollados y de países en vías de desarrollo; donde ganan preponderancia enfermedades emergentes como el SIDA y reemergentes como la tuberculosis; donde la violencia es un fenómeno cotidiano, así como los accidentes y la morbi-mortalidad debida a los trastornos de la salud mental, las adicciones y los estilos de vida. Todo ello configura también el contexto en el cual los servicios de salud, y en particular los hospitales deben actuar. Además, el contexto económico se caracteriza por un deterioro de la calidad de vida de los estratos sociales menos favorecidos de la sociedad ²⁰.

La situación de los hospitales generales de agudos en la Ciudad de Buenos Aires es en general crítica y no escapa a este contexto. A partir de diciembre del 2001, la emergencia económica, social y sanitaria del país alcanzó niveles inesperados. En este contexto, la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad inició un trabajo orientado a sustentar y fortalecer la atención en los hospitales y centros de salud, teniendo en cuenta las demandas poblacionales. Se tomaron una serie de medidas para sostener las prestaciones: se instrumentó un sistema de *clearing* hospitalario para redistribuir los insumos existentes, se creó una oficina de compras centralizada para adquirir los 400 insumos más críticos, y se garantizó, en forma integral, la atención en los servicios sanitarios. Sin embargo, se trataron de medidas coyunturales para sobrellevar la crisis.

Los principales problemas a resolver que se detectaron a partir del relevamiento de datos, y que si bien se refieren a los hospitales de agudos alcanzan al resto de los hospitales, son:

1. Recursos Humanos

- Relativa desorganización en la conducción de los RRHH: carencia de evaluaciones y falta de capacitación al personal.
- Relativa insolvencia en el gerenciamiento hospitalario público.

2. Información

- Falta de una matriz de información integral en salud y existencia en muchos casos de información poco sistematizada.
- Falta de comunicación entre los servicios y las áreas de un mismo hospital y entre hospitales.

3. Organización

- Sistema de turnos desorganizado: largas colas de espera, reducido cupo de turnos, exceso de demanda por la mañana y carencia de personal durante la tarde.
- Alto grado de centralización de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos.
- Relativa ausencia de interacción de redes.
- Falta de un organigrama flexible, el cual contenga interrelación entre las áreas.

4. Servicios

- Relativamente baja calidad de algunas prestaciones de salud.
- Inequidad en el acceso a la prestaciones de salud (turnos).
- Relativo atraso en el uso de la tecnología médica.

²⁰ "La transformación de la gestión de los hospitales en América Latina y el Caribe"; OPS, ACODESS

5. Facturación y cobro a obras sociales

- Dificultades en los procesos de facturación y cobro a obras sociales, prepagas y/o ARTs. Así, la diferencia entre lo hecho y no facturado, lo facturado y no cobrado y lo efectivamente cobrado es muy importante. Este problema se desglosa en:
 1. Dificultad para detectar a los pacientes con cobertura médica
 2. Dificultad para cobrarle a los agentes de la seguridad social.

Quizás el problema central sea que no se define con claridad cual es el incentivo que obtiene el cobrador eficiente. Si el hospital es eficiente con el cobro, ¿retiene los beneficios o se reduce su presupuesto?

6. Sistema de atención primaria y ambulatoria mejorable cualitativa y cuantitativamente:

- Un tema fundamental que debe ser sujeto de transformación es el sistema de atención primaria: si bien hay claramente un esfuerzo de regionalización, racionalización y adecuación en “áreas programáticas” con un hospital de cabecera o base, son los hospitales los que siguen aglutinando el mayor porcentaje de consultas al respecto. Los sistemas con atención primaria de la salud desarrollados en Estados Unidos tienen un 48% de las consultas bajo esta modalidad de atención, mientras que el resto ocurre para especialidades. Todo esto indica un uso excesivo de las consultas especializadas y subutilización de la atención primaria.

En este sentido, la problemática común es la necesidad de reingeniería y optimización de los sistemas públicos particularmente en problemas de calidad y eficiencia del gasto sobre todo porque el costo promedio de los hospitales de agudos es comparativamente alto a los del resto del país.

Finalmente, otro problema recurrente en los hospitales de la Ciudad es la atención a personas de otras jurisdicciones, principalmente del conurbano bonaerense. Si bien no hay estadísticas oficiales, se estima que un porcentaje cercano al 50 % de la población atendida en estos establecimientos pertenece a la Provincia de Buenos Aires, a provincias del interior y a países limítrofes. En este sentido, no se plantea un problema en sí mismo sino la necesidad de buscar mecanismos adecuados para la asignación del gasto, tratando de que el financiamiento siga al paciente independientemente de su lugar de residencia.

La problemática de los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires tiene un grado de complejidad mayor al expuesto. Simplemente el objetivo es brindar un panorama general y descriptivo de la situación actual de estas instituciones.

“ ...La principal característica que debe prevalecer en un nuevo modelo es la flexibilidad. Las organizaciones ya no son estructuras rígidas con misiones y funciones invariables en el tiempo. Del mismo modo, las organizaciones ya no necesitan ser autosuficientes. La interrelación y la cooperación, así como la

complementariedad, permiten construir redes y formas fluidas de trabajo entre y dentro de las organizaciones”²¹.

²¹ “ La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe”; OPS, ACODESS, 2001.