



# UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

---

## TRABAJO FINAL DE CARRERA

**Carrera:** Maestría en Administración de Servicios de Salud

**Tema:** PROGRAMA DE COMUNICACIÓN SOCIAL, SUSTENTADO EN PRINCIPIOS BIOÉTICOS, PARA EL SISTEMA DE PRESTADORES PÚBLICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA), REPÚBLICA ARGENTINA, 2008.

**Alumna:** Lic. Adriana del Carmen Iglesias

**Matrícula:** N° 9086

**Director:** Dra. Bibiana Frare

**Buenos Aires, Noviembre 2008**

## ÍNDICE

<b>Nº DE REFERENCIA</b>	<b>TEMARIO</b>	<b>Nº PÁG.</b>
<b>CAPÍTULO I.</b>	<b>SITUACIÓN PROBLEMÁTICA</b>	<b>5</b>
I.	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
II.	<b>CONTEXTO</b>	<b>5</b>
II. 1.	<b>INTERNACIONAL</b>	<b>7</b>
II. 1. 1.	Aspectos Históricos	7
II. 1. 2.	Actualidad	11
II. 2.	<b>NACIONAL</b>	<b>13</b>
II. 2. 1.	Aspectos Históricos	13
II. 2. 2.	Actualidad	14
II. 3.	<b>CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES</b>	<b>18</b>
II. 3. 1.	Aspectos Generales	18
II. 3. 2.	Aspectos Históricos	23
II. 3. 3.	Actualidad	24
III.	<b>ANTECEDENTES LEGALES</b>	<b>39</b>
III. 1.	<b>ARGENTINA</b>	<b>39</b>
III. 2.	<b>CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES</b>	<b>44</b>
<b>CAPÍTULO II.</b>	<b>JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS, HIPÓTESIS</b>	<b>48</b>
I.	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>48</b>
II.	<b>OBJETIVOS</b>	<b>48</b>
II. 1.	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>48</b>
II. 1. 1.	Propósitos	48
II. 2.	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>49</b>
III.	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>50</b>
<b>CAPÍTULO III.</b>	<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>51</b>
I.	<b>TIPO DE TRABAJO</b>	<b>51</b>
I. 1.	<b>UNIDAD DE ANÁLISIS</b>	<b>51</b>
I. 2.	<b>VARIABLES</b>	<b>51</b>
II.	<b>CRITERIO DE SELECCIÓN DE CASOS</b>	<b>52</b>
II. 1.	<b>TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES</b>	<b>52</b>
<b>CAPÍTULO IV.</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>53</b>
I.	<b>MARCO REFERENCIAL</b>	<b>53</b>
I. 1.	<b>BIOÉTICA</b>	<b>54</b>
II.	<b>MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>56</b>
II. 1.	<b>SISTEMAS DE SALUD</b>	<b>57</b>
II. 1. 1.	Introducción	57
II. 1. 2.	Sistemas de Salud	57
II. 1. 3.	Organización	61

II. 1. 4.	Gestión de Salud	63
<b>II. 2.</b>	<b>SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>68</b>
II. 2. 1.	Introducción	68
II. 2. 2.	Características	68
II. 2. 3.	Objetivos	69
<b>II. 3.</b>	<b>INVESTIGACIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD (I.S.S.S.)</b>	<b>71</b>
II. 3. 1.	Introducción	71
II. 3. 2.	Definición	71
II. 3. 3.	Características	72
II. 3. 4.	Campo de Acción	72
<b>II. 4.</b>	<b>CALIDAD</b>	<b>74</b>
II. 4. 1.	Introducción	74
II. 4. 2.	Calidad en Salud	75
II. 4. 3.	Gestión de Calidad en Salud	76
II. 4. 4.	Control de Calidad en Salud	79
II. 4. 5.	Aseguramiento de la Calidad en Salud	81
II. 4. 6.	Garantía de Calidad en Salud	82
II. 4. 7.	Valor en Salud	83
II. 4. 8.	Satisfacción en Salud	84
<b>II. 5.</b>	<b>COMUNICACIÓN</b>	<b>87</b>
II. 5. 1.	Introducción	87
II. 5. 2.	Proceso de Comunicación	87
II. 5. 3.	Medios de Comunicación	88
II. 5. 4.	Planificación de la Comunicación en Salud	89
II. 5. 5.	Gestión de la Comunicación en Salud	90
<b>II. 6.</b>	<b>GERENCIAMIENTO DE LA RELACIÓN CON EL CLIENTE</b>	<b>92</b>
II. 6. 1.	Introducción	92
II. 6. 2.	Características	95
II. 6. 3.	Centro de Contacto	103
II. 6. 4.	Atención Personalizada	109
II. 6. 5.	Etapas previas a la implementación del programa	112
<b>II. 7.</b>	<b>PROGRAMA "CABA SALUD"</b>	<b>113</b>
II. 7. 1.	Fundamentos	113
II. 7. 2.	Bases del Programa	114
II. 7. 3.	Características	115
<b>CAPÍTULO V.</b>	<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>	<b>117</b>
I.	REFLEXIONES	117
II.	CONCLUSIONES	117
<b>CAPÍTULO VI.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>119</b>
I.	LIBROS CONSULTADOS	119
II.	TRABAJOS, PUBLICACIONES	120
III.	SITIOS WEB Y PUBLICACIONES ON LINE	122

<b>CAPÍTULO VII.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>127</b>
I.	<b>ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA CABA</b>	<b>127</b>
I. 1.	<b>TABLAS DEMOGRÁFICAS</b>	<b>127</b>
I. 1. 1.	Promedio de permanencia según hospital y años	127
I. 1. 2.	Porcentaje ocupacional según hospital y años	128
II.	<b>ANTECEDENTES LEGALES</b>	<b>129</b>
II. 1.	<b>PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO</b>	<b>129</b>
II. 2.	<b>LEY BÁSICA DE SALUD Nº 153</b>	<b>139</b>
III.	<b>METODOLÓGICO</b>	<b>153</b>
III. 1.	<b>MATRIZ DEL CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO</b>	<b>153</b>
III. 2.	<b>RESULTADOS DEL PROCESAMIENTO DE ENCUESTAS</b>	<b>157</b>
<b>CAPÍTULO VIII.</b>	<b>GLOSARIO DE TÉRMINOS ESPECÍFICOS</b>	<b>159</b>

# **CAPÍTULO I: SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

## **I.I. INTRODUCCIÓN**

El avance de la Medicina ha obligado al prestador de servicios médicos a optimizar no sólo la calidad en los resultados de su actividad artesanal, sino también en los procesos<sup>1</sup> en los cuales su actividad se desenvuelve. En la actualidad, el concepto de calidad dejó de ser definido por el prestador para pasar a ser definido por el destinatario de la prestación. La percepción de la calidad será alta cuando responda a las necesidades y las expectativas del paciente/cliente/usuario, y baja cuando no alcance a cubrirlas.

En salud se dan muchas circunstancias en que los servicios sanitarios responden a necesidades del paciente/cliente/usuario sólo teniendo como base los conocimientos que posee el prestador sobre los mismos. Se observa esta cuestión, por ejemplo, en los servicios de salud mental que atienden a pacientes psicóticos, en la atención de pacientes en estado de coma, campañas de vacunación en áreas poblacionales con baja percepción del riesgo de no vacunar a sus hijos, etc.

Con referencia a las novedades en materia de salud, los medios de comunicación informan sobre la existencia de investigadores que trabajan en laboratorios en el país, en pruebas piloto de la terapia génica con Factor de Crecimiento del Endotelio Vascular (Vascular Endothelial Growth Factor, VEGF)<sup>2</sup> en humanos. Asimismo, comentan acerca de una nueva dinastía de vacas clonadas transgénicas, que logrará que más pacientes diabéticos puedan acceder a la insulina humana recombinante<sup>3</sup>, un medicamento de alta tecnología, a menor costo.

Sin embargo, poco se informa respecto de instruir a la comunidad sobre un tema tan fundamental como es el sistema prestador de la salud pública, si bien sería deseable que los ciudadanos accedieran a un conocimiento continuo, desde el Estado mismo, y ayudados por los medios de comunicación.

Aún cuando los procesos de cambio en una sociedad son lentos, cabe el interrogante de si el hecho de comunicar sobre los servicios de salud prestacional pública a los ciudadanos incidiese en la mejora de la interacción de los profesionales bio-sanitarios con los pacientes/clientes/usuarios. Planteado ésto, surge la formulación de las siguientes preguntas, que dan origen a la presente investigación:

---

<sup>1</sup> Ver Glosario.

<sup>2</sup> Ver Glosario.

<sup>3</sup> Diario Clarín on line: <http://www.clarin.com/suplementos/rural/2007/04/21/r-01403900.htm> [F.C.: 21/04/07].

- I. ¿Qué características presenta la legislación de prestadores públicos de servicios de salud en la República Argentina, y en particular en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)?
- II. ¿Qué características poseen los programas actuales de calidad en la República Argentina, y en particular en la CABA?
- III. ¿Cuáles son las características distintivas del sistema de comunicación acerca de los prestadores públicos de servicios de salud, desde el Ministerio de Salud de la CABA, a sus pacientes/clientes/usuarios?
- IV. ¿Cómo definen en la actualidad “calidad en el sistema de comunicación de prestadores públicos de servicios de salud” los pacientes/clientes/usuarios de los mismos en la CABA?
- V. ¿Cuáles son los atributos del sistema de información de prestadores públicos de servicios de salud, que colaboran en la percepción de “calidad en la comunicación” dirigida a los pacientes/clientes/usuarios de la CABA?
- VI. ¿Cuáles son las alternativas viables para comunicar sobre el sistema de prestadores públicos de servicios de salud a los pacientes/clientes/usuarios, desde el Ministerio de Salud de la CABA?
- VII. ¿Qué ventajas y desventajas ofrecerían dichas alternativas de comunicación?

Con el objeto de lograr una mejor comprensión e interpretación del contexto global, y en particular el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se expone a continuación un desarrollo sobre el mismo. Dicha finalidad radica en la necesidad de conocer, identificar y caracterizar los citados conceptos, para la elaboración del programa objetivo de la presente investigación.

## **I.II. CONTEXTO**

### **I.II.1. INTERNACIONAL**

Desde un marco de macrogestión en política sanitaria, se desarrollan en el presente apartado aspectos históricos y coyunturales.

#### **I.II.1.1. Aspectos Históricos**

La adopción de la meta “Salud para Todos” (SPT) por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1977 y la estrategia de “Atención Primaria de la Salud” (APS)<sup>4</sup> como clave para alcanzar esa meta, modificaron los criterios aplicados en gran parte del mundo a los problemas de salud de la población y a los sistemas sanitarios.

En 1978, quedó establecido en Alma-Ata<sup>5</sup> que para desarrollar la política Salud para Todos en el año 2000 (SPT 2000) era imprescindible una estrategia específica que fuera distinta a las utilizadas hasta ese momento. SPT 2000 implicaba una fuerte definición de salud e inclusión social, y sostenía que el desarrollo de los principios generales sólo podría llevarse a cabo a través de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS)<sup>6</sup>.

Como parte integrante del sistema nacional de salud y del desarrollo social y económico global de la comunidad, la APS fue la forma práctica de poner al alcance de todas las personas y familias de las comunidades, la asistencia de salud indispensable, abarcando factores sociales y de desarrollo.

SPT 2000 fue la política trazada y la APS la estrategia implementada por el Ministerio de Salud de la República Argentina y representantes de cada país miembro firmante. Su propósito, la mejora del estado sanitario de la población, a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud y valiéndose del enfoque de riesgo, para focalizar a la población más vulnerable.

---

<sup>4</sup> Ver Glosario

<sup>5</sup> Plataforma de la Atención Primaria en Salud (APS), definida en el informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), presentado y aprobado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) en Alma-Ata, Kazajistán, Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), llevada a cabo en septiembre de 1978, con representantes de ciento treinta y cuatro países.

<sup>6</sup> Ver Glosario.

Entre los componentes de la APS en SPT 2000, se encontraba destinar a la salud como mínimo el 5% del producto bruto interno (PBI), dedicar una porción razonable de los gastos nacionales en salud a la APS, proponer que los recursos se distribuyan equitativamente, y recibir el apoyo sostenido de los países mejor acomodados. Algunos de los indicadores utilizados consideran la reducción del analfabetismo, la mortalidad infantil, el acceso a la cobertura sanitaria, y la infraestructura de servicios de agua e inmunizaciones.

Los atributos más característicos de la APS tienen que ver con la accesibilidad al sistema, equidad, integralidad, coordinación y articulación de acciones, descentralización, participación comunitaria, interdisciplina, tecnología apropiada y adecuación por nivel. En este sentido, la APS distingue tres niveles de atención con factores comunes a todos, como la articulación y coordinación, referencia y contrarreferencia, sistema de redes, financiamiento, prevención, y equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios.

Se describen a continuación los distintos niveles de atención sanitaria mencionados:

- I. Atención Primer Nivel: Se caracteriza por ser la puerta de entrada al sistema y hacer el seguimiento. Es básicamente ambulatorio, para prestaciones básicas y comunitarias; prevención inespecífica con abordaje integral, etc. Entre los efectores se cuentan: los Centros de Salud Comunitaria<sup>7</sup> (CeSaCs), Centros Médicos Barriales<sup>8</sup> (CMB), Médicos de Cabecera<sup>9</sup> (MC), consultorios externos, guardias (acciones de promoción y protección de la salud).
- II. Atención Segundo Nivel: Incluye la atención ambulatoria especializada y la internación, las acciones de prevención prepatogénica y patogénica, los laboratorios de análisis, anatomía patológica, consultorios externos, guardias, y toda acción de promoción y protección de la salud.
- III. Atención Tercer Nivel: Abarca los servicios de alta complejidad y con capacidad de resolución con relación a las necesidades de todas las especialidades.

En materia de prevención, la estrategia de la APS cuenta con prevención primaria o prepatogénica en inmunización específica (vacunación); trabaja sobre el medio ambiente, vivienda y trabajo, alimentación, salud mental, violencia individual y familiar, y sobre factores de riesgo con acciones antitabaco, entrega de preservativos por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA)<sup>10</sup> y otras enfermedades infecciosas transmisibles, y stress (ejercicio físico). También, cuenta con prevención secundaria o patogénica en detección precoz (con y sin signos o síntomas), y medicación; y prevención terciaria que se vale del ejercicio físico y la medicación, entre otros.

---

<sup>7</sup> Ver Glosario.

<sup>8</sup> Ver Glosario.

<sup>9</sup> Ver Glosario.

<sup>10</sup> Ver Glosario.



La propuesta de implementación de la estrategia de la APS fue un cambio importante en las políticas<sup>11</sup> de salud en el ámbito mundial, para los países adheridos al acuerdo. Cada región se valió de sus propios recursos, política, historia y cultura para aplicarla. Sin embargo, a pesar de los avances en la salud de la población, todavía se registran barreras para el logro de la meta planteada en Alma-Ata.

En la década de 1990 comienza a registrarse una evolución en los conceptos de pobreza y desarrollo, hasta ese momento sólo asociados a los ingresos. Dichos conceptos, empiezan a ser vistos con una noción más amplia sobre lo que constituye el bienestar humano: La “pobreza” es redefinida como sinónimo de debilitamiento de las capacidades humanas fundamentales; la “pobreza humana” hace referencia a la carencia de medios para alcanzar dichas capacidades (como el acceso físico a la atención de salud), y a la falta de factores de conversión básicos que permitan remediar esa situación (por ejemplo, el acceso social a la atención de salud). El término “desarrollo humano” es vinculado a los procesos que amplían las opciones para disfrutar efectivamente de esas capacidades (por ejemplo, optar por un modo de vida saludable).

En el año 2000, representantes de distintos países, estados y organizaciones mundiales adoptaron en la Reunión del Milenio, la Declaración del Milenio<sup>12</sup> de las Naciones Unidas. La misma, establece propósitos, metas, y en cada uno de ellos, objetivos a alcanzar en el año 2015, en cada una de las áreas en las que se hicieron acuerdos específicos. Éstas son: “seguridad y desarme; paz; desarrollo y erradicación de la pobreza; protección del medio ambiente; derechos humanos; democracia y gobierno; y protección de las poblaciones y países vulnerables”<sup>13</sup>.

“Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) sitúan a la salud en el corazón mismo del desarrollo. Establecen un novedoso pacto mundial que vincula a los países desarrollados y a los países en desarrollo a través de obligaciones claras y recíprocas. Abarcan desde la reducción de la pobreza extrema hasta la detección de la propagación del VIH/SIDA”<sup>14</sup>. A continuación se listan los ocho ODM propuestos y las metas para alcanzarlos:

#### I. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

- Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar estadounidense (U\$ 1) por día.
- Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre.

---

<sup>11</sup> Ver Glosario.

<sup>12</sup> La Declaración del Milenio de Naciones Unidas establece los principios y valores que debieran regir las relaciones internacionales en el siglo XXI. Representantes de 189 países, con autoridades máximas de estados representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) asistieron en la ciudad de Nueva York en Septiembre del año 2000, a la Reunión del Milenio, en la que se establecieron los Propósitos de Desarrollo del Milenio, a ser alcanzados para fines del año 2015.

<sup>13</sup> Organización de las Naciones Unidas on line: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html> [F.C.: 28/11/2007].

<sup>14</sup> Organización de las Naciones Unidas on line: <http://www.un.org./spanish/millenniumgoals/goal> [F.C.: 28/11/2007].

- II. Lograr la educación primaria universal.
  - Velar porque los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de educación primaria.
- III. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
  - Eliminar las desigualdades entre los géneros en la educación.
- IV. Reducir la mortalidad infantil.
  - Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores a cinco años.
- V. Mejorar la salud materna.
  - Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.
- VI. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo<sup>15</sup> y otras enfermedades.
  - Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la propagación del VIH/SIDA.
  - Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la incidencia del paludismo y otras enfermedades.
- VII. Garantizar la sustentabilidad del medio ambiente.
  - Incorporar los principios de desarrollo sustentable en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.
  - Reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso al agua potable y al saneamiento básico.
  - Haber mejorado significativamente, para el 2020, la vida de por lo menos cien millones de habitantes de tugurios.
- VIII. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.
  - Atender a las necesidades especiales de los países menos adelantados, los países en desarrollo sin litoral y los pequeños estados insulares en desarrollo.
  - Elaborar un sistema financiero y de comercio abierto, basado en normas, previsible, y no discriminatorio.
  - Encarar con un criterio global los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales.
  - En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que promuevan a los jóvenes un trabajo digno y productivo.

---

<sup>15</sup> Ver Glosario.

- En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable.
- En colaboración con el sector privado, velar por que se aprovechen los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

En síntesis, los ODM representan el compromiso asumido en el plano mundial para reducir la pobreza y el hambre, y dar respuesta a problemas relacionados con la mala salud, las desigualdades por cuestiones de sexo, la falta de educación, el acceso al agua potable y a medicamentos esenciales, y la degradación ambiental.

De carácter explícitamente interdependiente e interrelacionado, el logro de un objetivo<sup>16</sup> depende de los esfuerzos desplegados para el alcance de los otros. Los países firmantes en desarrollo deben cumplir con los objetivos I a VII, mientras que los países firmantes desarrollados deben, cumplir con el objetivo VIII, adoptando medidas que favorezcan el comercio, la asistencia para el desarrollo, la deuda, los medicamentos esenciales y la transferencia de tecnología. De no cumplir éstos últimos, es poco probable que los países más pobres puedan salvar los obstáculos estructurales y asegurar niveles de inversión necesarios para la consecución de sus objetivos.

### **I.II.1.2. Actualidad**

En el mes de mayo de este año, se reunió la Asamblea Mundial de la Salud<sup>17</sup>, en la ciudad de Ginebra, donde se examinaron diversas cuestiones de salud pública y se adoptaron varias resoluciones. Una de las más destacadas tiene la finalidad de suprimir los obstáculos de la propiedad intelectual a las actividades de investigación y desarrollo esenciales para la salud pública, y va acompañada de una estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.

La Asamblea de la Salud mencionada aprobó un plan de acción de seis años de lucha contra las enfermedades no transmisibles, y exhortó a la OMS a que le presente en el año 2010, un proyecto de estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. También, obtuvo el compromiso de acelerar la eliminación de la práctica de la mutilación genital femenina mediante intervenciones legislativas, educativas y de ámbito comunitario; como así también orientó a la OMS en la prestación de ayuda sobre vacunación y obtención de nuevas vacunas; y le solicitó el análisis de los principales problemas sanitarios asociados a la migración de las poblaciones y el estudio de posibilidades para mejorar su salud.

---

<sup>16</sup> Ver Glosario.

<sup>17</sup> Organización Mundial de la Salud on line: <http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/es/index.html> [F.C.: 01/06/2008].

La cooperación técnica de las distintas organizaciones resulta fundamental para el éxito de los ODM. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud<sup>18</sup> (OPS) fija internacionalmente normas basadas en dos principios básicos: la búsqueda de la equidad y el “principio panamericano”, que toma la experiencia de algunos países como referencia para no cometer los mismos errores. Como agencia de salud, OPS se vale de la epidemiología<sup>19</sup> como principal disciplina para medir, definir y comparar los problemas y condiciones de salud, y su distribución en un contexto poblacional, espacial y temporal.

Si bien cada país tiene que definir su propio desarrollo en salud, OPS determina dónde están los problemas y sugiere una actitud política para que los gobiernos se ocupen de eso.

La Agenda de Salud para las Américas 2008/2017, presentada en la Reunión Anual<sup>20</sup> de OPS, traza las estrategias de cara al nuevo milenio, utilizando como eje el compromiso universal de los ODM. Este documento detalla las áreas de acción de la OPS y sus países miembros: la salud inmersa en el desarrollo, el desarrollo de los sistemas de salud, el control de las enfermedades, la promoción de la salud, y el saneamiento ambiental. Así, plantea propósitos relacionados con las siguientes cuestiones:

- Abordaje de los determinantes de la salud.
- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional.
- Aprovechamiento de los conocimientos sobre ciencia y tecnología.
- Disminución de la inequidad en salud entre los países. Fortalecimiento de la solidaridad y la seguridad sanitaria.
- Reducción de los riesgos y la carga de enfermedad.
- Aumento de la protección social y acceso a los servicios de salud de calidad.
- Mejoramiento de la gestión y el desarrollo de las personas que trabajan en el área de la salud.

Atento a los lineamientos expresados precedentemente, es que se exponen en los siguientes apartados el contexto nacional, los antecedentes legales en el ámbito nacional, y luego particularmente los de la CABA. Como se observará, los mismos articulan con las cuestiones históricas y actuales de macrogestión y mesogestión de las políticas sanitarias internacionales previamente citadas.

---

<sup>18</sup> Organización Panamericana de la Salud on line: [http://www.paho.org/default\\_spa.htm](http://www.paho.org/default_spa.htm) [F.C.: 01/02/2008].

<sup>19</sup> Ver Glosario.

<sup>20</sup> Agenda de Salud para las Américas, presentada en la Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, Washington, sede de la organización, octubre 2007: <http://66.101.212.220/mirtaroses/index.php?id=46> [F.C.11/04/2008].

## **I.II.2. NACIONAL**

### **I.II.2.1. Aspectos Históricos**

A fin de comprender cuáles fueron los objetivos y las metas que dieron origen a la organización que en la actualidad se denomina “Ministerio de Salud de la Nación”, se debe remontar a sus antecedentes y sucesivas modificaciones, relacionadas con necesidades de la época en que tuvieron lugar y con diferentes roles del Estado Nacional.

La Dra. Chierzi relata sobre el tema que “en el año 1852 se creó el Consejo de Higiene Pública de Buenos Aires, bajo la influencia de los nuevos conocimientos en materia de salud e higiene en Europa en ese momento. Se tomaron varias medidas sobre salud pública tendientes a la creación de instituciones como el Cuerpo Médico de Buenos Aires, y las tres instituciones que lo conformaron: la Facultad, la Academia y el Consejo de Higiene Pública. Éste último tuvo actividades hasta 1891, año en que se creó el Departamento Nacional de Higiene, con jurisdicción nacional, al federalizarse la Capital. El perfeccionamiento de la práctica, sumado a la enseñanza médica, llevó al nacimiento de la Escuela Médica Argentina, fundada sobre las bases de la epidemiología, que se ubicó entre las mejores a escala mundial y propició la aparición de las primeras leyes sanitarias.”<sup>21</sup>

Para la autora de la investigación “Antecedentes Históricos del actual Ministerio de Salud de la Nación”, el modelo socio-asistencial de los años '40 dio lugar a la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (1943), y a la Secretaría de Salud Pública (1946). “Es en ese momento en que se experimenta la necesidad de contar con un ministerio de la salud pública, que se materializa en el Ministerio de Bienestar Social (1957), a partir de un estado centralista, y con una esfera pública que crece exponencialmente. Se consolidó también el sistema de obras sociales vinculadas con sistemas solidarios de financiamiento.

El proceso de transferencia de efectores públicos de salud comenzó en la década de 1970. El traspaso de organismos y funciones nacionales a las provincias, se llevó a cabo a partir de leyes nacionales que establecían la descentralización de establecimientos hospitalarios y asistenciales a las provincias y a la Municipalidad de Buenos Aires. En 1974 se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), por el que el Estado Nacional asumió la responsabilidad de efectivizar este derecho, sin discriminar a nadie, usando los instrumentos que la ley le otorgaba, y fijándose como meta (a partir del principio de solidaridad nacional) su responsabilidad como financiador y garante económico de la dirección del sistema, que debía ser único e igual para todos los argentinos”.<sup>22</sup>

Entre los años 1976-83, el estado militar y neo-liberal se encargó de dismantelar los servicios sociales. Se profundizó la descentralización hospitalaria, transfiriendo el conflicto a la esfera provincial, liberando al presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población, y el sostenimiento del hospital público.

---

<sup>21</sup> Chierzi, K.: “Antecedentes Históricos del actual Ministerio de Salud de la Nación” Secretaría de Ciencia y Técnica del Instituto Universitario ISALUD, INFOSALUD, Buenos Aires, 2002.

<sup>22</sup> Chierzi, K.: Ob. Cit.

En el año 1983, el estado nuevamente democratizado, incorporó en la reformulación de los servicios asistenciales la premisa de promover la participación social en el ámbito de la salud, bajo los preceptos de Alma-Ata.

A principios de la década de 1990 se materializó la necesidad de diseñar una política que integrara al hospital público con otras redes asistenciales locales, con el objetivo final que ninguna persona quedara privada de su derecho a la debida atención médica. Un decreto modificó la estructura del Ministerio de Salud y Acción Social, separando las funciones y los recursos del área de Salud de los de Acción Social, creándose la Secretaría de Desarrollo Social, organismo dependiente de la Presidencia de la Nación. Ésto promovió la redefinición del rol del Ministerio de Salud de la Nación, en el marco de la llamada "Reforma del Estado", por la que se aprobaron las Políticas Nacionales de Salud, conformando un precedente en la explicitación de políticas públicas sanitarias.

En el año 2000, mediante el decreto 455/00 se intentó fortalecer el modelo de la APS con la aprobación del Marco Estratégico Político para la Salud de los Argentinos, dentro de un contexto de ajuste y recesión económica y social profunda. Esta situación llevó al sector a una crisis de financiamiento, en la que el Ministerio actuó como regulador y fiscalizador de las funciones que realizaba hasta ese momento, sin protagonismo en la agenda política. La crisis económica y social aumentó la demanda de la población de los servicios de salud, agravada por el modelo imperante de atención centrada en aspectos curativos y no preventivos.

Por lo expuesto precedentemente, surgió la necesidad por parte del Estado de intervenir en forma urgente en el corto plazo para fortalecer las instituciones públicas del sector. La crisis y emergencia desencadenadas a fines del año 2001 fue la oportunidad para la realización de cambios profundos y recuperación de la capacidad pública para reformular el sistema público de salud.

### **I.II.2.2. Actualidad**

El Sistema Sanitario Argentino tiene como eje central al Sistema Nacional del Seguro de Salud (Leyes 23.660/61 del año 1989)<sup>23</sup>. El Seguro se organiza dentro del marco de una concepción integradora del sector salud, donde la autoridad pública es la conductora general del sistema y las sociedades intermedias consolidan su participación directa en un sistema democrático.

A partir del Seguro de Salud, el Sistema Nacional se estructura en base a tres subsistemas con escasa complementariedad y articulación de sus instituciones y establecimientos. Los establecimientos están relacionados entre sí mediante sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes, creando así una red de atención, o servicios de salud. El modelo de atención estandariza la respuesta organizacional del sector salud al perfil demográfico y epidemiológico, ajustado al nivel de desarrollo tecnológico y social de su realidad, donde cobran una gran importancia los niveles y las modalidades de atención.

---

<sup>23</sup> Ministerio de Salud de la Nación on line: [http://www.msal.gov.ar/htm/site/legislacion\\_contenido.asp?clave=9](http://www.msal.gov.ar/htm/site/legislacion_contenido.asp?clave=9) [F.C.: 20/07/2008].

Los tres subsistemas merecen una investigación aparte. No obstante, en el presente trabajo, se mencionarán atributos de los mismos como marco referencial, y se hará hincapié en el estatal, por ser el que presta los servicios públicos de salud.

Los citados subsistemas se mencionan a continuación:

- I. Sistema Público: El Subsector Estatal posee la mayor capacidad instalada del país y sus establecimientos dependen de jurisdicciones nacionales, provinciales o municipales. Regido por las Normas de la Función Administrativa, es un servicio abierto a la comunidad que cubre financieramente a la población que declara no estar asegurada, porque se solventa con los impuestos de los contribuyentes. El Hospital Público es el típico exponente del sistema: Presta servicios a la totalidad de la población que los solicita sin exclusión, aceptando la demanda espontánea.
- II. Subsistema Paraestatal: Este Subsector comprende las Obras Sociales y el PAMI. Con aportes y contribuciones, conforma un sistema solidario y obligatorio, regido por las normas de la seguridad social.
- III. Sistema Privado: El Subsector Privado, está compuesto por las Empresas de Medicina Prepaga, Compañías de seguros, Aseguradoras de Riesgo de Trabajo y distintos efectores institucionales, como hospitales privados, clínicas, sanatorios, centros de diagnóstico y tratamiento, entre otros.

El eje asistencial de cobertura del Sistema de Salud es el Programa Médico Obligatorio<sup>24</sup> (PMO). El mismo exige una cobertura mínima obligatoria que toda obra social nacional y empresa de medicina prepaga debe brindar a sus afiliados. Dicho PMO comprende<sup>25</sup> la atención primaria, incluida atención materno-infantil y las enfermedades oncológicas, a través de médicos de cabecera, odontólogos y especialistas; incluye las distintas especialidades, como cardiología, cirugía, dermatología, oftalmología, psiquiatría y traumatología en los consultorios, a domicilio o en internaciones; los diferentes medios de diagnóstico, como los laboratorios o radiologías. También incluye la hemodiálisis y los trasplantes y prácticas de alta complejidad, y cubre la atención y medicaciones antisida. En materia de prácticas médicas cubre anestesia, medicamentos y material descartable en internaciones. El precio de los medicamentos en la atención ambulatoria está cubierto hasta en un 40% y el 100% en las internaciones. El PMO, además, establece que no pueden existir períodos de carencia o exclusiones de ningún tipo.<sup>26</sup>

El actual paradigma de Atención de Salud Pública incluye principios que guían el accionar de las instituciones sanitarias en materia de calidad; equidad, sobre todo para aquellos que se encuentran en estado de riesgo sanitario; universalidad; continuidad, para que la derivación facilite la solución al problema de salud; accesibilidad, sin barreras culturales, religiosas, geográficas o de cualquier otro tipo; oportunidad, para la atención en el momento de la necesidad; e integralidad y eficiencia social, brindando la mayor calidad posible, con costos adecuados sostenidos en el tiempo. Pero, la escasez de recursos provoca fricciones y hostilidad, por lo que la administración de las

---

<sup>24</sup> Diario Clarín on line: <http://www.clarin.com/diario/2000/06/04/e-02303.htm> [F.C.: 01/12/2007].

<sup>25</sup> Cepim.org: <http://www.cepim.org.ar/pmoe/emergencia.htm> [F.C.: 20/07/2008]. Ver Anexo.

<sup>26</sup> Integrand.org: [http://www.integrand.org.ar/juridico/obras\\_sociales\\_1140\\_00.htm](http://www.integrand.org.ar/juridico/obras_sociales_1140_00.htm) [F.C.: 20/07/2008].

organizaciones políticas, económicas y sociales, debe desarrollar ciertas funciones tendientes a la correcta adquisición y distribución de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades sociales, políticas y económicas de la población.

La variedad de actores que participan, hace de ésta un área compleja. Las distintas profesiones, los profesionales y no profesionales, y los miles de pacientes/clientes/usuarios, interactúan en la conformación de factores que generan inestabilidad en forma permanente. Además, la salud pública es un sector dependiente, dada su vinculación directa con los políticos gobernantes y las políticas vigentes en cada momento institucional, lo que se traduce en una alta variabilidad, provocada por continuas crisis. A pesar de existir lineamientos nacionales, al ser un área impredecible en cuanto a la turbulencia, sus relaciones son intrincadas.

El modelo fragmentado prevalente contempla episodios de atención médica, en los que toma a la medicina como mercancía con inclusión del mercado (relación oferta-demanda), y hace énfasis en la hospitalización (internación). La eficacia clínica se da en el momento mismo de la demanda, quedando a merced de los profesionales y no profesionales de la salud pública, quienes también brindan servicios en otros sectores, como ser el sector privado y de obras sociales, entre otros, observándose en muchos casos falta de compromiso y de participación real. Existe además, una gran asimetría de información entre los propios actores (paciente/cliente/usuario, profesional bio-sanitario y estructuras gestoras). La ausencia de toma de decisiones, la escasa adecuación a la realidad, y los conflictos personales e institucionales han provocado la necesidad de un cambio paradigmático.

En este contexto, un modelo integrado emerge, administrando el proceso de salud-enfermedad a través de la optimización de la performance del sistema de salud como bien social y de una fuerte intervención estatal. La eficacia clínica y organizativa se alcanza mediante mecanismos de prevención primaria, secundaria y terciaria, y la descentralización, gerenciamiento y gestión flexible son pilares estratégicos, que están basados en valores culturales, impulsando la intervención del equipo de salud, del beneficiario y de la familia, y la participación comunitaria.

El mencionado modelo surge a partir de un importante cambio en las tendencias en salud, como consecuencia de la modificación en el eje de la prestación del servicio, ahora focalizado en la calidad de la atención. Está centrado en el nivel de salud de la población, la atención primaria y el concepto de niveles de promoción y prevención. Éste modelo conduce a la eficacia y a la efectividad social<sup>27</sup>.

El siguiente cuadro compara las tendencias en salud en el pasado y en el presente y futuro, donde se advierte claramente el cambio en el eje de la prestación del servicio sanitario:

---

<sup>27</sup> Maceira, D.: "Atención Primaria en Salud" Enfoques Interdisciplinarios, Cap. 6 por Dr. Enrique Rozenblat, Ed. Paidós 1ª Edición, Buenos Aires, 2007.



## COMPARACIÓN DE TENDENCIAS EN SALUD

<b>EJE</b>	<b>PASADO</b>	<b>PRESENTE/FUTURO</b>
Atención	Enfermedad	Restaurar la salud - Promoción y Prevención
Retribución	Por prestación	Monto acotado o cuota fija
Elección del Profesional	Total	Mínima o relativa
Objetivo	Incrementar la facturación	Administración por resultados
Acceso a la Tecnología	Todas las prestaciones	Necesidad de utilización
Control de Calidad en la Atención	Por auditoría	Por categorización y acreditación, con equipos de trabajo de mejora de procesos permanente
Evaluación	Por producción y por demanda histórica	Por resultados, por presupuesto y por patologías
Cobertura	Total o casi total	Parcial
Organización	Hospitalaria, sanatorial Hospitalaria 1º, 2º y 3º Nivel	Individual, por redes Descentralización del 1º Nivel de Atención Primaria de la Salud (CeSaC, UNASAD, CMB), y 2º y 3º nivel para emergencias y urgencias y atención en consultorios externos.

### Cuadro N° 1: Comparación de Tendencias en Salud.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de bibliografía general consultada, 2007.

## I.II.3. CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA)

### I.II.3.1. Aspectos Generales

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), es una de las más importantes de Latinoamérica. Cosmopolita y multifacética, ocupa una superficie de doscientos tres kilómetros cuadrados en un área de clima templado. La CABA, posee los siguientes límites geográficos y políticos:

- Este y nordeste, con el Río de la Plata.
- Sur y sudeste, con el Riachuelo.
- Norte, oeste y sudoeste con la Avenida General Paz.

El siguiente mapa permite visualizar la ubicación geográfica de la ciudad con sus límites político-geográficos:

### LÍMITES POLÍTICO-GEOGRÁFICOS DE LA CABA



**Mapa N° 1: Límites Político-Geográficos de la CABA.**

Fuente: Biblioteca de consulta Microsoft Encarta, 2007.

Las raíces culturales de la CABA “son predominantemente europeas, lo que se ve reflejado en su arquitectura, música, literatura y estilo de vida. La ciudad porteña posee una intensa actividad cultural, que se observa en sus exposiciones, cines, teatros, recitales y conciertos. La variedad de espectáculos es muy amplia y en los centros culturales Borges, Recoleta y General San Martín se expone la dinámica cultural del país y del mundo. El Teatro Colón se destaca por su arquitectura y posee una acústica perfecta, donde se dan cita figuras del mundo de la música clásica, el ballet y la ópera. La pintura y la escultura, asimismo, poseen un lugar de importancia, y la música característica de la ciudad es el Tango.”<sup>28</sup>

El español es el idioma oficial y lo habla la totalidad de la población de la CABA, si bien en algunos barrios también se habla el idioma de la colectividad que reside en ellos (como el chino en Chinatown<sup>29</sup>). La religión oficial es la Católica Apostólica Romana, pero existe total libertad de culto, practicándose en menor medida el protestantismo, el judaísmo, el islamismo, y la religión ortodoxa griega y rusa, entre otras.

En materia de comunicaciones aéreas, en la CABA hay varias compañías de cabotaje que vuelan a las principales ciudades argentinas, y hacia países limítrofes, pudiendo realizar conexión a otros centros urbanos más pequeños mediante servicios terrestres de ómnibus, micros, taxis o remises.

Con relación a las comunicaciones terrestres, la red de subterráneos de la CABA, es una de las formas más rápidas de trasladarse dentro de la ciudad. Inaugurada en el año 1913, fue el primer subterráneo de América Latina. En la actualidad, recorre alrededor de cuarenta y seis kilómetros con ochenta estaciones, transporta anualmente más de doscientos cincuenta millones de pasajeros, y se la está ampliando. El tren es muy conveniente para dirigirse al conurbano: Desde la estación Retiro parten las líneas que van hacia las localidades del norte, de Constitución parten las que se dirigen hacia las localidades ubicadas al sur, de la estación Federico Lacroze parten hacia el noroeste de la ciudad y desde Once van hacia el sudoeste de la ciudad y conurbano.

Dentro del territorio de la CABA se encuentran quince comunas<sup>30</sup> integradas por los siguientes barrios:

- **Comuna 1:**

Retiro, San Nicolás, Puerto Madero, San Telmo, Montserrat y Constitución.

- **Comuna 2:**

Recoleta.

---

<sup>28</sup> Argentina Turística: <http://www.argentinaturistica.com/datosargen.htm> [F.C.: 26/06/2008].

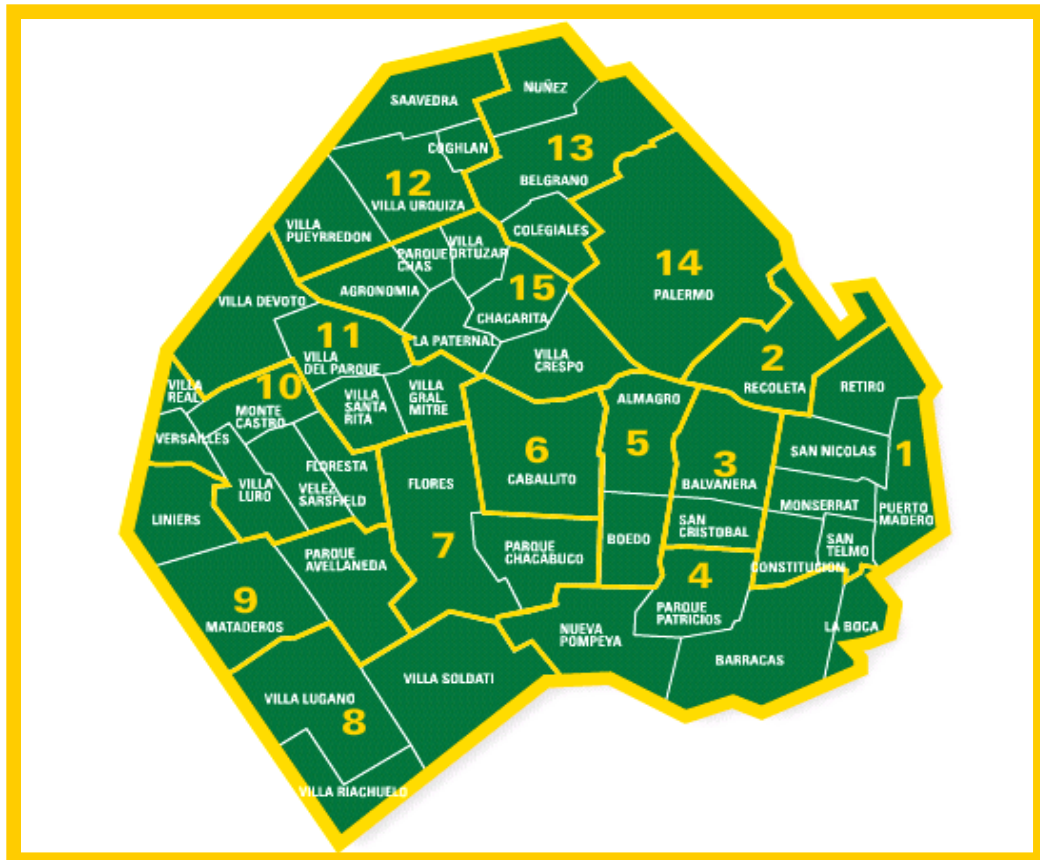
<sup>29</sup> El barrio chino “Chinatown” está ubicado en el barrio de Belgrano, en la Comuna 13, donde los residentes desarrollan actividades culturales y comerciales manteniendo su propia cultura, y dándola a conocer a los demás.

<sup>30</sup> Ver Glosario.

- **Comuna 3:**  
San Cristóbal y Balvanera.
- **Comuna 4:**  
Boca, Barracas, Parque Patricios y Nueva Pompeya.
- **Comuna 5:**  
Almagro y Boedo.
- **Comuna 6:**  
Caballito.
- **Comuna 7:**  
Flores y Parque Chacabuco.
- **Comuna 8:**  
Villa Soldati, Villa Riachuelo y Villa Lugano.
- **Comuna 9:**  
Parque Avellaneda, Liniers y Mataderos.
- **Comuna 10:**  
Villa Real, Monte Castro, Versalles, Floresta, Vélez Sarsfield y Villa Luro.
- **Comuna 11:**  
Villa Gral. Mitre, Villa Devoto, Villa del Parque y Villa Santa Rita.
- **Comuna 12:**  
Coghlan, Saavedra, Villa Urquiza y Villa Pueyrredón.
- **Comuna 13:**  
Belgrano, Núñez y Colegiales.
- **Comuna 14:**  
Palermo.
- **Comuna 15:**  
Chacarita, Villa Crespo, Paternal, Villa Ortúzar y Agronomía.

El siguiente mapa ilustra las comunas y los barrios que componen la Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

### COMUNAS Y BARRIOS DE LA CABA



**Mapa Nº 2: Comunas y Barrios de la CABA.**

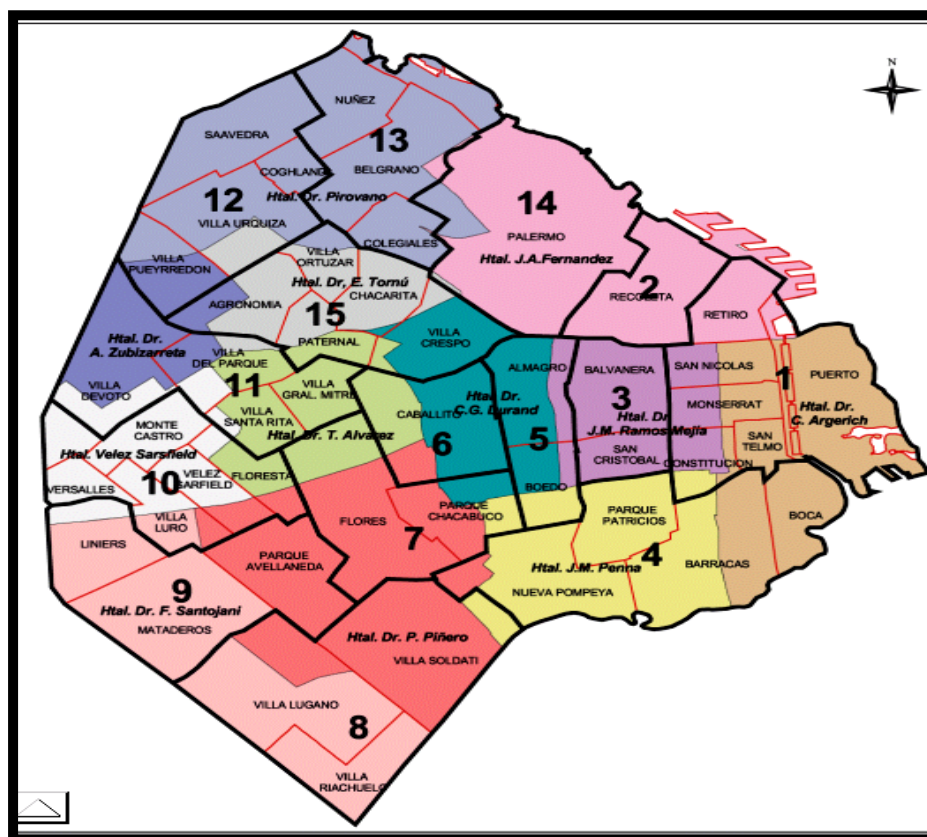
Fuente: <http://www.comunas.buenosaires.gov.ar/comunas.php> [F.C.: 01/12/2007].

Con el objeto de responder a la necesidad de una planificación que contenga aspectos epidemiológicos y sociales, existen áreas asignadas a instituciones de salud, como los hospitales y los centros de salud, entre otros. Se trata zonas epidemiológico-sociales sobre las que se realizan acciones integrales e integradas de salud para sus habitantes y el medio ambiente.

Los citados espacios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos, económicos, sociales y políticos se denominan Áreas Programáticas<sup>31</sup>: Sus responsables están a cargo de los directores de los hospitales, y su diagramación se ha realizado según los radios de emergencia de las ambulancias.

Cabe subrayar, que en la actualidad, las mencionadas áreas se han centralizado en cuatro regiones sanitarias. El mapa que se presenta a continuación da cuenta de la ubicación geográfica de las comunas de la CABA, e integra las áreas programáticas descritas precedentemente:

### **COMUNAS Y ÁREAS PROGRAMÁTICAS DE LA CABA**



**Mapa Nº 3: Comunas y Áreas Programáticas de la CABA.**

Fuente: Departamento de Epidemiología, GCBA, 2007.

<sup>31</sup> Lemus, J. y col.: "Salud Pública, Epidemiología y Atención Primaria de Salud" Ed. C.I.D.E.S., 2005, p.131.

### I.II.3.2. Aspectos Históricos

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires es la Capital Federal de la República Argentina. Fue fundada por primera vez el 3 de febrero de 1536 por el español Pedro de Mendoza, bajo el nombre de Nuestra Señora del Buen Ayre. Luego, fue abandonada y arrasada por los indios en 1541, y refundada el 11 de junio de 1580 por Juan de Garay con el nombre de Ciudad de La Santísima Trinidad y Puerto de Santa María del Buen Ayre.

Buenos Aires tuvo un escaso desarrollo hasta que en el año 1776 fue nombrada capital del Virreinato del Río de la Plata. Desde ese momento un empuje comercial la benefició, desarrollándose no sólo económicamente sino también culturalmente.

Durante el largo proceso que llevó a la creación del Estado Nacional Argentino, Buenos Aires fue elegida lugar de residencia del Gobierno Nacional. En 1882 el Congreso Nacional creó las figuras del intendente y el Consejo Deliberante de la Ciudad. El intendente era designado por el Presidente de la Nación en conformidad con el Senado: El primero en ejercer el nuevo cargo fue Torcuato de Alvear, designado en 1883 por el Gral. Julio A. Roca.

A principios del siglo XX, la ciudad sufrió una transformación importante que no sólo incluyó la construcción de nuevos edificios, plazas y monumentos, sino también un mejoramiento general en los servicios públicos, que le permitió contar en 1913 con el primer subterráneo de Iberoamérica. Luego, durante el siglo XX experimentó un gran crecimiento demográfico que la situó entre las mayores ciudades del mundo, no sólo a nivel demográfico, sino también artístico, cultural y económico.

A partir de la Reforma de la Constitución Argentina de 1994 Buenos Aires posee su propia Constitución y un gobierno autónomo de elección directa. El primer Jefe de Gobierno de la Ciudad fue el Dr. Fernando de la Rúa, y tras dos meses de deliberaciones, la Convención Constituyente sancionó la Constitución de la ciudad. En el mes de diciembre de 2007, el Ing. Mauricio Macri asumió la jefatura de gobierno de la ciudad, cargo para el que fue elegido a mediados de ese año.

Sobre la base de la llamada Ley Cafiero<sup>32</sup> la CABA sólo tiene jurisdicción en temas de vecindad, de contravención y de faltas, contencioso-administrativa y tributaria locales. El Poder Judicial está conformado por el Tribunal Superior de Justicia, el Consejo de la Magistratura, el Ministerio Público y los diferentes Tribunales de la Ciudad. Pero, su organización en términos de autonomía legislativa y judicial, es menor -en términos jurídicos- que en cualquier provincia de la República Argentina. La Justicia en asuntos de derecho común que se imparte está regida por el Poder Judicial de la Nación, mientras que el control de la Policía Federal Argentina en el territorio de la ciudad es ejercido por el Poder Ejecutivo Nacional.

---

<sup>32</sup> Ver Glosario.

### I.II.3.3. Actualidad

Una de las formas en que se expresan las condiciones de vida es a través de los procesos de salud-enfermedad. En este sentido, se observa que los fenómenos ambientales, políticos y sociales se manifiestan de manera particular en cada comunidad y/o individuo.

“El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) se basa en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y en el nivel existente de los procesos de salud de un país o una unidad geográfico-política determinada. Dentro de las condiciones de vida, se estudian los factores demográficos, económicos, sociales, culturales, ambientales y los recursos existentes para dar cuenta de esta situación. El ASIS intenta proporcionar una explicación de los fenómenos de salud/enfermedad desde esta multiplicidad de factores” Así, “las situaciones de inequidad social, los problemas del medio ambiente, las crisis políticas institucionales, y los patrones económicos promueven determinados perfiles de vivir, enfermar y morir”.<sup>33</sup>

El modelo ASIS es impulsado desde el Ministerio de Salud del GCABA como un modo de analizar la salud y la enfermedad. El Departamento de Epidemiología ha incorporado el ASIS a sus actividades. La resolución N° 1.727 de la Secretaría de Salud, en el año 2004, creó un Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (SVSCE) en el que quedó incorporado el mismo.<sup>34</sup>

Es importante mencionar que desde el año 2003, los diagnósticos y análisis de la situación de salud generales de la ciudad se realizan en forma anual por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de la CABA, y a diferencia de éstos, la mayoría de los diagnósticos de salud locales no están sistematizados.

Según proyecciones del Censo Nacional de Población y Vivienda, del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), alrededor de tres millones de personas residen en la CABA, de los cuales el 55% corresponde a población femenina. Se trata de una pirámide similar a los países desarrollados, con una base pequeña y una terminación poco afinada, lo que significa que se registran pocos nacimientos y existen muchos adultos mayores.<sup>35</sup>

En los últimos años, el país registró una reconversión generalizada que incluyó la flexibilización laboral, los procesos de ajuste económico y la apertura a los mercados extranjeros, lo que provocó el empobrecimiento de gran parte de la población. La CABA también se vio afectada, y esto se refleja claramente en los procesos de salud-enfermedad de sus habitantes.

---

<sup>33</sup> Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, año 2003. Departamento de Epidemiología Dirección General Adjunta de APS. Secretaría de Salud, GCABA, Buenos Aires, diciembre 2004, p.1.

<sup>34</sup> GCABA on line: <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/> [F.C.: 20/07/2008].

<sup>35</sup> ASIS: Ob.Cit., p.8.



A continuación se presentan algunos datos relevantes sobre la situación de salud de la comunidad de la CABA, objeto de estudio de la presente investigación:

- La tasa global de fecundidad<sup>36</sup> ascendía en el año 2005 a 1.68 hijos, proyectándose para el 2010 un descenso a 1.63 hijos.<sup>37</sup>
- La tasa bruta de natalidad<sup>38</sup> es de casi 17.5/1000.<sup>39</sup>
- La esperanza de vida al nacer<sup>40</sup> es de 72 años para los varones y 79 años para las mujeres, constituyendo la más alta de todo el país.<sup>41</sup>
- “El grupo etáreo con mayor cantidad de habitantes es el que se encuentra entre los 20-29 años de edad, y se advierte que durante el proceso de envejecimiento los hombres mueren más tempranamente que las mujeres”.<sup>42</sup>
- “A medida que avanza la edad, van marcando un perfil diferenciado por género; los varones mueren jóvenes por accidentes, homicidios, suicidios y sida, y a medida que envejecen, surgen los problemas cardiovasculares, tumores de pulmón e insuficiencia respiratoria. Las mujeres mueren jóvenes por sida, edema pulmonar y exposición a factores no especificados y, a medida que envejecen, van muriendo principalmente por tumores malignos de mama, ovario, bronquios y pulmón.”<sup>43</sup>
- La tasa bruta de mortalidad<sup>44</sup> general se ubica alrededor de 11/1000 en ambos sexos, por debajo de las tasas promedio del país. La primera causa de muerte la conforma el grupo de enfermedades cardiovasculares, le siguen los tumores, las infecciones y las causas externas, que incluyen accidentes y suicidios.<sup>45</sup>
- El crecimiento natural de la población<sup>46</sup> (dinámica demográfica) registra una tasa de 10/1.000.<sup>47</sup>

---

<sup>36</sup> Ver Glosario.

<sup>37</sup> INDEC: Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015, Serie Análisis Demográfico n° 31, Buenos Aires, 2005.

<sup>38</sup> Ver Glosario.

<sup>39</sup> INDEC: Estimaciones y proyecciones de población. Total del país 1950-2015. Serie Análisis Demográfico n° 30, Buenos Aires, 2004

<sup>40</sup> Ver Glosario.

<sup>41</sup> INDEC: Serie Análisis Demográfico n° 31, Ob. Cit.

<sup>42</sup> ASIS: Ob.Cit., p.9.

<sup>43</sup> ASIS: Ob.Cit., p.18.

<sup>44</sup> Ver Glosario.

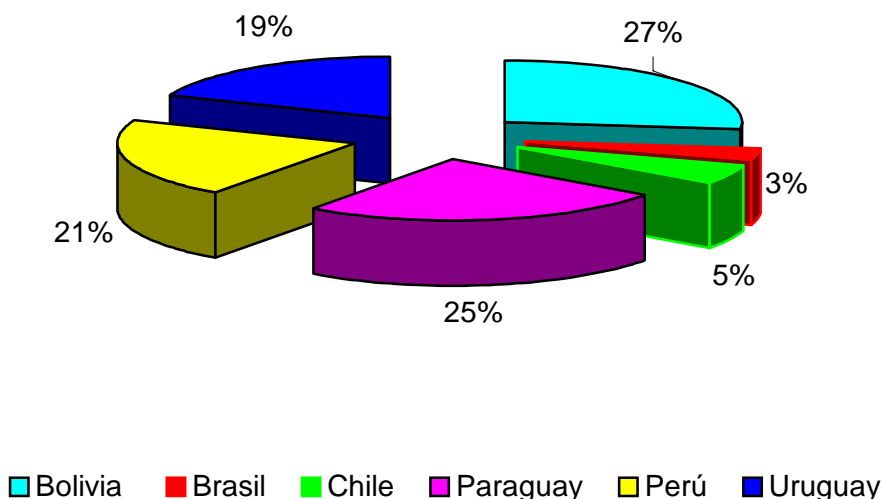
<sup>45</sup> ASIS: Ob.Cit., p. 12-14.

<sup>46</sup> Ver Glosario.

<sup>47</sup> INDEC: Serie Análisis Demográfico n° 30, Ob.Cit.

- Alrededor de ciento ochenta y cinco mil cuatrocientos veinte migrantes de países limítrofes y de Perú residen en la CABA: El mayor porcentaje lo componen bolivianos (27%), paraguayos (25%), peruanos (21%) y uruguayos (19%). El resto se reparte entre chilenos (5%) y brasileros (3%). La composición porcentual de la distribución de estos migrantes puede apreciarse en el gráfico que se expone a continuación:<sup>48</sup>

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MIGRANTES DE PAÍSES LIMÍTROFES**  
**EN LA CABA, SEGÚN PAÍS DE NACIMIENTO, AÑO 2001.**



**Gráfico Nº 1: Distribución Porcentual de Migrantes de Países Limítrofes en la CABA, según País de Nacimiento, año 2001.**

Fuente: Elaboración propia, 2007, sobre la base de datos obtenidos del INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 1991. Serie C parte 2. Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales, sobre la base de información derivada del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001.

<sup>48</sup> INDEC: Censo Nacional de Población y Vivienda, Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales sobre la base de información derivada del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001.

La CABA registraba en el año 2004 el mayor Producto Bruto Interno (PBI)<sup>49</sup> del país, que ascendía a tres mil seiscientos dólares estadounidenses (U\$ 3.600).<sup>50</sup> Si bien una parte de sus residentes cuenta con condiciones de vida similares a los países más desarrollados, existe un fragmento de la ciudadanía que ha quedado excluido del mercado de trabajo, y los procesos de salud-enfermedad no han quedado fuera de esta situación. Ésto último se evidencia en los tipos de vivienda y condiciones de vida que se exhiben a continuación:

- “Los hogares en villa de emergencia, núcleos habitacionales transitorios y asentamientos representan el 2.5% de los hogares de la ciudad, donde residen alrededor de 110.000 personas. Éstos constituyen casi 30.000 hogares con manejo inseguro del agua”.<sup>51</sup>
- Se estima que 10.000 son las personas que viven en la CABA en “situación de calle”. Conformando esta categoría se encuentran los que están en la calle, los sin techo, los cartoneros de la ciudad, los que están en las estaciones de trenes y subtes, y quienes ocupan hoteles y casas del gobierno porteño.<sup>52</sup>

Con respecto a la cobertura médica brindada por obra social, plan médico o mutual, se registran los siguientes datos, según proyecciones del último censo nacional de población y viviendas (2001):

- Alrededor de 600.000 habitantes de la CABA (20% del total de habitantes de la ciudad), no posee cobertura médica de ningún tipo. Éste resulta un dato fundamental para poder establecer la cantidad aproximada de personas que componen el segmento de pacientes/clientes/usuarios potenciales del sistema prestacional.
- Segmentados por grupos de edad, se observa que del total de habitantes de la ciudad de la CABA, el 25% de la franja comprendida entre 0-4 años no posee cobertura; entre 5-14 años, alcanza el 23%; entre 15-20, corresponde al 27%; y entre los 21-59 años, es el 23%.
- A partir de los 60 años de edad, la cantidad de personas que posee algún tipo de cobertura médica en la ciudad aumenta: Entre 60-64 años, el 11% de la población no posee cobertura; y entre 65-84 años, dicho porcentaje desciende a valores menores al 5% (3% sin cobertura para la franja comprendida entre 75-84 años de edad, y 4% desde los 85 años en adelante).

---

<sup>49</sup> Ver Glosario.

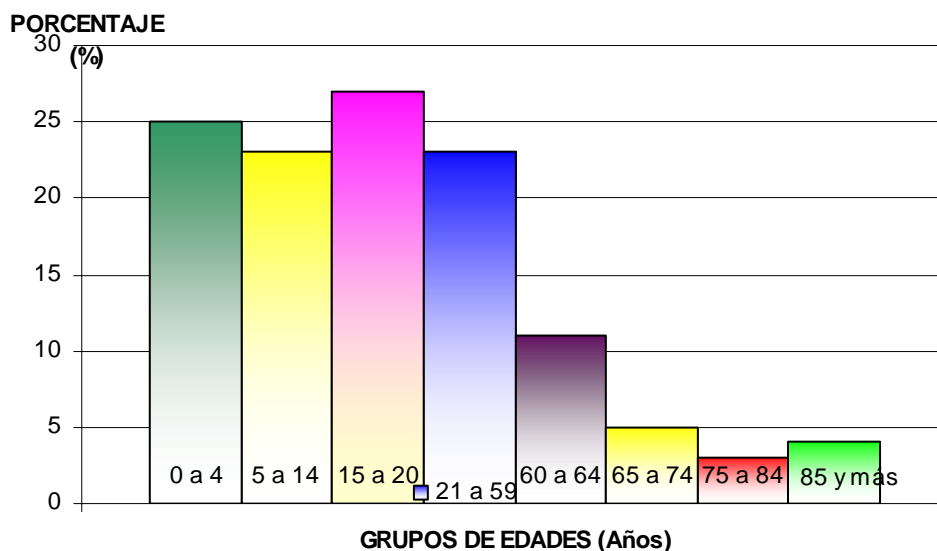
<sup>50</sup> INDEC: Producto Nacional Bruto y Producto Interno Bruto. Mercosur y países seleccionados. Años 1990/2004.

<sup>51</sup> ASIS: Ob. Cit, p. 12.

<sup>52</sup> Diario Clarín on line: <http://www.clarin.com/diario/2007/12/28/laciudad/h-05101.htm> [F.C.: 28/12/2007].

## PORCENTAJE DE POBLACIÓN SIN COBERTURA MÉDICA

### EN LA CABA, AÑO 2001



**Gráfico N° 2: Porcentaje de Población sin Cobertura Médica, año 2001.**

Fuente: Elaboración propia 2008, sobre la base de datos obtenidos por el INDEC. Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Porcentaje de población sin cobertura de obra social, plan médico o mutual, por grupo de edad, información derivada del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001.

En materia de prestadores de la salud pública, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCABA) en su sitio de internet comunica sobre los treinta y dos hospitales y los dos institutos que brindan atención en ciudad<sup>53</sup>. El sistema posee trece Hospitales Generales de Agudos, dos Hospitales Generales de Niños, y diecisiete Hospitales Especializados. Todos se solventan con los impuestos de los contribuyentes y su objeto es brindar atención médica sin cargo a la población usuaria de estos servicios. Sin embargo, según una publicación del Diario Clarín, “la infraestructura hospitalaria se encuentra deteriorada, dejando a la luz las carencias del hospital público, fundamentalmente debido a la crisis de recursos tecnológicos y equipamiento médico, a lo que se suma la gran cantidad de casos provenientes del Gran Buenos Aires (GBA), que sobrecargan el servicio.”<sup>54</sup>

<sup>53</sup> GCABA on line:

[http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas\\_salud/index.php?redir=1&idtema=1&pag=2&orden=](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?redir=1&idtema=1&pag=2&orden=)  
[F.C.: 20/07/2008].

<sup>54</sup> Young, G.: “Los hospitales de la Ciudad en crisis por falta de equipamiento” en Diario Clarín Suplemento Zona [F.P.: 25/05/2008] p.30.

A continuación se expone la lista de los establecimientos que brindan atención hospitalaria en la CABA, con sus respectivas ubicaciones geográficas:

**ESTABLECIMIENTOS QUE BRINDAN ATENCIÓN HOSPITALARIA**  
**EN LA CABA, AÑO 2008**

<b>ESTABLECIMIENTO</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>BARRIO</b>
Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear"	Warnes 2630	Agronomía
Hospital de Gastroenterología "B. Udaondo"	Caseros 2061	Barracas
Hospital de Infecciosas "F. Muñiz"	Uspallata 2272	Parque Patricios
Hospital de Odontología "José Dueñas"	Muñiz 15	Almagro
Hospital de Odontología Infantil "Don Benito Quinquela Martín"	Don Pedro de Mendoza 1795	La Boca
Hospital de Oftalmología "Santa Lucía"	San Juan 2021	San Cristobal
Hospital de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan"	Combate de los Pozos 1881	Constitución
Hospital de Rehabilitación "M. Rocca"	Segurota 1949	Flores
Hospital de Rehabilitación Respiratoria "M. Ferrer"	Doctor Enrique Finochietto 849	Barracas
Hospital de Salud Mental "Braulio Moyano"	Brandsen 2570	Barracas
Hospital de Salud Mental "J. T. Borda"	Doctor Ramón Carrillo 375	Barracas
Hospital General de Agudos "A. Zubizarreta"	Nueva York 3952	Villa Devoto
Hospital General de Agudos "B. Rivadavia"	Av. General Las Heras 2670	Recoleta
Hospital General de Agudos "D. Vélez Sarsfield"	Pedro Calderón de la Barca 1550	Liniers
Hospital General de Agudos "Donación F. Santojanni"	Pilar 950	Mataderos
Hospital General de Agudos "Dr. C. Argerich"	Corbeta Pi y Margal 750	La Boca
Hospital General de Agudos "Dr. C. Durand"	Díaz Velez 5044	Caballito
Hospital General de Agudos "Dr. E. Tornú"	Combatientes de Malvinas 3002	Villa Ortúzar
Hospital General de Agudos "Dr. I. Pirovano"	Monroe 3555	Coghland

Hospital General de Agudos "Dr. J. A. Fernández"	Cerviño 3356	Palermo
Hospital General de Agudos "Dr. T. Álvarez"	Doctor Juan Felipe Aranguren 2701	Flores
Hospital General de Agudos "J. A. Penna"	Pedro Chutro 3380	Parque Patricios
Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía"	General Urquiza 609	Balvanera
Hospital General de Agudos "P. Piñero"	Varela 1301	Flores
Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde"	Manuel A. Montes de Oca 40	Constitución
Hospital General de Niños "Ricardo Gutierrez"	Sanchez de Bustamante 1330	Palermo
Hospital Infante Juvenil "C. Tobar García"	Doctor Ramón Carrillo 315	Barracas
Hospital Materno Infantil "R. Sardá"	Esteban de Luca 2151	Parque Patricios
Hospital Municipal de Oncología "Marie Curie"	Patricias Argentinas 750	Caballito
Hospital Municipal de Quemados	Pedro Goyena 369	Caballito
Hospital Odontológico Dr. "R. Carrillo"	Sanchez de Bustamante 2529	Recoleta
Hospital Oftalmológico "Dr. Pedro Lagleyze"	Juan B. Justo 4151	Villa Gral. Mitre
Instituto de Rehabilitación Psicofísica	Echeverría 955	Belgrano
Instituto de Zoonosis "Luis Pasteur"	Díaz Velez 4821	Caballito

**Tabla Nº 1: Establecimientos que brindan Atención Hospitalaria en la CABA, año 2008.**

Fuente: GCABA on line

[http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas\\_salud/index.php?redir=1&idtema=1&pag=2&orden=](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?redir=1&idtema=1&pag=2&orden=) [F.C.: 20/07/2008].

La CABA cuenta con un sistema de atención primaria de la salud (APS) que se ocupa de la atención de la gran mayoría de los casos, para descomprimir el uso de las instalaciones hospitalarias en dicho nivel. Según el GCABA, la ciudad tiene cuatrocientos veinticuatro establecimientos al servicio de la APS<sup>55</sup>, constituidos por los siguientes efectores:

---

<sup>55</sup>GCABA on line:

[http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas\\_salud/index.php?redir=1&idtema=2&pag=2&orden=](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?redir=1&idtema=2&pag=2&orden=) [F.C.: 21/07/2008].

- I. Centros de Salud Comunitaria<sup>56</sup> (CeSaCs): La CABA cuenta con cuarenta y cuatro CeSaCs<sup>57</sup>, todos a cargo de médicos clínicos, pediatras, psicólogos y asistentes sociales, entre otros, con la doble función de atención de pacientes/clientes/usuarios y ejecución de programas de prevención.
- II. Centros Médicos Barriales<sup>58</sup> (CMB): Treinta y ocho CMB<sup>59</sup> cumplen la misma función de prevención y atención que los Centros de Salud Comunitaria. La atención y entrega de medicamentos sin cargo del Programa Remediar de nivel nacional, está orientada a sectores considerados de riesgo.
- III. Médicos de Cabecera (MC): Doscientos ochenta y seis MC<sup>60</sup> brindan atención y entrega de medicamentos gratuita del Programa Remediar en sus consultorios particulares.<sup>61</sup> El Programa Médicos de Cabecera atiende alrededor de doscientos veinte mil consultas por año.
- IV. Odontólogos de Cabecera (OC): Cincuenta y seis establecimientos brindan atención en la CABA a través de los OC<sup>62</sup>.

Con referencia a la Salud Mental, en su página oficial, el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ofrece la lista de los veinticuatro establecimientos<sup>63</sup> que atienden en esta materia, con sus respectivas ubicaciones en lo referente a direcciones y barrios. Para el Diario Clarín los cuatro hospitales psiquiátricos monovalentes Borda, Moyano, Torcuato de Alvear y Tobar García “se encuentran colapsados y con obras sin terminar... son dos mil los internados y el gobierno de la ciudad planea cerrar el 50% de ellos y reformar el sistema”.<sup>64</sup>

La mencionada lista de los establecimientos del GCABA, que atienden en materia de salud mental en la CABA, se expone en la página contigua:

---

<sup>56</sup> Ver Glosario.

<sup>57</sup> GCABA on line:

[http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas\\_salud/index.php?idtema=2&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=15&texto=&Buscar2=Buscar&redir=1](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?idtema=2&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=15&texto=&Buscar2=Buscar&redir=1) [F.C.: 21/07/2008].

<sup>58</sup> Ver Glosario.

<sup>59</sup> GCABA on line:

[http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas\\_salud/index.php?idtema=0&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=16&texto=&Buscar2=Buscar&redir=0](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?idtema=0&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=16&texto=&Buscar2=Buscar&redir=0) [F.C.: 21/07/2008].

<sup>60</sup> GCABA on line:

[http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas\\_salud/index.php?idtema=2&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=18&texto=&Buscar2=Buscar&redir=1](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?idtema=2&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=18&texto=&Buscar2=Buscar&redir=1) [F.C.: 21/07/2008].

<sup>61</sup> Wikipedia: [http://es.wikipedia.org/wiki/Historia\\_de\\_la\\_Ciudad\\_de\\_Buenos\\_Aires](http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_Ciudad_de_Buenos_Aires) [F.C.: 03/11/2007].

<sup>62</sup> GCABA on line:

[http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas\\_salud/index.php?idtema=2&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=20&texto=&Buscar2=Buscar&redir=1](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?idtema=2&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=20&texto=&Buscar2=Buscar&redir=1) [F.C.: 21/07/2008].

<sup>63</sup> GCABA on line:

[http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas\\_salud/index.php?redir=1&idtema=1&pag=2&orden=](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?redir=1&idtema=1&pag=2&orden=) [F.C.: 20/07/2008].

<sup>64</sup> Diario Clarín on line: <http://www.clarin.com/diario/2008/04/02/laciudad/h-04601.htm> [F.C.: 02/04/2008].

**ESTABLECIMIENTOS QUE ATIENDEN EN MATERIA DE  
SALUD MENTAL EN LA CABA, AÑO 2008**

<b>ESTABLECIMIENTO</b>	<b>DIRRECIÓN</b>	<b>BARRIO</b>
C.S.M. Nº 1	Manuela Pedraza 1558	Núñez
C.S.M. Nº 3	Córdoba 3120	Balvanera
Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear"	Warnes 2630	Agronomía
Hospital de Rehabilitación "M. Rocca"	Segurola 1949	Flores
Hospital de Rehabilitación Respiratoria "M. Ferrer"	Doctor Enrique Finochietto 849	Barracas
Hospital de Salud Mental "Braulio Moyano"	Brandsen 2570	Barracas
Hospital de Salud Mental "J. T. Borda"	Doctor Ramón Carrillo 375	Barracas
Hospital General de Agudos "A. Zubizarreta"	Nueva York 3952	Villa Devoto
Hospital General de Agudos "B. Rivadavia"	Av. General Las Heras 2670	Recoleta
Hospital General de Agudos "D. Velez Sarsfield"	Pedro Calderón de la Barca 1550	Liniers
Hospital General de Agudos "Donación F. Santojanni"	Pilar 950	Mataderos
Hospital General de Agudos "Dr. C. Argerich"	Corbeta Pi y Margal 750	La Boca
Hospital General de Agudos "Dr. C. Durand"	Díaz Velez 5044	Caballito
Hospital General de Agudos "Dr. E. Tornú"	Combatientes de Malvinas 3002	Villa Ortúzar
Hospital General de Agudos "Dr. I. Pirovano"	Monroe 3555	Coghland
Hospital General de Agudos "Dr. J. A. Fernandez"	Cerviño 3356	Palermo
Hospital General de Agudos "Dr. T. Alvarez"	Doctor Juan Felipe Aranguren 2701	Flores
Hospital General de Agudos "J. A. Penna"	Pedro Chutro 3380	Parque Patricios
Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía"	General Urquiza 609	Balvanera
Hospital General de Agudos "P. Piñero"	Varela 1301	Flores



Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde"	Manuel A. Montes de Oca 40	Constitución
Hospital Infante Juvenil "C. Tobar Garcia"	Doctor Ramón Carrillo 315	Barracas
Hospital Materno Infantil "R. Sardá"	Esteban de Luca 2151	Parque Patricios
Hospital Municipal de Quemados	Pedro Goyena 369	Caballito

**Tabla Nº 2: Establecimientos que atienden en materia de Salud Mental en la CABA, año 2008.**

Fuente: GCABA on line

[http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas\\_salud/index.php?idtema=3&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=&texto=&redir=0](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?idtema=3&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=&texto=&redir=0) [F.C.: 21/07/2008].

En la ciudad hay también una importante cantidad de clínicas y consultorios privados, entre los que se destacan el Hospital Italiano, de reconocido prestigio médico, la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, la Clínica Favalaro y el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), entre otras.

Además, existen en la CABA vacunatorios en veinte hospitales, treinta y cuatro centros de salud, y veintiocho privados adheridos al Programa de Inmunizaciones, de aplicación gratuita. La cobertura de inmunizaciones supera al 80%.

En la presente investigación se incluyen algunas de las cifras y porcentajes más relevantes que maneja el sistema de salud porteño, de acuerdo a cuatro categorías que resultan críticas para su desarrollo. Las mismas, que están relacionadas con el presupuesto, las consultas externas, las internaciones y los partos, se exhiben a continuación:

**I. Presupuesto:**

- El presupuesto para Salud 2008 asciende a dos mil quinientos treinta y tres millones de pesos (\$2.533.000.000).<sup>65</sup>

**II. Consultas externas:**

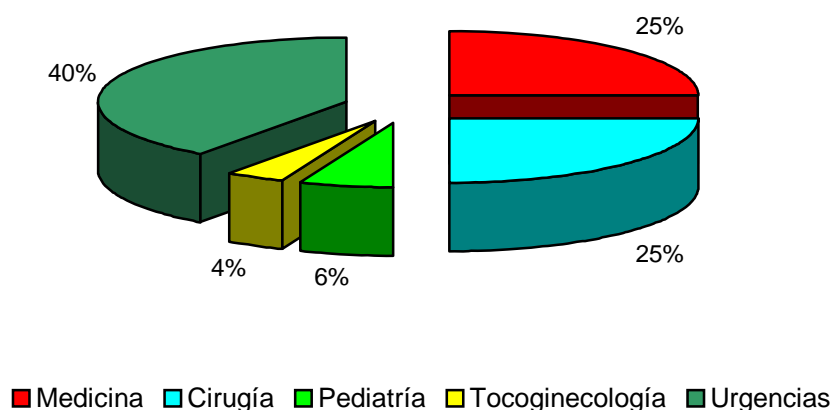
- Durante el año 2007 se realizaron alrededor de 9.000.000 de consultas.<sup>66</sup>
- La cantidad estimada de consultas externas diarias asciende a 40.000.<sup>67</sup>

<sup>65</sup> Diario Clarín on line: <http://www.clarin.com/diario/2008/04/18/laciudad/h-05001.htm> [F.C.: 18/04/2008].

<sup>66</sup> Dirección de Estadísticas para la Salud del GCABA. Consultas Externas según Hospital y Años. Hospitales del Ministerio de Salud – GCABA. Período 1998-2007.

- El 76% del total de las consultas corresponde a hospitales para adultos, el 15% a especialidades y el 9% restante a generales de niños.<sup>68</sup>
- El 35% de los pacientes de los hospitales públicos llegan del Gran Buenos Aires (GBA). Cerca de la Avenida General Paz, el promedio se eleva a casi el 50%. En los pediátricos como el Pedro Elizalde, dicho promedio alcanza el 80%.<sup>69</sup>
- En especialidades, la mayor cantidad de consultas es realizada en el área de urgencias (40%), le siguen por partes iguales Medicina y Cirugía (25% cada una), y el resto se reparte entre Pediatría (6%) y Tocoginecología (4%). Al desagregar esta categoría, se observa que en las especialidades de Medicina y Cirugía, alrededor del 26% de las consultas está vinculado a urgencias.<sup>70</sup> A continuación se expone el gráfico porcentual de las mismas:

**CONSULTAS EXTERNAS SEGÚN GRUPOS DE ESPECIALIDADES,**  
**PERÍODO 1998-2007\***



\* Medido en porcentaje (%).

**Gráfico N° 3: Consultas Externas según Grupos de Especialidades, período 1998-2007.**

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos recopilados por la Dirección de Estadísticas para la Salud del GCABA. N° y Porcentaje de Consultas Externas según Grupos de Especialidades y Años. Hospitales Especializados – Ministerio de Salud – GCABA. Período 1998-2007.

<sup>67</sup> Diario Clarín on line: <http://www.clarin.com/diario/2008/04/18/laciudad/h-05001.htm> [F.C.: 02/04/2008].

<sup>68</sup> Dirección de Estadísticas para la Salud del GCABA. Porcentaje de Consultas Externas según Tipo de Hospital y Años. Hospitales del Ministerio de Salud - GCABA. Período 1998-2007.

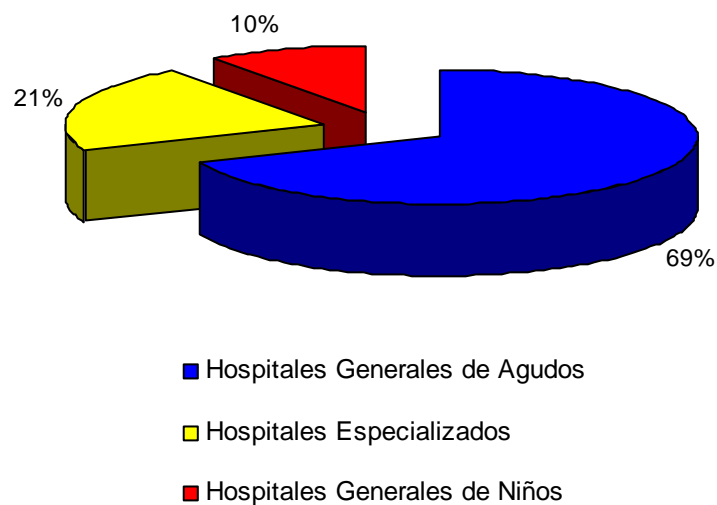
<sup>69</sup> Diario Clarín on line: <http://www.clarin.com/diario/2007/12/27/laciudad/h-04415.htm> [F.C.: 27/12/2007].

<sup>70</sup> Dirección de Estadísticas para la Salud del GCABA. N° y Porcentaje de Consultas Externas según Grupos de Especialidades y Años. Hospitales Especializados – Ministerio de Salud – GCABA. Período 1998-2007.

### III. Internación:<sup>71</sup>

- El sistema dispuso en el año 2007, de un promedio de 7.449 camas, cantidad similar a años anteriores.
- El giro gama fue de 25.3 pacientes promedio por cama disponible en ese período, superando el promedio de años anteriores, que se ubica en 23.8 pacientes en el 2006 y 23 pacientes en el 2005.
- En egresos, se registraron 6.300 casos más que el año anterior, sumando un total de 191.219 egresos, que se repartieron de la siguiente forma: La amplia mayoría (69%) correspondió a Hospitales Generales de Agudos, mientras que los Hospitales Especializados registraron el 21% del total, y el resto (10%) se registró en Hospitales Generales de Niños. El siguiente gráfico porcentual da cuenta de lo mencionado:

#### **EGRESOS SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, PERÍODO 1998-2007\***



\* Medido en porcentaje (%).

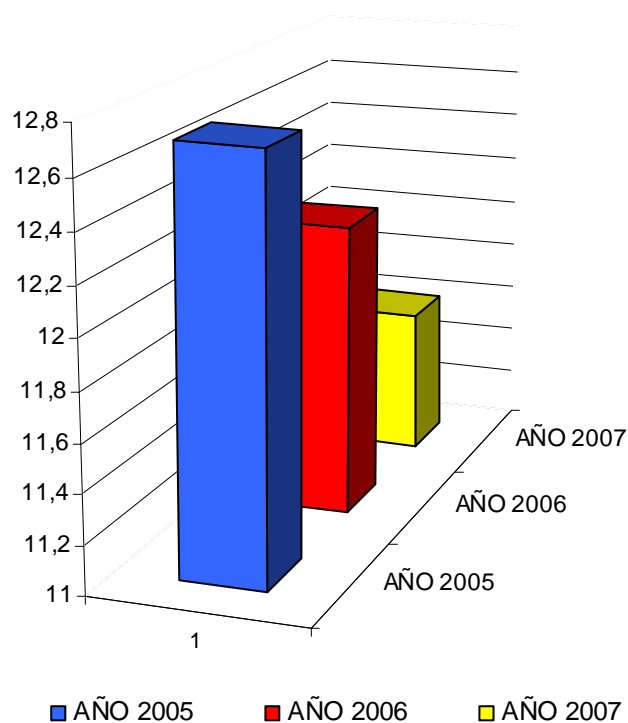
#### **Gráfico N° 4: Egresos según Tipo de Hospital, período 1998-2007.**

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud, Porcentaje de Egresos según Tipo de Hospital y Años. Hospitales del Ministerio de Salud – GCABA. Período 1998-2007.

<sup>71</sup> Dirección de Estadísticas para la Salud del GCABA. Hospitales del Ministerio de Salud del GCABA. Período 1998-2007.

- Con relación a años anteriores, el año 2007 registró un incremento en los egresos del orden del 4% con referencia al 2006, casi la misma cantidad registrada en el 2005, y un 3% menos que en el 2004.
- El promedio de permanencia fue de 11.6 días, alrededor de un día por debajo de los años 2006 y 2005. Cabe destacar, que en el anexo se incluye una tabla con los promedios de permanencia de los hospitales objeto de estudio para los mencionados años. El siguiente gráfico ilustra el promedio de permanencia para los tres últimos años:

**PROMEDIO DE PERMANENCIA, AÑOS 2005-2006-2007\***



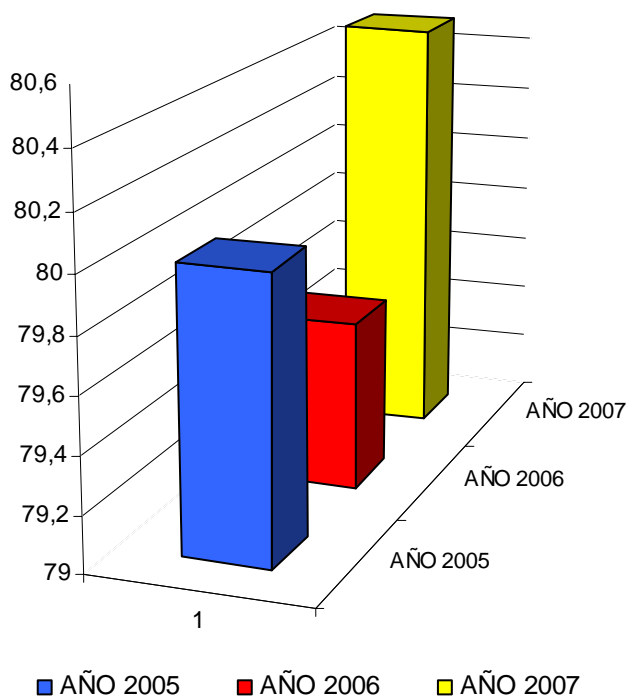
\* Medido en promedio de días de permanencia.

**Gráfico N° 5: Promedio de permanencia, años 2005-2006-2007.**

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud. Promedio de Permanencia según Hospital y Años. Hospitales del Ministerio de Salud del GCABA. Período 1998-2007. Ver Tabla en Anexo.

- El porcentaje promedio ocupacional para el año 2007 fue de 80.5%, muy similar a los años anteriores, en los que registró 79.4% (2006) y 79.9% (2005). El siguiente gráfico de barras permite visualizar dichos registros:

**PORCENTAJE OCUPACIONAL AÑOS 2005-2006-2007\***



\* Medido en porcentaje (%).

**Gráfico N° 6: Porcentaje ocupacional años 2005-2006-2007.**

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud. Porcentaje Ocupacional según Hospital y Años. Hospitales del Ministerio de Salud del GCABA. Período 1998-2007. Ver Tabla en Anexo.

#### IV. Partos:

- El sistema público atendió en el 2007 casi 31.800 partos, un 0.5% más que el año anterior.
- Del total de nacimientos, el 73% fue por parto normal, el 25% fue por cesárea y el 2% requirió del uso de fórceps.

Para concluir, se advierte que del Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la ciudad porteña de Buenos Aires, se desprende la necesidad en forma urgente de implementar un conjunto de medidas que regulen la intervención de todos los agentes implicados del sector. Esto último permitiría agregar valor a los servicios que brindan los prestadores del sistema público de salud en la ciudad objeto de estudio.

### **I.III. ANTECEDENTES LEGALES**

#### **I.III.1. ARGENTINA**

En materia de legislación, en el ámbito nacional Argentina cuenta con la sanción de las siguientes leyes, y con los siguientes decretos:

##### **a) Leyes**

- Ley 17.132, Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración, 24/01/1967.
- Ley 22.431, Sistema de protección integral de las personas discapacitadas, 16/03/1981.
- Ley 22.990, Regulación de las actividades relacionadas con la sangre humana, sus componentes, derivados y subproductos, 28/11/1983.
- Ley 23.661, Creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud, Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSAL) 29/12/1988.
- Ley 23.660, Ley de Obras Sociales, 05/01/1989.
- Ley 24.044, Ejercicio de Enfermería, 26/09/1991.
- Ley 24.127, Premio Nacional a la Calidad, 24/09/1992.
- Ley 24.193, Transplante de órganos y material anatómico humano, 24/03/1993.
- Ley 24.314, Accesibilidad de personas con movilidad reducida (modificación de la ley 22.431) 15/03/1994.
- Ley 24.540, Régimen de identificación de recién nacidos, 22/09/1995.
- Ley 23.548, Ley de Garantía de los intereses del Estado Nacional en la Ciudad de Buenos Aires, 08/11/1995.
- Ley 23.511, Banco Nacional de Datos Genéticos; Ley 23.798, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), 11/12/1995.
- Ley 24.734, Servicio de cobertura médica. Otorgamiento a nuevos beneficiarios, 13/11/1996.

- Ley 24.742, Comités Hospitalarios de Ética, 27/11/1996.
- Ley 24.754, Medicina prepaga. Cobertura. Servicios, 28/11/1996.
- Ley 24.901, Sistema de protecciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, 05/11/1997.
- Ley 23.753, Protección y prevención de la Diabetes, 16/04/1999.
- Ley 25.326, Protección de los Datos Personales, 04/10/2000.
- Ley 25421, Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental, 04/04/2001.
- Ley 25.415, Programa Nacional de detección temprana y atención de la Hipoacusia, 03/05/2001.
- Ley 25.404, Adopción de medidas de protección para las personas que padecen epilepsia, 16/08/2001.
- Ley 25.543, Obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana a toda mujer embarazada, 27/11/2001.
- Ley 25.392, Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras, 30/11/2001.
- Ley 25.673, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 30/10/2002.
- Ley 26.061, Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, 28/09/2005.
- Ley 26.066, Transplante de órganos y tejidos, 30/11/2005 (modifica la ley 24.193).
- Ley 26.130, Régimen para las intervenciones de Contracepción Quirúrgica, 09/08/2006.

#### **b) Decretos**

- Decreto 292/1995, Reducción de las contribuciones patronales.
- Decreto 576/1993, Reglamentación del sistema de obras sociales y del sistema nacional del seguro de salud. Libre elección de obra social.
- Decreto 945/1997, Decreto Reglamentario. Servicio de Cobertura Médica.
- Decreto 1193/1998, Sistema Único de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad. Personas con discapacidad que carecieren de cobertura.
- Decreto 1271/1998, Reglamentación de la ley 23753 sobre Diabetes.
- Decreto 377/2001, Obras sociales. Suspensión de los decretos 446/2000, 1140/2000 y 1305/2000.



Cabe subrayar, que el Plan Federal de Salud<sup>72</sup> (2004), a través de un compromiso entre las Provincias y la Nación, promueve la cobertura explícita de un conjunto de prestaciones médicas adecuadas para toda la población argentina. Operativamente, la población está bajo responsabilidad nominada: La red tiene a su cargo una población definida, cuyos integrantes individuales están identificados y asignados. Entre sus enunciados, el citado programa contempla una serie de metas centrales<sup>73</sup> que persigue este plan sanitario.

A continuación se enumeran algunas de las metas del mencionado plan, que articulan con las pautas de los oportunamente expuestos ODM:

- I. Reducir en al menos un 10% la tasa de fecundidad adolescente.
- II. Implementar programas de salud sexual y procreación responsable en todas las jurisdicciones del país.
- III. Incorporación de al menos el 60% de los centros de salud del país al programa.
- IV. Lograr que el 75% de los niños menores a cinco años de edad tengan por lo menos un control de salud anual.
- V. Disminuir un 40% la prevalencia de anemia por déficit de hierro en los niños menores a dos años.
- VI. Disminuir la tasa de mortalidad de menores a cinco años del país en un 25%.
- VII. Reducir en al menos un 20% las hospitalizaciones por aborto.
- VIII. Asegurar que todas las mujeres dentro del programa provincial de salud sexual y procreación responsable se realicen un PAP cada tres años.
- IX. Disminuir un 30% la prevalencia de anemia por déficit de hierro de la mujer embarazada.
- X. Conseguir que el 100% de las recetas de medicamentos incluyan el nombre genérico.
- XI. Implementar la rehabilitación médica como un componente de APS entre las acciones orientadas a las personas con discapacidad.

---

<sup>72</sup> Ver Glosario.

<sup>73</sup> Cipec.org: <http://www.cippec.org/espanol/salud/archivos/Plan%20Federal%20de%20Salud.pdf> [F.C.: 21/07/2008].

Con referencia a los programas nacionales que están vigentes en la actualidad, se listan algunos de los más relevantes:<sup>74</sup>

- Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica.
- Programa Remediar.
- Plan Nacer.
- Programa Nacional de Control de Tabaco.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Programa Materno Infantil.
- Programa Nacional de lucha contra los retrovirus del Humano VIH-SIDA y Enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Municipios saludables.
- Programa Nacional Médicos Comunitarios.
- Programa de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.
- Programa Nacional Argentina Camina.
- Proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública.
- Programa Federal de Chagas.
- Programa Federal de Salud (PROFE).
- Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones indígenas (ANAHI).
- Programa Nacional de Médicos para la Atención Primaria de la Salud.
- Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes.
- Programa Nacional de Riesgos Químicos.
- Programa de Inmunizaciones.
- Programa de Prevención y Control de Intoxicaciones.
- Programa de Salud del Trabajador.

---

<sup>74</sup> Ministerio de Salud de la Nación on line: [http://www.msal.gov.ar/htm/Site/prog\\_nac.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/Site/prog_nac.asp) [F.C.: 21/07/2008].

- Programa de Educación para la Salud - Escuelas Promotoras de Salud - Prevención de la Violencia Familiar.
- Programa de Salud Bucal.
- Unidad Coordinadora, Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable.
- Banco Nacional de Datos Genéticos.

Con relación a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en las siguientes páginas se exponen las particularidades de los antecedentes legales de la misma.

### **I.III.2. CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**

Como se mencionara oportunamente, la reforma de la Constitución Nacional reconoció a la Ciudad de Buenos Aires su carácter de Ciudad Autónoma en el año 1994. Dos años más tarde, el 1º de octubre de 1996, se sancionó la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En dicha legislación se garantiza el derecho a la salud integral, que se define en el artículo nº 20 como la “satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente para todas las personas.” Este derecho se sustenta en principios de participación de la comunidad, solidaridad social, cobertura universal, descentralización de los servicios, equidad y acceso irrestricto a los mismos.

La Ley Básica de Salud Nº 153<sup>75</sup>, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue sancionada el 25 de febrero de 1999. En su artículo nº 3, establece la necesidad y el derecho de “participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.” Además, define la organización territorial del subsector estatal en unidades de organización sanitaria denominadas regiones sanitarias, integradas cada una de ellas por unidades locales o áreas de salud. Las mencionadas áreas constituyen la sede administrativa de las competencias locales en materia de salud, y responden a una delimitación geográfico-poblacional, que deberá articularse con las futuras comunas.

La sanción de la Ley Orgánica de Comunas Nº 1777<sup>76</sup>, el 1º de septiembre del año 2005, instituye la descentralización del poder desde el Gobierno de la Ciudad de Autónoma de Buenos Aires (GCABA) hacia quince comunas o unidades de gestión política y administrativa, cuyos límites geográficos son los límites barriales considerados hasta la fecha. La mencionada ley, en su artículo nº 47, establece el cronograma de transición mediante “un proceso...que contemple la efectiva participación de los representantes de las organizaciones vecinales”. El plan de transición elaborado por el entonces Ministerio de Gestión Pública y Descentralización, ahora Subsecretaría de Atención Vecinal, consta de seis ejes:

- I. Adecuación territorial.
- II. Adecuación del padrón electoral.
- III. Equipamiento y puesta en funcionamiento de las sedes comunales.
- IV. Matriz presupuestaria y transferencia de competencias y servicios.
- V. Difusión y capacitación.
- VI. Participación ciudadana.

---

<sup>75</sup> Ver Anexo II.

<sup>76</sup>GCABA on line: <http://www.legislatura.gov.ar/1inicio/050901/ley-comunas.pdf> [F.C.: 24/07/2008].

Asimismo, la conformación de las comunas y la elección de sus autoridades se ajustan a un proceso que comprende la descentralización de los servicios que estaban desconcentrados en los Centros de Gestión y Participación (CGP), la adaptación de los límites, la normativa y los padrones electorales. Además, incluye la transferencia gradual de las competencias centralizadas a las unidades descentralizadas. A través de la firma del Decreto N° 816-GCABA-06, se disolvieron los CGP y se crearon quince Centros de Gestión y Participación Comunal (CGPC).

Los mencionados CGPC con sus respectivas ubicaciones geográficas y barrios que comprenden se listan a continuación:

- **CGPC N° 1:**  
Ubicado en la calle Uruguay 740 1º piso. Comprende los barrios Retiro, San Nicolás, Puerto Madero, San Telmo, Montserrat y Constitución.
- **CGPC N° 2:**  
Ubicado en la calle J.E. Uriburu 1022. Abarca el barrio Recoleta.
- **CGPC N° 3:**  
Ubicado en la calle Junín 521. Comprende los barrios Balvanera y San Cristóbal.
- **CGPC N° 4:**  
Ubicado en la avenida Del Barco Centenera 2906, con una Subsede ubicada en la calle Suárez 2036. Comprende los barrios Parque Patricios, Barracas, La Boca y Nueva Pompeya.
- **CGPC N° 5:**  
Ubicado en la calle Sarandí 1273. Comprende los barrios Almagro y Boedo.
- **CGPC N° 6:**  
Ubicado en la avenida Díaz Vélez 4558. Abarca el barrio Caballito.
- **CGPC N° 7:**  
Ubicado en la avenida Rivadavia 7202. Comprende los barrios Flores y Parque Chacabuco.
- **CGPC N° 8:**  
Ubicado en la avenida Roca 5252. Comprende los barrios Villa Soldati, Villa Riachuelo y Villa Lugano.

- **CGPC Nº 9:**  
Ubicado en la calle Timoteo Gordillo 2212. Comprende los barrios Liniers, Mataderos y Parque Avellaneda.
- **CGPC Nº 10:**  
Ubicado en la calle Bacacay 3968. Comprende los barrios Villa real, Monte Castro, Versalles, Floresta, Velez Sarsfield, y Villa Luro.
- **CGPC Nº 11:**  
Ubicado en la avenida Beiró 4629. Comprende los barrios Villa General Mitre, Villa Devoto, Villa del parque y Villa Santa Rita.
- **CGPC Nº 12:**  
Ubicado en la calle Miller 2751. Comprende los barrios Coghlan, Saavedra, Villa Urquiza y Villa Pueyrredón.
- **CGPC Nº 13:**  
Ubicado en la avenida Cabildo 3077 1º piso. Comprende los barrios Belgrano, Núñez y Colegiales.
- **CGPC Nº 14:**  
Ubicado en la avenida calle Beruti 3325, con una Subsede ubicada en la calle Concepción Arenal s/n y Ciudad de la Paz. Abarca el barrio Palermo.
- **CGPC Nº 15:**  
Ubicado en la avenida Córdoba 5690. Comprende los barrios Chacarita, Villa Crespo, La Paternal, Villa Ortúzar y Agronomía.

El proceso de transición hacia las Comunas, debió completarse el 31 de diciembre de 2006, pero dicha fecha fue extendida por la Legislatura de la Ciudad. Se espera que las comunas se constituyan en las sedes administrativas de las competencias locales en salud, con la responsabilidad de analizar las características socio-epidemiológicas de la ciudad porteña de Buenos Aires.

En la actualidad, la CABA cuenta con leyes y decretos referidos a la protección de los derechos de los niños, al derecho a la dignidad, salud mental y ejercicio de la enfermería, entre otros, que se listan aquí abajo:<sup>77</sup>

- Ordenanza Municipal de la Ciudad de Buenos Aires 26.607/72.
- Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, 01/10/1996.
- Ley 144, Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas, y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires, 03/12/1998.
- Ley 153, Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 25/05/1999.
- Ley 298, Ejercicio de Enfermería, 25/11/1999.
- Ley 418, Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, 26/06/2000.
- Ley 448, Ley de Salud Mental, 27/07/2000.
- Ley 1044, Adelantamiento del Parto en caso de embarazos incompatibles con la vida, 26/06/2003.
- Ley 1226, Sistema de Identificación del Recién Nacido y de su Madre, 04/12/2003.
- Resolución 818/04, Creación del Programa de Gestión de Calidad en Salud, 2004.
- Resolución 1069/04, Constitución de Comités de Gestión de Calidad, 2004.
- Ley Orgánica de Comunas N° 1777, 01/09/2005, Anexo modificado por ley 2094, 21/09/2006, y por ley 2329, 07/06/2007.

---

<sup>77</sup> GCABA on line: <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/gestion> [F.C.: 23/11/2007].

## **CAPÍTULO II:**

### **JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS, HIPÓTESIS**

#### **II.I. JUSTIFICACIÓN**

La finalidad del presente trabajo es la realización de un aporte científico-académico.

El citado aporte se sustenta en principios bioéticos, dentro del marco de la administración de las relaciones con los pacientes/clientes/usuarios actuales y potenciales de los prestadores de servicios públicos de salud en la CABA, particularmente en lo referido al proceso de comunicación de dichos prestadores con la ciudadanía.

#### **II.II. OBJETIVOS**

##### **II.II.1. OBJETIVO GENERAL**

El objetivo de este trabajo es elaborar un programa de comunicación social, sustentado en principios bioéticos, para el sistema de prestadores públicos de los servicios de salud de la CABA, en el año 2008.

##### **II.II.1.1. Propósitos**

Los propósitos del programa de comunicación social en el sistema de prestadores públicos de los servicios de salud de la CABA, se relacionan con agregar valor a los actuales servicios de comunicación de prestadores de la salud pública, tendiente al logro de un cambio de paradigma en cuanto al sistema de comunicación, por ende de atención a los pacientes/clientes/usuarios de los mencionados servicios.



## II.II.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos de la presente investigación se presentan a continuación:

- I. Describir el contexto, los antecedentes en materia de legislación, programas, etc.
- II. Determinar las características que posee el sistema de comunicación en el sector de prestadores públicos de servicios de salud en lo coyuntural.
- III. Establecer alternativas de comunicación más efectivas para el tema del presente estudio, en relación al conocimiento de los siguientes conceptos:
  - Describir:
    - a) Principios de bioética (como marco referencial).
    - b) Servicios de salud pública, e investigaciones sobre el tema.
    - c) Componentes del concepto calidad, mediante conceptos de “calidad en el servicio de atención de prestadores de salud pública” de autores destacados en la materia
    - d) Los sistemas de comunicación y su tipología.
    - e) El gerenciamiento de la relación con el cliente.
- IV. Determinar conceptos de “calidad en el sistema de comunicación de prestadores de servicios de salud pública en la CABA” para los pacientes/clientes/usuarios actuales y potenciales de dichos prestadores.
- V. Describir los atributos que deben estar presente en un programa de comunicación social sustentado en principios de bioética, para los pacientes/clientes/usuarios actuales y potenciales de prestadores de servicios públicos de salud en la CABA.

### II.III. HIPÓTESIS <sup>78</sup>

Para describir válidamente la situación actual del sistema de comunicación social en el sistema público de los prestadores de servicios de salud de la CABA, y a fin de elaborar un programa de comunicación acorde al contexto y las necesidades de la población, se deben describir en primera instancia el contexto; los antecedentes legales sobre la materia; determinar las características de la comunicación en el sector de prestadores públicos de salud en lo coyuntural, para elaborar el diagnóstico de situación de base; establecer alternativas de comunicación más efectivas para el tema del presente estudio; determinar la forma en que definen calidad en el servicio de atención de prestadores de salud pública los pacientes/clientes/usuarios actuales y potenciales de dichos servicios en la CABA; y determinar los atributos que deben estar presentes en un programa de comunicación social para los pacientes/clientes/usuarios actuales y potenciales de prestadores de servicios públicos de salud en la CABA.

---

<sup>78</sup> Nota de la autora: Las hipótesis son respuestas conjeturales o provisorias a las preguntas. Los distintos tipos de preguntas dan lugar a hipótesis de diversa naturaleza. Así, para una pregunta de:

- Cuantificación: La hipótesis debe mencionar aquellos aspectos que justifiquen la precisión y la validez del conteo. Por ejemplo, “para cuantificar válidamente a los estudiantes matriculados que aún no egresaron y su género, etapa de vida, origen socio económico, carrera que cursa, etc.”
- Descripción: La hipótesis debe mencionar aquellas características que se van a incluir, de modo que la descripción sea válida para los fines de la investigación. Por ejemplo, “para describir válidamente a los estudiantes universitarios, en principio se considerarán su género, etapa de vida, origen socio económico, carrera que cursa, etc.”

La presente investigación realizada es descriptiva. Por ello, se plantea una hipótesis descriptiva.

## **CAPÍTULO III:**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **III.I. TIPO DE TRABAJO**

Por tratarse de una propuesta de comunicación social, sustentada en principios bioéticos para el área de servicios brindados por prestadores públicos de salud de la CABA, el presente trabajo es observacional-descriptivo-coyuntural y prospectivo. Esto es porque se incluye la elaboración de un diagnóstico de situación coyuntural a fin de desarrollar un programa prospectivo.

##### **III.I.1. UNIDAD DE ANÁLISIS**

Programas de comunicación social en el sistema público de prestadores de servicios de salud.

##### **III.I.2. VARIABLES**

Las variables se mencionan en la siguiente lista. Cabe destacar, que las dimensiones y subdimensiones de las variables expuestas forman parte de los instrumentos utilizados en el relevamiento realizado.

- Bioética.
- Sistemas de Salud.
- Servicios de prestadores de la salud pública.
- Investigación de sistemas y servicios de salud.
- Calidad.
- Comunicación.
- Gerenciamiento de la relación con el cliente.

### **III.II. CRITERIO DE SELECCIÓN DE CASOS**

El presente trabajo es un estudio descriptivo, en el que se expone información sobre la situación actual, y sobre las fuerzas que están actuando en las relaciones de comunicación entre los pacientes/clientes/usuarios y los efectores de la salud pública en la ciudad porteña de Buenos Aires.

La elección de la CABA para la elaboración de un programa de comunicación social en el sistema público de prestadores de servicios de salud, está directamente vinculada al estado de situación de los hospitales, en función a su estructura, especialidades, horarios, etc., a fin de optimizar los medios de comunicación, adecuando su propuesta a la envergadura de la demanda poblacional.

#### **III.II.1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES**

Las técnicas/estrategias empleadas en el presente trabajo son cualitativas y cuantitativas. Se han realizado encuestas y análisis de documentación. Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos son el cuestionario semiestructurado y el protocolo de análisis de la información.

El mencionado cuestionario se utilizó fundamentalmente para detectar atributos de calidad para el sistema de comunicación, con el objeto de elaborar categorías y variables para ser utilizadas en el centro de contacto para respuestas de tabla dinámica. Las encuestas poseen preguntas de descripción, donde se incluyen las variables y las categorías, y sus dimensiones en estudio.<sup>79</sup> Se realizaron cuatro pruebas piloto del instrumento, previas a la salida a terreno.

La información cualitativa relevada ha sido procesada mediante el programa ATLAS.ti, y la información cuantitativa mediante el programa SPSS. Luego, la información resultante fue debidamente analizada e interpretada a fin de articular su resultante con los contenidos del marco teórico.

Para la investigación del presente trabajo, se han utilizado fuentes primarias obtenidas a partir del cuestionario semiestructurado (de elaboración propia); y del protocolo de análisis de documento. Las fuentes secundarias se basan en la bibliografía, investigaciones académicas y sitios web, entre otros.

---

<sup>79</sup> Romano Yalour, M.; y Tobar, F.: "¿Cómo hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud?" 1ª Edición, Argentina, Ed. ISALUD, 1998, p.81.

## **CAPÍTULO IV: MARCO TEÓRICO**

En el presente capítulo se expone un marco referencial sobre los conceptos básicos utilizados en esta investigación, para su aplicación en el programa a elaborar. Luego se aborda a través de un marco conceptual integral con los aportes del objeto de estudio.

### **IV.I. MARCO REFERENCIAL**

Dos componentes esenciales de la bioética, *Bios* y *Ethos*, son tal vez los temas actuales que más sensibilizan al hombre post moderno, propio de una sociedad autónoma y secular, caracterizada por el pluralismo. Vocablos y términos como célula, biología, genética, yoga, derecho a la vida, biotecnologías y autonomía entre otros, son palabras y hechos que interesan a todo el mundo.

Bios se relaciona con la vida, y Ethos alude a todo lo que es moral, es decir, al conjunto de normas, creencias y costumbres que tienen que ver con el obrar. La ética es parte de la conducta humana en cuanto a buena o mala moralmente. Como disciplina filosófica, referida a la praxis o a la conducta, estudia la moral y las obligaciones del hombre preguntándose: ¿Qué se debe hacer? Sin duda la filosofía aporta a la reflexión bioética un pensamiento valorativo del profesional bio-sanitario frente a los nuevos problemas de la sociedad tecnológica.

A la pregunta de si es éticamente lícito todo lo técnicamente posible, sólo cabe una respuesta ética: no. Debates como el aborto, la reproducción asistida, la eutanasia y el derecho a disponer del propio cuerpo, por citar algunos casos, muestran que no existe un fundamento común a todos los integrantes de una sociedad. Por ende, no resulta suficiente el conocimiento de la disciplina médica y la práctica tradicional. “Se trata entonces, de buscar los medios o caminos que posibiliten la convivencia de los diversos proyectos de vida y de realización personal, mientras promueven el bien común. Estos “mínimos morales” fijan el nivel de lo obligatorio, objetivamente exigible, para todos los miembros de una misma sociedad”.<sup>80</sup>

En función a lo expuesto precedentemente, el primer elemento en el que conviene detenerse es bioética.

---

<sup>80</sup> Brussino, S.: “Bioética, racionalidad y principio de realidad”, <http://www.cuadernos.bioetica.org/doctrina7.htm> [F.C.: 04/05/2007].

#### IV.I.1. BIOÉTICA

La bioética es una disciplina muy reciente y ha adoptado una gran cantidad de diversos significados, conforme nos movemos en distintos ámbitos. Es oportuno destacar, que el presente trabajo se refiere a bioética en la comunicación de prestadores de la salud pública, en su significado más abarcativo, esto es lo inherente a la relación de los pacientes/clientes/usuarios con los profesionales y no profesionales prestadores de servicios públicos de salud de la CABA.

Como disciplina doctrinal, la bioética, se expresa a través de un conjunto de principios, reglas y códigos. El principio de respeto e igual trato y consideración a todos los seres humanos en virtud de su dignidad personal, no surge de la razón, sino que sienta las bases para que, una vez respetado, permita medir a los demás principios.

Las declaraciones de principios constituyen una de las actividades más características de la disciplina bioética. Estos principios proveen pautas amplias para actuar y señalan las obligaciones que todo ser humano tiene respecto a otros. Algunos incluso son anteriores a la constitución de la bioética propiamente dicha. Este es el caso del Código de Nüremberg, Declaración de los Derechos Humanos, de 1947; y la Declaración de Helsinki, de 1964, que describe patrones a seguir en investigación biomédica con seres humanos.

Asimismo, la idea de que el hospital funcione con leyes similares al resto de la sociedad es revelada a partir de la enunciación de cuatro derechos en la Carta de los Derechos de los Enfermos en Hospitales privados estadounidenses, aprobada en ese país en el año 1973. Este documento diseña un marco de relación entre los profesionales de la salud y los pacientes, modificando de forma sustancial la consideración hipocrática, en la que el enfermo era visto como un menor de edad y sin capacidad de decisión. A continuación se presentan sus enunciados:

- I. Derecho a la Vida.
- II. Derecho a la Asistencia Sanitaria.
- III. Derecho a la Información.
- IV. Derecho a una Muerte Digna.

En la misma línea, el Informe Belmont, enumera tres principios propuestos por el Congreso de Estados Unidos, entre los años 1974 y 1978, que han adquirido un predicamento especial. Éstos son:

- I. “Principio de Autonomía”: Considera al enfermo como un sujeto moral, agente racional y libre que debe poseer el derecho a saber, decidir y tomar parte en las decisiones en todo el proceso biomédico.

- II. “Principio de Beneficencia”: Establece que las personas deben ser tratadas de forma ética tal que no sólo se respeten sus decisiones, sino también, que se haga un esfuerzo por asegurar su bienestar, es decir, no hacer daño y extremar los posibles beneficios minimizando los posibles riesgos.
- III. “Principio de Justicia”: Se encarga de la atención de los reclamos que hace la sociedad sobre una distribución equitativa de los recursos en la atención de la salud pública.

Estos principios tuvieron un agregado en otras propuestas que implican no dañar, a través del “Principio de no-maleficencia”, sugerido por Beauchamp, miembro de la Comisión Belmont y Childress.<sup>81</sup> Este informe puso en evidencia la necesidad de instaurar nuevas políticas de salud y consecuentes regulaciones jurídicas.

En el ámbito local, un médico argentino, el Dr. José Alberto Mainetti, fundó en Gonnet, provincia de Buenos Aires en el año 1972 el Instituto de Humanidades Médicas. Al convertirse en el iniciador del movimiento de humanización de la medicina, incluso antes del “transplante” de la bioética de Estados Unidos a América del Sur, su instituto se encargó de difundir los ideales humanísticos a través de la revista Quirón. A principios de la década de 1980 el Dr. Mainetti visitó el Kennedy Institute of Ethics de la Universidad de Georgetown, Washington, e implementó un intercambio de notables bioeticistas que dictaron conferencias en su instituto. Esto promovió que a finales de esa década surgiera la Escuela Latinoamericana de Bioética (ELABE), organizadora de un Programa de Enseñanza de la Bioética.

No obstante, para el Dr. Mainetti el “avance de la inclusión de la bioética como tema de agenda en nuestro país, y en toda Latinoamérica, la institucionalización de la bioética, la creación de centros de investigación, cátedras universitarias, comités de ética en hospitales y comisiones nacionales de bioética es hasta el momento poco significativo, y desde luego tampoco se cumplen en forma programática las tres funciones principales de los estudios bioéticos: educativa, asistencial y política.”<sup>82</sup>

---

<sup>81</sup> Beauchamp, T. y Childress, J.: “Principles of Biomedical Ethics” Oxford University Press, New York, 1979, Cap. 1.

<sup>82</sup> Mainetti, J. A.: “Bioética en América Latina”, Artículo publicado en la segunda edición de la Enciclopedia de Bioética, Ed. Reich, 1990.

## **IV.II. MARCO CONCEPTUAL**

Para poder abordar el concepto de Servicios de Salud en el Sistema Público, sería conveniente en primera instancia definir la Salud Pública. El Dr. Jorge Lemus sostiene que la salud pública es “la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad y la discapacidad, prolongando la vida y promoviendo la salud física y mental y la eficiencia mediante esfuerzos comunitarios organizados en pro de la sanidad del medio ambiente, el control de enfermedades infecciosas y no infecciosas y las lesiones, la educación del individuo en principios de higiene personal; la organización de servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades así como para la rehabilitación, el desarrollo de una maquinaria social que le permita a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.<sup>83</sup>

Para el mencionado autor, “la salud pública y sus campos de acción se han ido definiendo históricamente a partir de problemas y necesidades sociales muy concretas, que muchas veces trascienden el objeto de la medicina; así se ha dicho que la imprecisión con que se caracterizan los problemas de salud y las acciones necesarias para su promoción, preservación y recuperación, dificultan su comprensión por parte de la sociedad, la cual sigue considerándolos como problemas exclusivamente médicos cuando pueden provenir de dificultades económicas, educacionales, políticas, etc.”<sup>84</sup>

Por lo expuesto precedentemente, los Servicios de Salud en el Sistema Público quedan definidos a partir de las actuaciones realizadas en materia de servicios sanitarios, que se llevan a cabo abiertamente en la comunidad, con el objeto de mejorar el estado de salud de ésta.

---

<sup>83</sup> Lemus, J. Ob. Cit., p.11.

<sup>84</sup> Lemus, J. Ob. Cit., p. 13.



## **IV.II.1. SISTEMAS DE SALUD**

### **IV.II.1.1. Introducción**

Para hablar de calidad en un sistema de salud, sería conveniente primero definir qué es un sistema. Como conjunto de partes o componentes que interactúan entre sí y cuyo resultado es algo diferente, en el sistema el resultado final no es la mera suma algebraica de sus partes, y lo más importante es la interacción de sus componentes.

Un sistema de salud es una organización/institución/entidad creada para proveer servicios destinados a promover, prevenir, recuperar o rehabilitar el daño en salud, con la meta de asegurar el acceso a una atención de calidad adecuada y a un costo razonable.

El sistema de salud está compuesto por instituciones organizadas según el nivel de complejidad, que se relacionan entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia, formando así una red de atención o de servicios de salud. Dentro del sistema, conviven dos subsistemas (atención médica y salud ambiental) y un suprasistema (sistema socio-económico-político-cultural).

Cabe mencionar, que en nuestro país, el Sistema Sanitario Argentino sitúa su eje central en el Sistema Nacional del Seguro de Salud, a fin de brindar a todos los habitantes de nuestro país el mismo derecho a la salud, sin discriminar social, económica, cultural o geográficamente<sup>85</sup>.

### **IV.II.1.2. Sistemas de Salud**

Los diferentes sistemas de salud están condicionados por las situaciones sociopolíticas de cada país. Dichas condiciones se relacionan con las necesidades de salud de la población, los recursos destinados al sector de la salud pública, y la forma en que se lleva a cabo la financiación y provisión de la asistencia sanitaria. En este sentido, los autores Temes Montes, Díaz Fernández y Parra Vázquez, diferencian tres modelos fundamentales de sistemas de salud<sup>86</sup>, que se exponen en la página contigua.

---

<sup>85</sup> Ley 23.661/1989.

<sup>86</sup> Temes, J.L.; Díaz, J.L.; y Parra, B.: "El costo por proceso hospitalario" Editorial Interamericana Mc Graw Hill, Madrid, España, Cap. 1.

I. Sistema Nacional de Salud: Cobertura universal y financiación mediante impuestos generales de los contribuyentes. Éste es el caso del Reino Unido e Italia.<sup>87</sup>

- Reino Unido: El sistema nacional, llamado Nacional Health Service (NHS), está financiado en un 13% por trabajadores y empresarios, un 83% por impuestos genéricos, y un 4% por el cobro a los usuarios de ciertas prestaciones. Los nuevos sistemas de financiación autorizan la contratación de servicios y presupuestos limitados y limitaciones en cuanto a gastos de prescripción, como así también, autonomía de gestión. Además, en forma paralela existe un conjunto de seguros sanitarios privados, que los empresarios suscriben para sus empleados, nucleados en su mayoría en la British United Providence Association (BUPA).
- Italia: El modelo de Servicio Sanitario Nacional, vigente desde el año 1980, considera el derecho a la atención sanitaria como derecho directo del ciudadano. Dicho modelo establece una financiación a través de un Fondo Sanitario Nacional que está incluido en los presupuestos generales del Estado, y que se distribuye de acuerdo con el Plan Sanitario Nacional.

II. Seguridad Social: Cobertura universal y financiación por contribución e impuestos. Es el caso de Alemania y Francia.<sup>88</sup>

- Alemania: El 93% de la población alemana suscribe obligadamente una póliza de seguro sanitario con alguna de las casi dos mil Cajas existentes en el país. Éste porcentaje está compuesto por trabajadores en relación de dependencia, trabajadores autónomos, pensionistas y aquellos que poseen rentas por debajo de los treinta y nueve mil marcos. El 7% restante está asegurado en entidades privadas. En todos los casos, las cuotas representan el 11% del salario bruto del empleado, y se paga por partes iguales entre el trabajador y el empresario. Así, el Estado contribuye financieramente al sostenimiento de las Cajas.
- Francia: El modelo es un Sistema Integrado de Seguridad Social y nuclea a más del 75% de los trabajadores. El resto pertenece a regímenes especiales. La Caja Nacional del Seguro de Enfermedad protege al 100% de los trabajadores, pero casi el 50% de las personas tiene otro tipo de seguro suscripto.

---

<sup>87</sup> Temes, J.L.; Díaz, J.L.; y Parra, B.: Ob. Cit. p. 5.

<sup>88</sup> Temes, J.L.; Díaz, J.L.; y Parra, B.: Ob. Cit. p. 5-7.

III. Aseguramiento Privado: Con financiación mayoritaria a través de empresas privadas de seguros. Es el caso de Estados Unidos y los Países Comunitarios.<sup>89</sup>

- Estados Unidos: Alrededor del 80% de la población está cubierta por algún tipo de seguro privado, cuyas prestaciones están determinadas por la prima o cuota que abonan. Las compañías privadas están a cargo de dos tipos de instituciones: Las sin fines de lucro, Blue Cross (financia demandas de ingresos) y Blue Shield (atiende prestaciones ambulatorias), ambas con cobertura parcial; y las empresas comerciales, siendo Metropolitan Life y Equitable las más importantes. Los únicos sistemas de seguro obligatorio son el “Medicare” de jubilación de vejez, y “Medicaid”, de asistencia sanitaria a los pobres. Se estima que en la actualidad Estados Unidos posee treinta y siete millones de habitantes sin cobertura médica, que no pueden costear un seguro privado, y no están incluidos en el nivel de pobreza de Medicaid.
- Países Comunitarios: Todos los sistemas sanitarios son mixtos público y privado. La función del seguro privado de enfermedad varía de un país a otro. En algunos participa en la protección social obligatoria (casos de Alemania y Países Bajos), donde llega a sustituir a los regímenes sociales, asegurando una cobertura de base a ciertas categorías de la población. En otros desempeña un rol complementario, proponiendo soluciones de opciones libres, en las que el seguro médico es mayoritariamente de asistencia sanitaria y no de enfermedad. Éste es el caso de España, donde operan alrededor de ciento treinta entidades de seguros. En este sector, tres empresas concentran el 55% del mercado: ASISA, SANITAS y ADELAS. El sector de las mutuales patronales cuenta con ciento cuarenta entidades, de las cuales MAPFRE y ASEPEYO figuran en primer lugar, con el 31% de la población protegida.

Con referencia al sistema de pago y/o sistema de financiación de la asistencia sanitaria, Temes Montes, Díaz Fernández y Parra Vázquez consideran que pueden ser realizados de las siguientes formas:<sup>90</sup>

- I. Presupuesto anual: Mediante el establecimiento de un presupuesto anual y con cargo a sus partidas, éste el caso español en la Sanidad Pública.
- II. Pago por estancias, consultas, urgencias, tarifa media, todo incluido: Es el método utilizado por grupos de aseguradoras públicas y/o privadas con los hospitales.

---

<sup>89</sup> Temes, J.L.; Díaz, J.L.; y Parra, B.: Ob. Cit. p. 8-9.

<sup>90</sup> Temes, J.L.; Díaz, J.L.; y Parra, B.: Ob. Cit. p. 10-11.

- III. Pago por suma de consumos, factura individual: Éste es habitual en enfermos privados, en que cada cliente abona según su consumo.
- IV. Pago prospectivo por proceso: Establece un sistema de tarifas por procesos atendidos. Éste es el caso de las tarifas empleadas en Estados Unidos, con sus Medicare y Medicaid, derivadas de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD). El sistema de pago prospectivo (SPP) se implementó como consecuencia de la nueva concepción del hospital como empresa, y por el aumento del gasto sanitario. Durante la década de 1970, surgió la necesidad de definir con claridad el “producto hospitalario”, dado que ya no interesaban las funciones que realizaban las personas, sino lo que el hospital producía. La mezcla de casos (en inglés “case mix”)<sup>91</sup> o conjunto de procesos vendidos por el hospital, surgió como respuesta a esta nueva concepción, entendiéndose por proceso cada paciente atendido. Los GRD fueron concebidos como un sistema de clasificación de pacientes hospitalarios, basado en datos clínico-terapéuticos, por una parte y en el consumo de recursos de esos casos, por otra. En la actualidad, los GRD son el sistema más universal y probado como sistema de tarificación y facturación, y se está extendiendo progresivamente a otros países.

Con relación al proceso, es importante mencionar aquí la conceptualización que realizan los citados autores sobre el particular: “El proceso lleva implícito un contenido esencial de duración, de transcurso en el tiempo. La esencia de un episodio de ingreso hospitalario puede resumirse en: un enfermo, su médico responsable, y un tiempo de hospitalización desde el ingreso hasta el alta. Durante ese tiempo se suceden las decisiones médicas que se van aplicando sucesivamente, unas diagnósticas, otras terapéuticas; las reacciones favorables o desfavorables en el desarrollo de la enfermedad, que influyen a su vez en el proceso; y como hilo conductor el tiempo, que transcurre inexorablemente. Las decisiones médicas suponen un consumo de recursos, ya sea de medicación, pruebas diagnósticas, cuidados especiales de enfermería, procedimiento diagnóstico o terapéutico. Estas órdenes médicas se acumulan sobre el proceso, a lo largo de la estancia del paciente, conformando el mismo con unas características que lo hacen similar a otros y diferente a muchos. Finalmente, la decisión médica del alta cierra el proceso y determina la duración del mismo.”<sup>92</sup>

---

<sup>91</sup> Ver Glosario.

<sup>92</sup> Temes, J.L.; Díaz, J.L.; y Parra, B.: Ob. Cit. p. 76-77.

### IV.II.1.3. Organización

Todo sistema social estructurado por varias personas con cierta constancia en el tiempo, y que tienen como objetivo alcanzar metas comunes, es una organización. Una institución sanitaria es una organización.

Con el objeto de desarrollarse, una organización requiere de una visión<sup>93</sup> y una misión.<sup>94</sup> La visión es la imagen idealizada o soñada sobre cómo será el futuro en la organización.

Para alcanzar la visión deben proponerse ciertas metas que tienen estrecha relación con la mejora continua de la calidad del servicio, con la eficacia de los procedimientos asistenciales de la atención médica, y con el desarrollo de las capacidades individuales de los recursos humanos<sup>95</sup>. Dichas metas se lograrán a partir de enfoques relacionados con el establecimiento de un Sistema de Gestión de Calidad orientado a la acción preventiva y a la mejora continua a través de la identificación de las necesidades de los beneficiarios y de la asignación de los recursos para satisfacerlas; y a través de la capacitación del personal en forma permanente para desarrollar habilidades y destrezas necesarias, y para asegurar su compromiso.

La misión es el propósito de la institución. Es decir que mientras que la misión es la razón de ser de la organización, con un objetivo final, la visión ve el camino para lograrla.

Toda entidad posee un marco referencial para sus miembros, que marca las pautas sobre cómo deben conducirse. Ésta es la cultura organizacional, empresarial o institucional: el conjunto de creencias y valores compartidos que condiciona el comportamiento, determinando lo que se considera correcto o incorrecto, y las preferencias en materia de conducción.

La cultura define los límites para los empleados y les trasmite un sentido de identidad y de pertenencia, lo que facilita la creación de un compromiso personal por parte de ellos, más allá de los intereses egoístas del individuo. Como vínculo social, colabora en la creación de normas acordes a lo que deben y no deben hacer los recursos humanos involucrados.

Los valores se identifican con los principios, las creencias y los conceptos compartidos, explícitos o implícitos, que forman la cultura de la organización. Los valores del sistema de salud están condicionados por el suprasistema y marcan el “para qué” y “para quién”. Los mencionados valores se presentan a continuación:

- Universalidad: Para que todas las personas tengan la misma oportunidad de acceso.
- Integralidad: Con el objeto de satisfacer la diversidad de necesidades poblacionales.

---

<sup>93</sup> Ver Glosario.

<sup>94</sup> Ver Glosario.

<sup>95</sup> Ver Glosario.

- Sustentabilidad: El sistema de salud debe ser económicamente sostenible en el tiempo.
- Eficiencia: En busca del máximo nivel de satisfacción de los pacientes/clientes/usuarios.
- Calidad: Por tratarse de instituciones/organizaciones de salud.
- Equidad: Para brindar a cada uno lo que necesita.

El comportamiento se da en un complejo sistema social en el que el ciclo motivacional está caracterizado por el surgimiento de una necesidad que rompe el estado de equilibrio en el que se encuentra una persona. Esto lleva al individuo a un estado de tensión, donde desarrolla un comportamiento capaz de descargar dicha tensión, y liberarlo de la inconformidad y el desequilibrio. Si el comportamiento fue eficaz, la necesidad queda satisfecha, retomando a su estado de equilibrio anterior

La motivación<sup>96</sup> está relacionada con el impulso que provee eficacia al esfuerzo colectivo orientado a conseguir los objetivos organizacionales y empuja al individuo a la búsqueda continua de mejores situaciones, a fin de realizarse profesional y personalmente, integrándolo en la comunidad donde su acción cobra significado. La motivación es a la vez objetivo y acción. Sentirse motivado significa identificarse con el fin y, por el contrario, sentirse desmotivado representa la pérdida de interés y de significado del objetivo o, lo que es lo mismo, la imposibilidad de conseguirlo.<sup>97</sup>

Como proceso de satisfacción de necesidades, el ciclo motivacional posee ciertas etapas características, que se mencionan y se definen en el siguiente párrafo:

- Homeostasis: Es el momento en que el organismo humano permanece en estado de equilibrio.
- Estímulo: Necesidad insatisfecha aún, que provoca un estado de tensión.
- Estado de tensión: La tensión produce un impulso que da lugar a un comportamiento o acción.
- Comportamiento: Al activarse, se dirige a satisfacer la necesidad, para alcanzar el objetivo satisfactoriamente.
- Satisfacción: El organismo retorna a su estado de equilibrio al satisfacerse la necesidad.

---

<sup>96</sup> Ver Glosario.

<sup>97</sup> Zepeta Rojas, A.: "Motivación, liderazgo y comportamiento organizacional" <http://www.losrecursoshumanos.com/curriculum2.htm> [F.C.:01/12/2007].

En una institución sanitaria se diferencian claramente deberes, derechos y actividades de los integrantes; un área de autoridad para cada persona; e información (saber cómo y dónde obtener la necesaria para cada actividad). Además, conviven en ella distintas áreas que resultan fundamentales para el desarrollo de la actividad:

- Funcionamiento organizacional: Metas, estrategias, estructuras formales políticas, sistemas administrativos, sistemas de incentivos, etc.
- Tecnología: Herramientas equipos y equipamiento, diseños de puestos, sistemas técnicos, políticas, etc.
- Ambiente físico: Espacio, diseño, infraestructura, etc.
- Factores psicosociales: Cultura organizacional/institucional, procesos de comunicación, redes sociales, creencias, valores, normas, afectos, ritos, mitos, toma de decisiones, solución de problemas, etc.

Las organizaciones antiguas de nuestro sistema de salud suelen poseer estructuras caracterizadas por la agrupación de personas según especialidades funcionales y con el fin de mantener un organigrama vertical de varios niveles jerárquicos. En cambio, las organizaciones/instituciones jóvenes se caracterizan por poseer estructuras flexibles y dinámicas, basadas en unidades pequeñas, autónomas y competitivas. Estos son datos no menores a tener en cuenta al momento de la realización del diagnóstico organizacional de un prestador del sistema de salud, particularmente en el caso de los prestadores del sistema público, que son considerados en el objeto de estudio.

#### **IV.II.1.3. Gestión de Salud**

Gestionar es tomar decisiones, alcanzar objetivos con una imagen clara, y responsabilizarse por los resultados alcanzados y los no alcanzados. Es fundamental saber qué se gestiona en el campo de la salud:

- Atención en salud, a poblaciones, beneficiarios de los servicios sanitarios y a pacientes/clientes/usuarios.
- Intereses de grupos de poder: pacientes/clientes/usuarios y personas sanas que buscan calidad extrínseca (percibida); profesionales de la salud que buscan calidad; proveedores de la industria farmacéutica; propietarios accionistas, que en el sector privado son los inversores y en el sector público están representados por los políticos; asociaciones gremiales, donde el marco jurídico legal condiciona la gestión.
- Cuantificación o valorización de los intereses.

- Grupos poblacionales importantes en los hospitales.
- Presupuesto destinado a Salud.
- Interrelaciones entre los distintos actores.
- La imagen de la institución de salud.

Se considera la existencia de tres tipos de gestión, según su grado de implicancia, que se exhiben en los siguientes párrafos:

- I. Macrogestión: Es el conjunto de medidas que un estado define con el propósito de regular la intervención de todos los agentes implicados en el sector salud.
- II. Microgestión: Son las decisiones que afectan a la esfera clínica, a la asimetría de información y a la relación medico-paciente.
- III. Mesogestión: El conjunto de medidas que contribuyen a mejorar el rendimiento de la capacidad instalada y de los recursos implicados, que se vale de planes estratégicos, planes operacionales, circuitos de información, costos, facturación, capacitación y dirección, entre otros.<sup>98</sup>

En el marco de la gestión, el presupuesto tiene un carácter integral, no sólo como la expresión financiera del programa del gobierno, sino como una expresión más amplia y explícita del mismo. El presupuesto constituye un instrumento útil para la programación económica y social, al reflejar una política presupuestaria única para todo el sector público. Según ésta, cada entidad debe cumplir su rol básico de productor de aquellos bienes y/o servicios con los que se cumplan los objetivos de la misma.

La imagen es una variable más del management moderno debido a la revalorización que han tenido los activos intangibles en los últimos años. No es sólo fruto de la comunicación sino también de la gestión, por ser una variable de la competitividad, que representa unitariamente todas las capacidades competitivas de la organización de salud. El peligro de generalizar este concepto radica en considerar a la imagen como una función exclusiva de la comunicación, ya que ésta se forma en la mente a partir de tres componentes fundamentales para los pacientes/clientes/usuarios de los servicios de salud pública: el comportamiento corporativo, la cultura corporativa, y la personalidad corporativa.

---

<sup>98</sup> Bocutti, M.; Haerberer, M.; Iglesias, A.; Lourenzo, V. y Ojeda, R.: "Diagnóstico Organizacional del Hospital Pediátrico de Odontología" Trabajo Final presentado para la Cátedra del Dr. Lemus, a cargo de la Lic. Vouillat, Organización de Servicios de Salud, del Master en Administración de Servicios de Salud, UCES, Buenos Aires, 2007, p.5.



Consecuentemente, la imagen debe ser una síntesis de la identidad de la institución de salud, basándose en la realidad corporativa de ésta y destacando sus puntos fuertes, así como, una síntesis armónica de las políticas funcionales y formales de la misma, en las que también participa la alta dirección.<sup>99</sup>

La gestión de una organización/institución/entidad de salud implementa:

- La organización y gerenciamiento del sistema.
- Planeamiento: la planificación entendida como el proceso de plantearse un objetivo y proveerse de los medios para alcanzarlo.
- Presupuesto y financiamiento.
- Infraestructura y servicios.
- Recursos humanos.
- Desarrollo y gestión.
- Desarrollo de salud comunitaria.
- Gestión de sistemas de información.

Gestionar en salud implica la identificación de los problemas más prevalentes y de mayor incidencia, a través de distintas metodologías, entre las que se citan los métodos de identificación como los gráficos de Ishikawa<sup>100</sup> (espina de pescado y árbol de decisión), y agrupar las causas utilizando los principios de Pareto<sup>101</sup> (el 20% de las causas son generadoras del 80% de los problemas). Al identificar los problemas, éstos pasan a ser parte integrante de la solución, para luego medir el desvío y controlarlo con el objeto de aplicar una mejora, que será evaluada mediante el uso y continuo monitoreo de indicadores de calidad. Se debe trabajar con enfoques creativos en la creación de indicadores prospectivos a partir de datos obtenidos en entrevistas. Estos indicadores deben ser oportunos, confiables, válidos, específicos y sensibles.

En nuestro país, existen empresas que brindan soluciones en materia de gestión hospitalaria. Éste es el caso de la empresa de alta tecnología G&L Group, por ejemplo, que ofrece la implementación de módulos de soluciones de informática médica y de reingeniería de procesos, entre otros. A continuación se exponen algunas de las características del mencionado servicio:<sup>102</sup>

---

<sup>99</sup> Ver Comunicación, p. 87 de la presente investigación.

<sup>100</sup> Ver Glosario.

<sup>101</sup> Ver Glosario.

<sup>102</sup> G&L Group, material de promoción. Sitio web [www.gylgroup.com](http://www.gylgroup.com).

I. El Sistema integrado de administración hospitalaria NOVAHISS, maneja integralmente la problemática hospitalaria en lo referente a atención, seguimiento y administración de pacientes internados y ambulatorios. Este sistema concentra en una sola historia clínica para cada paciente/cliente/usuario del servicio toda la información desde que realizó el primer contacto con la entidad de salud, incluyendo estudios, análisis, diagnósticos, medicamentos, etc. Los módulos que lo componen se listan a continuación:

- Información asistencial: En materia de archivos, admisión, urgencias, consultas externas, quirófano y enfermería.
- Información económico financiera: Para prestaciones, gestión de tarifas personales, facturación, caja y farmacia.
- Reposición de datos clínicos: Maneja las consultas externas, urgencias, quirófanos y enfermería.
- Optimización de la calidad: Utilizado en materia de urgencias, para evaluar los procedimientos y los resultados.

En materia de donaciones de órganos, G&L Group, ofrece un sistema integrado de donaciones y trasplantes, SIDT, que maneja información actualizada, la gestión diferenciada de donantes, receptores y tejidos; estudios completos en tiempo real; la trazabilidad de información de órganos, desde su ablación, hasta su implante o descarte; el seguimiento en el traslado de los órganos, y la gestión de múltiples listas de espera.

II. Los módulos independientes forman parte del sistema, pero pueden ser utilizados en forma aislada o asociados a cualquier otro sistema médico de gestión. Éstos son:

- Gestión de atención primaria: El sistema de atención primaria SIAP-WIN se encarga de la gestión de agendas y turnos, con agenda programable y barra visual de alertas; la gestión clínica y administrativa de historias clínicas, por paciente y orientadas a la visita, con sistema de ayuda al diagnóstico; la gestión administrativa y estadística; y el vademécum interactivo. Asimismo, realiza seguimiento de consultas.
- Gestión de anatomía patológica: El sistema de anatomía patológica PAT-WIN ofrece registro de estudio; libro de registros; gestión de biopsias, citologías y autopsias; gestión de estudios especiales, y de laboratorios; impresión de informes y rótulos; cierre de informes, estadísticas y herramientas.

- Gestión de laboratorios y radiología: A través del producto DELPHYN, se gestionan los pedidos, informes, resultados, facturación, estadísticas y la programación de los servicios.
- Gestión de farmacia hospitalaria: El sistema FARM permite una rigurosa información de cada fármaco, además de regularizar los inventarios, gestionar el movimiento entre centros de consumo y farmacia, la gestión de stock de botiquines, las órdenes médicas, devoluciones y reposiciones, los cierres de turno, la gestión de pacientes externos, y la gestión de proveedores.
- Gestión de quirófanos: NOVA quirófanos es el sistema de gestión que maneja listas de pacientes, prestaciones, diagnósticos, procedimientos, listas de intervenciones quirúrgicas, material utilizado y estadísticas. Además, gestiona las solicitudes de laboratorio, imagen y anatomía patológica.
- Gestión geriátrica: Mediante la utilización del sistema NOVAHISS, las funciones están vinculadas a la gestión del personal, ingresos, médico, psicólogo, farmacia, enfermería, asistencia social y facturación.

## IV.II.2. SERVICIOS DE SALUD

### IV.II.2.1. Introducción

Se considera servicio a todo acto o función que una parte puede ofrecer a otra, ya que es esencialmente intangible y no da como resultado ninguna propiedad. Su producción puede o no vincularse a un producto físico.<sup>103</sup>

Entre las características de los servicios se cuentan:

- Intangibilidad: Al contrario de los productos físicos tangibles, el paciente/cliente/usuario del servicio no puede ver el resultado antes de la compra. Es una interacción entre personas, donde se hace presente un uso intensivo del factor trabajo.
- Inseparabilidad: Dado que en general los servicios se producen y se consumen en el mismo momento, no puede separarse al servicio en sí de quien lo brinda, y el paciente/cliente/usuario del mismo interviene en el momento de la producción de éste.
- Caducidad / Imperdurabilidad: Los servicios no pueden ser almacenados y su valor existe solamente en el momento en que aparece un destinatario.
- Variabilidad: Puesto que dependen de quién los proporciona y de cuándo y dónde se proporcionan, en función a esta característica, la calidad de los servicios no es consistente.

### IV.II.2.2. Características

Algunos atributos son especiales y propios de los servicios sanitarios y no se dan en otras industrias de servicios:<sup>104</sup>

---

<sup>103</sup> Kotler, P.: "Dirección de la Mercadotecnia. Análisis, Planeación, Implementación y Control" Ed. Prentice Hall, Argentina, 1999, p. 511.

<sup>104</sup> Cuervo, J.; Varela, J.; y Belenes, R.: "Gestión de Hospitales", Ed. Vicens Vives, Barcelona, 1994, p. 176-178.

- Mejorar el estado de salud de la comunidad.
- Proporcionar asistencia hospitalaria con el máximo nivel de tecnología disponible.
- Procurar el desarrollo profesional de sus recursos humanos.
- Cumplir las directivas y procedimientos de las autoridades sanitarias.
- Fuerte presencia de regulación administrativa.
- Difícil predictibilidad de la necesidad individual.

Asimismo, se advierten algunos problemas comunes a los servicios sanitarios, que movilizan hacia un cambio tendiente a la búsqueda e implementación de acciones correctoras, y de modernización de los mismos. Estos problemas están directamente relacionados con las siguientes cuestiones:<sup>105</sup>

- Rápido crecimiento del gasto sanitario.
- Preocupación por la utilización innecesaria de los servicios sanitarios.
- Incremento de los costos unitarios.
- Insatisfacción de los pacientes/clientes/usuarios por la dilación en el acceso a la atención.
- Aumento de la magnitud de las listas de espera.
- Escasa coordinación entre niveles complementarios de la estructura asistencial.
- Situaciones de inequidad en la accesibilidad a los servicios sanitarios, y en la distribución de los recursos.

#### **IV.II.2.3. Objetivos**

Es fundamental el trabajo responsable en la consecución de los propósitos de los servicios sanitarios, teniendo en cuenta que el cumplimiento de los mismos redundará en la satisfacción de la sociedad con el sistema sanitario. En este sentido, cabe recordar los objetivos de dichos servicios:

---

<sup>105</sup> Cuervo, J.; Varela, J.; y Belenes, R.: Ob. Cit. Cap. 5.

- Equidad: En el acceso universal a la atención sanitaria, como en la disponibilidad efectiva de una atención idéntica para necesidades semejantes.
- Protección social: Debe asegurar no sólo el acceso universal a los servicios, con independencia de la capacidad de pago, sino también la correcta distribución y los efectos redistributivos de éstos.
- Eficiencia macro: Establecer una proporción suficiente para gasto sanitario, de la capacidad de generación de riqueza del país (Producto Bruto Interno, PBI)
- Eficiencia micro: Asegurar el mayor nivel posible de salud y satisfacción colectiva con los servicios sanitarios, para un nivel dado de gasto sanitario, asociado a la apropiada organización y estructura sanitarias.
- Libertad de elección: Los pacientes/clientes/usuarios deben poder elegir en el sector público y en el sector privado.
- Autonomía profesional responsable: Ésta debe compatibilizar la libertad clínica, con la consecución de los objetivos citados.<sup>106</sup>

---

<sup>106</sup> Cuervo, J.; Varela, J.; y Belenes, R.: Ob. Cit. Cap.1.

### IV.II.3.INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD<sup>107</sup>

#### IV.II.3.1. Introducción

Se torna indispensable, a efectos del presente trabajo, abordar los conceptos de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS), a fin de elaborar el diagnóstico de situación previo a la propuesta del programa de comunicación social en el sistema público de servicios de salud de la CABA.

A través de las estrategias “Salud Para Todos” (STP 1975-1990) y “Objetivos de Desarrollo del Milenio”<sup>108</sup>(ODM 1990-2015), promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se observa que desde el punto de vista macro, inherente a los servicios y a los sistemas de salud pública, la investigación de los factores que participan en la salud de las poblaciones ha cobrado protagonismo desde el compromiso político, y desde el compromiso personal de los profesionales bio-sanitarios.

Los desafíos de la salud pública se relacionan directamente con el contexto, los sistemas de salud, y con el estado de salud de la población:

- Contexto: Es fundamental tener en cuenta cambios demográficos que hayan ocurrido en el lugar, con particular énfasis en el envejecimiento de poblaciones y deterioro ambiental con sus consecuencias en salud.
- Sistemas de salud: La política, las estrategias, la conducción, la financiación, la provisión y la gestión de los mismos. El paciente/cliente/usuario exige la construcción de sistemas que sean eficaces, es decir, que sean capaces de producir salud, y generen satisfacción social.
- Estado de salud: Particularmente afectado por las distintas etapas de la progresión epidemiológica en la zona.

#### IV.II.3.2. Definición

La Asamblea Mundial de la Salud define a la ISSS como un proceso de obtención sistemática de conocimientos y tecnologías que pueden ser utilizadas para la mejora de la salud de individuos y de grupos.<sup>109</sup>

---

<sup>107</sup> Lemus, J.; Aragües y Oroz, V. y col.: “Investigación en Sistemas y Servicios de Salud” Ed. Corpus, Argentina, 2007, p.41-50.

<sup>108</sup> Organización de las Naciones Unidas (ONU) on line: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/> [F.C.: 28/11/2007].

<sup>109</sup> Definición de la 43ra Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra [1990].

La ISSS proporciona la información básica sobre el estado de salud y enfermedad de la población, a la vez que procura desarrollar instrumentos para la prevención, cura y alivio de los efectos causados por las enfermedades. También, se encarga de la planificación de enfoques efectivos para los servicios de salud individuales y comunitarios.

Cabe destacar que desde la adopción por la OMS de la estrategia SPT2000, con la formulación del enfoque de atención primaria de la salud para alcanzar ese objetivo, la ISSS cobró mayor protagonismo, basándose principalmente en la idea de la investigación orientada a la acción.

#### **IV.II.3.3. Características**

La ISSS posee características particulares<sup>110</sup> que remiten a la acción concreta, con un objetivo de transformación a nivel científico o a nivel instrumental. Además, incluye en la investigación la óptica y las experiencias de los directamente relacionados con la problemática en cuestión.

El objetivo de colaborar con la formación profesional, haciendo hincapié en la capacitación para la investigación, aunando recursos entre investigadores clásicos y trabajadores bio-sanitarios, es un atributo distintivo de la ISSS.

#### **IV.II.3.4. Campo de Acción**

La ISSS engloba un amplio espectro de actividades<sup>111</sup> que van desde la investigación básica, recolección de información estadística, desarrollo de investigación aplicada, tests piloto, y evaluación para el análisis de políticas y para la planificación a largo plazo.

La noción de campo científico implica la articulación de un conjunto de prácticas estructuradas de producción, difusión y utilización de conocimientos. Existen distintas categorías de estudio:

- Relaciones del servicio con el entorno social.
- Determinación de necesidades y demandas de salud de la población.

---

<sup>110</sup> Lemus, J.; Aragües y Oroz, V. y col.: Ob. Cit. p. 52-54.

<sup>111</sup> Lemus, J.; Aragües y Oroz, V. y col.: Ob. Cit. p. 55-58.



- Producción y distribución de recursos, estructura organizativa y componentes del sistema de salud.
- Estudio de la utilización de servicios, administración de los mismos, análisis económico y evaluación de programas.
- Participación de la comunidad.

La preocupación sustantiva de la ISSS es amplia y su idea es producir información orientada al cambio. Es por eso que es importante la participación en el proceso de investigación de todos los actores involucrados. Esto significa que la definición del problema a ser investigado, la realización del trabajo de campo y el análisis y discusión de los resultados, deben contar con la participación de los investigadores, los policy makers (aquellos que promueven y dan trascendencia a los trabajos de investigación), los gerentes, los prestadores de servicios y los financiadores, entre otros, dependiendo del caso. Dicha participación posibilita una mejor definición de los problemas a ser investigados, e induce al compromiso de aquellos no involucrados directamente en el área de investigación.

## IV.II.4. CALIDAD

### IV.II.4.1. Introducción

Otro de los atributos indispensables para la elaboración del programa de comunicación social en el sistema de prestadores públicos de servicios de salud de la CABA es la calidad. En este sentido, cobra fundamental importancia la orientación a la calidad en la atención al paciente/cliente/usuario de dichos servicios.

Con el objeto de desarrollar el concepto de calidad, es conveniente primero recordar a qué hace referencia este término. En la actualidad, calidad y servicio/producto no son conceptos distintos, sino que se requiere de alta calidad de servicio y alta calidad de producto. Sólo cuando se consideran como una cuestión única y compuesta es que se puede pensar sensatamente en la calidad como una ventaja competitiva.<sup>112</sup>

Para analizar el concepto de calidad percibida se debe remitir a los elementos que colaboran en la prestación de un servicio de calidad. Éstos se mencionan aquí abajo:

- I. Investigación: Se encarga de la obtención de datos para la realización de posteriores análisis. Para ello, se vale de dos tipos diferenciados: Investigar el mercado, que es la forma clásica, y la más moderna, que investiga a cada cliente en particular<sup>113</sup>, permitiendo conocer las necesidades, deseos y expectativas de los clientes reales y/o potenciales.
- II. Estrategia: Debe expresar la medida en que la empresa se organiza alrededor del cliente, lo que implica la subordinación de las tecnologías, las operaciones, los métodos y la estructura para este fin. La estrategia debe revisar la situación de todos estos elementos y modificarlos de acuerdo con las necesidades, deseos y expectativas de los clientes reales y/o potenciales.
- III. Capacitación: Involucra la comunicación de la estrategia organizacional desde la alta dirección a todos los niveles de la empresa. La capacitación mantiene y desarrolla el conocimiento colectivo, de forma que toda la institución comprenda las necesidades, deseos y expectativas de los clientes reales y/o potenciales.
- IV. Mejora de procesos: Es crítico saber cambiar y adquirir las capacidades de los procesos más avanzados que mejoren (aumenten) la calidad de productos y servicios. Esto hace referencia a la mejora continua de la calidad, que busca activamente formas de hacer que la organización funcione mejor. Para ello, es esencial examinar, cuestionar y revisar continuamente todos los procesos, procedimientos, políticas, reglas y métodos de trabajo.

---

<sup>112</sup> Ver Glosario.

<sup>113</sup> Ver Glosario.

- V. **Retroalimentación:** Este concepto implica la comprensión del poder que ofrece la información, e involucra los esfuerzos por conocer qué es lo que los clientes reales y/o potenciales desean y necesitan. Debe utilizarse para los clientes externos y para los clientes internos como una de las formas de lograr la calidad total.

A continuación se presentan los aspectos más relevantes sobre la materia.

#### **IV.II.4.2. Calidad en Salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Calidad de la Asistencia Sanitaria como “el acto de asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.<sup>114</sup>

En la definición de la OMS, pueden identificarse tres dimensiones implícitas, relacionadas con las distintas partes que componen el todo. Estas dimensiones son:

- I. Tecnológica, donde la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas, junto con otras ciencias de la salud, buscan maximizar los beneficios y minimizar los riesgos para el paciente/cliente/usuario.
- II. Interpersonal, que regula el equilibrio en la relación entre el equipo de salud y el paciente/cliente/usuario.
- III. Económica, para la mejora de la utilización racional de los recursos y el costo que genera la falta de calidad en la atención.

Los prestadores de servicios de salud, deben buscar la plena y consistente satisfacción del usuario de la prestación para el momento de verdad<sup>115</sup>, siendo éste, el momento en el que el paciente/cliente/usuario toma contacto con los procesos de la atención bio-sanitaria en salud.

---

<sup>114</sup> Definición de Calidad de la Asistencia Sanitaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

<sup>115</sup> Ver Glosario.

Para alcanzar el objetivo final de Salud para Todos y cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, plasmados en el ámbito nacional en las metas del Plan Federal en la CABA, en el menor tiempo posible y siguiendo las políticas sustantivas e instrumentales de salud, mediante la implementación y desarrollo de un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad, se debe tener en cuenta una multiplicidad de factores. Esto no debería entenderse como un planteo meramente retórico, sino como el camino hacia un cambio profundo en la comprensión y asunción de la propia identidad como sociedad, como punto de partida de nuevos análisis de situación con sus consiguientes planteamientos estratégicos.

El concepto de hospital como empresa de servicios trasciende al tipo de hospital concreto: público, privado, general, temático, clínica pequeña y gran hospital. Si bien en la actualidad las instituciones prestadoras de servicios de salud están incorporando conceptos de “calidad” y “servicios”, el problema para los hospitales tanto públicos como privados (muchos de cuyos clientes son aseguradoras), radica en poder definir si la búsqueda de la satisfacción del cliente interno y del cliente externo, puede asumirse sin que se produzca una escalada del gasto sanitario.<sup>116</sup>

De acuerdo con las afirmaciones vertidas precedentemente “calidad en servicios de salud” queda definida a partir de atributos como alto nivel de excelencia profesional, eficiente uso de los recursos, y mínimo de riesgo para el paciente, todo esto acompañado de un alto grado de satisfacción del paciente/cliente externo/usuario, con resultados finales en salud, más satisfacción del cliente interno.

#### **IV.II.4.3. Gestión de Calidad en Salud**

La adopción de un sistema de gestión de calidad debe ser una decisión estratégica. Dentro del conjunto de objetivos de la gestión de calidad aplicada a los servicios de salud existe la necesidad de mejorar la accesibilidad, mejorar la admisión, agilizar las altas, garantizar el nivel de calidad asistencial y optimizar la utilización de los diferentes recursos y servicios. Otros objetivos no menos importantes se relacionan con motivar a los profesionales y al resto de los empleados, generar proyectos de mejora continua en aspectos sanitarios y asistenciales, y generar procesos de evaluación permanente de calidad y de cumplimiento de los objetivos. Todos los objetivos deben estar focalizados en la satisfacción del paciente/cliente/usuario y deben ser verificables, precisos y realizables (para que sean precisos deben ser cuantitativos y para ser verificables deben ser cualitativos).

Existen diversos principios de la gestión de calidad en salud, que por lógicos que parezcan, muchas veces no se cumplen a la hora de implementar calidad en un sistema asistencial sanitario. Dichos principios son:

---

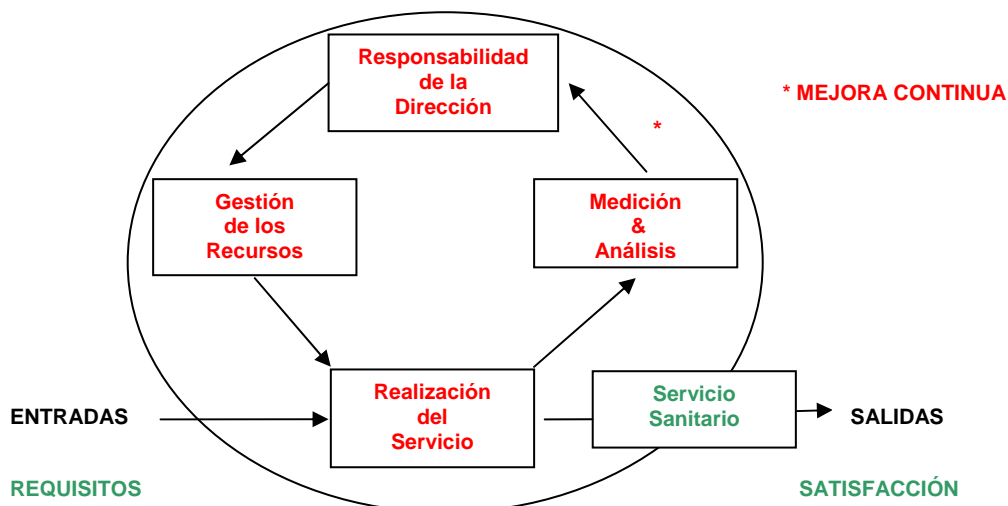
<sup>116</sup> Iglesias, A.: “Gestión de Calidad en Salud”, Trabajo Final para la Cátedra del Dr. Schiavone Administración de Instituciones de Salud, del Master en Administración de Servicios de Salud, UCES, Buenos Aires, 2006, p.7.

- Quienes ejecutan las tareas son las personas que más conocen los detalles intrínsecos de las mismas y las mejoras que hay que producir.
- Todo miembro de un staff quiere trabajar y que lo dejen participar, en términos de tomar decisiones y de obtener mayor confianza.
- Los sistemas o procesos que se diagraman deben tener en cuenta cada contexto en particular.
- La salud es una disciplina de medios, no de resultados; no se puede asegurar el resultado ya que cada persona es diferente.
- El mejoramiento de la calidad incluye a todos y a todo, todo puede mejorar.
- Cumplir con la educación y capacitación de los empleados.
- Ubicar al ser humano como centro del enfoque (enfoque humanístico), no adoptar una visión comercial.
- No se pueden mejorar los costos basándose en la reducción de la calidad.

Para que una institución funcione de manera eficaz debe identificar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una actividad que utiliza recursos y que gestiona para que los elementos de entrada se transformen en resultados, se considera un proceso. La aplicación de un sistema de procesos se denomina “enfoque basado en procesos”. Una ventaja de este tipo de enfoque es el control continuo que hace sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción.

El gráfico de la siguiente página, sobre un modelo de sistema de gestión de calidad en salud basada en procesos, ilustra los vínculos entre los mismos. Se observa que los pacientes/clientes/usuarios de los servicios sanitarios son los que definen los requisitos como elementos de entrada, y la medición y el análisis contribuyen a la mejora continua de la gestión de calidad:

## MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD BASADO EN PROCESOS



**Gráfico N° 1: Modelo de gestión de calidad en salud basado en procesos.**

Fuente: Elaboración propia, adaptación del enfoque de gestión por procesos a los servicios sanitarios, 2007.

La gestión de calidad en salud adquiere cada vez más protagonismo debido a la importancia de la calidad como valor estratégico fundamental, la gestión por procesos y el papel primordial de los profesionales, que son los verdaderos agentes del cambio.

El nuevo paradigma de gestión hospitalaria con planteamientos ligados al concepto de hospital empresa de servicios<sup>117</sup>, otorga un lugar preponderante al paciente/cliente/usuario, en el que su percepción de calidad tiene un valor superior al costo del servicio y su satisfacción es el objetivo de la gestión.

La aplicación de nuevas tendencias es fundamental. Enlazar lo que ocurre en las instituciones con lo que ocurre con las personas es todo un desafío: hasta hace unos años las instituciones médicas eran concebidas como “lugar de trabajo médico”, y en la actualidad son vistas como “empresas prestadoras de servicios de salud”.

<sup>117</sup>Temes, J.: “Gestión Hospitalaria”, Mc Graw Hill, 3ª Edición, Madrid, España, 2002. Cap. 3.

La CABA posee un Programa de Gestión de Calidad en Salud<sup>118</sup>, cuyo principal objetivo es incorporar la gestión de calidad en la administración de los hospitales e instituciones dependientes del Ministerio de Salud de la ciudad. Este programa introduce los conceptos de equidad y accesibilidad como componentes necesarios de una buena calidad de atención, involucrando la responsabilidad social del sistema de salud y sus integrantes.

El enfoque centrado en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes/clientes/usuarios, la mejora continua de los servicios asistenciales, la participación de todos los miembros del equipo de salud, y las redes sociales, son algunos de los temas que trata este programa, en un intento por promover cambios que permitan mejorar el sistema público de salud.

#### **IV.II.4.4. Control de Calidad en Salud**

El control de la calidad comprende técnicas y actividades operativas que junto con el sistema de garantía de calidad, miden la calidad real, es decir, comparada con la calidad standard de cuidado, y a partir de eso establecen el desvío y las acciones correctivas.

Para medir el desempeño de la calidad se utilizan indicadores. Éstos son la expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una institución, organización, departamento, área, etc. cuya magnitud al ser comparada con el nivel de referencia, señala una desviación sobre la que se tomarán las acciones correctivas o preventivas, según sea la necesidad. En el diseño de los indicadores es importante tener en cuenta la definición de los mismos, el objetivo, la responsabilidad del área, el punto de vista, la periodicidad, el sistema de procesamiento y las consideraciones de gestión<sup>119</sup>. Los niveles de referencia pueden ser:

- Históricos, para ver la variación en el tiempo.
- Standard, representan el mejor valor del status quo.
- Teóricos, como referencia de capacidades de equipos.
- Los requerimientos de pacientes/clientes/usuarios señalan pautas de mejora inmediata.

---

<sup>118</sup> GCABA on line: [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/gestión/objetivos.php?menu\\_id=11035](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/gestión/objetivos.php?menu_id=11035) [F.C.:23/11/2007].

<sup>119</sup> UCES, Maestría en Administración de Servicios de Salud, Buenos Aires, 2006, apunte de Cátedra del Dr. Schiavone Administración de Instituciones de Salud: D'Elia, G. "Cómo hacer indicadores de calidad y productividad en la empresa" Ed. Alsina, Argentina, 1999, p.14-20.

- Competencia, comparando con los niveles propios obtenidos.
- Planificados, para verificar si hay desviaciones y realizar correcciones.
- Por técnicas de consenso, para obtener en forma rápida patrones iniciales.

Los atributos del servicio de atención en salud deben ser validados por el paciente/cliente/usuario, para luego evaluar su grado de satisfacción y realizar las mejoras pertinentes. En este sentido, se deben diseñar instrumentos de medición y recolección de información que permitan conocer la percepción de éste y sus necesidades y expectativas a fin de considerarlas en el diseño del servicio. Para ello, los pasos a seguir deben contemplar el establecimiento y validación de las características del servicio valoradas por el paciente/cliente/usuario; la ponderación de dichas características, con la definición de la escala con la que el atributo será valorado; la asignación de un valor numérico a cada nivel de satisfacción, para cuantificar con un solo indicador el grado de satisfacción; y la recolección y procesamiento de la información obtenida, con el objeto de realizar la mejora en el servicio.

Así como en la antigüedad el control de la calidad dependía de la inspección del paciente/cliente/usuario en el momento mismo de la prestación del servicio, en la actualidad, esta disciplina cuenta con herramientas que permiten la evaluación de la calidad de la atención en salud:

I. Guías de Atención y/o Protocolos: Determinan qué hacer en la atención en función al diagnóstico y síntomas hasta el tratamiento, considerando los exámenes auxiliares que deban ser practicados y en qué condiciones, y si fuera necesaria la internación. Al hacer la evaluación se determina si el paciente/cliente/usuario fue atendido siguiendo los criterios sugeridos en el protocolo.

II. Auditoría Médica Permanente: Asegura la calidad de la atención a través de la coordinación con los bio-profesionales para la realización de las mejoras en la práctica médica.

III. Encuestas a Pacientes y Focus Group: Son entrevistas a grupos de pacientes/clientes/usuarios de los servicios sanitarios, seleccionados en forma aleatoria, que sirven para medir el grado de satisfacción de cada una de las áreas, poniendo especial énfasis en la atención médica, la comunicación, la empatía y la cordialidad en la interacción con el grupo de salud.

Los métodos de control de calidad que se utilizan en la asistencia sanitaria tienen distintas orientaciones: hacia los procedimientos, hacia los objetivos, hacia los problemas, y sistemáticos, todos ellos tendientes a satisfacer los requisitos relativos de calidad desde perspectivas diferentes.



#### **IV.II.4.5. Aseguramiento de la Calidad en Salud**

El aseguramiento de la calidad en salud, asegura niveles adecuados de calidad en la prestación de los servicios sanitarios. Entre sus instrumentos, se destacan los círculos de calidad, que son intervenciones institucionales y organizacionales tendientes a incrementar la productividad y la calidad de sus servicios, mediante la participación directa de los involucrados en la prestación de los mismos. Dicha participación deriva en sugerencias útiles que permiten mejorar los métodos de trabajo y control de la calidad, involucrando al grupo de salud en la implementación de los cambios que deban hacerse.

Este enfoque permite que los empleados solucionen en forma organizada sus propios problemas de trabajo. A continuación se listan las características más relevantes de los círculos de calidad:

- I. Están compuestos por más de cuatro y menos de diez integrantes voluntarios, que se reúnen una hora por semana durante la jornada laboral a fin de identificar los problemas, analizarlos y solucionarlos, para luego presentar el informe a la gerencia.
- II. Participación voluntaria en todos los niveles de la organización. Los empleados participan para solucionar los inconvenientes que los afectan en el trabajo, promoviendo que cada uno se haga responsable por su propia área.
- III. Organización para solucionar los problemas, estableciendo categorías según su importancia. Se capacita y entrena sobre la forma de solucionar problemas en forma sistemática y para trabajar juntos en grupo y con efectividad.
- IV. El entrenamiento es una parte del concepto, proporcionando a los miembros herramientas para llevar a cabo el trabajo. El equipo coordinador de la gerencia de calidad capacita a los miembros del círculo en el uso de herramientas de análisis, programación, monitoreo y evaluación de la actividad.
- V. La tarea comienza con la selección de los problemas a resolver; luego se define la situación actual y se analiza el problema a partir de datos e información necesaria para esbozar alternativas de solución, que serán consensuadas; después se determina el plan de acción, se presenta el plan de implementación, y se ejecuta el plan con la consiguiente evaluación de resultados, los que tendrán un constante seguimiento para mantener el efecto de la mejora.

Los objetivos generales de los círculos de calidad están relacionados con la participación del personal, el desarrollo de los empleados y la generación de beneficios tangibles. Es importante destacar que estos círculos no sustituyen en ninguna medida al control de la calidad.

#### IV.II.4.6. Garantía de Calidad en Salud

En la actualidad algunas áreas influyen sobre los programas de gestión de calidad. El método científico tradicional es utilizado por los profesionales de la salud, con actividades de garantía y control de calidad definida a través de modelos que surgieron en la industria, como la gestión de Calidad Total, o el Mejoramiento Continuo de Calidad. La premisa básica de la Garantía de Calidad es que todo es un proceso o una serie de pasos, y el objetivo es analizarlos. Es por ello que para Garantía de Calidad es importante para medir el verdadero rendimiento o nivel individual y de sistema.

Nuestro país cuenta con un Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, a través del cual el estado asume el rol de rector del sector y garante de la adecuada respuesta a la demanda de la población.<sup>120</sup> Los servicios ofrecidos por el sector de la salud deben tener un alto nivel técnico y científico, fundamentado en principios éticos, que permitan satisfacer de forma permanente a la sociedad y le garantice confiabilidad, seguridad y eficacia. En este contexto, los standards mínimos de cuidado adquieren la forma y nombre de Normas.

La familia de normas ISO 9000 es un conjunto de normas internacionales y guías de calidad de uso sencillo, de lenguaje claro y comprensible y de reconocido prestigio, que constituye el marco de referencia para el diseño e implantación de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC). El SGC basado en ISO 9000, es genérico por naturaleza y aplicable a todas las empresas, independientemente de su tipo y tamaño. Estas normas son revisadas periódicamente por la Organización Internacional de Normalización (ISO).

La familia de normas ISO 9000 más actual, versión del año 2000, está constituida por tres normas básicas, complementadas con un reducido número de documentos (guías, informes técnicos y especificaciones técnicas). Su principal objetivo es relacionar la gestión moderna de la calidad con los procesos y actividades de la organización, y promover la mejoría continua y la satisfacción del cliente. Las normas básicas son:

- I. ISO 9000-2000: Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario.
- II. ISO 9001-2000: Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.
- III. ISO 9004-2000: Sistemas de gestión de calidad. Directrices para mejorar el desempeño.

---

<sup>120</sup> Ministerio de Salud de la Nación on line: <http://www.msal.gov.ar/hm/Site/pngcam/intro.html> [F.C.:12/06/2008].

La norma ISO 9001:2000 presenta dificultades para su interpretación, por ser genérica y aplicable a organizaciones de todo tipo y sector. Se advierten ejemplos de esto en organizaciones del sector salud, donde conceptos clave para un sistema de calidad, tales como cliente, producto, procesos, producto no conforme o mejora continua, constituyen frecuentemente motivo de enfoques conflictivos, que se presentan dificultando o demorando la implementación de estos sistemas.

En este sentido, la norma IRAM 30200 constituye una valiosa herramienta de ayuda para la implementación y mejora de los SGC en organizaciones de salud. Este documento está destinado a organizaciones que brindan servicios de salud en el ámbito de la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, tales como instituciones sanitarias (clínicas, hospitales, centros médicos, sanatorios); centros de atención primaria o dispensarios; servicios de diagnóstico o tratamiento dentro o fuera de un sanatorio, un hospital o una clínica (cirugía cardiovascular, enfermería, diagnóstico por imágenes, análisis clínicos, anatomía patológica); servicios de emergencias médicas; servicios de internación domiciliaria; consultorios privados de profesionales de la salud; organizaciones que prestan servicios preventivos a la comunidad (campañas de vacunación).

Es importante destacar que la norma IRAM 30200 no está destinada a ser utilizada con fines de certificación. Algunos temas clave de la norma son el cliente, el producto y el proceso:

- El paciente es el cliente clave: El término cliente también puede aplicarse a los familiares o responsables legales del paciente; a las organizaciones que contratan la provisión de servicios de salud (obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, compañías de seguros, aseguradoras de riesgo de trabajo); y a otro profesional de la salud (médico-derivante o de cabecera).
- El producto de todo proceso de cuidado de la salud es el resultado del conjunto de actividades (experiencia, recursos y conocimientos) que se orientan a satisfacer los requisitos de los pacientes/clientes/usuarios, relativos a prevención de enfermedades, mantenimiento o restauración de la salud y paliativo o retraso de los efectos de una enfermedad.

#### **IV.II.4.7. Valor en Salud**

Se considera valor en salud al resultado de la diferencia entre la calidad percibida por el paciente/cliente/usuario del servicio sanitario, y sus propias expectativas de servicio. Esto significa que el valor sólo se hará presente si el paciente/cliente/usuario percibe calidad en el servicio de la institución de salud, comparada con sus propias expectativas de servicio. Es por ello que éste es un agente crítico a la hora de la satisfacción en la prestación de la atención médica en salud pública.

El concepto de creación de valor se relaciona tanto con agregar elementos considerados de valor (positivos) como la eliminación de aquellos que son considerados negativos<sup>121</sup> por el paciente/cliente/usuario. Ejemplos de éstos últimos son la falta de limpieza, la mala atención de los profesionales y las largas esperas para ser atendidos, por citar algunos.

Los desafíos de la salud pública están vinculados al contexto, los sistemas de salud, y al estado de salud de la población. Según el contexto, será fundamental tener en cuenta los cambios demográficos que han ocurrido en el lugar, con particular énfasis en el envejecimiento de las poblaciones y el deterioro ambiental, con sus consecuencias en la salud. El público exige la construcción de sistemas de salud que sean eficaces, capaces de producir salud, y que generen satisfacción social a través de la organización, la política, las estrategias, la conducción, la financiación, la provisión, y la gestión de los mismos. El estado de salud, será consecuencia de las distintas etapas de la progresión epidemiológica en la zona.

#### **IV.II.4.8. Satisfacción en Salud**

Dentro del citado Programa Nacional de Garantía de Calidad en Salud Pública, se destaca el concepto de satisfacción en salud. La percepción del valor conduce a la satisfacción del paciente/cliente/usuario. Cuanto más se asemeje lo percibido a sus expectativas, mayor será la satisfacción, y cuanto más se aleje lo que recibe de lo que espera recibir, ésta será menor.

La demanda de mejores servicios está creciendo, y las expectativas se organizan en función a ciertas variables, de acuerdo con la encuesta realizada para el presente trabajo:<sup>122</sup>

- **Tiempo:** Resolver los temas de salud de manera rápida y conveniente.
- **Accesibilidad:** Tener acceso a la más amplia gama de servicios de salud, y poder elegir el que mejor se ajusta a las preferencias y necesidades, las que pueden cambiar según distintos factores, como la ubicación en el momento de la necesidad del servicio, por ejemplo.
- **Personalización:** Los pacientes/clientes/usuarios de los servicios públicos de salud esperan tratamiento individualizado (por parte de los profesionales y no profesionales de la salud) y que sea en forma personal, de ser posible.
- **Información:** Que la información recibida les asegure que la decisión en cuanto a atención médica será la correcta.

---

<sup>121</sup> Barnes, J.: "Secrets of Customer Relationship Management" Ed. Mc Graw Hill, Estados Unidos, 2001, Cap.1.

<sup>122</sup> Ver Resultados del procesamiento de encuestas, p.157 de la presente investigación.

El gran desafío que enfrentan los prestadores de servicios públicos médico-asistenciales es lograr destacarse en las mencionadas variables, a fin de satisfacer las demandas de los pacientes/clientes/usuarios. Debe tenerse presente que esto ocurre dentro de un marco competitivo, por lo que debe brindarse un servicio elaborado y organizado sobre la base de los mejores procesos de servicio. Para ello, se puede tomar como referencia a quienes ofrecen mayor satisfacción, usando la técnica de Benchmarking:

- I. Comparando nuestros servicios con los servicios asistenciales privados, sobre todo en temas relacionados con niveles de atención, sus procesos e infraestructura.
- II. Tomar conciencia de los procesos que otras organizaciones de otros sectores industriales, públicos y comerciales, elaboran mejor y peor.
- III. Comparar la institución de salud pública de nuestro país con instituciones públicas del mismo sector en el ámbito mundial que gozan de un fuerte reconocimiento de los pacientes/clientes/usuarios.

Asegurar la satisfacción en salud del paciente/cliente/usuario es el mayor movimiento estratégico que se debe poner en funcionamiento, a fin de garantizar la retroalimentación del sistema de prestadores públicos. En este sentido, algunas cuestiones son relevantes:

- Servicio de atención del personal médico y del personal no médico.
- Plantel de profesionales y no profesionales calificados.
- Control y garantía de calidad en los servicios.
- Adquisición de nuevas tecnologías.
- Desarrollo y capacitación de recursos humanos.
- Desarrollo de nuevos servicios.
- Visión de largo plazo.
- Mejora en el desempeño institucional/organizacional.
- Programa de Comunicación Social sustentado en “Nuevas Estrategias Comunicacionales.”<sup>123</sup>

---

<sup>123</sup> Ver Programa “CABA SALUD”, de elaboración propia, p. 112 de la presente investigación.

Es fundamental poseer un sistema de evaluación de atención y de satisfacción<sup>124</sup> de los pacientes/clientes/usuarios de los servicios. Para ello, es crítico llevar un registro de quejas y reclamos que incluya datos como el nombre del paciente; de la persona que recibió la queja; fecha y hora; naturaleza del reclamo; grado de aceptación del paciente/cliente/usuario a la respuesta recibida; información en cuanto a si el problema fue resuelto en forma inmediata o en caso contrario, en qué fecha y hora fue prometida la resolución; y medidas que se tomaron para instrumentarla y evitar la repetición, entre otros.

Consecuentemente, se observará que cuanto más alto sea el nivel de satisfacción, menor será la rotación (migración de los pacientes hacia otras instituciones de salud, o en el mejor de los casos, cambio de profesional dentro del mismo hospital o centro de salud), y mayor será la reducción de costos directos e indirectos.

---

<sup>124</sup> Concepto extraído de la exposición del Dr. Lemus ante la Cámara de Diputados en el análisis del Presupuesto 2008, Buenos Aires, 2007.

## **IV.II.5. COMUNICACIÓN**

### **IV.II.5.1. Introducción**

A fin de lograr una mejor comprensión respecto del programa de comunicación social en el sistema público de servicios de salud, "CABA SALUD", es fundamental dar cuenta sobre los conceptos de comunicación que se exponen a continuación.

### **IV.II.5.2. Proceso de Comunicación**

La comunicación supone un intercambio de señales entre un emisor y un receptor, y un sistema de codificación y decodificación que permita expresar e interpretar el mensaje y responder en consecuencia. En el proceso de la comunicación se identifican ciertos elementos que resultan críticos:

- I. Emisor: Origina la comunicación; puede ser un individuo o una organización.
- II. Codificación: Proceso por el cual las ideas se transforman en símbolos, sonidos, lenguaje, etc.
- III. Mensaje: Conjunto de símbolos transmitidos por el emisor.
- IV. Medios: Canales a través de los cuales el mensaje es transportado del emisor al receptor.
- V. Decodificación: Proceso por el cual el receptor otorga una significación a los símbolos transmitidos por el emisor.
- VI. Receptor de la comunicación: Es a quien está dirigido el mensaje.
- VII. Respuesta: Conjunto de reacciones del receptor a la exposición del mensaje.
- VIII. Retroalimentación: Parte de la respuesta del receptor que es comunicada al emisor.

Resulta fundamental que el emisor determine con precisión el público objetivo que desea alcanzar y el tipo de respuesta que quiere obtener. Esto deberá hacerlo basándose en los objetivos globales de la comunicación, que coincidirán con los del plan de marketing.

En el proceso de comunicación se distinguen tres niveles bien diferenciados de la eficacia comunicativa, que corresponden a los tres niveles de respuesta. Éstos son el nivel cognitivo, el nivel afectivo, y el nivel comportamental, y se comentan a continuación:

- I. Eficacia perceptiva: Pone de manifiesto la capacidad de un anuncio para atravesar el muro de la indiferencia o de defensa perceptual del público.
- II. Eficacia a nivel psicológico actitudinal: Sugiere la respuesta afectiva y el impacto del mensaje percibido sobre la actitud respecto del tema.
- III. Cambio comportamental: Indica que la comunicación ha sido efectiva y que el público objetivo expuesto a ella ha accedido a un cambio gracias a la comunicación/información recibida.

La intención de cambio actitudinal no se expresará más que donde realmente exista un estado de carencia, es decir, dónde se sienta la necesidad. Las personas tienen necesidades y deseos de diferente orden: mientras que la necesidad es definida como un estado de carencia o privación, el deseo es la expresión individual y activa de esa necesidad que intenta ser satisfecha.<sup>125</sup> Es por ello que puede afirmarse que las necesidades y las intenciones están estrechamente vinculadas.

#### **IV.II.5.3. Medios de Comunicación**

La comunicación en el sector salud incluye acciones que pueden desglosarse en cinco grupos:

- I. Publicidad (anuncios pagados): Es una comunicación de masas, pagada, unilateral, emanada de un anunciador presentado como tal.
- II. Personal de ventas (los vendedores): la fuerza de ventas es “a medida” con el fin de lograr una acción inmediata de compra.
- III. Promoción de ventas (descuentos y otros): Se utiliza con el objeto de reforzar temporariamente la acción de la publicidad o de la fuerza de ventas y fomentar la actitud positiva hacia servicio específico.
- IV. Publicidad no pagada: Información sobre el hospital que aparece en la prensa.
- V. Relaciones públicas: Establecen un clima psicológico de comprensión y de confianza mutua entre una organización y el público.

---

<sup>125</sup> Cuervo, J.; Varela, J.; y Belenes, R.: Ob.Cit. p. 176.



A los medios de comunicación mencionados, se suman la comunicación directa, las ferias, las exposiciones, los correos electrónicos (e-mails), la venta telefónica (telemarketing), y las ventas por catálogo, entre otros.

En líneas generales, los medios de comunicación son complementarios: Lo importante es saber cómo repartir mejor el presupuesto para comunicación entre las distintas posibilidades, a fin de lograr respuestas positivas como preferencia y aceptación, entre otras, considerando los objetivos de la comunicación.

#### **IV.II.5.4. Planificación de la Comunicación en Salud<sup>126</sup>**

En el sector salud, la estrategia de comunicación requiere de dos decisiones principales: El público objetivo y la respuesta buscada en dicho público, de acuerdo con su conocimiento del servicio y su nivel de maduración de la decisión para elegirlo.

Por su contenido, los mensajes pueden ser racionales, presentando los beneficios del servicio en términos de calidad, economía, rapidez, limpieza; emocionales, suscitando simpatía, miedo, humor; psicosociales, asociando la elección del servicio con estilos de vida o pertenencia a alguna clase social; y/o morales, en los casos en que hablan de donación de órganos, sangre, etc.

Un mensaje efectivo se vale del modelo "AIDA", captando la Atención, manteniendo el Interés, despertando el Deseo, y logrando la Acción. Para ello, debe contener ciertos componentes fundamentales: interés, mostrando cosas que hagan deseable el producto/servicio; exclusividad, informando diferente de cómo lo hacen los competidores; y credibilidad.

La elección de la fuente (el emisor), una vez elegidos los canales de comunicación más eficientes, es fundamental. Es ideal presentar personalidades respetables y de gran influencia de la esfera local dando testimonio sobre los servicios de salud ofrecidos por la institución de salud pública. Los factores que proporcionan interés y credibilidad a la fuente son la simpatía, la confianza (honradez, independencia) y la experiencia (personal o por la condición de experto).

Para concluir, se debe investigar el efecto de la comunicación sobre el público objetivo en términos de recordación, opinión, actitud, modificación de la conducta, cambio de costumbres o recomendación a otra persona.

---

<sup>126</sup> Cuervo, J.; Varela, J.; y Belenes, R.: Ob. Cit. p. 211.

#### IV.II.5.5. Gestión de la Comunicación en Salud

La planificación de la comunicación incluye decisiones de gestión de presupuesto (cuánto dedicar a cada esfuerzo), de los instrumentos a utilizar (cómo dividir el presupuesto en el mix de comunicación), y de organización (delegar y responsabilizar correctamente).

Cualquiera sea la orientación que se le de a los esfuerzos en la administración de las relaciones con los pacientes/clientes/usuarios, definir el camino correcto para comunicarse con cada uno de manera específica bajo diferentes circunstancias es gran parte del desafío. Para lograrlo, es de gran utilidad valerse de la segmentación<sup>127</sup> para definir distintos tipos de segmentos con características similares en cuanto a demanda de servicios sanitarios. En este sentido, no se debe esperar que los programas informáticos resuelvan este tema: más allá de tener las herramientas incorporadas para hacerlo, es necesaria una investigación exhaustiva para definir los atributos del segmento y alinearlos con las estrategias de la institución de salud.

Para algunos autores, en el mundo de los servicios, la imagen tiene un efecto globalizador para los consumidores y es muy difícil de modificar, porque actúa sobre todos los servicios que la organización proporciona. La imagen es el conjunto de creencias e impresiones favorables y desfavorables que tiene sobre la institución de salud el paciente/cliente/usuario. En primera instancia, una buena imagen facilita un crédito que perdona o limita (durante un tiempo) las impresiones y a veces las experiencias insatisfactorias; y a la inversa, una mala imagen contamina las impresiones y creencias sobre cualquier servicio. Además, no existe peor mezcla que un elevado conocimiento de marca y una imagen desfavorable; cada mala noticia multiplica la mala imagen y destroza los esfuerzos de mejora.<sup>128</sup>

La imagen es uno de los factores más poderosos de diferenciación y posee una triple dimensión en función a los tres distintos tipos de público que la organización de salud tiene:<sup>129</sup>

- I. Corporativa: Elaborada desde la alta dirección y con fines institucionales, tiene carácter de inversión, constituyendo unpreciado activo.
- II. De mercado: Delineada por los objetivos de marketing hacia el mercado, utiliza para su comunicación los productos y/o servicios, el personal, los isologos, el edificio, los gestos cotidianos, los silencios y la falta de reacción ante estímulos, entre otros.
- III. Interna: Se vale de la cultura organizacional, los isologos, el edificio, las actitudes cotidianas, y la estimulación o motivación, entre otros, para influenciar sobre el cliente interno (público objetivo).

---

<sup>127</sup> Ver Glosario

<sup>128</sup> Cuervo, J.; Varela, J.; y Belenes, R.: Ob. Cit. p. 209.

<sup>129</sup> Frare, B. "Imagen" Cátedra de Gerenciamiento Estratégico y Marketing en Salud, Maestría en Administración de Servicios de Salud, UCES, Buenos Aires, 2007, p.7-16.

La estrategia de comunicación de los servicios públicos de salud se establece en dos niveles claramente diferenciados:

- I. Comunicación institucional: Nivel de imagen genérica de toda la institución.
- II. Comunicación de servicios: Oferta de servicios concretos en función de los mercados a que se dirija.

La comunicación institucional pretende un reconocimiento de nombre que refuerce y brinde continuidad a las actuaciones de la organización de salud. Aquello que los pacientes/clientes/usuarios reconocen en la entidad de servicios sanitarios es el posicionamiento<sup>130</sup> de la misma, que constituye un concepto clave en la estrategia de comunicación. Éste será competitivo sobre la base de una combinación de políticas (mix de marketing), fundado en hacer lo que otros no hacen, hacerlo mejor, o hacerlo más económico.

La comunicación es el instrumento básico de gestión de la personalidad pública de la entidad. La identidad corporativa es su esencia, constituyendo el punto en el que convergen la historia de la organización, su cultura y su proyecto institucional. Es importante mencionar que en la actualidad las diferencias en los servicios de salud no se relacionan con la superioridad tecnológica, ni con la superioridad clínica, sino con los procesos: Por las características del servicio sanitario, todo comunica, y el público forma sus percepciones a lo largo de todo el proceso de servicio, y en los contactos institucionales y personales que recibe.

---

<sup>130</sup> Ver Glosario.

## **IV.II.6. GERENCIAMIENTO DE LA RELACIÓN CON EL CLIENTE**

### **IV.II.6.1. Introducción<sup>131</sup>**

En un marco globalizado y competitivo, las relaciones entre las organizaciones y los clientes sufren importantes cambios, impulsados por las fuerzas que producen el avance tecnológico y el cambio en la figura del cliente. La tendencia actual en las organizaciones es el desarrollo de medidas tendientes a la retención de su cartera de clientes, que les aseguren el aumento de sus posibilidades de sobrevivir. El objetivo buscado es poder desarrollar la capacidad de crear relaciones leales y duraderas con los clientes. Dicha capacidad se debe desarrollar de manera sustentable, dado que los clientes son el crecimiento de los negocios y quienes los mantienen en existencia.

Lograr una comunicación institucional de alta calidad y efectiva es lo que las empresas persiguen. Muchas depositaron sus esperanzas en la utilización de sistemas informáticos de Gerenciamiento de la Relación con el Cliente, en inglés Customer Relationship Management (CRM), pero la utilización de dichas soluciones orientadas por una estrategia requiere de un análisis más profundo y que involucre a toda la organización. Para tal fin, se necesita una nueva forma de administrar las relaciones con los clientes.

El nuevo paradigma del marketing se ve reflejado principalmente en la atención y en la relación con el cliente. Se trabaja en forma conjunta con los clientes a fin de establecer asociaciones que vayan más allá de los intercambios tradicionales, para transformarse en una parte integral de toda la empresa. Este nuevo tipo de relación, conocida como marketing relacional tiene las siguientes características:

- I. La comunicación se da mediante el marketing de base de datos, por ser ésta la herramienta fundamental de que se vale.
- II. La distribución está caracterizada por las asociaciones entre los canales y las empresas, mediante alianzas estratégicas en las que se comparten las bases de datos y los procedimientos de fabricantes y distribuidores.
- III. El marketing de servicios ha cobrado importancia en el ámbito de la satisfacción del cliente, buscando frecuencia y calidad en los contactos, dando como consecuencia un fuerte impacto sobre la lealtad.
- IV. En productos y servicios industriales o de alta tecnología, el marketing relacional ha favorecido las asociaciones entre las empresas que intervienen en los distintos procesos de desarrollo de nuevos productos, y en la mejora conjunta de servicios y productos ya existentes.

---

<sup>131</sup> Brunero Blanco, J.; Iglesias, A.: "Estrategia Integrada de CRM", Trabajo Final de Carrera presentado como Tesina de la Licenciatura en Comercialización, UCES, Buenos Aires, 2003, Cap.4.

A mediados de la década de 1980, el mercado de los canales de comunicación directa con los clientes comenzó a crecer en forma rápida. Dentro de una generación de operaciones, se incorporaron caminos más modernos y económicos para llegar al mercado, como el correo y el teléfono. Dichos cambios involucraron la toma de decisión por parte de las organizaciones entre elegir la implementación de los mismos, junto con sus antiguas vías de comunicación, o desecharla. Este dilema se plantea nuevamente en la actualidad con la utilización de formas de comunicación más novedosas que procuran mejorar el sistema de comunicación de las organizaciones. Ejemplos de esto son: El centro de contacto, la respuesta de voz integrada (en inglés integrated voice response "IVR"), el correo electrónico (en inglés "e-mail"), e internet.

Cabe destacar, que en el ámbito mundial existen determinadas fuerzas que colaboran en la creación de un nuevo y cambiante entorno de negocios, que derivan principalmente de dos poderosos agentes de cambio:

- I. Desarrollos tecnológicos: En el área de las comunicaciones, los desarrollos tecnológicos permiten la creación de una red de socios, clientes y organizaciones que interactúan de manera más rápida y eficiente: El cambio más sustancial fue la aparición de Internet, que promovió el desarrollo de herramientas informáticas de recolección de datos más rápidas que los anteriores métodos. El impacto puede apreciarse principalmente en el aumento de la velocidad en los ciclos de la comunicación institucional, y en el mayor número de momentos de verdad. Algunas de las herramientas que vieron la luz en los últimos años se listan a continuación:
  - Sistemas de manejo del conocimiento.
  - Bases de datos (basados o no en Internet).
  - Computadoras personales.
  - Centrales telefónicas (expansión de las mismas) en casi todos los niveles de la organización.
  - Telefonía celular.
  - Comercio virtual (en inglés "E-commerce").
  
- II. Personas: En forma conjunta con los desarrollos tecnológicos, aparece la necesidad de contar con recursos humanos que posean un mix de habilidades entre conocimientos técnicos y competencias personales.

Asimismo, con el desarrollo y la creciente atención a los servicios, el área de marketing de las organizaciones, reconoce la importancia del proceso de entrega del producto o del servicio al cliente. Además, se analiza en detalle la interacción entre la empresa y el cliente, y cómo ésta afecta al grado de satisfacción del cliente. La atención al cliente evolucionó como consecuencia de las mayores exigencias por parte de la competencia y del cliente. Tradicionalmente, las empresas ofrecían sólo productos, cuya calidad fue mejorando conforme las presiones del mercado aumentaban. Luego, se comercializó un mix de productos y de servicios. En la actualidad, el producto esperado por el cliente requiere de alta calidad de producto y alta calidad de servicio, subiendo los parámetros con los que se medían anteriormente.

Para el autor Santesmases Mestre<sup>132</sup> al hablar de errores, es natural preguntarse cuál es la equivocación con las peores consecuencias. Si bien reconoce que la sensación de invulnerabilidad es el talón de Aquiles de muchas empresas, en infinidad de ocasiones, la soberbia ha precipitado a los líderes al abismo. “El caso quizás más paradigmático es el de Polaroid. Esta empresa fue líder en su industria y gozó de los beneficios durante mucho tiempo; de hecho, cuando Kodak lanzó una cámara de revelado instantáneo, Polaroid la demandó y ganó el juicio. Kodak tuvo que retirar la máquina del mercado y pagar una indemnización de US\$ 1.000 millones. La misma cifra por la cual, años más tarde, Polaroid se declararía en quiebra. La quiebra de Polaroid fue la crónica de una muerte anunciada: La empresa no supo adaptarse a los cambios, se creyó invulnerable y durante cuarenta años lo fue, bajo el amparo de las patentes. Pero el mercado cambió con la aparición de la tecnología digital. Al principio, Polaroid no incursionó en este segmento y, cuando finalmente produjo cámaras digitales, resultaron muy caras y difíciles de manejar, en definitiva, nada competitivas. La lenta agonía terminó con la quiebra y desaparición de la compañía.

En el extremo opuesto están las empresas que admiten sus equivocaciones, las analizan y se reposicionan. Por ejemplo, inicialmente, el producto Kleenex, de la firma Kimberly-Clark, estaba dirigido al mercado de los cosméticos: Era una toalla desmaquillante que se comercializaba a un precio elevado. Como toallas para remover el maquillaje, los Kleenex no dieron resultado, pero la empresa reconoció rápidamente su error y relanzó el producto, los pañuelos descartables.”<sup>133</sup>

El aumento en las expectativas de los clientes es creciente y su factor desencadenante es sin dudas el aumento de la competencia en diferentes sectores económicos. De esta manera, los clientes poseen opciones como para decidir el futuro de las organizaciones con cada elección que realizan. Esta capacidad es lo que se conoce como el poder de los clientes.

Las organizaciones deben entender las ventajas que ofrecen las nuevas tecnologías, cómo funcionan y cuáles son sus límites.

---

<sup>132</sup> Nota de la autora: Miguel Santesmases Mestre es Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales, consultor de empresas y profesor de comercialización e investigación de mercados de la Universidad de Alcalá de Henares.

<sup>133</sup> Intermanagers.com: <http://ar.hsmglobal.com/notas/21144-lecciones-marketing> 16-01-2003 10:47 [F.C.: 18/07/2008].

#### IV.II.6.2. Características

El sistema de Gerenciamiento de la Relación con el Cliente CRM, se compone principalmente de recursos humanos y herramientas informáticas que funcionan de manera simultánea, integrando diferentes sectores de una misma organización. Los sistemas CRM son canales de información que se extienden horizontalmente a través de toda la institución, unificando desde la misma página web, el contact center y los sectores decisorios.

El CRM permite que los procesos de distintas áreas se relacionen mediante la información, facilitando la aplicación de una estrategia integrada orientada al cliente externo: muchas de las actividades que se desarrollan en el sector administrativo de las organizaciones pueden realizarse en las áreas que están en contacto directo con el cliente externo. Esto posibilita solucionar en tiempo real numerosas cuestiones requeridas por los clientes, lo que se traduce en la satisfacción de las expectativas de atención en el mínimo tiempo.

Dentro de los atributos más importantes, se observa que un sistema CRM faculta la aplicación rápida del conocimiento disponible para personalizar futuras interacciones. Además, logra que la coordinación de ventas, atención de servicios y atención personalizada (personal, telefónica o virtual) se lleven a cabo mediante una única cara a los clientes. Así, la organización presenta una imagen unificada sin importar qué tan fragmentada está en realidad. La capacidad de integrar la información promueve la personalización del servicio y la retroalimentación del sistema es constante.

La introducción de los sistemas CRM representa un cambio sustancial en la concepción de los procesos, y por consiguiente, en la calidad de atención al cliente externo. Sin embargo, un cambio de esta naturaleza se enfrenta a ciertos obstáculos: por un lado, la cultura de la institución, y por el otro, la estructura de los sistemas informáticos. Por esto último, el gran desafío consiste en manejar la estructura tradicional, caracterizada por grandes bases de datos y herramientas de comunicación, con los nuevos sistemas, que permiten un mayor acceso y manejo del conocimiento.

La estrategia de las organizaciones más rentables suele ser aquella que logra manejar correctamente al mismo tiempo las personas y la tecnología en la focalización al cliente. Estos dos factores son los que operan por detrás de la estrategia, sosteniendo cualquier tipo de administración de relaciones entre clientes y empresas. El concepto de integración se refiere a la administración de las relaciones con los clientes de forma centralizada alrededor del cliente y no a diferentes sectores del negocio, relacionándose con el cliente de manera independiente. Uno de los conceptos críticos detrás de la integración es la distribución del conocimiento del cliente, para apoyar el manejo de las relaciones con los mismos. Otro concepto crítico detrás de la integración es el uso de la tecnología y de la comunicación, de manera que las necesidades y expectativas de los clientes sean satisfechas en forma rápida y eficiente. Los objetivos que persigue la integración son los de conseguir la retención de los clientes, como consecuencia de su satisfacción. Al mismo tiempo, buscará disminuir los costos de manejar estas relaciones, aumentando los beneficios.<sup>134</sup>

---

<sup>134</sup> Wikipedia.org: <http://es.wikipedia.org/wiki/CRM> [F.C.: 20/06/2008].

Para armar un mix básico se debe incluir a las tres grandes áreas funcionales de la compañía: marketing, ventas y servicios al cliente, que a su vez deben estar conectadas con el back office de las empresas, así como con los agentes móviles, Internet y call centres. En este sentido, los beneficios de la utilización de un sistema CRM son tangibles y se exhiben en los siguientes párrafos:

- I. Ventas: En el caso de ventas, la utilización de un sistema CRM logra reducir el ciclo de las mismas, sobre la base de un fuerte aumento en la eficiencia del personal, que pasa a tener acceso a la información actualizada de todos los productos y servicios de la empresa desde cualquier equipo. El módulo de ventas ayuda a gestionar de forma eficaz actividades tales como:<sup>135</sup>
  - Gestión de Cuentas (clientes, asociados, pacientes) en conjunto con su grupo familiar.
  - Facilita la coordinación de vendedores y/o promotores.
  - Consolida la información de socios o pacientes, en materia de actividades pendientes, historia, etc., lo que permite una identificación rápida y completa del socio o paciente.
  - Constituye un único historial del cliente para la organización.
  - Administración de Planes Médicos.
  - Administración de competencia.
  - Manejo de agendas.
  - Facilita la generación de presupuestos y propuestas.
  - Facilita la planificación y la elaboración de informes.
  - Tratamiento de la morosidad.
  - Maneja procesos personalizados de trabajo como la captación de nuevos socios, y el seguimiento de la satisfacción de socios o pacientes.
  - Soporta usuarios móviles y acceso vía internet.
  - Integración con telefonía celular.

---

<sup>135</sup> Sales LOGIX.net. Material de promoción. Sitio web [www.saleslogix.com](http://www.saleslogix.com).



II. Marketing: Para el área de marketing, el beneficio de incorporar un sistema CRM, se da a través del intercambio de datos en tiempo y forma, generando mejores desempeños en las campañas encaradas, como consecuencia de la continua retroalimentación del sistema. El módulo de marketing colabora para que las relaciones con los clientes sean más duraderas y provechosas mediante las siguientes acciones:<sup>136</sup>

- Gestión global de campañas de marketing.
- Manejo de procesos personalizados para automatizar tareas de seguimiento de la campaña.
- Facilita la segmentación del mercado.
- Facilita la elaboración de pronósticos y reportes de análisis.

III. Servicios al cliente: En el área de servicios al cliente, un sistema CRM brinda la posibilidad de que cada uno de los consumidores contactados se transforme en una oportunidad de negocios, entendida desde la rentabilidad monetaria y/o de sufragios positivos. En este sentido, el citado sistema permite tener a disposición información completa y actualizada de los clientes, para resolver en forma rápida y eficaz las cuestiones relacionadas con el servicio. El módulo de atención al cliente ofrece los beneficios que se exponen a continuación:<sup>137</sup>

- Maneja la atención de clientes y sus contactos.
- Tratamiento de reclamos, quejas y consultas.
- Administra contactos, productos e incidentes.
- Potente base de datos de conocimiento, con búsqueda rápida de soluciones a problemas comunes.
- Automatiza la distribución del trabajo.
- Expone la base de conocimiento en la web.
- Constituye un único historial del cliente para la empresa.
- Posibilita a los clientes hacer un seguimiento de sus consultas en la web.

---

<sup>136</sup> Sales LOGIX.net. Ob. Cit.

<sup>137</sup> Sales LOGIX.net. Ob. Cit.

Es importante mencionar, que el sistema informático CRM requiere la inclusión de factores clave como la satisfacción del cliente interno y externo, la educación, la capacitación y auto actualización del personal de la empresa, más la satisfacción de los empleados. El director de la compañía debe estar involucrado en el comité que desarrolle el proyecto de CRM, porque implica un balance de políticas y agendas dentro de las organizaciones, y sólo la autoridad máxima puede manejar un choque de intereses entre las diferentes áreas de la compañía implicadas en el proceso. A fin de colaborar en esta gestión, se utiliza la figura de un representante del pensamiento de los consumidores.

La palabra clave en el manejo de las relaciones con los clientes es “relación”. Se trata de hacer hincapié en este punto, dado que se refiere a las relaciones tal como se las comprende en las relaciones humanas entre una persona y otra. Por ello, es fundamental tener presente que las personas que están en contacto con el cliente real y/o potencial, son el recurso crítico en la implementación y utilización de un sistema CRM. La “línea de fuego”, tal el nombre que se les asigna, debe estar compuesta por personas con excelentes habilidades para comunicarse de persona a persona. Su forma de expresarse, escuchar e interactuar debe ser cálida y denotar cierta empatía y contención. Por ende, resulta imprescindible la capacitación y seguimiento continuos.

La fuerza principal que conduce a la integración involucra reconocer que la creación de las relaciones a largo plazo con los clientes puede actuar como una barrera poderosa y efectiva ante la competencia. En este sentido, el ciclo de vida del cliente es un foco importante para los objetivos de la estrategia CRM, dado que la base de clientes se convierte en un activo cuando tiene niveles de satisfacción. Algunos temas claves están relacionados con las siguientes cuestiones:

- Obtención de clientes a través de una propuesta de producto/servicio de valor.
- Asegurarse que los clientes comprenden cómo utilizar el producto/servicio.
- Administrar problemas.
- Recuperar a los clientes en caso de que prefieran no volver.

La satisfacción de los clientes conlleva a la obtención de la lealtad de los mismos, con la consiguiente retención. Esto involucra el desarrollo de capacidades para la administración de dichas relaciones, que se relacionan con cuatro áreas:

- I. Administración del conocimiento del cliente: La parte fundamental de toda estrategia CRM es la base de datos. Los elementos críticos de estos sistemas informáticos colaboran en el gerenciamiento de la relación con los clientes, transformando la base de datos en un arma competitiva poderosa que, en términos simples, involucra más “escuchar” a los clientes que hablarles. El desarrollo de estas capacidades resulta en un incremento del flujo de información que corre dentro de la organización y del que se debe aprovechar su potencial.

Las capacidades de los sistemas CRM, que se relacionan con el manejo del conocimiento del cliente se exponen a continuación:<sup>138</sup>

- Almacenamiento de datos: “Data Warehouse” (DW) es el lugar de almacenamiento central de todas las partes de información relevantes que se recolecta de diferentes sistemas en la empresa. Se encuentra ubicado en el ordenador central (mainframe) de la organización. DW es muy útil en casos como por ejemplo, en que la información de las aplicaciones de procesamiento de transacciones en línea, en inglés “on line transaction processing” (OLTP), puede ser seleccionada, extraída y organizada, para luego ser usada por herramientas analíticas y de búsqueda. Sin embargo, a fin de convertirse en una de las herramientas informáticas más poderosas y de mayor utilización, debe contar con ciertas características, que se comentan a continuación:
  - a) DW debe contener enormes cantidades de información, cada transacción, cada llamada telefónica, cada compra o cada queja, deben ser incluidos.
  - b) Los datos deben ser cargados en tiempo real.
  - c) Debe poder acceder el personal de varios departamentos de la empresa.
  - d) El acceso a los datos debe ser inmediato.
  - e) Debe facilitar a los managers de las organizaciones la toma de decisiones.
  - f) Debe estar en constante funcionamiento.
  - g) Debe ser escalable, creciendo durante los períodos de éxito de la compañía.
  - h) Debe proveer protección apropiada para los datos.
  
- Análisis de datos: “Data mining” (DM) es el análisis de las relaciones entre los datos que contiene un DW. Este estudio es realizado por avanzadas herramientas de software, que entre otros beneficios, permiten predecir cualquier tipo de comportamiento del comprador, con probabilidad de éxito considerable. Por citar un ejemplo: Si el usuario de un servicio está siendo tentado por un competidor para dejar el mencionado servicio, es probable que emita señales en el uso de éste, como registrar un declive en la frecuencia de uso, a causa de la evaluación de un servicio alternativo. Si el contrato de este cliente está a punto de finalizar, seguramente reducirá el consumo del servicio y luego no renovará su contrato. Este tipo de comportamiento es muy frecuente en los análisis de datos de las

---

<sup>138</sup> Brunero Blanco, J.; Iglesias, A: Ob. Cit. p.38-40.

compañías de telefonía celular y de internet. Es por ello que es fundamental el proceso continuo de recopilación de información, para que la técnica del DM pueda ser empleada con éxito. Entre los resultados de un DM pueden hallarse:

- a) Asociaciones entre elementos cuando existe una correlación entre ellos.
  - b) Secuencias que se repiten usualmente y terminan en el mismo resultado.
  - c) Descubrir patrones.
  - d) Realizar predicciones y clasificaciones.
- 
- Calidad de los datos: Precedentemente se ha planteado la necesidad de conocer a los clientes mediante la obtención de información sobre los mismos. Sin embargo, existen límites en la calidad de la información, que de ser quebrantados, puede llevar a una versión errónea de la base de datos que se posee. Una regla práctica a considerar es que la importancia de la calidad de los datos es relativa a cómo dichos datos serán utilizados: En líneas generales, cuanto más sofisticado sea el uso que se le dará a los datos, mayor será la demanda de calidad hacia éstos. La medida de calidad (en inglés "benchmark") se establece en función de las necesidades del negocio, y debe ser utilizada en forma regular para el mantenimiento del nivel requerido. Un método efectivo para alcanzar dicho nivel es agrupar todas las partes relevantes y reglas comunes que definen al cliente. De esta forma, se obtiene el mayor común denominador, asegurándose de alcanzar los niveles estrictos de calidad. Pero, la calidad de los datos no necesariamente encajará para cualquier utilización, por ello es importante que los datos reflejen el fin para el que fueron creados. Con el fin de obtener información de alta calidad, existen pasos fundamentales que se deben seguir, y que se mencionan a continuación:
    - a) Establecer definiciones relevantes de la información, de acuerdo al uso que se le darán para el negocio.
    - b) Establecer el umbral para cada una de las definiciones, basadas en justificaciones económicas, es decir, medir el nivel real de la calidad de los datos que se poseen.
    - c) Producir un plan de mantenimiento periódico y de enriquecimiento de los datos.

La administración del conocimiento del cliente tiene estrecha relación con el concepto de satisfacción: El DW responde directamente al concepto de investigación presente en la calidad. En la actualidad, se observa que la investigación ha dejado de ser un conjunto de estudios esporádicos, para ser un requerimiento continuo. Además, se complementa con métodos de retroalimentación continua e integrada, vital para prestar un servicio percibido calidad total. Éste debe ser el eje de la estrategia de la organización.

El DM también es una herramienta de investigación, e impacta en gran medida en la habilidad de las organizaciones para realizar nuevos descubrimientos acerca de quiénes y cómo son realmente sus clientes y el mercado. Además, en forma pasiva, existe una retroalimentación realizada por el cliente. Al descubrir patrones de comportamiento, tanto individuales como colectivos, DM permite apuntar directamente a satisfacer la expectativa de personalización y la percepción de cercanía, y tomar medidas correctivas para las causas de patrones que alejan al cliente.

Como se mencionó anteriormente, los sistemas informáticos CRM almacenan todas las interacciones con los clientes, ya sea por llamada telefónica, correo electrónico, visita de un comercial, acceso a través de la web, visita a una oficina de atención al cliente, o mediante un canal de distribución. Esta valiosa información facilitará el conocimiento de los clientes y su patrón de comportamiento, a la vez que ayudará a prever su comportamiento futuro y a mejorar las relaciones.

- II. Administración de la integración: Las capacidades para la integración que contribuyen a integrar diferentes sectores de la empresa están compuestas principalmente por herramientas informáticas. Una de las características principales es que, a diferencia de los sistemas tradicionales, éstos funcionan simultáneamente en gran parte de la organización. Esta característica desempeña un papel fundamental en la administración integrada del cliente. Una integración ideal se relaciona con el desarrollo de la capacidad de mejorar la comunicación con los clientes, de modo tal que la información actual sobre éstos y sus transacciones históricas se encuentren almacenadas en bases de datos a las que se pueda acceder desde cualquier terminal dentro de la organización. CRM permite potenciar la administración del conocimiento y las interacciones con los clientes.
  
- III. Interacciones con los clientes: Se considera que las herramientas informáticas CRM sólo aportan el 50% de la responsabilidad en la creación de las capacidades para administrar las relaciones con los clientes. En el desempeño diario, existen razones específicas que llevan al fracaso en la relación con los clientes, y Ninguna de ellas está asociada al software, sino a la estrategia o la implementación.

A continuación se presentan algunas de las situaciones en las que la implementación de los sistemas CRM no coadyuva en la interacción con los clientes. Las razones son las siguientes:

- Se ignoran los datos, por tratarse de una gran cantidad de información de los clientes y de la empresa, que debe estar en el formato adecuado y en el momento oportuno.
- Las políticas departamentales en muchos casos consideran que las distintas áreas de las empresas tienen propiedad sobre sus clientes, y por lo tanto, no comparten datos o soportes con las otras áreas o canales.
- Algunas empresas adoptan los sistemas CRM sin una idea a largo plazo de lo que esperan construir con los clientes reales y/o potenciales, y como mínimo se requiere de un plan a tres años para lograr resultados tangibles.
- El sistema CRM se implementa para la empresa e indirectamente para favorecer al cliente.
- Falta de educación y capacitación constante de los recursos humanos, de forma tal que les permita una comunicación más efectiva con los clientes.

IV. Administración integrada del marketing: El avance de los canales de comunicación promovió la unión entre las áreas de marketing y atención al cliente, principalmente desde la perspectiva del manejo de la información. En este sentido, el concepto de administrar las relaciones también alcanza al departamento de marketing, que antiguamente basaba sus interacciones en las transacciones y en la actualidad tiende a priorizar las relaciones. La misión de crear relaciones con los clientes es muy importante y compleja. Por ello, pasa de ser responsabilidad del área de marketing a ser responsabilidad de toda la organización en conjunto, donde cada empleado tiene la posibilidad de influir satisfactoriamente en la relación con el cliente.

El área de marketing ha dejado de ser un departamento más en las empresas, para pasar a ser una filosofía de éstas. Los clientes perciben la diferencia cuando están en presencia de una empresa interesada en su satisfacción: Pueden reconocer cuándo una empresa está genuinamente interesada en alcanzar la satisfacción de sus intereses. Por ello, el área de marketing debe avanzar hacia todas las áreas que tienen contacto con los clientes, desde la persona que maneja las llamadas telefónicas hasta la persona del servicio técnico, por citar un ejemplo.

La aparición de Internet hizo que muchas de las reglas del marketing cambiaran. En la actualidad es posible realizar marketing uno a uno para toda la base de clientes de la empresa. Ejemplo de esto son la imagen de la página de inicio, en inglés "home page", de las empresas en la web, y el e-mail personalizado, por citar algunos.

Los canales que utiliza el CRM se expondrán por separado a continuación, sin embargo resulta oportuno enunciarlos en este apartado. Estos son: el centro de contacto (en inglés “contact center”); la atención personalizada de la fuerza de ventas, los ejecutivos y las ventanillas en oficinas; y el correo electrónico (en inglés “e-mail”), la página web e internet. Dichos canales constituyen componentes clave que permiten obtener información consolidada de los clientes para los siguientes fines:

- Definir productos y/o servicios para cada segmento de clientes.
- Diseñar el modelo de aportación de valor.
- Implementar un modelo de retroalimentación de la información.
- Lograr la satisfacción de los clientes.
- Lograr la fidelización.
- Brindar informaciones consistentes sobre los productos o servicios ofrecidos, gracias a la integración de los diferentes canales de comunicación.
- Realizar el seguimiento post-venta en tiempo real en materia de pedidos, cobros, pagos, etc.

#### **IV.II.6.3. Centro de Contacto (Contact Center)**

Habiendo definido previamente el momento de verdad<sup>139</sup> como aquel en que el cliente toma contacto con los procesos de la organización, las organizaciones deben desarrollar capacidades que brinden a éste una experiencia más satisfactoria.

En este sentido, el centro de contacto realiza contactos con las personas mediante un enfoque relacional, concentrando las herramientas más utilizadas por los sistemas CRM. En el contact center no sólo se reciben llamadas y mails con inquietudes, cuestiones y problemas a resolver, sino que también se realizan llamadas, se envían mails con encuestas de satisfacción, y se establecen contactos a través de la página web entre otros temas, en una clara actitud proactiva hacia el cliente.

El armado del centro de contacto requiere de la selección de tecnologías, y del establecimiento de un centro físico donde se ubiquen los operadores, denominado front end o línea de fuego, como puede apreciarse en la fotografía de la siguiente página:

---

<sup>139</sup> Ver Calidad en Salud, p. 75 de la presente investigación.

## **CENTRO DE CONTACTO**



**Foto N° 1: Centro de contacto.**

Fuente:

[http://www.proinversion.gob.pe/RepositorioAPS/0/0/BOL/BOL\\_NOTICIAS1/Marzo2007/Contact\\_center\\_grupo.jpg](http://www.proinversion.gob.pe/RepositorioAPS/0/0/BOL/BOL_NOTICIAS1/Marzo2007/Contact_center_grupo.jpg) [F.C.: 21/07/2008].

Además, se requiere de la instalación de una central telefónica integrada a los sistemas informáticos, los procesos y circuitos, y la selección y capacitación de supervisores y operadores. La utilización del teléfono para la atención es, de alguna manera, el medio más empleado para la interacción. El objetivo es resolver aquello que motivó el contacto en el mismo momento en que el cliente está comunicado. Para ello, se requiere de un alto nivel de capacitación de los operadores, ya que deben realizar una gran cantidad de tareas, sumadas a un conjunto de reglas de cordialidad, teniendo en cuenta que son la sonrisa del otro lado de la línea telefónica, como se puede apreciar en la siguiente fotografía:



## OPERADORES DEL CENTRO DE LLAMADAS



**Foto N° 2: Operadores del centro de llamadas.**

Fuente: <http://www.torontoansweringservice.com/wp-content/uploads/2008/03/toronto-inbound-call-centre.jpg> [F.C.: 21/07/2008].

El centro de llamadas (en inglés “call center”) tiene como objetivo principal ahorrar tiempo a los clientes evitando que tengan que acercarse a un lugar físico, lo que influye en su percepción de cercanía. En la comunicación oral, quien llama encuentra una persona que puede utilizar su capacidad y su empowerment<sup>140</sup> para manejar la interacción de la forma que considere más conveniente.

La tarea de ser la voz de la empresa ante los clientes exige de especialización y debe ser bien remunerada. Las capacidades distintivas de un buen operador tienen que ver con la capacidad de escucha, la buena dicción, la habilidad para entender el problema planteado por el cliente, y la solvencia para dar respuestas. A ello se suma el manejo de herramientas informáticas.

Los parámetros que se utilizan en la evaluación de desempeño de los operadores son la actitud y el tiempo de respuesta. La unidad de medida de éste último es el promedio de velocidad de atención, que se estima no debe superar los diez minutos, dependiendo de cada caso particular. Los mecanismos de control de calidad son la grabación de las conversaciones, la supervisión en tiempo real y las “mystery calls”.<sup>141</sup>

---

<sup>140</sup> Ver Glosario.

<sup>141</sup> Ver Glosario.

En la actualidad se busca que los operadores que están en contacto con los clientes tengan disponible toda la información necesaria para resolver sus problemas, ya que esto impacta positivamente en los mismos. Además, se crean equipos con libertad para cambiar sus prácticas de trabajo, y quienes están a cargo tienen la discreción para emplear tácticas de incentivos. El desafío para los responsables de la administración de tales medidas es detectar cuáles son las que aumentarán la satisfacción del cliente y reducirán los costos generales.

El empowerment es un arma de doble filo si su aplicación no es realizada con criterio: Por ejemplo, cuando se da a los agentes el poder de adjudicar resarcimientos a los clientes por mal servicio, generalmente no se llega a la raíz de los problemas de los clientes. Las nuevas tecnologías a disposición parecen tener el potencial de generar cambios importantes en el desempeño del personal. En este sentido, permiten mejorar el servicio al cliente, aumentar la gratificación del trabajo, y reducir los costos.

En la actualidad las soluciones informáticas de los call centers están abandonando el sistema de telefonías separadas para convertirse en ambientes más integrados donde la telefonía y la información del cliente están interconectadas. De esta forma los operadores pueden tener una idea clara de quién es el que está llamando, la razón por la que está llamando y quién puede ofrecerle una mejor solución para su problema. Todo esto en el menor período de tiempo posible. Al conocer el historial de llamados del cliente, los operadores pueden brindar una atención más eficiente. Además, se les permite elegir aquellas llamadas que les resultan menos complicadas, de acuerdo con su experiencia previa, características y conocimientos personales (sobre todo para aquellos que recién se integran a la dotación). Sin embargo, se debe tener en cuenta que podrían existir llamadas que nunca encontrarán operadores que las atiendan.

Junto a las ventajas que ofrecen el empowerment y la tecnología, la capacitación del personal es crítica para orientarlo hacia la estrategia de la empresa. Muchos optan por la capacitación con rotación dentro de las diferentes áreas de atención al cliente. El desarrollo de carrera es un pilar de la administración que se encuentra ubicado dentro del criterio de interrelación de departamentos, incluyendo una visión integradora de la empresa como organismo.

La Argentina incorporó estas políticas de recursos humanos a partir de la década de 1990, lo que trajo aparejado un cambio cultural en el paradigma empresario local, que vio una oportunidad de gran potencial para desarrollar e implementar en el largo plazo. Tradicionalmente, los centros de contacto se nutrieron de tres sectores: Estudiantes en busca de su primer empleo, quienes están fuera del mercado laboral, y quienes buscan un trabajo de medio tiempo. Esto provocó altas tasas de rotación, por lo que en la actualidad se busca reducirlas mediante criterios adecuados de selección, conforme a las capacidades necesarias para obtener un mejor desempeño en la actividad. Por ello, cada vez se valora más la experiencia de haber pasado por un centro de contacto.

En el marco de Internet, se utiliza el concepto E-CRM para denominar a aquellos negocios que extienden la utilización de los sistemas CRM a Internet. Las capacidades de E-CRM son muy valiosas en la organización debido a que se ve beneficiado por las características propias de la tecnología de Internet.

Las funciones ofrecidas por las empresas con presencia en la web están relacionadas con el chat (conversación vía Internet) en tiempo real, servicios de llamado telefónico originado desde Internet y funciones de seguimiento de compra. También se utiliza el E-CRM para personalizar la experiencia de e-compra de cada cliente: El sistema captura los datos y los combina con los sistemas de manejo de la información, para transformarlo en conocimiento. Con esta información, el entorno de internet puede ofrecer una gama determinada de productos de acuerdo a los hábitos de consumo anteriores del cliente, poniendo a disposición productos y/o servicios que se sabe de antemano que van a resultar atractivos para los consumidores.

Internet permite interactuar con los clientes sin barreras de tiempo ni espacio, y responder una gran cantidad de inquietudes y consultas en forma rápida y efectiva. En este medio es más fácil lograr la satisfacción del cliente real y/o potencial, porque la disminución en los costos de transacción permite al consultante hacer varias consultas.

Debido a las características intrínsecas de Internet, la aplicación de los sistemas CRM resulta en un arma poderosa para el manejo de las relaciones con los clientes. Desde un análisis de calidad, se observa el cambio en los procesos, dado que son más eficientes por la constante retroalimentación. La capacidad de integrar la información de cada cliente en toda la empresa permite ofrecer mayor personalización.

El e-mail ofrece la posibilidad de comunicaciones fluidas en ambos sentidos, de clientes a empresas y viceversa. En este contexto, sobresale la respuesta auto enviable: Al recibir un e-mail, el sistema envía inmediatamente un mensaje genérico que incluye el tiempo de respuesta de la consulta, antes de que la misma se haya leído. Sin embargo, se debe tener en cuenta que dada la impersonalidad de este canal de comunicación, si una persona no recibe la respuesta a su consulta a tiempo, o con la solución apropiada, la legitimidad de éste puede verse afectada.

Todos los diálogos con el cliente deben estar integrados con la base de datos histórica y la información transaccional. La respuesta a un comentario, pregunta o queja, o cualquier intento de promoción, requiere el mismo nivel de atención que si se estuviera respondiendo por teléfono. En una conversación, los modismos y las expresiones son importantes para el mantenimiento de una relación saludable. Así como la respuesta correcta expresada de mala manera puede tener un efecto muy negativo en la conversación, en la escritura las palabras equivocadas pueden llevar a grandes malentendidos que requieran de una nueva consulta. La página web, el e-mail e Internet agregan calidad a los procesos de las organizaciones, en materia de atención de los servicios mediante la capacidad de retroalimentación, de seguimiento y rastreo de los contactos.

En el sector de prestadores públicos de servicios de salud de la CABA se advierte que el aumento de las expectativas de los pacientes/clientes/usuarios en torno a los servicios es creciente. En este sentido, del resultado del procesamiento de las encuestas realizadas para el presente trabajo<sup>142</sup>, surge que la incorporación de un centro de contacto cooperaría en la percepción de calidad de servicios en materia de comunicación. Además, el contact center tendería a articular con las bases de Alma-Ata y Salud Para Todos (SPT) en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), para promoción y prevención dirigida a la comunidad, y para cumplimentar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) expuestos oportunamente en esta investigación.<sup>143</sup>

A continuación, y a modo de ejemplo en la utilización del centro de contacto en Argentina para brindar servicios de atención al cliente, se expone el caso de una de las empresas emblemáticas en esta materia. Se trata de la empresa de telefonía fija TELECOM, que posee una línea de llamada sin cargo para todo tipo de comunicación del cliente con la compañía, como consultas de todo tipo, compras de productos y/o servicios, bajas de servicios, quejas y reclamos, entre otros.

En el número de teléfono 112 se reciben alrededor de cincuenta mil llamadas por mes, que el sistema Geotel distribuye en los diferentes centros de atención con menor saturación. El sistema Meridian captura, atiende y maneja la llamada a través del IVR, y dirige al cliente a un “árbol” de opciones del sistema PABX (Private Automatic Branch Exchange) que ofrece opciones preestablecidas. Los tiempos de atención promedio desde que el IVR atiende la llamada no superan los cuarenta segundos. Una vez que la llamada es atendida, los asesores la manejan por medio de un sistema basado en la tecnología de navegación de Internet en base Windows. Este sistema tiene controlados todos los elementos del centro de contacto: La cola de llamados, dónde se encuentra cada operador, quiénes están registrados, y el número de llamados abandonados. Una vez que el llamado ha sido tomado y registrado en el front end por la línea de fuego, pero requiere de atención especial, es trasladado en línea (en inglés, “on line”) al sector de soporte comercial o back office.

Los mencionados sistemas se utilizan porque reúnen toda la información acerca de las llamadas anteriores del cliente realizadas al centro de contacto, y sus datos personales actualizados. Con esta información, Telecom intenta dar más preponderancia a la capacidad de personalización sobre las expectativas de los consumidores. En la evaluación de la atención de la llamada, dos aspectos son considerados para el concepto de calidad de servicio: El nivel de información provisto, y la calidez en el trato.

Con referencia al uso de Internet como canal de comunicación, Telecom brinda la posibilidad a los clientes de iniciar su gestión completando un formulario que se encuentra en la página web. La consulta ingresa al sistema de igual forma que un registro telefónico. El servidor que la recibe, según la característica del teléfono ingresado en un campo del formulario, lo distribuye al centro de atención al cliente correspondiente a la zona que pertenece dicho teléfono. En líneas generales, la empresa mantiene el canal de comunicación que el cliente eligió, es decir que si el contacto se inició vía correo electrónico, se responderá por ese mismo medio.<sup>144</sup>

---

<sup>142</sup> Ver Resultados del procesamiento de encuestas, p.157 de la presente investigación.

<sup>143</sup> Ver Contexto Internacional, p.7 de la presente investigación.

<sup>144</sup> Brunero Blanco, J.; Iglesias, A: Ob. Cit. p.68-69.

#### **IV.II.6.4. Atención personalizada**

Se denomina atención presencial personalizada a la que se brinda directamente a las personas que se presentan en la oficina de atención al cliente, para la realización de cualquier tipo de trámite y/o gestión.

Para la organización, la utilización de un canal de atención personalizada involucra la necesidad de contar con recursos de personal y de infraestructura edilicia apropiada. Para los clientes, el desplazamiento físico hacia el centro de atención requiere de una contrapartida para la inversión de tiempo y gasto de traslado para la realización de su trámite. Dicha contrapartida debe estar relacionada con la percepción de un servicio excelente en cuanto a calidez de atención y alto nivel de resolución de problemas.

A fin de facilitar el acceso al lugar, la oficina debe ubicarse preferentemente en una sola planta que esté desprovista de cualquier tipo de barrera arquitectónica. Además, debe ser amplia, polivalente y estar equipada con los recursos necesarios para gestionar la atención al público. Uno de los criterios clave para el desarrollo de estas oficinas tiene que ver con evitar los desplazamientos del cliente dentro de las mismas para la realización de sus gestiones personales.

En la oficina de atención personalizada, todo comunica: El uniforme utilizado por el personal de atención debe estar en buenas condiciones; las tarjetas identificatorias deben ser legibles y poseer una foto actualizada del representante de atención al cliente; el lugar debe verse conservado, limpio y prolijo y debe estar bien iluminado; el mobiliario debe estar en buen estado de conservación; las paredes, pintadas con colores cálidos deben estar limpias; y los sectores y la salida deben estar correctamente señalizados, entre otras características.

Para que una eficiente atención al cliente sea posible, el proyecto de creación de la oficina debe contener los siguientes espacios:

- Entrada con rampa para ingreso con sillas de ruedas.
- Sala de espera equipada con mobiliario funcional y cómodo.
- Sector para la atención personalizada amplio, de fácil identificación y acceso.
- Oficina equipada con mobiliario acorde a la atención del público, de alto tránsito.
- Equipamiento informático para asesoramiento individual.
- Espacio para el back office.
- Módulo interno para archivos, fax, fotocopiadora, etc.

En la siguiente página se presenta un ejemplo de oficina de atención personalizada en la que puede apreciarse el aprovechamiento de la luz natural, parte del mobiliario y del espacio destinado a la atención del público.

## **OFICINA DE ATENCIÓN AL CLIENTE**



**Foto N° 3: Oficina de atención al cliente.**

Fuente: Archivo personal, 2008.

La oficina de atención en forma personalizada es la puerta de entrada al sistema de los prestadores públicos de servicios de salud. Ésta área conocida como “front desk”, influye principalmente sobre dos aspectos en la percepción del cliente, la personalización del servicio, y el sentimiento de cercanía con la organización, en términos de calidez, empatía y cordialidad.

Por lo anterior, se deben utilizar criterios adecuados de selección de recursos humanos y hacer hincapié en la capacitación constante de los mismos. Es crítica su formación, para que sean capaces de atender, gestionar y tramitar en distinto grado de profundidad y autonomía todas las gestiones de los clientes.

A continuación se mencionan algunos de los atributos que posee la oficina de atención personalizada al cliente, y que se transforman en ventajas competitivas para la organización que se vale de este canal de comunicación:

- Gestiona la relación con el cliente.
- Favorece la relación mediante el trato personal e individualizado.
- Resuelve todas las cuestiones generales.
- Racionaliza los recursos humanos y materiales.
- Agiliza la atención a las demandas.
- Aporta la imagen de voluntad de servicio.
- Mejora la imagen organizacional.
- Permite organizar el flujo de público a diferentes servicios.

Con referencia a los aspectos operativos del servicio, la oficina de atención personalizada es competente en materia de los siguientes servicios:

- Registro de clientes.
- Elaboración y actualización constante de la base de datos.
- Brindar información general a los clientes.
- Recepción de quejas y tramitación de reclamos.
- Recepción de sugerencias.

Los reclamos deben tener un tratamiento prioritario ya que proporcionan información sobre el nivel de calidad del servicio que se presta. La oficina de atención al cliente recibe las quejas y las registra en el sistema en los debidos expedientes, y las traslada a los servicios que les corresponde en función del contenido. Un sistema eficaz de gestión implementa un procedimiento de documentación en el que se registra toda la información necesaria, así como un procedimiento detallado del trato que se da a esta información, gestión de la queja y reparación de la satisfacción o explicación pormenorizada, según corresponda.

#### **IV.II.6.5. Etapa previa a la implementación del programa**

Previo a la implementación del programa CABA SALUD, deberían considerarse algunas cuestiones. La mayoría de éstas surge del resultado del trabajo de campo realizado para la presente investigación. Cabe destacar, que las mismas, se exhiben en el diagnóstico de situación de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en este trabajo.<sup>145</sup> Otras cuestiones a tener en cuenta promueven una eficiente organización.

A continuación se presentan los temas que la autora considera críticos en la etapa previa, dado que coadyuvan en la correcta implementación del programa:

- Relevar la información sobre la estructura, en materia de profesionales, turnos, etc., de los diferentes prestadores de los servicios públicos de salud de la CABA.
- Informatizar las historias clínicas.
- Unificar las historias clínicas a través del n° del documento nacional de identidad (DNI) de los pacientes/clientes/usuarios.
- Crear un departamento de recursos humanos (RRHH) responsable del gerenciamiento del personal, su entrenamiento, y de las estrategias de motivación del mismo, entre otros temas.
- Designar un encargado o director del programa, que será responsable de su ejecución y calidad.
- Seleccionar a los recursos humanos que formarán parte del programa de acuerdo a sus competencias y destrezas para las distintas posiciones.
- Educar al personal que formará parte del equipo de trabajo.
- Capacitar a los recursos humanos acerca del tipo de servicio que brindarán, en la atención al paciente/cliente/usuario.
- Entrenar a los recursos humanos sobre los sistemas y/o programas informáticos que utilizarán cotidianamente para el desarrollo de sus actividades laborales.
- Elegir el lugar físico donde se desarrollarán las actividades del contact center y de la oficina de atención personalizada.

Como puede advertirse, una gran cantidad de los temas enunciados está vinculada a los recursos humanos que formarán parte del equipo de trabajo. Esto se debe al valor que poseen las personas que entran en contacto directo con la entidad. Las mismas deben ser debidamente consideradas y aprovechar el potencial de la relación para la retroalimentación del sistema, con el fin de obtener su satisfacción.

---

<sup>145</sup> Ver Resultados del procesamiento de encuestas, p. 157 de la presente investigación.



#### **IV.II.7. PROGRAMA DE COMUNICACIÓN SOCIAL PARA EL SISTEMA DE PRESTADORES DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA), AÑO 2008.**

Con los aportes de los capítulos precedentes y en función al diagnóstico de situación coyuntural comunicacional de los prestadores de servicios de salud pública de la CABA, se esbozan a continuación los fundamentos y bases del programa propuesto.

##### **IV.II.7.1. Fundamentos**

El programa de comunicación social, sustentado en principios bioéticos, para el sistema público de prestadores de servicios de salud de la CABA tiene como finalidad generar niveles mayores de participación entre los diferentes actores y sectores prestadores de la salud pública.

El programa “CABA SALUD” propone la integración de los canales de comunicación, tomando herramientas características del ámbito privado, y adaptándolas a las necesidades del ámbito de prestadores públicos, en una búsqueda de la efectiva comunicación con los pacientes/clientes/usuarios reales y/o potenciales del mismo.

El desarrollo de políticas que deriven en un crecimiento sustentable de la salud pública, a través de la satisfacción de los pacientes/clientes/usuarios actuales y potenciales se traducirá en un incremento de la efectividad de las estrategias de salud, para cumplir con los objetivos propuestos.

“CABA SALUD” responde a la necesidad de contar en el ámbito de la actividad cotidiana con recursos tecnológicos de información y comunicación. La idea es instalar la problemática de salud en la sociedad en general, a fin de dar respuesta a las inquietudes y consultas que se plantean como consecuencia de las necesidades insatisfechas en materia de comunicación de prestadores de salud pública, y las expectativas de los ciudadanos en general.

El modelo estructural del Sistema de Salud centrado en la APS para su primer Nivel de Atención (CeSacs-UNASAD-etc.), que articula con el hospital de cabecera correspondiente para el segundo y tercer nivel de atención, serían las bases de promoción y prevención para difundir profesionales, horarios y prácticas, entre otros. Esta premisa se podría lograr mediante el rediseño de las estrategias de comunicación social que coadyuven, además, al fortalecimiento de la relación comunidad-sistema de prestadores públicos de salud.

Por lo expuesto, el mencionado programa presenta su eje fundamental en el contacto directo con la población, a fin de orientar, difundir información, y canalizar inquietudes respecto al sistema de prestadores públicos de salud, alentando también la participación de la comunidad.

Cabe subrayar que el programa “CABA SALUD” se encontraría inserto en el Programa General de Calidad en Atención de Salud. Además, debería alinearse con las políticas sanitarias enfocadas en las metas de “Salud para Todos” y los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” a nivel internacional en la macrogestión, y en las metas del Plan Federal a nivel nacional. También, articular con los programas nacionales referidos a la mesogestión e información sobre microgestión.

#### **IV.II.7.2. Bases del programa**

El programa “CABA SALUD” tiene como sustento el contacto directo con la población, con una doble finalidad:

- La recepción de inquietudes de la comunidad (basadas en necesidades y expectativas).
- La emisión de respuestas, no sólo ante la búsqueda de información (orientación), sino también comunicando novedades del sistema, y canalizando los reclamos y quejas, que servirían como fuentes de retroalimentación del mismo.

La instrumentación del programa “CABA SALUD” se llevaría a cabo a través de un contact center, que incluiría:

- I. Atención presencial personalizada.
- II. Centro de atención telefónica (call center).
- III. Sitio web enlazado con el sitio web del Gobierno de la CABA.
- IV. Correo electrónico y formulario web de contacto con inclusión de respuestas autoenviables y prediseñadas para interrogantes e inquietudes habituales.
- V. Sistema CRM<sup>146</sup> para la integración de toda la información, seguimiento, control y retroalimentación del sistema.

---

<sup>146</sup> Ver CRM, p. 92 de la presente investigación.

En el marco de los servicios ofrecidos por prestadores públicos de salud, la oficina de atención personalizada y el call center brindarían servicios en materia de reserva de citas médicas y turnos para todo tipo de análisis y prácticas médicas, recepción de quejas y reclamos, respuestas a preguntas frecuentes, y consultas generales, entre otros. El horario de atención de ambos propuesto sería de lunes a viernes de 8 a 20hs sin interrupción, y los sábados de 8 a 14hs.

Es importante considerar que la modalidad de atención en forma personalizada influiría sobre dos aspectos de la percepción: La personalización del servicio y el sentimiento de cercanía. Para ello, es crítica la capacitación del personal dedicado a la atención. El equipo humano que se encuentra en relación directa de contacto con el ciudadano, debe poseer excelentes habilidades para comunicarse de persona a persona. Su forma de expresarse, sumada a su capacidad para escuchar e interactuar debe estar acompañada de una fuerte carga de calidez, con actitudes que siempre se adapten a la situación, sin caer en excesivos formalismos, ni en excesos de familiaridad. Al brindarles autonomía, se trabajaría junto a ellos para que se desempeñen con mayor autoconfianza, promoviendo consecuentemente en la comunidad la sensación que la institución de salud está dedicada y preocupada por ella, en búsqueda de soluciones inmediatas.

El centro de contacto funcionaría las 24hs del día, los 365 días del año para consultas por internet, con un formulario con respuestas a preguntas frecuentes, y respuesta auto-enviable para confirmar la recepción de la consulta.

#### **IV.II.7.3. Características**

En la primera etapa de “CABA SALUD” se requiere la realización de actividades de planificación y organización. La organización del programa será de tipo matricial, por tratarse de un sistema híbrido de organización entre las estructuras de organización jerárquica (hospitales, centros de salud, etc.) y el centro de contacto. Cada actividad o servicio que deba ser realizado para cumplir con los objetivos del programa se listará, especificando los recursos requeridos para ello.

La gestión estará a cargo de un director de programa. Éste será responsable de la coordinación del conjunto de actividades, y de la supervisión de su ejecución, calidad, etc. El objeto será concentrarse en el objetivo de comunicación final y en el enfoque multidisciplinario, dando coherencia y cohesión a la actividad, y normalizando la utilización de las destrezas y conocimientos de los recursos humanos involucrados.

Las actividades de análisis, prevención, mejora y seguimiento de la calidad del programa deberán incorporarse al sistema de gestión de manera permanente. Para ello, es necesario que el sistema de gestión de recursos humanos garantice que todos los involucrados desarrollan sus tareas en forma óptima (competitiva) y en correspondencia con sus capacidades, competencias y aptitudes. Esto último, contribuirá a contar con un personal debidamente capacitado, motivado y preparado, con el conocimiento, destrezas y experiencias necesarias para asumir con efectividad sus funciones y poder dar solución a los problemas. Esta perspectiva requerirá la implementación de políticas, enfoques y conductas, individuales y colectivas.

A continuación se presentan algunas de las características operativas y de gestión sobresalientes del programa de comunicación social "CABA SALUD" propuesto:

- Recursos humanos.
- Soporte informático.
- Manuales de procedimiento.
- Capacitación permanente de los recursos humanos de gestión acerca del servicio de prestadores de servicios públicos de salud de la CABA, y sus novedades.
- Entrenamiento del personal sobre la operatoria de los sistemas y programas utilizados para el desempeño de sus tareas.
- Trabajo a través de equipos multidisciplinarios.
- Contiene toda la información del sistema de prestadores públicos (hospitales y centros de salud comunitarios, CeSaCs, etc.) en lo referido a recursos humanos, tecnología, equipamiento, estudios que se realizan, sistemas de guardias, horarios, profesionales a cargo, etc.
- Articulación con otros programas (educación, social, epidemiológico, económico, cultural etc.), con el sistema del SAME, y con programas de prevención y promoción de la salud.
- Articulación con la retroalimentación de resultados que arrojará el estudio de grupos de riesgo en salud poblacional por áreas programáticas, cuyo resultado debería insertarse en el CRM expuesto.
- Realización de contactos directos con la población en un enfoque relacional de los servicios: Mediante el contact center se utilizarán llamadas telefónicas; línea 0-800 de llamadas gratuitas; e-mail con respuesta auto-enviable; respuesta a formularios enviados por internet; y atención personalizada en el centro.
- Registro informatizado a través del CRM, de todos los contactos.
- Generación de información para cambios en las políticas sanitarias, ya que captará necesidades de la población, y de control por oposición de efectores.
- Promover la participación proactiva de la comunidad como proceso de mejora continua mediante la retroalimentación del sistema.
- Seguimiento y control de quejas, e implementación de sugerencias presentadas por pacientes/clientes/usuarios en materia de atención.
- Colabora con la planificación, seguimiento, control y evaluación del sistema de atención.
- Medición de las expectativas y la satisfacción de los pacientes/clientes/usuarios.
- Mejora la forma de comunicación de los canales de comunicación con los pacientes/clientes/usuarios reales y/o potenciales de prestadores públicos de salud, haciendo más eficiente el conjunto del servicio sanitario.

## **CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES**

### **V.I. REFLEXIONES**

Los resultados que se esperan lograr con el presente trabajo están directamente vinculados con la realización de un aporte académico importante en materia de calidad de atención en los servicios de salud pública en la CABA a través de un eficaz sistema de comunicación social en el sistema público de prestadores de servicios de salud.

### **V.II. CONCLUSIONES**

Al pensar en la gestión de calidad en salud imaginamos enfoques relativos a las instituciones de salud, a los planes de salud, a las actuales políticas, y a la crisis que vive el sector en nuestro país. A esto se suma el divorcio existente entre la visión tecnológica y la visión humanística de la medicina. Las dificultades para conceptualizar al hospital como empresa de servicios tienen que ver con la connotación que presenta la relación grupo de salud-paciente/cliente/usuario (oferta-demanda), como eje de la prestación de la asistencia sanitaria.

El sistema de gestión de calidad total en salud apunta a lograr la plena satisfacción mediante altos niveles de calidad en los procesos y servicios. En ese contexto se inscribe el programa de comunicación social en el sistema público de prestadores de servicios de salud de la CABA propuesto.

“CABA SALUD” no es una simple campaña, y de ser así sus efectos terminarían por perderse. La implementación del programa no constituye una ventaja competitiva en sí misma. La clave no está en el software, porque la tecnología no puede solucionar lo que la cultura no incorpora. Las ventajas competitivas surgen a partir de la aplicación del programa, utilizando las herramientas de la ciencia y la innovación tecnológica en función de la mejora continua de las actividades.

Es imprescindible que mientras en la gestión hospitalaria cobra participación el enfoque hacia el paciente/cliente/usuario, se trabaje también para mejorar objetivamente el nivel de información al mismo y su grado de responsabilidad en su estado de salud, apuntando a una mejora en el autocuidado. La propuesta de comunicación “CABA SALUD” planteada tiende a promover un aumento en la calidad de los servicios brindados por prestadores públicos de salud, a través de una mayor participación de los actores, una mejora en la utilización de los servicios y un mejor control de gestión.

Se espera que el cambio positivo se produzca como consecuencia del nuevo paradigma basado en códigos y valores humanos a resaltar, o incorporar en aquellos casos en los que no se hacen presentes. Las tecnologías de la información colaborarán en la debida capacitación, instrucción y educación de los profesionales bio-sanitarios y de los pacientes/clientes/usuarios del sistema de prestadores públicos de salud de la CABA.

## CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA

### VI.I. LIBROS CONSULTADOS

- **Albretch, K.:** “Todo el poder al cliente. El nuevo imperativo de la calidad del servicio” Ed. Paidós, Buenos Aires, 1994, p.1-352.
- **Barnes, J.G.:** “Secrets of Customer Relationship Management” Ed. Mc Graw Hill, Estados Unidos, 2001, Cap.1.
- **Beauchamp, T. y Childress, J.:** “Principles of Biomedical Ethics” Oxford University Press, New York, 1979, Cap.1.
- **Chiavenato, I.:** “Administración, Teoría, Proceso y Práctica”, III Ed. Mc Graw Hill, Colombia, 2000, p.146.
- **Cortina, A.:** “El mundo de los valores” Ed. El Búho, Santa Fe de Bogotá, 2000, p.8.
- **Cuervo, J.; Varela, J.; y Belenes, R.:** “Gestión de Hospitales”, Ed. Vicens Vives, Barcelona, 1994, p.1-359.
- **Eco, H.:** “Cómo se hace una Tesis”, VI ed. Gedisa, España, 2005, p.1-231.
- **Fernández Buey, F.:** “Ética y Filosofía Política”, Ed. Bellaterra. Barcelona, 2000, Cap.1-2.
- **Hooft, P.:** “Bioética y Derechos Humanos”, Ed. Depalma, Buenos Aires, 1999.
- **Kotler, P.:** “Dirección de Mercadotecnia. Análisis, Planeación, Implementación y Control” Ed. Prentice Hall, Argentina, 1999, p.511-515.
- **Lambín, J.:** “Marketing Estratégico” Ed. MC Graw Hill, 3ª Edición, Chile, 2004, p.194-195, 285, y 519-536.
- **Lemus, J. y Col.:** “Salud Pública, Epidemiología y Atención Primaria de Salud” Ed. CIDES, Argentina, 2005, p.1-308.
- **Lemus, J.:** Aragües y Oroz, V. y Col.: “Investigación en Sistemas y Servicios de Salud” Ed. Corpus, Argentina, 2007, p.1-64.
- **Maceira, D. (Comp.):** “Atención Primaria en Salud” Enfoques Interdisciplinarios, Ed. Paidós 1ª Edición, Buenos Aires, 2007, p.1-233.
- **Mainetti, J.:** “Bioética en América Latina” Enciclopedia de Bioética, Ed. Reich, II Edición, La Plata, 1990.
- **Pérez de Nucci, A.:** “De la sala de espera a la sala de la esperanza” Introducción a la Antropoética Médica, Ed. Instituto Sidus, Buenos Aires, 2006, p.119-121.

- **Qube Consulting;** “Predicting and using Customer Lifetime Value to improve profitability” Ed. CRM-Forum, Estados Unidos, 2000.
- **Romano Yalour, M.; y Tobar, F.:** “¿Cómo hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud?” 1ª Edición, Argentina, Ed. ISALUD, 1998, p.1-128.
- **Romeo Casabona, C.; Casado, M.; Castellano Arroyo, M.; Gafo, J.; Gros Espiell, H.; y Roca Trías, E.:** “Derecho Biomédico y Bioética” Ed. Comares, Granada, 1998, p.86-98.
- **Temes, J.L.:** “Gestión Hospitalaria”, Ed. Mc Graw Hill, 3ª Edición, Madrid, España, 2002, Cap. 3.
- **Temes, J.L.; Díaz, J.L.; y Parra, B.:** “El costo por proceso hospitalario” Editorial Interamericana Mc Graw Hill, Madrid, España, Cap. 1-4.
- **Thornton, P.:** “Lecciones Gerenciales”, Ed. Legis, Bogotá, 2006, p.1-151.
- **UCES:** Maestría en Administración de Servicios de Salud, Buenos Aires, 2006, apunte de Cátedra del Dr. Schiavone Administración de Instituciones de Salud: D’Elia, G.: “Cómo hacer indicadores de calidad y productividad en la empresa” Ed. Alsina, Argentina, 1999, p.14-20.
- **Wise, T.:** “Sí, se puede” Ediciones Granica, Argentina, 2000, Cap.1-2.

## **VI.II. TRABAJOS, PUBLICACIONES**

- **Bocutti, M.; Haeberer, M.; Iglesias, A.; Lourenzo, V. y Ojeda, R.:** “Diagnóstico Organizacional del Hospital Pediátrico de Odontología” Trabajo Final presentado para la Cátedra del Dr. Jorge Lemus, a cargo de la Lic. Silvia Vouillat, Organización de Servicios de Salud, del Master en Administración de Servicios de Salud, UCES, Buenos Aires, 2007, p.5-7.
- **Brunero Blanco, J.; Iglesias, A.:** “Estrategia Integrada de CRM”, Trabajo Final de Carrera presentado como Tesina de la Licenciatura en Comercialización, UCES, Buenos Aires, 2003, Cap.2, 3 y 4.
- **Chierzi, K.:** “Antecedentes Históricos del actual Ministerio de Salud de la Nación” Secretaría de Ciencia y Técnica del Instituto Universitario ISALUD, INFOSALUD, Buenos Aires, 2002, p.1-3.
- **Frare, B.:** “Imagen” Cátedra de Gerenciamiento Estratégico y Marketing en Salud, Maestría en Administración de Servicios de Salud, UCES, Buenos Aires, 2007, p.7-16.



- **Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA):**
  - Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la Población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, año 2003. Departamento de Epidemiología Dirección General Adjunta APS. Secretaría de Salud, GCABA, Buenos Aires, diciembre 2004.
  - Mapas de las Comunas y Áreas Programáticas de la CABA. Departamento de Epidemiología del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2007.
  - Dirección de Estadísticas para la Salud del GCABA. Consultas Externas según Hospital y Años. Hospitales del Ministerio de Salud – GCABA. Período 1998-2007.
  - Dirección de Estadísticas para la Salud del GCABA. Nº y Porcentaje de Consultas Externas según Grupos de Especialidades y Años. Hospitales Especializados – Ministerio de Salud – GCABA. Período 1998-2007.
  - Dirección de Estadísticas para la Salud del GCABA. Porcentaje de Consultas Externas según Tipo de Hospital y Años. Hospitales del Ministerio de Salud - GCABA. Período 1998-2007.
  - Dirección de Estadísticas para la Salud, Porcentaje de Egresos según Tipo de Hospital y Años. Hospitales del Ministerio de Salud – GCABA. Período 1998-2007.
  - Dirección de Estadísticas para la Salud. Promedio de Permanencia según Hospital y Años. Hospitales del Ministerio de Salud del GCABA. Período 1998-2007.
  - Dirección de Estadísticas para la Salud. Porcentaje Ocupacional según Hospital y Años. Hospitales del Ministerio de Salud del GCABA. Período 1998-2007.
- **Iglesias, A.:** “Gestión de Calidad en Salud”, Trabajo Final presentado para la Cátedra del Dr. Miguel Schiavone Administración de Instituciones de Salud, del Master en Administración de Servicios de Salud, UCES, Buenos Aires, 2006, p.7-25.
- **G&L Group:** Cuadernos y material de promoción impreso. Sitio web [www.gylgroup.com](http://www.gylgroup.com).
- **Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC):**
  - Censo Nacional de Población y Vivienda, procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales sobre la base de información derivada del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001.
  - Censo Nacional de Población y Vivienda 1991. Serie C parte 2. Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a información derivada del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001.
  - Estimaciones y proyecciones de población. Total del país 1950-2015. Serie Análisis Demográfico nº 30, Buenos Aires, 2004.

- Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015. Serie Análisis Demográfico nº 31, Buenos Aires, 2005.
- Producto Nacional Bruto y Producto Interno Bruto. Mercosur y países seleccionados. Años 1990/2004. Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales.
- Porcentaje de población sin cobertura de obra social, plan médico o mutual, por grupo de edad, información derivada del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, 2001.
- **Losoviz, A. y Lachowicz, M.:** “Curso de Dilemas Éticos, Fundamentos de la Bioética Clínica” Asociación Médica Argentina (AMA), 2007, p 1-47.
- **Losoviz, A.:** “Curso de Dilemas Éticos, Aplicaciones Disciplinarias” Módulo I, Dilemas Éticos en el manejo de la información frente a nuevas tecnologías médicas: Las dos caras de las Biotecnologías, por M.Bosch, Asociación Médica Argentina (AMA), 2007, p.1-5.
- **Microsoft Encarta:** CD de Biblioteca de consulta, Argentina, 2007.
- **Sales LOGIX.net.** Cuadernos y material de promoción impreso. Sitio web [www.saleslogix.com](http://www.saleslogix.com).
- **Young, G.:** “Los hospitales de la Ciudad en crisis por falta de equipamiento”, Diario Clarín Suplemento Zona [F.C.:25/05/2008] p.30.

### VI.III. SITIOS WEB Y PUBLICACIONES ON LINE

- **Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) on line:** <http://www.anmat.gov.ar/> [F.C.:31/12/2007].
- **Argentina Turística on line:** <http://www.argentinaturistica.com/datosargen.htm> [F.C.: 26/06/2008].
- **Bioética en la Red:** “Los medios de comunicación y la verdad en cuestiones de Bioética”, Organizzazione Zenit: <http://www.bioeticaweb.com/content/view/710/42> [F.C.:04/06/07].
- **Bioética Org:** [http://www.bioetica.org/bioetica/doct21.htm#\\_Toc109458379](http://www.bioetica.org/bioetica/doct21.htm#_Toc109458379) [F.C.:14/07/07].
- **Brussino, S.:** “Bioética, racionalidad y principio de realidad”: <http://www.cuadernos.bioetica.org/doctrina7.htm> [F.C.:04/05/2007].
- **Cepim.org:**

- <http://www.cepim.org.ar/pmoe/emergencia.htm> [F.C.:20/07/2008].
- <http://www.cepim.org.ar/pmoe/emergencia.htm> [FC 20/07/2008].
- **Cipec.org:**  
<http://www.cippec.org/espanol/salud/archivos/Plan%20Federal%20de%20Salud.pdf> [F.C.: 21/07/2008].
- **Contact Center:**
  - [http://www.proinversion.gob.pe/RepositorioAPS/0/0/BOL/BOL\\_NOTICIAS1/Marzo2007/Contact\\_center\\_grupo.jpg](http://www.proinversion.gob.pe/RepositorioAPS/0/0/BOL/BOL_NOTICIAS1/Marzo2007/Contact_center_grupo.jpg) [F.C.: 21/07/2008].
  - <http://www.torontoansweringservice.com/wp-content/uploads/2008/03/toronto-inbound-call-centre.jpg> [F.C.: 21/07/2008].
- **Diario Clarín on line:**
  - <http://www.clarin.com/diario/2007/06/20/sociedad/s-03501.htm> [F.C.:20/06/07].
  - <http://www.clarin.com/suplementos/rural/2007/04/21/r-01403900.htm>[F.C.: 21/04/2007].
  - <http://www.clarin.com/diario/2007/11/29/opinion/o-02502.htm> [F.C.:29/11/2007].
  - <http://www.clarin.com/diario/2007/11/30/laciudad/h-04731.htm> [F.C.:30/11/2007].
  - <http://www.clarin.com/diario/2000/06/04/e-02303.htm>[F.C.:01/12/2007].
  - <http://www.clarin.com/diario/2007/12/23/laciudad/h-06215.htm> [F.C.:23/12/2007].
  - <http://www.clarin.com/diario/2007/12/26/laciudad/h-03507.htm> [F.C.:26/12/2007].
  - <http://www.clarin.com/diario/2007/12/27/laciudad/h-04415.htm> [F.C.:27/12/2007].
  - <http://www.clarin.com/diario/2007/12/28/laciudad/h-05101.htm> [F.C.:28/12/2007].
  - <http://www.clarin.com/diario/2007/12/31/sociedad/s-02702.htm> [F.C.:31/12/2007].
  - <http://www.clarin.com/diario/2007/12/31/elpais/p-01201.htm> [F.C.:31/12/2007].
  - <http://www.clarin.com/diario/2008/04/02/laciudad/h-04601.htm> [F.C.:02/04/2008].
  - <http://www.clarin.com/diario/2008/04/18/laciudad/h-05001.htm> [F.C.:18/04/2008].
- **Geocities.com:** [http://ar.geocities.com/florales\\_natural/juramento-hipocratico.htm](http://ar.geocities.com/florales_natural/juramento-hipocratico.htm) [F.C.: 25/07/2007].

- **Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCBA) on line:**
  - <http://www.comunas.buenosaires.gov.ar> [F.C.:14/07/07].
  - <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/gestion> [F.C.:23/11/2007].
  - [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/gestion/objetivos.php?menu\\_id=11035](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/gestion/objetivos.php?menu_id=11035) [F.C.:23/11/2007].
  - <http://www.comunas.buenosaires.gov.ar/comunas.php> [F.C.: 01/12/2007].
  - [http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/epidemiologia/boletines/asis\\_2003.pdf](http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/epidemiologia/boletines/asis_2003.pdf) [F.C.: 02/04/2008].
  - [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/?menu\\_id=727](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/?menu_id=727) [F.C.:01/06/2008].
  - [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas\\_salud/index.php?redir=1&idtema=1&pag=2&orden](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?redir=1&idtema=1&pag=2&orden) [F.C.: 20/07/2008].
  - <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/> [F.C.: 20/07/2008].
  - [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas\\_salud/index.php?redir=1&idtema=2&pag=2&orden](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?redir=1&idtema=2&pag=2&orden) [F.C.: 21/07/2008].
  - [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas\\_salud/index.php?idtema=2&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=15&texto=&Buscar2=Buscar&redir=1](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?idtema=2&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=15&texto=&Buscar2=Buscar&redir=1) [F.C.: 21/07/2008].
  - [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas\\_salud/index.php?idtema=0&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=16&texto=&Buscar2=Buscar&redir=0](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?idtema=0&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=16&texto=&Buscar2=Buscar&redir=0) [F.C.:21/07/2008].
  - [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas\\_salud/index.php?idtema=0&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=16&texto=&Buscar2=Buscar&redir=1](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?idtema=0&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=16&texto=&Buscar2=Buscar&redir=1) [F.C.: 21/07/2008].
  - [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas\\_salud/index.php?idtema=2&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=20&texto=&Buscar2=Buscar&redir=1](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?idtema=2&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=20&texto=&Buscar2=Buscar&redir=1) [F.C.: 21/07/2008].
  - [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas\\_salud/index.php?idtema=3&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=&texto=&redir=0](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?idtema=3&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=&texto=&redir=0) [F.C.: 21/07/2008].
  - <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/regulacion/files/Leyes%20de%20la%20CABA/Ley%20153.pdf> [F.C.: 21/07/2008].
  - <http://www.legislatura.gov.ar/1inicio/050901/ley-comunas.pdf> [F.C.: 24/07/2008].
  - [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/descentralizacion/cgp/servicios\\_tramites/?menu\\_id=20702](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/descentralizacion/cgp/servicios_tramites/?menu_id=20702) [F.C.: 24/07/2008].
- **Infobae.com:** <http://infobae.com/contenidos/324047-100799-0-Qu%C3%A9-dice-la-Ley-Cafiero> [F.C.:11/06/2008].

- **Integrando.org:**  
[http://www.integrando.org.ar/juridico/obras\\_sociales\\_1140\\_00.htm](http://www.integrando.org.ar/juridico/obras_sociales_1140_00.htm) [F.C.: 20/07/2008].
- **Intermanagers.com:**[http://ar.hsmglobal.com/notas/21144-lecciones-marketing16-01-2003\\_10:47](http://ar.hsmglobal.com/notas/21144-lecciones-marketing16-01-2003_10:47) [F.C.: 18/07/2008].
- **La Nación on line:**
  - [http://buscador.lanacion.com.ar/Nota.asp?nota\\_id=967800&high=HOSPITAL](http://buscador.lanacion.com.ar/Nota.asp?nota_id=967800&high=HOSPITAL) [F.C.:03/12/2007].
  - [http://buscador.lanacion.com.ar/Nota.asp?nota\\_id=967574&high=HOSPITAL](http://buscador.lanacion.com.ar/Nota.asp?nota_id=967574&high=HOSPITAL) [F.C.:03/12/2007].
  - [http://buscador.lanacion.com.ar/Nota.asp?nota\\_id=101916&high=hospital](http://buscador.lanacion.com.ar/Nota.asp?nota_id=101916&high=hospital) [F.C.: 07/06/2008].
  - <http://www.lanacion.com.ar/1019722> [F.C.: 09/06/2008].
- **Llano Escobar, A.:**”La Bioética Iberoamericana”:  
[http://www.javeriana.edu.co/bioetica/bioetica\\_iberoamericana.htm](http://www.javeriana.edu.co/bioetica/bioetica_iberoamericana.htm) [F.C.:04/06/07].
- **Michigan Ross School of Business at the University of Michigan:**  
[www.bus.umich.edu](http://www.bus.umich.edu) [F.C.:20/07/2007].
- **Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires on line:**
  - [http://www.msal.gov.ar/htm/site/prov\\_autonoma.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/prov_autonoma.asp) [F.C.:20/07/2007].
  - [http://www.msal.gov.ar/htm/site/prov\\_autonoma.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/prov_autonoma.asp) [F.C.:23/11/2007].
  - [http://www.msal.gov.ar/htm/site/prov\\_autonoma.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/prov_autonoma.asp) [F.C.: 02/04/2008].
  - [http://www.msal.gov.ar/htm/site/prov\\_autonoma.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/prov_autonoma.asp) [F.C.: 29/06/2008].
- **Ministerio de Salud de la Nación on line:**
  - [http://www.msal.gov.ar/htm/site/min\\_prov.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/min_prov.asp) [F.C.:20/07/2007].
  - [http://www.msal.gov.ar/htm/site/min\\_prov.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/min_prov.asp) [F.C.:20/03/2008].
  - <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/pngcam/intro.html> [F.C.:12/06/2008].
  - [http://www.msal.gov.ar/htm/site/legislacion\\_contenido.asp?clave=9](http://www.msal.gov.ar/htm/site/legislacion_contenido.asp?clave=9) [F.C.:20/07/2008].
  - [http://www.msal.gov.ar/htm/Site/prog\\_nac.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/Site/prog_nac.asp) [F.C.:21/07/2008].
- **Organización de las Naciones Unidas (ONU) on line:**
  - <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/> [F.C.:28/11/2007].
  - <http://www.un.org/spanish/milenio/> [F.C.:28/11/2007].
  - <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html> [F.C.:28/11/2007].

- **Organización Mundial de la Salud (OMS) on line:**
  - <http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/es/index.html> [F.C.:01/06/2008].
  - <http://www.who.int/topics/es/> [F.C.:01/06/2008].
- **Organización Panamericana de la Salud (OPS) on line:**
  - [http://www.paho.org/default\\_spa.htm](http://www.paho.org/default_spa.htm) [F.C.: 01/02/2008].
  - <http://66.101.212.220/mirtaroses/index.php?id=46> [F.C.11/04/2008].
- **Trainini, J.:** “El Futuro de la Regeneración Cardíaca”, artículo publicado en la Revista Argentina de Cardiología, Vol. 72 N° 3 Mayo - Junio 2004: <http://www.raccv.caccv.org/Vol02N02/angiogenesis.htm> [www.sac.org.ar/rac/2004/v3/car3-16.pdf](http://www.sac.org.ar/rac/2004/v3/car3-16.pdf) [F.C.:16/07/07].
- **Wikipedia:**
  - [http://es.wikipedia.org/wiki/Historia\\_de\\_la\\_Ciudad\\_de\\_Buenos\\_Aires](http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_Ciudad_de_Buenos_Aires) [F.C.:03/11/2007].
  - <http://es.wikipedia.org/wiki/CRM> [F.C.: 20/06/2008].
- **Zepeta Rojas, A.:** “Motivación, liderazgo y comportamiento organizacional” <http://www.losrecursoshumanos.com/curriculum2.htm> [F.C.:01/12/2007].

## **CAPÍTULO VII: ANEXOS**

### **VII.I. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA CABA**

#### **VII.I.1. TABLAS DEMOGRÁFICAS**

##### **VII.I.1.1. Promedio de permanencia según hospital y años**

<b>HOSPITAL</b>	<b>AÑO 2005*</b>	<b>AÑO 2006*</b>	<b>AÑO 2007*</b>
Álvarez	7,5	7,4	8,2
Argerich	8,5	8,7	8,3
Durand	8,3	8,3	8,7
Fernández	9,5	9,9	10,4
Elizalde	6,4	6,1	6,5
Gutierrez	8,4	8,6	8,6
Penna	6,5	6,6	6,1
Piñero	7,5	7,5	7
Pirovano	9,8	10,1	9,9
Ramos Mejía	10,5	10,8	9,6
Rivadavia	8,5	8,9	8
Santojanni	7,4	7,3	7,4
Tornú	9	9,3	9,6
Velez Sarsfield	4,9	5,1	4,7
Zubizarreta	8,3	8,5	9
Sardá	4,7	4,4	4,5
Muñiz	19,6	19,3	18,9
Oncología	8,9	9,4	9,8
Quemados	11,7	11,9	11,9
Lagleyze	1,4	1,3	1,3
Santa Lucía	4,8	4,3	1,4
Udaondo	11,1	11,3	9,3
Borda	287,2	247,5	230,3
Moyano	388	316,2	322,7
Tobar García	57	57,4	51,6
Torcuato de Alvear	44,1	49,3	48,3
Rocca	101,4	109,9	113,9
Rehab. Psicofísica	27,9	25,2	24,2
María Ferrer	9,9	8,6	9,7
<b>TOTAL*</b>	<b>12,7</b>	<b>12,2</b>	<b>11,6</b>

\* Medido en promedio de días de permanencia.

**Tabla Nº 1: Promedio de Permanencia según Hospital y Años.**

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud. Promedio de Permanencia según Hospital y Años. Hospitales del Ministerio de Salud del GCABA. Período 1998-2007.

**VII.I.1.2. Porcentaje ocupacional según hospital y años**

<b>HOSPITAL</b>	<b>AÑO 2005*</b>	<b>AÑO 2006*</b>	<b>AÑO 2007*</b>
Álvarez	7,5	7,4	8,2
Argerich	8,5	8,7	8,3
Durand	8,3	8,3	8,7
Fernández	9,5	9,9	10,4
Elizalde	6,4	6,1	6,5
Gutierrez	8,4	8,6	8,6
Penna	6,5	6,6	6,1
Piñero	7,5	7,5	7
Pirovano	9,8	10,1	9,9
Ramos Mejía	10,5	10,8	9,6
Rivadavia	8,5	8,9	8
Santojanni	7,4	7,3	7,4
Tornú	9	9,3	9,6
Velez Sarsfield	4,9	5,1	4,7
Zubizarreta	8,3	8,5	9
Sardá	4,7	4,4	4,5
Muñiz	19,6	19,3	18,9
Oncología	8,9	9,4	9,8
Quemados	11,7	11,9	11,9
Lagleyze	1,4	1,3	1,3
Santa Lucía	4,8	4,3	1,4
Udaondo	11,1	11,3	9,3
Borda	287,2	247,5	230,3
Moyano	388	316,2	322,7
Tobar García	57	57,4	51,6
Torcuato de Alvear	44,1	49,3	48,3
Rocca	101,4	109,9	113,9
Rehab. Psicofísica	27,9	25,2	24,2
María Ferrer	9,9	8,6	9,7
<b>TOTAL*</b>	<b>79,9</b>	<b>79,4</b>	<b>80,5</b>

\* Medido en porcentaje (%).

**Tabla Nº 2: Porcentaje Ocupacional según Hospital y Años.**

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud. Porcentaje Ocupacional según Hospital y Años. Hospitales del Ministerio de Salud del GCABA. Período 1998-2007.



## VII.II. ANTECEDENTES LEGALES

### VII.II.1. PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO)

ANTEPROYECTO RESOLUCIÓN PMO DE EMERGENCIA 2002<sup>147</sup>

Marzo 27 de 2002

Este Programa de Salud se refiere al Conjunto Mínimo de Prestaciones esenciales que permitan garantizar la atención de la salud por parte de los beneficiarios. Es de carácter obligatorio para los agentes del Seguro de Salud, quienes no son meramente financiadores del sistema, sino, y por sobre todo, responsables de la salud de la población.

El presente documento está estructurado sobre la base de tres Anexos. En el primero se explicitan los lineamientos de cobertura mínima que brindarán los Agentes del Seguro de Salud. En el segundo se da a conocer el catálogo de prestaciones, y también las normativas que rigen a una serie de prácticas que creemos oportuno protocolizar en esta primera etapa, ya sea por la magnitud, impacto o trascendencia que la utilización de las mismas implican sobre la salud de la población. En el tercero, finalmente, se da a conocer el listado de medicamentos esenciales capaz de asegurar la cobertura de por lo menos el 95% de los problemas de salud más frecuentes en la consulta ambulatoria.

#### ANEXO I

##### 1. Cobertura

##### 1.1. Atención Primaria de la Salud:

Se reafirma el principio de que este Programa Médico Obligatorio está basado en los principios de la atención primaria de la salud, entendiendo a la misma no sólo como la cobertura para el primer nivel de atención, sino y fundamentalmente como una estrategia de organización de los servicios sanitarios. Por tanto se sostienen los principios de privilegiar la preservación de la salud antes que las acciones curativas, y por tanto reforzar los programas de prevención. Brindar una cobertura integral, es decir un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud. Asegurar un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria. Proveer de cuidados continuos a los beneficiarios, privilegiando la atención a partir de un médico de familia que sea el responsable de los cuidados de los beneficiarios, y donde los mismos tengan el derecho a conocer el nombre de su médico, así como los proveedores de servicios tengan la obligación de conocer y acompañar en forma integral a los pacientes en el cuidado de su salud. Se reafirma la necesidad de que los agentes del Seguro de Salud provean estos recursos pero se posterga la obligatoriedad de su implementación a partir de que los recursos humanos actualmente existentes no son

---

<sup>147</sup> Cepim.org: <http://www.cepim.org.ar/pmoe/emergencia.htm> [FC 20/07/2008].

suficientes como para implementar este tipo de sistemas en forma generalizada compulsiva.

## 1.2. Programas de Prevención Primaria y Secundaria:

Se acuerdan y van en colaboración con la autoridad jurisdiccional. En todos los casos será obligación de los Agentes del Seguro del listado de personas bajo el programa, el cual deberá ser elevado en forma trimestral a la Superintendencia de Servicios de Salud en conjunto con la información requerida en la Resolución 650/97 y modificatorias de dicha entidad. En todos los casos para que un programa de prevención sea reconocido como tal los Agentes del Seguro deberán especificar objetivos, metas, recursos humanos, recursos materiales, guías de atención, mecanismos de evaluación y resultados a obtener, puestos a consideración de la Gerencia de Control Prestacional, quien determinará su procedencia o no. Los Agentes del Seguro de Salud, más allá de los programas citados aquí, deberán adaptar los mismos a sus características sociodemográficas particulares, así como también implementar aquellos otros planes que consideren procedentes debido a la singularidad que le pudiera haber a cada una de las entidades.

1.2.1. Plan Materno Infantil: Se dará cobertura del embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento. Atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad. Todo con cobertura al 100% tanto en internación como en ambulatorio y exceptuado del pago de todo tipo de coseguros. Esta cobertura comprende:

a) Embarazo y parto: consultas, estudios de diagnóstico exclusivamente relacionados con el embarazo, el parto y puerperio, ya que otro tipo de estudios tendrá la cobertura que rige al resto de este PMO; psicoprofilaxis obstétrica, medicamentos exclusivamente relacionados con el embarazo y el parto con cobertura al 100%.

b) Infantil: Será obligatoria la realización perinatólogica de los estudios para detección de la fenilcetonuria y del hipotiroidismo en el recién nacido. Deberán cubrirse las consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del período, cobertura del 100% de la medicación requerida para el primer año de vida siempre que ésta figure en el listado de medicamentos esenciales.

c) A fin de estimular la lactancia materna no se cubrirán las leches maternizadas o de otro tipo, salvo expresa indicación médica, y con resumen de HC.

1.2.2. Programas de prevención de cánceres femeninos: mama y cuello uterino: diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones malignas sin cargo alguno para el paciente. Siempre con la cobertura de las medicaciones que figuren en los protocolos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Se excluyen de la cobertura todo tipo de tratamientos y/o protocolos de carácter experimental.

1.2.3. Odontología preventiva: campos de prevención, fluoración y campañas de educación para la salud bucal.

## 2. Atención Secundaria:

Los Agentes del Seguro de Salud se encuentran obligados a brindar exclusivamente las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria.

2.1. Esto significa que se asegura la financiación de las siguientes especialidades:

Anatomía Patológica. Anestesiología. Cardiología. Cirugía cardiovascular. Cirugía de cabeza y cuello. Cirugía general. Cirugía infantil. Cirugía plástica reparadora. Cirugía de tórax. Clínica médica. Dermatología. Diagnóstico por imágenes: Radiología, tomografía computada, resonancia magnética y ecografía. Endocrinología. Infectología. Fisiatría (medicina física y rehabilitación). Gastroenterología. Geriátrica. Ginecología. Hematología. Hemoterapia. Medicina del deporte. Medicina familiar y general. Medicina del trabajo. Medicina legal. Medicina nuclear: radioterapia o terapia radiante. Nefrología. Neonatología. Neumonología. Neurología. Nutrición. Obstetricia. Oftalmología. Oncología. Ortopedia y traumatología. Otorrinolaringología. Pediatría. Psiquiatría. Reumatología. Terapia intensiva. Tocoginecología. Urología.

2.2. Las prestaciones a brindar son: consultas en consultorio e internación. Consultas de emergencia en domicilio, excepto para mayores de 65 años que no puedan movilizarse, donde se asegura la consulta programada en domicilio con un coseguro de \$10 por cada visita.

2.3. Prácticas y estudios complementarios ambulatorios, diagnósticos y terapéuticos: se incluyen con cobertura al 100% todas las prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en el anexo II de la presente Resolución, considerando el material descartable y medicamento como parte de la prestación que se realiza.

3. Internación:

Se asegura el 100% de cobertura en la internación en cualquiera de sus modalidades (institucional, hospital de día o domiciliaria). Todas las prestaciones y prácticas que se detallan en el anexo II se encuentran incluidas dentro de la cobertura. La cobertura se extiende sin límite de tiempo, a excepción de lo contemplado en el capítulo que corresponde a salud mental.

4 Salud mental:

4.1. Se incluyen todas aquellas actividades de fortalecimiento y desarrollo de comportamientos y hábitos de vida saludables como forma de promoción de la salud en general y de la salud mental en particular.

4.2. Actividades específicas que tienden a prevenir comportamientos que puedan generar trastornos y malestar psíquico en temas específicos como la depresión, suicidio, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil y otros.

Los agentes del seguro propiciarán las prácticas de promoción de salud mental mediante el desarrollo de actividades acordes a las modalidades que consideren pertinentes para su población beneficiaria.

4.3. Prestaciones cubiertas: atención ambulatoria hasta 30 visitas por año calendario, no pudiendo exceder la cantidad de 4 consultas mensuales. Esto incluye las modalidades de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, psicodiagnóstico.

4.4. Internación: se cubrirán patologías agudas en las modalidades institucionales u hospital de día. Hasta 30 días por año calendario.

## 5. Rehabilitación:

Se incluyen todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas que se detallan en el Anexo II de la presente Resolución. Los Agentes del Seguro de Salud darán cobertura al 100% en los casos de necesidad de rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial. Con el siguiente alcance: Kinesioterapia hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario. Fonoaudiología: hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario. Estimulación temprana: en los términos que se define en el Anexo II de la presente Resolución.

## 6. Odontología:

6.1. Se asegura la cobertura por parte de los Agentes del Seguro de Salud, de las siguientes prácticas:

Consulta. Diagnóstico. Fichado y plan de tratamiento.

Este código incluye examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Se considera como primera consulta y comprende la confección de clínica odontológica.

Consulta de urgencia. Se considera consulta de urgencia a toda consulta sin turno previo, que resuelva la demanda espontánea. El beneficiario una vez resuelta la urgencia podrá consultar a su odontólogo general para iniciar el tratamiento definitivo de la patología que lo afecte. No se contempla dentro de esa consulta la realización de prácticas no cubiertas, a excepción del cementado de puentes y coronas que no requieran de restauración protética.

Obturación de amalgama. Cavidad simple.

Obturación de amalgama. Cavidad compuesta o compleja.

Obturación con tornillo en conducto.

Comprende el tratamiento de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por la caries dental cuando la destrucción coronaria sea mayor que los dos tercios de la distancia intercuspídea. La obturación definitiva debe incluir, en menores de 18 años, el sellado de todas las superficies no tratadas. Será reconocida una única vez por pieza tratada.

Obturación resina auto curado. Cavidad simple.

Obturación resina auto curado. Cavidad compuesta o compleja.

Obturación resina foto curado sector anterior.

Comprende la restauración de las piezas anteriores y vestibular de primeros premolares.

Reconstrucción de ángulo en dientes anteriores.

Tratamiento endodóntico en unirradiculares.

Tratamiento endodóntico en multiradicales.

Biopulpectomía parcial.

Necropulpectomía parcial o momificación.

En piezas que por causa técnicamente justificada no se pueda realizar el tratamiento endodóntico convencional.

Tartrectomía y cepillado mecánico.

Está práctica no incluye el blanqueamiento de piezas dentarias. En pacientes mayores de 18 se cubrirá una vez por año.

Consulta preventiva. Terapias fluoradas.

Incluye Tartrectomía y cepillado mecánico, detección y control de la placa bacteriana, enseñanza de técnicas de higiene. Se cubrirá hasta los 18 años y hasta dos veces por año. Comprende aplicación de flúor tópico, barniz y colutorios.

Consulta preventiva. Detección control de placa bacteriana, enseñanza de técnicas de higiene bucal.

Comprende enseñanza de técnicas de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa. Incluye monitoreo anual.

Selladores de surcos, fosas y fisuras.

Esta práctica se reconoce hasta los 15 años en premolares y molares permanentes.

Aplicación de cariostáticos en piezas dentarias permanentes.

Consultas de motivación.

Se cubrirá hasta los 15 años de edad e incluye la consulta diagnóstica, examen y plan de tratamiento. Comprende hasta tres visitas al consultorio.

Mantenedor de espacio.

Comprende mantenedores de espacios fijos o removibles. Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 8 años inclusive. Se incluye corona obanda y ansa de alambre de apoyo o tornillo de expansión.

Reducción de luxación con inmovilización dentaria.

Tratamientos en dientes temporarios con Formocresol.

Cuando el diente tratado no este próximo a su exfoliación. También se cubrirá en piezas permanentes con gran destrucción coronaria.

Corona de acero provisoria por destrucción coronaria.

Se cubrirá en piezas temporarias con tratamiento de formocresol o gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre dentro del período de exfoliación. En primeros molares permanente hasta los 15 años de edad.

Reimplante dentario e inmovilización por luxación total.

Protección pulpar directa.

Consulta de estudio. Sondaje, fichado, diagnóstico y pronóstico.

Tratamiento de gingivitis. Comprende tartrectomía, raspaje y alisado, detección y control de placa, topicación con flúor y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Se cubrirá anualmente.

Tratamiento de enfermedad periodontal. Comprende todos los cuadros periodontales e incluye raspaje y alisado radicular. Se cubrirá cada dos años.

Desgaste selectivo o armonización aclusal. Radiografía periapical. Técnica de cono corto o largo. Radiografía Bte-Wing. Radiografía oclusal. Radiografías dentales media seriada: de 5 a 7 películas. Radiografía dental seriada: de 8 a 14 películas. Pantomografía o radiografía panorámica. Estudio cefalométrico. Extracción dentaria. Plástica de comunicación buco-sinusal. Biopsia por punción o aspiración o escisión. Alveolectomía estabilizadora. Reimplante dentario inmediato al traumatismo con inmovilización. Incisión y drenaje de absesos. Extracción dentaria en retención mucosa. Extracción de dientes con retención ósea. Germectomía. Liberación de dientes retenidos. Tratamiento de la osteomielitis. Extracción de cuerpo extraño. Alveolectomía correctiva. Frenectomía.

6.2. El monto de coseguros a pagar será de hasta \$ 5 para niños de hasta 15 años, y para mayores de 65 años. Coseguro de hasta \$ 10 para aquellos beneficiarios que tienen entre 16 y 64 años.

6.3. Los coseguros serán pagados en donde el Agente del Seguro de Salud lo determine.

## 7. Medicamentos

7.1. Se asegura la cobertura de los medicamentos en ambulatorio que figuran en el Anexo III de la presente con un 40% de cobertura del precio de referencia que se defina en la Resolución que corresponda.

7.2. La cobertura será del 100% en internados.

7.3. Tendrán cobertura al 100% por parte del Agente del Seguro: Eritropoyetina para el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica. Medicamentos oncológicos.

7.4. La cobertura de medicación no oncológica, de uso de protocolos oncológicos, tendrá la misma cobertura que la medicación ambulatoria, a excepción del ondasetrón en el tratamiento de vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes (cisplatino, carboplatino, ciclofosfamida, ifosfamida, dactinomicina D, dacarbazina, doxorubicina, idarrubicina, epirubicina, estreptoizotocina, citarabina).

7.5. Tendrán cobertura del 100% por el Agente del Seguro con apoyo financiero de la Administración de Programas Especiales, los siguientes medicamentos: Interferón: En el tratamiento de la Esclerosis Múltiple para pacientes con dos o más brotes en los últimos dos años. La Hepatitis crónica por virus B ó C comprobada por laboratorio y anatomía patológica. Copolímero: En la Esclerosis Múltiple, con iguales indicaciones que el interferón. Teicoplanina: En tratamiento ambulatorio de infecciones documentadas por estafilococos meticilinoresistentes. Factores estimulantes de colonias Granulocíticas: en neutropenias severas (menos de 1.000 neutrófilos por mm<sup>3</sup>) Trobamicina aerosolizada: En la Enfermedad Fibroquística con infección bronquial por Pseudomona aureginosa documentada. Riluzole: En el tratamiento de la Esclerosis Lateral Amiotrófica. Factor VIII y Antihemofílicos. Somatotropina: En el síndrome de Turner e hipopituitarismo con trastornos del crecimiento, hasta el cierre de los cartílagos del crecimiento. Octreotide: En síndrome carcinoide y tumores hipofisarios de la acromegalia. Cerezyme: Tratamiento de la enfermedad de Gaucher. Medicación antiretroviral para pacientes con HIV SIDA. Inmunosupresores.

Para acceder a la provisión de los medicamentos nombrados (que no podrán ser dispensados en farmacias en forma directa) el beneficiario deberá presentar: Historia clínica, protocolo de tratamiento incluyendo dosis diarias y tiempo estimado del mismo.

Sin perjuicio de las normas establecidas en esta Resolución sobre la cobertura en medicamentos, las mismas no podrán introducir limitaciones sobre tratamientos en curso al momento de su puesta en vigencia. Se mantiene a cargo de los Agentes del Seguro la cobertura de medicamentos establecida en otras normativas vigentes.

Res. 301/99 MsyAS. Cobertura de insulina (100%), antidiabéticos orales (70%) y tirillas reactivas (400 anuales). Para pacientes diabéticos insulino dependientes lábiles participantes en programas específicos de prevención secundaria se duplicará la provisión de tirillas para medición de glucemia (autocontrol). Res.791/99 MsyAS. Cobertura del 100% del mestinón 60 mg. para el tratamiento de la Miastenia Gravis.

7.6. Cada Agente del Seguro tendrá la facultad de recetar medicamentos por su nombre genérico, y se aplicarán los mecanismos de sustitución y precios de referencia acordes a las normativas que establezca el Ministerio de Salud.

## 8. Cuidados Paliativos.

8.1. El cuidado paliativo es la asistencia activa y total de los pacientes y de sus familias por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa de vida del paciente no supera el lapso de 6 meses, por no responder al tratamiento curativo que le fue impuesto. Los objetivos aquí serán aliviar el dolor, los síntomas y el abordaje psicosocial del paciente y de su familia. La cobertura estará dada en función del marco general que marca el PMO, es decir que los Agentes del Seguro se encuentran obligados a brindar las prestaciones que se mencionan en los Anexos II y III con un 100% de cobertura.

8.2. Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. La cobertura será del 100% siendo requisito indispensable la inscripción de los pacientes en el INCUCAI dentro de los primeros 30 días de iniciado el tratamiento.

## 8.3. Otras Coberturas.

8.3.1. Se asegura la cobertura de otoamplifonos al 100% en niños de hasta 15 años a fin de garantizar un adecuado nivel de audición que les permita sostener una educación que maximice las potencialidades personales de cada beneficiario.

8.3.2. Con igual criterio que el anterior se asegura la cobertura de anteojos con lentes estándar, en un 100%.

8.3.3. Prótesis y ortesis: La cobertura será del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente y del 50% en ortesis y prótesis externas, no reconociéndose las prótesis denominadas miogénicas o bioeléctricas. El monto máximo a erogar por el Agente del Seguro será el de la menor cotización en plaza. Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto.

8.3.4. Los traslados son parte de la prestación que se realiza.

## 9. Coseguros

9.1. Todas las coberturas mencionadas en la presente Resolución se considerarán del 100% salvo en aquellos casos en los que puntualmente se especifican otros porcentajes. En aquellas prestaciones cubiertas al 100% los beneficiarios de los Agentes del Seguro no abonarán ningún tipo de coseguro por fuera de los descriptos en este capítulo.

Están exceptuados del pago de todo tipo de coseguros:

La mujer embarazada desde el momento del diagnóstico hasta 30 días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado del embarazo, parto y puerperio. El niño hasta cumplido el año de edad. Los pacientes oncológicos, discapacitados y aquellos con HIV SIDA. Los programas preventivos. Los mayores de 65 años.

Se establece un monto de hasta \$ 3 en concepto de coseguro para todo tipo de consultas en ambulatorio, dejando en claro que no es obligación de la Obra Social el cobro del mismo, sino que éste constituye un instrumento que actúa como moderador en caso de sobre utilización irracional de los servicios.

Se unifican en un solo valor los montos de alta y baja complejidad, a partir de un criterio de solidaridad del sistema que no puede castigar a aquellos que necesitan mayor complejidad, seguramente están más enfermos y por tanto no parecería equitativo establecer un monto de coseguro mayor, dado que esto significaría castigar a quienes más lo necesitan.

10. EL PMO adhiere en un todo al Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica, por lo cual resulta redundante establecer las mismas guías en esta normativa.

11. Se establece además la implementación del Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades (VIGIA) en el ámbito de la Seguridad Social (según marca el Decreto 865/2000) a fin de garantizar la salud de la población en especial en emergencias sociales como la presente en donde el número de personas vulnerables a enfermedades transmisibles y no transmisibles aumenta.

## ANEXO II

### Catálogo de Prestaciones

Los Agentes del Seguro de Salud garantizaran a través de sus prestadores propios o contratados la cobertura y acceso a todas las prestaciones incluidas en el presente catálogo. Las prácticas consideradas de alto costo, necesarias para el diagnóstico y tratamiento de patologías de baja incidencia y alto impacto económico y social, han sido normatizadas para asegurar el correcto uso de la tecnología y establecer los alcances de su cobertura evitando la inadecuada utilización de dichas prácticas. El Agente del Seguro de Salud podrá ampliar los límites de cobertura de acuerdo a necesidades individuales de sus beneficiarios. Las prácticas aquí indicadas pueden combinarse según indicación médica, sin generar un nuevo código, en ese caso ambas prácticas corresponden a un solo ítem al solo fin del cobro del coseguro. Este catálogo de prácticas y procedimientos asegura la cobertura a los beneficiarios por parte de los Agentes del Seguro de Salud, no es un listado indicativo de facturación prestacional, las prácticas citadas podrán ser realizadas por la especialidad correspondiente, no afectando la libertad de contratación ni los acuerdos de aranceles entre los Agentes del Seguro de Salud y los prestadores del servicio. Su función es brindar a los beneficiarios un listado de prestaciones que los Agentes del Seguro de Salud se encuentran obligados a brindar en las condiciones establecidas. Dado el carácter dinámico que tiene la ciencia médica, la Superintendencia



de Servicios de Salud dentro de los 30 días de vigencia de la presente establecerá los mecanismos de adecuación permanente para la incorporación y modificaciones de la presente Resolución, el Equipo de Evaluación de Tecnología Sanitaria, organismo consultor de la Comisión para la presentación del Programa Médico Obligatorio definitivo analizará las presentaciones que se realicen.

Las prácticas aquí normatizadas son aquellas que fueron definidas en la Resolución 939/2000 MS y fueron evaluadas por el Equipo de Evaluación de Tecnología Sanitaria que sobre la base de la metodología de Medicina Basada en la Evidencia ha analizado la literatura nacional e internacional, comparando con Agencias de Evaluación de Tecnología y las políticas de cobertura de otros países del mundo. Estas prácticas estarán sujetas a una actualización continua sobre la base de la evidencia disponible, así como también es objetivo el aumentar el número de prácticas a protocolizar para el PMO definitivo.

#### Código Práctica

Operaciones en el sistema nervioso

010101 tratamiento quirúrgico del encefalomeningocele

010102 tratamiento quirúrgico craneostenosis

010103 craneoplastias con injerto óseo o protésico

010104 reducción abierta de fractura de cráneo

010105 escisiones de lesión tumoral infecciosa

#### ANEXO III

##### Formulario Terapéutico

Las características que reúne éste formulario son las siguientes: Los principios activos incluidos atienden el 95% de los problemas de salud que se presentan en la consulta ambulatoria. No se incluyen los medicamentos financiados a través del Fondo Solidario de Redistribución por resoluciones de la Administración de Programas Especiales y leyes de protección de grupos vulnerables. No se incluyen medicamentos de venta libre, ni específicos para patologías oncológicas. La cobertura de los medicamentos específicos para la terapéutica de la Diabetes (Resolución 301/99 MsyAS) se especifica en el Anexo I, por lo que no está incluida en este formulario. La cobertura de los medicamentos específicos para la terapéutica de la Miastenia Gravis (Resolución 791/99 MsyAS) se especifica en el Anexo I, por lo que no está incluida en este formulario.

Los medicamentos incluidos en el listado tienen cobertura obligatoria por los Agentes del Seguro de Salud al 40% del valor de referencia según Anexo IV de la presente Resolución. Los Agentes del Seguro de Salud podrán ampliar la cobertura e incluir otros medicamentos de acuerdo a las necesidades de sus beneficiarios y financiamiento.

Se incluyeron los principios activos que demostraron tener efectividad clínica comprobada, y ser la mejor alternativa en relación al resto de otros principios activos dentro de la banda terapéutica en las que fueron evaluados, los estudios disponibles de costo- efectividad correspondientes. La selección de principios activos fue realizada sobre la base de los criterios que se establecen en las guías de Evaluación de Tecnología Sanitaria para la Medicina Basada en la Evidencia.

Por el avance constante de la investigación médica, se modificará este listado a través de la Comisión para la presentación del Programa Médico Obligatorio definitivo del Anexo II de la presente Resolución, acorde a lo que determina el Decreto 486/2002.

El listado se corresponde con la clasificación ATC (Anatómica-Terapéutica-Clínica) y su codificación.

#### ANEXO IV

##### Precios de Referencia

Atento a lo especificado en el Decreto 486/2002 se determinó la implementación de un sistema de precios de referencia que sirva como guía de los valores que son aceptables financiar por parte de la Seguridad Social y sus beneficiarios. Para la implementación de éste se estableció una metodología clara y transparente. A partir del listado de monodrogas que figuran en el anexo III de la presente Resolución se trabajó agrupando cada principio activo según sus distintas dosis y formas farmacéuticas. Una vez realizado esto se calculó el costo por unidad farmacológica activa para las distintas especialidades medicinales presentes en el manual farmacéutico. Desde allí se tomó esta unidad y se calculó el precio de referencia, y a su vez el 40% del mismo, que es la mínima cobertura que se encuentra obligada a cumplimentar la Seguridad Social. También en el listado final se valoraron los contenidos de los envases y las presentaciones, descartando aquellas que pudieran ser de carácter suntuario para los términos de éste Programa Médico de Emergencia. Finalmente se eligieron las formas farmacéuticas, sobre la base de su ubicación en las distintas bandas terapéuticas, de modo tal que se pueda asegurar tratamientos terapéuticamente criteriosos. Por ejemplo: en medicamentos que se usan crónicamente se eligieron formas farmacéuticas no menores a 30 comprimidos; en antibióticos se priorizaron aquellos capaces de cumplimentar un tratamiento completo. En otros casos como los ansiolíticos donde está comprobada la adicción a éstas drogas, y la tolerancia después de los 90 días se eligieron presentaciones de menor cantidad para un mejor control por parte del profesional actuante.

## VII.II.2. LEY BÁSICA DE SALUD Nº 153<sup>148</sup>

### LEY BÁSICA DE SALUD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

#### TÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES

##### **CAPÍTULO 1. OBJETO, ALCANCES Y PRINCIPIOS**

Artículo 1º.- Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin.

Artículo 2º. Alcances. Las disposiciones de la presente ley rigen en el territorio de la Ciudad y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad de Buenos Aires.

Artículo 3º. Definición. La garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:

- a. La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.
- b. El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.
- c. La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.
- d. La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.
- e. La cobertura universal de la población;
- f. El gasto público en salud como una inversión social prioritaria;
- g. La gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones.
- h. El acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades.
- i. La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel;

---

<sup>148</sup>GCABA on line:

<http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/regulacion/files/Leyes%20de%20la%20CABA/Ley%20153.pdf>  
[F.C.: 21/07/2008].

j. La descentralización en la gestión estatal de salud, la articulación y complementación con las jurisdicciones del área metropolitana, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales;

k. El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.

l. La fiscalización y control por la autoridad de aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana.

## **CAPÍTULO 2. DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS.**

Artículo 4º. Derechos. Enumeración. Son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

a. El respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural;

b. La inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden;

c. La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad;

d. El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso;

e. Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba;

f. Libre elección de profesional y de efector en la medida en que exista la posibilidad;

g. Un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud;

h. Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos;

i. Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas.

j. Solicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación;

k. Internación conjunta madre-niño;

l. En el caso de enfermedades terminales, atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento;

m. Acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores;

n. Ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen;

o. En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores.

Artículo 5°. Garantía de derechos. La autoridad de aplicación garantiza los derechos enunciados en el artículo anterior en el subsector estatal, y verifica su cumplimiento en la seguridad social y en el subsector privado dentro de los límites de sus competencias.

Artículo 6°. Obligaciones. Las personas tienen las siguientes obligaciones en relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

a. Ser cuidadosas en el uso y conservación de las instalaciones, los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición;

b. Firmar la historia clínica, y el alta voluntaria si correspondiere, en los casos de no aceptación de las indicaciones diagnóstico-terapéuticas;

c. Prestar información veraz sobre sus datos personales.

Artículo 7°. Información de derechos y obligaciones. Los servicios de atención de salud deben informar a las personas sus derechos y obligaciones.

### **CAPÍTULO 3. AUTORIDAD DE APLICACIÓN Y CONSEJO GENERAL DE SALUD.**

Artículo 8°. Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente ley es el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en materia de salud.

Artículo 9°. Consejo General de Salud. El Consejo General de Salud es el organismo de debate y propuesta de los grandes lineamientos en políticas de salud. Tiene carácter consultivo, no vinculante, honorario, de asesoramiento y referencia para el Gobierno de la Ciudad. Arbitra los mecanismos para la interacción de los tres subsectores integrantes del sistema de salud, y para la consulta y participación de las organizaciones vinculadas a la problemática sanitaria.

## **TÍTULO II: SISTEMA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

### **CAPÍTULO ÚNICO.**

Artículo 10°. Sistema de Salud. Integración. El Sistema de Salud está integrado por el conjunto de recursos de salud de dependencia: estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad.

Artículo 11°. Recursos de Salud. Entiéndase por recurso de salud, toda persona física o jurídica que desarrolle actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, investigación y docencia, producción, fiscalización y control, cobertura de salud, y cualquier otra actividad vinculada con la salud humana, en el ámbito de la Ciudad.

Artículo 12°. Autoridad de aplicación. Funciones. La autoridad de aplicación conduce, controla y regula el sistema de salud. Son sus funciones:

- a. La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente ley y en la Constitución de la Ciudad;
- b. El impulso de la jerarquización de los programas y acciones de promoción y prevención en los tres subsectores;
- c. La organización general y el desarrollo del subsector estatal de salud, basado en la constitución de redes y niveles de atención;
- d. La descentralización del subsector estatal de salud, incluyendo el desarrollo de las competencias locales y de la capacidad de gestión de los servicios;
- e. La promoción de la capacitación permanente de todo el personal de los tres subsectores;
- f. La promoción de la salud laboral y la prevención de las enfermedades laborales de la totalidad del personal de los tres subsectores;
- g. La implementación de una instancia de información, vigilancia epidemiológica y sanitaria y planificación estratégica como elemento de gestión de todos los niveles;
- h. La articulación y complementación con el subsector privado y de la seguridad social;
- i. La regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud;
- j. La regulación, habilitación, categorización, acreditación y control de los establecimientos dedicados a la atención de la salud, y la evaluación de la calidad de atención en todos los subsectores;
- k. La regulación y control de la tecnología sanitaria;
- l. La regulación y control de la producción, comercialización y consumo de productos alimenticios, suplementos dietarios, medicamentos, insumos médico-quirúrgicos y de curación, materiales odontológicos, materiales de uso veterinario y zoterápicos, productos de higiene y cosméticos;
- m. La regulación y control de la publicidad de medicamentos y de suplementos dietarios y de todos los artículos relacionados con la salud;
- n. La promoción de medidas destinadas a la conservación y el mejoramiento del medio ambiente;
- o. La prevención y control de las zoonosis;
- p. La prevención y control de las enfermedades transmitidas por alimentos;
- q. La promoción y prevención de la salud bucal;
- r. La regulación y control de la fabricación, manipulación, almacenamiento, venta, transporte, distribución, suministro y disposición final de sustancias o productos tóxicos o peligrosos para la salud de la población;
- s. El control sanitario de la disposición de material anatómico y cadáveres de seres humanos y animales;

- t. El desarrollo de un sistema de información básica y uniforme de salud para todos los subsectores, incluyendo el establecimiento progresivo de la historia clínica única;
- u. La promoción e impulso de la participación de la comunidad;
- v. La garantía del ejercicio de los derechos reproductivos de las personas, incluyendo la atención y protección del embarazo, la atención adecuada del parto, y la complementación alimentaria de la embarazada, de la madre que amamanta y del lactante;
- w. El establecimiento de un sistema único frente a emergencias y catástrofes con la participación de todos los recursos de salud de la Ciudad;
- x. La articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense, orientadas a la constitución de un consejo y una red metropolitana de servicios de salud;
- y. La concertación de políticas sanitarias con el gobierno nacional, con las provincias y municipios.

### TÍTULO III: SUBSECTOR ESTATAL DE SALUD.

#### **CAPÍTULO 1. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS.**

Artículo 13º. Subsector estatal. Definición. El subsector estatal de la Ciudad está integrado por todos los recursos de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por medio de los cuales se planifican, ejecutan, coordinan, fiscalizan y controlan planes, programas y acciones destinados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, sean ellas asistenciales directas, de diagnóstico y tratamiento, de investigación y docencia, de medicina veterinaria vinculada a la salud humana, de producción, de fiscalización y control.

Artículo 14º. Subsector estatal. Objetivos. Son objetivos del subsector estatal de salud:

- a. Contribuir a la disminución de los desequilibrios sociales, mediante el acceso universal y la equidad en la atención de la salud, dando prioridad a las acciones dirigidas a la población más vulnerable y a las causas de morbimortalidad prevenibles y reductibles;
- b. Desarrollar políticas sanitarias centradas en la familia para la promoción comunitaria de herramientas que contribuyan a disminuir la morbimortalidad materno-infantil, promover la lactancia en el primer año de vida, generar condiciones adecuadas de nutrición;
- c. Desarrollar políticas integrales de prevención y asistencia frente al VIH/SIDA, adicciones, violencia urbana, violencia familiar y todos aquellos problemas que surjan de la vigilancia epidemiológica y socio sanitaria;
- d. Desarrollar la atención integrada de los servicios e integral con otros sectores;
- e. Reconocer y desarrollar la interdisciplina en salud;
- f. Jerarquizar la participación de la comunidad en todas las instancias contribuyendo a la formulación de la política sanitaria, la gestión de los servicios y el control de las acciones;

- g. Asegurar la calidad de la atención en los servicios;
- h. Organizar los servicios por redes y niveles de atención, estableciendo y garantizando la capacidad de resolución correspondiente a cada nivel;
- i. Establecer la extensión horaria de los servicios y programas, y el desarrollo de la organización por cuidados progresivos, la internación domiciliaria, la cirugía ambulatoria y los hospitales de día, la internación prolongada sin necesidad de tecnología asistencial y demás modalidades requeridas por el avance de la tecnología de atención;
- j. Garantizar el desarrollo de la salud laboral, y de los comités de bioseguridad hospitalarios;
- k. Establecer la creación de comités de ética en los efectores;
- l. Descentralizar la gestión en los niveles locales del subsector, aportando los recursos necesarios para su funcionamiento;
- m. Garantizar la educación permanente y la capacitación en servicio, la docencia e investigación en sus servicios;
- n. Desarrollar el presupuesto por programa, con asignaciones adecuadas a las necesidades de la población;
- o. Desarrollar una política de medicamentos, basada en la utilización de genéricos, y en el uso racional que garantice calidad, eficacia, seguridad y acceso a toda la población, con o sin cobertura;
- p. Instituir la historia clínica única para todos los efectores;
- q. Desarrollar un sistema de información que permita un inmediato acceso a la historia clínica única y a la situación de cobertura de las personas que demandan servicios, garantizando la confidencialidad de los datos y la no discriminación;
- r. Garantizar la atención integral de las personas con necesidades especiales y proveer las acciones necesarias para su rehabilitación funcional y reinserción social;
- s. Contribuir a mejorar y preservar las condiciones sanitarias del medio ambiente;
- t. Contribuir al cambio de los hábitos, costumbres y actitudes que afectan a la salud;
- u. Garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas a través de la información, educación, métodos y prestaciones de servicios;
- v. Eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer en la atención de salud.
- w. Desarrollar en coordinación con la Provincia de Buenos Aires y los municipios del Conurbano Bonaerense la integración de una red metropolitana de servicios de salud.



## **CAPÍTULO 2. ORGANIZACIÓN.**

Artículo 15º.- Subsector Estatal. Organización General. El subsector estatal de salud se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel; y la descentralización progresiva de la gestión dentro del marco de políticas generales, bajo la conducción político-técnica de la autoridad de aplicación.

Artículo 16º.- Subsector estatal. Organización por niveles de atención. La autoridad de aplicación debe contemplar la organización y control de las prestaciones y servicios del subsector estatal sobre la base de tres niveles de atención categorizados por capacidades de resolución.

Artículo 17º.- Articulación de niveles. La autoridad de aplicación garantiza la articulación de los tres niveles de atención del subsector estatal mediante un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia con desarrollo de redes de servicios, que permita la atención integrada y de óptima calidad de todas las personas.

Artículo 18º.- Primer nivel. Definición. El primer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.

Artículo 19º.- Primer nivel. Organización. Son criterios de organización del primer nivel de atención:

- a. Constituir la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención;
- b. Coordinar e implementar en su ámbito el sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
- c. Garantizar la formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales;
- d. Realizar las acciones de promoción, prevención, atención ambulatoria, incluyendo la internación domiciliaria, y todas aquéllas comprendidas en el primer nivel según la capacidad de resolución establecida para cada efector;
- e. Promover la participación comunitaria;
- f. Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia;
- g. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades;
- h. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Artículo 20º.- Segundo nivel. Definición. El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran internación.

Artículo 21º.- Segundo nivel. Organización. Son criterios de organización del segundo nivel de atención:

- a. Constituir el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención;

- b. Garantizar la atención a través de equipos multidisciplinarios;
- c. Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
- d. Realizar las acciones de atención de especialidades, de internación de baja y mediana complejidad, de diagnóstico y tratamiento oportuno, de rehabilitación, y todas aquellas comprendidas en el nivel y según la capacidad de resolución establecida para cada efector;
- e. Desarrollar nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, la internación domiciliaria y el hospital de día;
- f. Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia;
- g. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades;
- h. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Artículo 22º.- Tercer nivel. Definición. El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial.

Artículo 23º.- Tercer nivel. Organización. Son criterios de organización del tercer nivel de atención:

- a. Garantizar la óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad a través de equipos profesionales altamente especializados;
- b. Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
- c. Establecer articulaciones con los otros niveles y con otros componentes jurisdiccionales y extrajurisdiccionales del propio nivel, a fin de garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención;
- d. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades;
- e. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Artículo 24º.- Efectores. Definición. Los efectores son los hospitales generales de agudos, hospitales generales de niños, hospitales especializados, centros de salud polivalentes y monovalentes, médicos de cabecera, y toda otra sede del subsector estatal en la que se realizan acciones de salud.

Artículo 25º.-Efectores. Organización general. Los efectores deben adecuar la capacidad de resolución de sus servicios a los niveles requeridos por las necesidades de las redes locales y jurisdiccionales.

Artículo 26º.- Efectores. Descentralización. La autoridad de aplicación debe desarrollar la descentralización administrativa de los efectores dirigida al incremento de sus competencias institucionales en la gestión operativa, administrativo-financiera y del personal, manteniendo y fortaleciendo la integridad del sistema a través de las redes.

Artículo 27º.- Subsector estatal. Organización territorial. El subsector estatal de salud se organiza territorialmente en unidades de organización sanitaria denominadas regiones sanitarias, integradas cada una de ellas por unidades locales o áreas de salud.

Artículo 28º.- Regiones sanitarias. Número y delimitación. La autoridad de aplicación debe establecer regiones sanitarias en un número no menor de tres (3), orientándose a desarrollar la capacidad de resolución completa de la red estatal en cada una de las mismas, coordinando y articulando los efectores de los tres subsectores, y contemplando la delimitación geográfico-poblacional basada en factores demográficos, socioeconómicos, culturales, epidemiológicos, laborales, y de vías y medios de comunicación.

Artículo 29º. Regiones sanitarias. Objetivo. Las regiones sanitarias tienen como objetivo la programación, organización y evaluación de las acciones sanitarias de sus efectores. Tienen competencia concurrente en la organización de los servicios de atención básica y especializada según la capacidad de resolución definida para las mismas, y en su articulación en redes locales, regionales e interregionales con los servicios de mayor complejidad.

Artículo 30º.- Regiones sanitarias. Conducción y Consejos regionales. Cada región sanitaria está conducida por un funcionario dependiente de la autoridad de aplicación, y establece un consejo regional integrado por representantes de los efectores, de las áreas de salud, de los trabajadores profesionales y no profesionales, y de la comunidad.

Artículo 31º.- Áreas de salud. Lineamientos. Las áreas de salud se desarrollan en base a los siguientes lineamientos:

- a. Responden a una delimitación geográfico-poblacional y tenderán a articularse con las futuras comunas;
- b. Son la sede administrativa de las competencias locales en materia de salud;
- c. Son conducidas y coordinadas por un funcionario de carrera;
- d. Constituyen un Consejo Local de salud, integrado por representantes de la autoridad de aplicación, de los efectores y de la población del área;
- e. Analizan las características socio epidemiológicas locales, pudiendo proponer la cantidad y perfil de los servicios de atención.

### **CAPÍTULO 3. FINANCIACION**

Artículo 32º.- Presupuesto de salud. El funcionamiento y desarrollo del subsector estatal, y la regulación y control del conjunto del sistema de salud, se garantizan mediante la asignación y ejecución de los recursos correspondientes al presupuesto de salud.

Artículo 33º.- Recursos. Los recursos del presupuesto de salud son:

- a. Los créditos presupuestarios asignados para cada ejercicio deben garantizar el mantenimiento y desarrollo de los servicios y programas;
- b. Los ingresos correspondientes a la recaudación por prestación de servicios y venta de productos a terceros por parte del subsector estatal. Todo incremento de estos recursos constituye un aumento de los recursos para la jurisdicción;
- c. Los ingresos resultantes de convenios de docencia e investigación;
- d. Los aportes provenientes del Gobierno Nacional para ser destinados a programas y acciones de salud;
- e. Los préstamos o aportes nacionales e internacionales;
- f. Las herencias, donaciones y legados.

Artículo 34º.- Fondo de redistribución. Los ingresos señalados en los incisos b) y c) del artículo anterior corresponden al efector que realiza la prestación, excepto un porcentaje que integra un fondo de redistribución presupuestaria destinado a equilibrar y compensar las situaciones de desigualdad de las diferentes áreas y regiones.

Artículo 35º.- Presupuesto. Lineamientos. La autoridad de aplicación elabora, ejecuta y evalúa el presupuesto de salud en el marco de los siguientes lineamientos:

- a. La jerarquización del primer nivel de atención, con individualización de las asignaciones presupuestarias y su ejecución;
- b. La identificación y priorización de acciones de impacto epidemiológico y de adecuada relación costo/efectividad;
- c. La incorporación de la programación local y del presupuesto por programa como base del proyecto presupuestario;
- d. La descentralización de la ejecución presupuestaria;
- e. La definición de políticas de incorporación tecnológica;
- f. El desarrollo de la planificación plurianual de inversiones;
- g. La participación de la población en la definición de las prioridades presupuestarias en los diversos programas.

#### **CAPÍTULO 4. ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL.**

Artículo 36º.- Estatuto Sanitario. El personal del subsector estatal de salud se encuentra bajo el régimen de un estatuto sanitario en el marco de lo establecido por el art. 43 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires.

Artículo 37º.- Estatuto Sanitario. Lineamientos. El estatuto sanitario debe basarse en los siguientes lineamientos:

- a. Comprende a la totalidad del personal del subsector estatal de salud, y contempla las cuestiones específicas de cada agrupamiento;

- b. Garantiza igualdad de posibilidades para el ingreso, promoción y acceso a los cargos de conducción, reconoce la antigüedad e idoneidad, y asegura un nivel salarial adecuado;
- c. Los ingresos y ascensos son exclusivamente por concurso;
- d. Establece la periodicidad de los cargos de conducción;
- e. El retiro está reglado por el régimen de jubilaciones correspondiente;
- f. Reconoce la necesidad y el derecho a la capacitación permanente, y fija los mecanismos;
- g. Contempla prioritariamente la protección de la salud en el ámbito laboral;
- h. Establece la obligatoriedad del examen de salud anual y los mecanismos para su realización.

## **CAPÍTULO 5. DOCENCIA E INVESTIGACION.**

Artículo 38º.- Consejo de investigación de salud. Creación. El Poder Ejecutivo debe remitir a la Legislatura, un proyecto de creación de un consejo de investigación de salud, como organismo de conducción y coordinación de la actividad de investigación en el sistema de salud.

Artículo 39º.- Consejo de investigación de salud. Lineamientos. El consejo de investigación de salud debe organizarse bajo los siguientes lineamientos:

- a. Propicia la investigación científica en el sistema de salud y su integración con la actividad asistencial, y promueve la orientación al abordaje de los problemas de salud prioritarios;
- b. Autoriza y fiscaliza todo plan de investigación en el subsector estatal, tomando en consideración lo dispuesto en los incisos b) y c) del artículo 33. Los convenios de investigación con instituciones públicas o privadas deberán asegurar al subsector estatal una participación en los resultados científicos y económicos;
- c. Favorece el intercambio científico, nacional e internacional;
- d. Otorga becas de investigación y perfeccionamiento, en el país o en el extranjero, para el desarrollo de proyectos;
- e. Realiza convenios con organismos similares, tanto en el orden nacional como en el internacional;
- f. Propone la creación de la carrera de investigador en salud;
- g. Constituye una instancia de normatización y evaluación ética en investigación;
- h. Institucionaliza la cooperación técnica con Universidades nacionales y entidades académicas y científicas;
- i. Promueve la creación y coordina el funcionamiento de comités de investigación en los efectores.

Artículo 40º.- Docencia. Lineamientos. La autoridad de aplicación adoptará las medidas necesarias para posibilitar y priorizar la actividad docente de grado y postgrado en todas las disciplinas relacionadas en el ámbito del subsector estatal de salud, bajo los siguientes lineamientos:

- a. La promoción de la capacitación permanente y en servicio;
- b. La inclusión de todos los integrantes del equipo de salud;
- c. El enfoque interdisciplinario;
- d. La calidad del proceso enseñanza-aprendizaje;
- e. La articulación mediante convenio con los entes formadores;
- f. La jerarquización de la residencia como sistema formativo de postgrado;
- g. El desarrollo de becas de capacitación y perfeccionamiento;
- h. La promoción de la capacitación en salud pública, acorde con las prioridades sanitarias.

#### TÍTULO IV: REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN.

##### **CAPÍTULO UNICO.**

Artículo 41º.- Regulación y fiscalización. Funciones generales. La autoridad de aplicación ejerce la regulación y fiscalización de los subsectores de la seguridad social y privado, del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, de la acreditación de los servicios, de lo atinente a medicamentos, alimentos, tecnología sanitaria, salud ambiental y todo otro aspecto que incida sobre la salud.

Artículo 42º.- Subsector privado. Fiscalización. Los prestadores del subsector privado son fiscalizados y controlados por la autoridad de aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, categorización, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de establecimientos sanitarios; y a condiciones de ejercicio de los equipos de salud actuantes.

Artículo 43º.- Subsector privado. Entes financiadores. Los entes privados de financiación de salud, ya sean empresas de medicina prepaga, de seguros, aseguradoras de riesgos del trabajo, de medicina laboral, mutuales y entidades análogas, deben abonar las prestaciones brindadas a sus adherentes por el subsector estatal de salud; por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

Artículo 44º.- Seguridad social. Fiscalización. Los prestadores propios del subsector de la seguridad social son fiscalizados y controlados por la autoridad de aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de establecimientos sanitarios; y a condiciones de ejercicio de los equipos de salud actuantes.

Artículo 45º.- Seguridad social. Prestaciones estatales. La seguridad social debe abonar por las prestaciones brindadas a sus beneficiarios por el subsector estatal de salud sin necesidad de autorización previa; por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

Artículo 46º.- Seguridad social. Reclamos por prestaciones estatales. Los efectores del subsector estatal de salud están facultados para reclamar ante el organismo nacional correspondiente, el pago de las facturas originadas en prestaciones brindadas a los beneficiarios de las obras sociales, cumplidos los plazos y por los mecanismos que establezca la reglamentación.

Artículo 47º.- Padrones de beneficiarios. La autoridad de aplicación debe arbitrar todos los medios que permitan mantener actualizados los padrones de beneficiarios y adherentes de los entes financiadores de salud de cualquier naturaleza.

Artículo 48.- Legislación específica. La presente ley se complementa con legislación específica en los siguientes temas:

- a. Consejo General de salud;
- b. Ejercicio profesional;
- c. Salud mental, que contempla los siguientes lineamientos:
  1. El respeto a la singularidad de los asistidos, asegurando espacios adecuados que posibiliten la emergencia de la palabra en todas sus formas;
  2. Evitar modalidades terapéuticas segregacionistas o macificantes que impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios;
  3. La desinstitucionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existente. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día;
    - a. Régimen marco de habilitación, categorización y acreditación de servicios;
    - b. Medicamentos y tecnología sanitaria; que garantice la calidad, eficacia, seguridad y acceso del medicamento, la promoción del suministro gratuito de medicamentos básicos a los pacientes sin cobertura, y el uso de genéricos;
    - c. Trasplante de órganos y material anatómico, que contempla la creación del organismo competente jurisdiccional, la promoción de la donación y el desarrollo de los servicios estatales;
    - d. Régimen regulatorio de sangre, sus componentes y hemoderivados asegurando el abastecimiento y la seguridad transfusional;
    - e. Régimen regulatorio integral de alimentos en su relación con la salud;
    - f. Régimen integral de prevención de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo los mecanismos de provisión de medicamentos específicos;
    - g. Régimen de atención integral para las personas con necesidades especiales;
    - h. Salud reproductiva y procreación responsable;

i. Salud escolar;

j. Salud laboral;

k. Telemática en salud;

l. Identificación del recién nacido;

Artículo 49.- Comuníquese, etc.

ANIBAL IBARRA - MIGUEL ORLANDO GRILLO

Sanción: 25/02/99 - Promulgación: De Hecho del 22/03/99 - Publicación: BOCBA N° 703 del 28/05/99



**VII.III. METODOLÓGICO**

**VII.III.1. MATRÍZ DEL CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO**

ENCUESTA Nº: \_\_\_\_\_

Fecha:     /     /    

- **Datos de codificación:**

**DATOS PERSONALES**

Sexo (M-F): ..... Edad: .....

**NIVEL DE EDUCACIÓN**

(Marcar con una X)

- (.....) Estudios Primarios
- (.....) Estudios Secundarios
- (.....) Estudios Terciarios
- (.....) Estudios Universitarios
- (.....) Otros

1- ¿Cómo definiría “calidad en la comunicación de los prestadores públicos de salud” en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)?.

.....  
.....  
.....  
.....

- NS/NC

2- Indiqué cuánto influyen para usted los siguientes atributos o características de un servicio brindado por un prestador público de salud en la CABA, en su percepción de “calidad en la comunicación” del mismo:

(Por favor, marque con una X).

<b>ATRIBUTOS DEL SERVICIO</b>	<b>Mucho</b>	<b>Poco</b>	<b>Muy poco</b>	<b>Nada</b>	<b>NS/NC</b>
Obtención de turnos en forma telefónica					
Atención personalizada					
Calidez de atención					
Información sobre hospitales, CeSacs, etc.					
Información sobre especialidades					
Información sobre estudios y prácticas					
Información sobre turnos					
Otros ..... ..... .....					

3- Indique su grado de acuerdo / desacuerdo con las afirmaciones que a continuación se realizan sobre una propuesta de comunicación para el servicio de prestadores públicos del sistema de salud porteño.

(Por favor, marque con una X).

<b>AFIRMACIONES</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni acuerdo ni desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Total desacuerdo</b>	<b>NS/NC</b>
La atención personalizada (oficina, call center, mail, página web) mejoraría la percepción de calidad del servicio						
Un sistema de reclamos y quejas colaboraría con la percepción de un buen servicio						
El personal de atención debería ser cálido						
Calidad en el sistema de comunicación implica el uso de tecnologías de avanzada						
El personal de atención debe poseer información y autonomía para resolver problemas						
El personal de atención debe estar correctamente identificado						
Otros ..... ..... .....						

4- Qué factores considera, en términos de importancia, en la percepción de calidad en la comunicación de los prestadores de servicios públicos de salud de la CABA?

(Por favor, marque con una X).

(.....) Accesibilidad a la información.

(.....) Información actualizada sobre prestadores, estudios, prácticas, etc.

(.....) Cordialidad en la atención personalizada.

(.....) Buena presencia del personal de atención.

(.....) Calidez en el trato telefónico.

(.....) Resolución de problemas en forma inmediata.

(.....) Recepción y tratamiento de quejas.

▪ Otros.....

▪ NS/NC

5- Qué aspectos comunicacionales le agradaría que estuvieran presentes en el sistema de prestadores públicos de servicios de salud de la CABA?

(Por favor, marque con una X).

(.....) Sistema de quejas y reclamos.

(.....) Historias clínicas informatizadas.

(.....) Informar las novedades del sistema por distintas vías de comunicación.

▪ Otros.....

▪ NS/NC

## VII.III.2. RESULTADOS DEL PROCESAMIENTO DE ENCUESTAS

Para la presente investigación se realizaron ciento cincuenta encuestas, que se llevaron a cabo en los meses de mayo y junio de este año. Las mismas, arrojaron los resultados que se exhiben en este anexo.

Las variables estudiadas en este trabajo permitieron encuestar a pacientes/clientes/usuarios actuales y potenciales de prestadores de la salud pública de la CABA sobre la comunicación del sistema. De las opiniones vertidas por éstos, surge que demandan mejores servicios. Dentro de los atributos del servicio, se destacan las categorías tiempo, personalización, gestión, accesibilidad e información, como se expone a continuación:

I. Tiempo: La resolución de todas las cuestiones relacionadas con la salud debe ser efectuada de manera rápida y conveniente. En este sentido:

- El 43% desea utilizar el teléfono para obtener turnos médicos.
- Para el 26%, las autorizaciones de prácticas especiales deberían ser efectuadas en forma rápida, mediante el contacto telefónico.
- Los turnos no deberían ser diferidos, sino cortos, para el 17%.
- El 14% prefiere que se le avise cuando el profesional se vaya a ausentar a la cita.

II. Personalización: La atención de profesionales y no profesionales de la salud en forma individualizada cobra importancia a través del gerenciamiento de la relación con el cliente. Esto puede apreciarse en las próximas líneas:

- La cordialidad en el trato es altamente valorada por los encuestados, que la eligió en un 38%.
- Para el 31%, la calidez en el trato telefónico agrega valor al servicio.
- La buena presencia del personal de atención es parte del servicio, para el 19%.
- Según el 12%, la identificación del personal de atención también forma parte del servicio.

III. Gestión: Los prestadores de servicios públicos en la CABA enfrentan el desafío de lograr destacarse en las cuestiones que se mencionan a continuación:

- El 29% considera que la gestión debe contemplar una buena elección de los recursos humanos.
- Se debe incorporar en forma urgente un sistema de tratamiento de quejas y reclamos, para el 28%.
- Las personas en contacto con los pacientes/clientes/usuarios deben ser educadas, capacitadas y entrenadas en forma continua, para el 18%.
- La resolución de los problemas, acorde con la opinión del 16%, debe ser inmediata.
- El 9% afirma que las historias clínicas deberían informatizarse.

IV. Accesibilidad: La posibilidad de acceder a una amplia gama de servicios de salud, y elegir aquel que mejor se ajusta a las preferencias y necesidades, se manifiesta de la siguiente forma:

- El 37% opina que debería ser posible acceder al conocimiento sobre prácticas y estudios.
- Para el 33% el centro de contacto telefónico debe tener línea 0800 para promover el acceso irrestricto y gratuito.
- La oficina de atención, para el 16% debe estar ubicada en un lugar de acceso fácil, y poseer amplios horarios de atención.
- Según el 14% la oficina de atención al cliente debe tener rampas de acceso.

V. Información: La información recibida debe brindar la posibilidad de tomar la decisión correcta en cuanto a atención y prácticas médicas. Dentro de esta categoría, se concluye que:

- Las novedades del sistema deben informarse por distintas vías de comunicación, para el 43%.
- La información sobre MC, hospitales, y CeSacs debe ser actualizada continuamente, según el 34%.
- La información en general sobre turnos, prácticas y especialidades, según el 12%, debe estar disponible vía telefónica.
- La información, para el 11%, forma parte del servicio.

## **CAPÍTULO VIII: GLOSARIO DE TÉRMINOS ESPECÍFICOS**

**Administración de recursos humanos (RRHH):** Consiste en la planeación, organización, desarrollo y coordinación, como así también control de técnicas, capaces de promover el desempeño eficiente del personal, a la vez que la organización representa el medio que permite a las personas que colaboran en ella alcanzar los objetivos individuales relacionados directa o indirectamente con el trabajo.

**Ácido Desoxirribonucléico (ADN):** La información genética humana se encuentra en moléculas de ADN, que es una larga cadena (polímero) de dos hebras o cintas llamadas cromosomas, localizadas en el núcleo celular en forma de doble cadena, de tal manera que el orden que tienen las unidades que forman una de las hebras, es complementario al orden de las unidades en la otra hebra. Dicha complementariedad forma la base de la herencia genética, el traspaso de un carácter (por ejemplo, los ojos azules de un bebé) de padres a hijos.

**Análisis de Situación de Salud (ASIS):** Se basa en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y en el nivel de los procesos de salud de un país o una unidad geográfico-política determinada. Dentro de las condiciones de vida se estudian los factores demográficos, económicos, sociales, culturales, ambientales y los recursos existentes para dar cuenta de esta situación. El ASIS quedó incorporado al Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por resolución nº 1.727 de la Secretaría de Salud.

**Atención Primaria de Salud (APS):** Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. APS fue definida en el año 1978, en el informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en Alma-Ata, Kazajistán, Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS).

**Base de datos:** Conjunto masivo de datos que necesitan manipularse para obtener información. Es una colección estructurada de tablas, formularios, consultas, informes, y relaciones que permiten una organización eficiente, agrupadas de tal manera que forman una estructura.

**Benchmarking:** Técnica utilizada por el marketing para comparar el propio desenvolvimiento de productos y/o servicios con el/los de la competencia, mediante información acerca de la forma en que las organizaciones, la propia y las competidoras están actuando. Permite el desarrollo de fórmulas innovadoras basadas en las debilidades de otros oferentes de la industria.

**Case mix:** El concepto está ligado a la diversidad de pacientes o casos que presumiblemente pueden llegar a aparecer; las técnicas utilizadas en la medición del case mix intentan identificar los atributos relevantes que diferencian a unos pacientes de otros.

**Comuna:** Acorde a lo dispuesto por la Constitución de la CABA y conforme al marco establecido por el artículo 47 de la Ley Orgánica de Comunas N° 1777 (2005), la actual Subsecretaría de Atención Vecinal llevó adelante un Programa de Transición destinado a superar el esquema que planteaban los Centros de Gestión y Participación. Es una herramienta concreta para acercar el gobierno a la población, favorecer el control ciudadano de asuntos públicos, democratizar los mecanismos de toma de decisiones en la definición de políticas públicas a escala local y lograr una mayor eficiencia en la resolución de los problemas cotidianos de los vecinos.

**Centros de Salud Comunitaria (CeSaCs):** A cargo de médicos clínicos, pediatras, psicólogos y asistentes sociales, entre otros, poseen la doble función de atención de pacientes/clientes/usuarios y ejecución de programas de prevención.

**Centros Médicos Barriales (CMB):** Su función es similar a la de los CeSaCs en materia de prevención y atención, pero la atención y entrega de medicamentos sin cargo se focaliza en sectores considerados de riesgo.

**Comunicación:** Transmisión de mensaje entre sistemas con conocimiento en común.

**Consulta Médica Ambulatoria:** Atención brindada por un profesional médico a un paciente ambulatorio en un consultorio externo o en una unidad de emergencia para paciente externo.

**Customer Relationship Management (CRM):** Gerenciamiento de las Relaciones con el cliente. Modelo de gestión de toda la organización sobre la base de la orientación al cliente externo, forma parte de una estrategia que recopila la mayor cantidad de información posible sobre los clientes para poder dar valor a la oferta. El nombre CRM hace referencia a la estrategia de negocio basada en los clientes, pero también a los sistemas informáticos que dan soporte a la misma.

**Deontología:** En su acepción más habitual designa “la moral profesional”, situándola así como una parte de la moral, que alude a los códigos de conducta que deben regir la actuación de los representantes de una profesión, y que son elaborados por colegios profesionales, con el objeto de garantizar la calidad en la prestación del correspondiente servicio.

**Deseo:** Expresión individual y activa de una necesidad que intenta ser satisfecha.

**Efectividad:** Grado de cumplimiento de un determinado objetivo.

**Eficacia:** Grado de utilidad que se consigue con la efectividad. Tenemos algo que es efectivo y que produce un cambio.

**Eficiencia:** Lograr la eficacia pero con el menor consumo de recursos posibles.



**Egreso:** Salida del establecimiento de un paciente internado, que distingue dos categorías: Egreso de paciente vivo, cuando finaliza el período de internación por cura, mejoría, o inalteración del estado del mismo (incluye alta médica, traslado a otro establecimiento, retiro voluntario, u otra situación que no sea defunción); y egreso de paciente fallecido (no se considera así cuando la defunción ocurre en el trayecto al establecimiento, en el consultorio externo, o en la guardia, salvo que tenga internación y haya ocupado una cama, como tampoco las defunciones fetales).

**Empowerment:** Poder de decisión y gestión que se otorga a los recursos humanos de una organización para ser utilizado en su desempeño laboral.

**Epidemiología:** Disciplina científica. Estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad. Se ubica en la intersección entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales y aplica los métodos y principios de éstas al estudio de la salud y la enfermedad en poblaciones humanas determinadas. Contribuye en la definición de los problemas de salud de una comunidad; determina medicinas; describe la historia natural de enfermedades; descubre los factores que aumentan el riesgo de contraer una enfermedad (su etiología); aclara los posibles mecanismos y formas de transmisión de una enfermedad y muchas enfermedades; predice las tendencias de una enfermedad; determina si la enfermedad o problema de salud es prevenible o controlable; determina la estrategia de intervención (prevención o control) más adecuada; prueba la eficacia de las estrategias de intervención; cuantifica el beneficio conseguido por la intervención; y evalúa los programas de intervención.

**Esperanza de vida al nacer:** Promedio de años que se espera que viva un recién nacido, de no variar la tendencia de la mortalidad observada en el momento de su nacimiento.

**Estrategias:** Análisis y evaluación de las políticas para encontrar la manera de intentar hacerlas realidad.

**Estructura organizacional:** Conjunto de medios que permiten hacer una división del trabajo y coordinar esas tareas.

**Giro cama:** Indicador relacionado con la producción de los servicios; es la rotación media de las camas y expresa cuántos pacientes pasan en un período dado, en promedio por cama disponible.

**Hospital:** Organización dedicada al Servicio de Salud. Puede ser pública o privada.

**Imagen:** Representación de algo. En el contexto del marketing, es el conjunto de ideas, creencias e impresiones que una persona tiene sobre un producto, servicio, empresa u organización, y que existe en su mente. Ésta ejerce una importante influencia, a la hora de elegir una institución de salud, en las percepciones de los pacientes/clientes/usuarios.

**Información:** Conjunto de datos útiles dentro de un horizonte temporal y espacial. Es un activo intangible fundamental para la actividad de una empresa.

**Ishikawa:** Teórico japonés de la administración de empresas, experto en el control de calidad. Su Diagrama de Causa-Efecto (llamado "Diagrama de espina de pescado" por su forma) se utiliza como una herramienta sistemática para encontrar, seleccionar y documentar las causas de la variación de la calidad en la producción, y organizar la relación entre ellas.

**Integrated Voice Response (IVR):** Sistema de atención telefónica integrada. Mediante una voz previamente grabada, interactúa con el cliente ofreciendo caminos preestablecidos para la atención de la cuestión que motivó su llamado.

**Investigación de cada cliente en particular:** Tipo de investigación moderna que vé a cada cliente como una persona única, y no como a una unidad de mercado. Esta teoría es uno de los principales aportes del empresario y autor Karl Albrecht (1994) a la concepción de la calidad como parte integrante de los productos y los servicios.

**Ley Cafiero:** Ley de Garantía de los intereses del Estado Nacional en la Ciudad de Buenos Aires (1995), impulsada por el ex senador Antonio Cafiero (de ahí su nombre). Limita los alcances de la plena autonomía de la CABA, abarcando las áreas de justicia, seguridad, la administración y el código del puerto de Buenos Aires, la regulación del transporte y los servicios públicos, y el registro de la propiedad inmueble.

**Marketing:** Disciplina que comprende un conjunto de variables destinadas a satisfacer las necesidades de los clientes que forman el mercado objetivo, y hacerlo con beneficio para la organización. Estas variables, llamadas "marketing mix", en materia de servicios serían buenos servicios, precios adecuados, distribución apropiada y promoción efectiva.

**Marketing relacional:** Proceso social y directivo de establecer y cultivar las relaciones con los clientes, creando vínculos con beneficios para cada una de las partes, que incluyen a los vendedores, distribuidores y a cada uno de los distintos actores fundamentales para el mantenimiento y la explotación de la relación.

**Médicos de Cabecera (MC):** Brindan atención médica en sus consultorios particulares y realizan derivaciones a distintos especialistas, de ser necesario.

**Misión:** Razón de ser de la empresa, con un objetivo final.

**Mystery calls:** En el contexto del control de calidad del contact center, son llamadas telefónicas simuladas de clientes en distintas situaciones, para poner a prueba las reacciones de los operadores.

**Momento de verdad:** Dentro del campo de la salud, es el momento en el que el paciente/cliente/usuario toma contacto con los procesos de la atención bio-sanitaria; en otros ámbitos, se considera momento de verdad a aquél en que el cliente toma contacto directo con algún proceso de la empresa.

**Monitoreo:** Control, es realizado para mantener o modificar las estrategias.

**Motivación:** Valorar adecuadamente la cooperación de los miembros de la organización, estableciendo mecanismos que permitan disponer de una fuerza de trabajo suficientemente estimulada para un desempeño eficiente y eficaz, que lleve al logro de los objetivos y las metas de la organización, y al mismo tiempo se logre satisfacer las expectativas y aspiraciones de sus integrantes.

**Necesidad:** Estado de carencia o privación.

**Objetivo:** Acciones que muestran una relación lógica entre lo que se tiene que hacer y lo que se quiere lograr.

**Operación:** Acción a través de la cual ingresa u obtiene datos de la terminal.

**Paludismo:** Enfermedad infecciosa parasitaria que se transmite por la picadura de mosquitos hembras Anópheles infectados, si bien también existen casos de transmisión congénita y por transfusión sanguínea o uso de agujas contaminadas.

**Pareto:** La técnica basada en el “Principio de Pareto”, o “Ley 80/20”, compara factores vitales diferenciados de factores útiles, constituyendo una herramienta valiosa en la asignación de prioridades a los problemas de calidad, para el diagnóstico de causas y en la solución de las mismas. Este principio enuncia que para llegar a resolver el 80% de los problemas en cualquier área, se debe atacar el 20% de las causas principales.

**Plan Federal de Salud:** Reforma progresiva y sustentable que propone universalidad y equidad en la cobertura, participación y satisfacción de los usuarios, calidad de los servicios, solidaridad en el financiamiento y eficiencia en el uso de los recursos. Toma la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como organizadora del sistema, con prioridad de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, para que las personas de todo el país accedan a una red, y no a servicios aislados.

**Políticas:** Son la misión y la visión de la empresa; enunciados y axiomas que se determinan por consenso.

**Porcentaje de ocupación de camas:** Porcentaje promedio de camas que estuvieron ocupadas diariamente durante un período dado; relaciona datos de servicios producidos (pacientes/día) con capacidad potencial de producción (camas disponibles/días).

**Posicionamiento:** Evalúa la posición que una organización productora de productos y/o servicios posee en el mercado con referencia a sus competidores, y la posición individual de un producto y/o servicio. Esta posición está relacionada con la imagen que el público tiene del elemento en cuestión.

**Proceso:** Acciones que se realizan dentro de un sistema. Viaje de datos para su almacenamiento, recuperación, etc.

**Producto Bruto Interno (PBI):** Valor monetario de los bienes y servicios finales producidos por una economía en un período determinado, donde “producto” se refiere a valor agregado; “interno” se refiere a que es la producción dentro de las fronteras de una economía; y “bruto” se refiere a que no se contabilizan la variación de inventarios ni las depreciaciones o apreciaciones de capital. El PBI per cápita es el promedio por cada persona, y se calcula dividiendo el PBI total por la cantidad de habitantes de la economía.

**Programa Remediar:** Programa de provisión gratuita de medicamentos del Ministerio de Salud de la Nación, cuyo objeto es garantizar a la población el acceso a medicamentos esenciales para las consultas más frecuentes en APS, en el marco de la emergencia social y sanitaria. Apunta a la población bajo la línea de pobreza o sin cobertura de seguridad social en salud, a fortalecer el modelo de atención primaria y a promover políticas saludables con gestión participativa.

**Promedio diario de camas disponibles:** Número de camas (ocupadas y/o desocupadas) que en promedio estuvieron en funcionamiento cada día durante un período dado.

**Promedio de permanencia:** Relación entre la suma de los pacientes día de un período dado y el número de egresos del mismo período. Si se calcula para períodos prolongados como es el año, tiende a ser muy similar al promedio de días de estada.

**Recursos de salud:** El Decreto 1424 del Poder Ejecutivo Nacional, promulgado el 23/12/1997, crea el Programa de Garantía de Calidad en la Atención Médica, donde los define (Cap.3, art.11) como toda persona física o jurídica que desarrolle actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, investigación y docencia, producción, fiscalización y control, cobertura de salud, y cualquier otra actividad vinculada con la salud humana.

**Recursos humanos:** Son las personas que componen el personal de la organización, para la que constituyen un activo fundamental.

**Segmentar:** Proceso de desagregación del mercado. Consiste en analizar la diversidad de necesidades en la demanda, y dividir el producto/servicio en subconjuntos de clientes que buscan el mismo conjunto de atributos. Permite ajustar la oferta de productos y/o servicios a cada segmento considerado, a partir de las características sociodemográficas (segmentación descriptiva); por las ventajas buscadas en el producto/servicio (segmentación por ventajas); por estilos de vida, descriptos en términos de actividades, intereses y opiniones (segmentación sociocultural); y/o por las características del comportamiento de compra de productos/servicios (segmentación comportamental).

**Sistema:** Conjunto de elementos interrelacionados entre sí, la modificación de uno conlleva a la modificación de otro.

**Tasa de crecimiento natural:** Ritmo al que la población aumenta o disminuye durante un período dado, debido al balance entre nacimientos y defunciones. No incluye efectos de migración o emigración.

**Tasa bruta de mortalidad:** Cociente entre el total de defunciones ocurridas durante un año calendario y la población total durante el mismo período, por mil.

**Tasa bruta de natalidad:** Cociente entre el número de nacimientos ocurridos durante un período determinado, generalmente un año calendario, y la población media del período expresada por cada mil habitantes.

**Tasa global de fecundidad:** Número de hijos que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad del período de estudio, y no estuvieran expuestas al riesgo de mortalidad desde el nacimiento hasta el término de su período fértil.

**Terapia Génica con VEGF:** Factor de Crecimiento del Endotelio Vascular (Vascular Endothelial Growth Factor), o Factor de Permeabilidad Vascular. Es un segmento circular de Ácido Desoxirribonucleico (ADN) que se utiliza para transportar genes a diferentes células, en el marco de los tratamientos coronarios.

**Unidad operativa:** Agrupamiento de actividades funcionalmente homogéneas o centradas en un mismo propósito o producto. Se compone de infraestructura física, instalaciones, equipamiento e instrumental, normas de organización y procedimientos y recursos humanos capacitados que ejecutan actividades programadas o no.

**Ventaja competitiva:** Características que posee un producto, servicio, marca, o empresa, que le dan cierta superioridad sobre sus competidores inmediatos. Un análisis de competitividad identifica el tipo de ventaja competitiva y evalúa la medida en que ésta es defendible, teniendo en cuenta la situación competitiva, las relaciones de las fuerzas existentes en el mercado y las posiciones ocupadas por los competidores.

**VIH/SIDA:** Enfermedad producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, que se transmite por medio de los líquidos orgánicos como sangre, semen, leche materna, calostro, fluidos vaginales y líquido preseminal. Ocasiona la destrucción del sistema inmunitario, pero no toda persona infectada está enferma.

**Visión:** Ve el camino para lograr la misión, a través de una perspectiva realista que satisface las aspiraciones de los miembros de la organización.