

U.C.E.S

**Universidad de Ciencias
Empresariales y Sociales**

Maestría en ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

Proyecto N° 1

ESTRATEGIAS COMERCIALES DEL HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

**Autor: ANGEL REINALDO NARDUZZI
Lugar y fecha: LA PLATA, Mayo del 2001**

INDICE

ANALISIS DE SITUACIÓN	3
ANALISIS DE CLIENTES Y DE MERCADO	4
ANALISIS DE LA DEMANDA	5
ANALISIS DE LA OFERTA	6
ANALISIS DE PRECIO	6
RECURSOS DE LA EMPRESA	8
EVALUACIÓN DE RECURSOS HUMANOS	8
DESEMPEÑO DIRECTIVO – ALTERNATIVAS	11
SISTEMAS DE COMERCIALIZACIÓN	18
COMPETENCIA – ALTERNATIVAS	23
ENTORNO	31
VARIABLES DEMOGRÁFICAS	32
SALUD	39
ASPECTOS SOCIALES	50
BIBLIOGRAFÍA	

INTRODUCCION

Si analizamos profundamente las operaciones de las empresas actuales vemos que frente al cambio pronunciado y acelerado, determinado por las nuevas tecnologías, la reestructuración de mercados, los consumidores y niveles de alta competitividad, los enfoques organizacionales vigentes, datan desde la época de Adam Smith con el principio divisional del trabajo, no satisfaciendo en términos operativos las necesidades presentes y futuras que aseguren estabilidad y crecimiento.

Las formas que se han utilizado desde tiempo, como racionalización administrativa y la automatización, no brindaron el resultado esperado. Los sistemas de computación al automatizar los procesos lo hacían sobre estructuras que ya habían sido diseñadas con anterioridad. Ante la falta de respuesta acorde al tiempo actual, creo se hace necesario “comenzar nuevamente” rediseñando los procesos actuales “Reingeniería”.

.Hoy calidad, innovación y servicio es más importante que costo, control y crecimiento.

De esta manera y analizándolo desde mi óptica y lugar de trabajo, el Hospital Italiano de La Plata, considero necesario una gran tarea de redefinición de una importante cantidad de aspectos que hacen al funcionamiento general de la Institución. Como mencionaba anteriormente la clásica división del trabajo, con creaciones de departamentos y jefaturas, así como toda una estructura creo no condice con los momentos actuales por los que atraviesa el sector salud.

Esta institución, así como otras, de carácter privado, han sido vistas desde mucho tiempo, como centros de producción en donde el objetivo primero y fundamental era la de obtener rentabilidad considerando el servicio como un vehículo para el mismo. Si bien hoy en día no se puede prescindir de ésta concepción económica, creo más importante concebir como pauta organizacional “el comportamiento humano”, tomando la organización como un conjunto de personas que liberan y movilizan energías a los fines de obtener las metas fijadas.

Uno de las movilizaciones que éste Master produjo en mí, es precisamente la motivación suficiente para comenzar a ver la posibilidad de buscar alternativas diferentes para producir una verdadera revolución organizacional referida a la reestructuración radical de las prácticas actuales. Enfatizaría tres aspectos:

1. Puestos de trabajo de “alto compromiso”
2. Énfasis en la dirección de procesos antes que departamentos funcionales.

3. Información distribuible rápidamente a cualquier sector de la organización.

El sustento básico de éstos aspectos es que las personas que están directamente relacionadas con la satisfacción del cliente, puedan tomar decisiones, analizando aquella porción del proceso que no agrega valor y por ende buscar mejores oportunidades para obtener resultados.

El trabajo en general, consistirá en tres proyectos separados pero relacionados unos con otros, en los siguientes aspectos; el primer proyecto "Estrategias comerciales del Hospital Italiano" intentará considerar puntos generales que hacen a la organización institucional interna como la relación que guarda con el entorno. Así se comenzará describiendo en forma global, la problemática del Mercado con su demanda y oferta, luego ingresar a considerar los puntos internos que creo importante modificar, para así llegar a la última parte donde veremos la Institución y en entorno de la misma.

El segundo proyecto, "Plan de Marketing de la Unidad de Quemados del Hospital Italiano", buscará trabajar sobre una Unidad de Producción de la Institución, haciendo referencia que de la misma manera se podrá realizar el mismo trabajo en las otras Unidades del Hospital. Allí se considerarán la problemática del sector así como la relación que guarda con el mercado, posición de la Unidad y su contexto, finalizando con una Estrategia competitiva de la misma.

Finalmente, el tercer proyecto, "Análisis de la estructura de costos de la Unidad de Quemados del Hospital Italiano de La Plata", intentará describir todo lo referente a la problemática del funcionamiento desde un punto de vista económico con una metodología que se podrá extender hacia las otras Unidades.

Angel Narduzzi

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Planteada la necesidad de la reingeniería como proceso de cambio, se comienza con un proceso denominado Análisis de Situación.

El concepto define una actividad gerencial que tiene por objeto ubicar a la empresa en su realidad presente y sus probables proyecciones. Se trata de preparar el camino de la reingeniería, mediante la construcción de modelos que al situarlo en sus condiciones actuales, permitirán además obtener ventajas del cambio continuo a través de la información generada.

Esquema de análisis

Base de datos. Situación actual:

- 1) Análisis de Clientes y Mercados.
- 2) Recursos de la Empresa
- 3) Competencia
- 4) Entorno

Propuestas y conclusiones.

El análisis de situación se refiere al estudio de datos pasados, presente y probables en el futuro, como base para el proceso de planeamiento estratégico, con el decisivo aporte de la reingeniería.

Uno de los principales objetivos, es identificar y analizar tendencias, fuerzas y fenómenos clave, que tienen un impacto potencial en la formulación e implantación de estrategias.

Algún cambio en el entorno del negocio, puede producir un fuerte impacto en la dinámica de la empresa y para poder lograr resultados óptimos, es indispensable identificar las fuerzas actuantes antes que el impacto llegue, además de examinar dichos cambios al medio ambiente.

Si bien la cantidad de datos extraídos no son del todo suficiente, he tropezado con dificultades para recibir mayor información y así poder profundizar más aún dicho estudio. Creo, a opinión personal, que no todo debe basarse en elementos formales durante dicho proceso, sino que como parte importante, apelé a las observaciones personales, sentido común y consultas a fuentes confiables.

ANALISIS DE CLIENTES Y MERCADOS

Este punto lo comenzaría con un interrogante ¿es importante la investigación del mercado para un crecimiento sostenido de una organización prestadora de servicios de salud? ¿qué se entiende por mercado?; definiríamos mercado como la confluencia de las fuerzas de la oferta y la demanda que actúan simultáneamente en las operaciones de compraventa de servicios y bienes a precios establecidos.

¿Porqué investigaría el Mercado? Porque me debe permitir la disminución del grado de incertidumbre con que se enfrenta el sistema empresa en su proceso de toma de decisiones. Dicha investigación me alimentaría de información referente al movimientos de todas las variables intervinientes en el modelo general . Así la investigación será utilizada para:

1. Analizar el mercado: determinación de la constitución desde el punto de vista demográfico, económico, social y geográfico.
2. Analizar al consumidor, estudiando comportamientos, así como los factores que determinan al mismo, como el consumidor procesa la información para tomar la decisión de consumo o no-consumo.

De ésta manera, la investigación es una herramienta que nos provee de información para el proceso de toma de decisiones, así como también nos permite actuar en un área para detectar oportunidades.

Así definiríamos, investigación de mercado como el proceso de detección, inteligencia , procesamiento y análisis de la información necesaria para la adaptación y orientación del sistema. Según la definición de Albert Szent Gyorgi, “ investigación es ver lo que todos los demás han visto y pensar lo que nadie ha pensado”.

¿Cómo sería la manera de llevar a cabo la investigación de mercado?

1. Definir el problema
2. Diseño de investigación
3. Recopilación de información
4. Análisis e interpretación

Al mencionar defenición de problema, hacemos referencia a determinar los objetivos de análisis. Cuando la investigación no es de tipo rutinario, el primer intento de definición del problema debe apoyarse en un análisis de situación, que consiste en el estudio de la información elemental existente sobre la primera hipótesis del problema. Un ejemplo del problema básico puede ser una declinación en el volúmen de ventas o en el índice de crecimiento de la institución.

El segundo punto, se refiere a la construcción del modelo definitivo de absorción de información; aquí debe figurar:

- a) el plan detallado
- b) cálculo de costo de proyecto
- c) estimación del tiempo necesario para completarlo.

El diseño de investigación consta:

- a) determinación de metas definitivas de la investigación.
- b) determinación de la información específica
- c) determinación de las fuentes de absorción
- d) integración y coordinación del plan de absorción.
- e) determinación del programa operativo

Referente a la recopilación de información, existen tres métodos: de observación, de encuestas, y experimental.

En la última etapa se realiza el análisis e interpretación de los datos, que se puede realizar mediante cuatro pasos: categorización, compaginación, codificación y tabulación. Para llevar a cabo ésta investigación, existen técnicas específicas, siendo las más usualmente utilizadas, teoría de la probabilidad, muestreo, análisis descriptivo, inferencia, etc.

ANALISIS DE LA DEMANDA

Existe en un momento dado una relación entre el precio del mercado de un bien y la cantidad requerida para el mismo. Formalmente se entiende por demanda la cantidad de bienes y servicios que el mercado solicita para satisfacer necesidades- reales o aparentes- a un precio determinado.

El análisis de la demanda tiene como objetivos precisos, establecer en función de que motivaciones se acentúan o disminuyen los requerimientos y en qué condiciones particulares. La demanda puede ser analizada según los criterios de necesidad, satisfacción y destino, con los siguientes significados:

Demanda Insatisfecha: Es aquella en la que la oferta no alcanza a cubrir los solicitado por el mercado, lo cual implica un mercado vendedor que ofrece oportunidades.

Demanda satisfecha: Típicamente el mercado recibe lo que requiere y se manifiesta a través de las ventas. Se distinguen dos clases de demanda satisfecha: la **demanda de saturación**, en la que teóricamente sería imposible

ofrecer con éxito más bienes y la **demanda no saturada**, que sería permeable a campañas publicitarias o esfuerzos especiales de comercialización.

Demanda según destino: Los bienes producidos son adquiridos directamente por sus usuarios finales o requeridos, como bienes intermedios, por empresas industriales mediante sus procesos les agregan valor por manufactura antes de volcarlos al mercado consumidor.

ANALISIS DE LA OFERTA

Se entiende por oferta la suma de bienes y servicios que los productores ponen a disposición del mercado a un precio determinado. A los fines de su análisis es preciso distinguir tres clases de ofertas, de acuerdo con el número de oferentes:

Oferta de libre concurrencia: No existe límite en la cantidad de productores que ofrecen los mismos artículos y que compiten por su participación en el mercado, en función de calidad, precio, financiación, servicio de post-venta, etcétera.

Oligopolio: El mercado se encuentra en manos de unos pocos oferentes y su penetración es de alto riesgo, cuando no imposible.

Monopolio: La oferta, en este caso, proviene de un solo proveedor que fija precios y condiciones de venta.

ANALISIS DE PRECIOS

La teoría económica identifica y describe prácticas, políticas y diversos enfoques para el análisis y la fijación de precios. Como métodos más comunmente empleados en la industria para establecer precios se mencionan; costo más incremento: es un procedimiento según el cual el precio se fija agregando un porcentaje al costo de la mercadería; éste porcentaje puede ser constante o variable; costo más incrementos variables: relacionado con el anterior, toma en cuenta variaciones previsibles en el ciclo de negocios y modifica gradualmente los precios básicos en consecuencia y los costos intuitivos, en donde su aplicación varía de precios fijados en suposiciones subjetivas a otros basados en el exámen de datos históricos y tendencias de costos y demanda, y por último, costos experimentales, consiste en seleccionar una muestra de mercados potenciales, diseñar un experimento y mediante pruebas llegar a un precio que optimiza las utilidades.

Como otro ítem en la investigación de mercado, debemos mencionar los métodos de comercialización, que serán analizados en otro apartado.

RECURSOS DE LA LE EMPRESA

EVALUACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

El Hospital Italiano de La Plata, cuenta con el siguiente personal profesional y no profesional. Referente al personal no profesional, no conozco si existe alguna política de recursos humanos, establecida, entiendo que no, tampoco existe alguna suerte de capacitación continua, tanto de enfermería como administración, referido fundamentalmente a la parte técnica. En una opinión personal creo que las personas y las organizaciones están implicadas en una interacción continua y compleja, pasan la mayor parte del tiempo en las mismas, dependiendo de ellas para vivir y a su vez las organizaciones al estar conformadas por personas, no podrían existir sin las mismas. Por tal motivo creo que los objetivos a alcanzar por una organización, dependen de las personas que lo conforman, de ahí la importancia de que todos los miembros de la organización conozcan los mismos, cosa que en ésta institución los objetivos centrales no están explícitamente conocidos, ni establecidos.(alternativa de solución, plantear objetivos claros y una política de recursos humanos real).

Una de las formas de estudio de las organizaciones, es mediante el modelo sociotécnico, componente social y técnico, entrelazados estrechamente y administrados por un sistema gerencial.

Referido a la cantidad de personas con que la Institución cuenta tenemos;

Cantidad de empleados, 404, todos de planta permanente, solamente hay 10 personas contratadas. Como recursos profesionales, la Institución cuenta con un total de 277 profesionales, distribuidos en cuatro departamentos a saber:

Departamento Quirúrgico; Comprende los Servicios de Cirugía, Cirugía torácica y cardiovascular, Cirugía Plástica, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ortopedia y traumatología, Obstetricia y Ginecología, Urología, Neurocirugía y Neurología.

Departamento de Servicios Centrales: Comprende los Servicios de Hematología-hemoterapia, Odontología, Radiología y Fisioterapia, Anestesiología, Terapia Intensiva, Laboratorio, Patología y Servicio de Farmacia.

Departamento de Medicina: Comprende los Servicios de Clínica Médica, Neumonología, Nefrología, Cardiología, Pediatría, Dermatología, Psiquiatría, Gastroenterología y Endocrinología.

Hay que sumar a esto un grupo de profesionales que no perteneciendo al Staff del Hospital, están autorizados a realizar tareas específicas.

Si sumamos el recurso humano existente en la Institución llegamos a 681 personas, actuando sobre un total hoy de 148 camas de internación en total.

Alternativas

Al considerar el Recurso Humano, como de capital importancia, considero como alternativa que si analizamos el componente social como vital en las organizaciones, el recurso más valioso lo constituyen las personas. Tratar a las mismas como personas, (dotadas de personalidad, valores personales, etc) o como recursos (dotadas de habilidad, capacidad, conocimientos), es el dilema de la Administración de recursos humanos. Por consiguiente considero de real importancia que el responsable de la institución deberá incurcionar en el campo psicológico, para entender el comportamiento humano, tan complejo de por sí. Uno de los factores que influyen en el mismo, es la motivación humana y su estrecha relación con las satisfacciones de las necesidades primero básicas y luego las más superiores. Por consiguiente el estado motivacional de las personas, produce el clima organizacional y está influido por este. A modo de resúmen, considero lo anteriormente expresado como fundamental para el éxito de una organización como para el sustento de una política coherente de recursos humanos.

Así entendido, creo que el crecimiento de una organización es de hecho; pero a medida que la misma crece, debe haber un mayor número de personas que van incorporándose, esto hace que las organizaciones se vuelvan más complejas y dinámicas. El intercambio entre lo que las personas dan o contribuyen y lo que las organizaciones ofrecen como incentivos o alicientes, está el verdadero equilibrio organizacional, que creo es sinónimo de éxito.

Considero que hablar de política de recursos humanos, sin conceptualizar el Liderazgo, sería insuficiente si uno pretende tener cierto éxito en la gestión.

El liderazgo lo podemos definir como aquel proceso en el cual una persona trata de influir en la conducta de otras personas hacia el logro de metas. Para un gerente contar con un buen líder, dependiendo del nivel que se encuentre, puede resultar de una ayuda determinante en el logro de los objetivos.

Analizando las razones que hacen necesario un cambio y presentando una visión global de los objetivos, se deberá exponer los argumentos que justifican a los mismos; algunos de éstos argumentos serían:

- 1) Los procesos de producción de servicios, no satisfacen a la demanda en general.*
- 2) Los ciclos de desarrollo y adecuación a normas de los servicios son demasiados prolongados o no existe.*

3) *En los dos últimos años, disminuyó la cantidad de pacientes ingresantes a la Institución y por ende la rentabilidad.*

4) *La competencia amenaza con la introducción de nueva tecnología.*

En éste intento de cambio, la dirección expresará la siguiente concepción:

1) *Queremos ser líder en ésta región, respecto a la oferta en salud.*

2) *Incrementar la rentabilidad general.*

3) *Capacitar al personal, tratando de ubicarlos en los mejores de la zona.*

4) *Los tiempos de los ciclos de desarrollo y adecuación de las normas, se reducirán en un 50 %.*

Con esto se intenta tener un patrón de comparación para ir evaluando lo que se va obteniendo.

CAPACITAR al personal, con el objeto de obtener más y mejor gente capacitada, para de ésta manera crear valor agregado para la institución en relación paciente-personal. En un programa de capacitación, entiendo, debe requerir la participación de distintos sectores de la organización, por tal se entienda una correcta coordinación ejecutiva, definiendo objetivos y estrategias. El planeamiento de la capacitación incluye:

a) Programa por sectores, con lista de participantes, lugares, etc.;

b) Metodología y

c) Criterios y procedimientos para evaluar la capacitación. Además hay que tener en cuenta, ciertos factores como tamaño de la organización, pautas culturales, costo financiero, sectores de la institución a capacitar, tiempo disponible, etc. Los programas de capacitación, entiendo, debe ir orientados hacia niveles directivos, especialistas que integran equipos de trabajo y personal en general.

DESEMPEÑO DIRECTIVO

Como introducción al tema, comenzaría mencionando que el Hospital Italiano de La Plata, fue fundado hace 114 años como Asociación de Socorros Mutuos y Beneficencia. El 3 de Setiembre de 1971, se firma un Convenio entre el grupo directivo (Comisión Directiva) que es la que lidera la pirámide jerárquica dentro de la institución. En dicho convenio, se establecen una serie de 18 artículos cuyos títulos son los siguientes:

Título I, de la categoría de los médicos.

Título II, de Ingreso a la carrera médica.
Título III, del Régimen de concursos.
Título IV, de los Jurados.
Título V, Calificación.
Título VI, de las Especialidades.
Título VII, de la Estructura Hospitalaria.
Título VIII, de las Autoridades.
Título IX, de la Tramitación.
Título X, de la Contratación de terceros.
Título XI, del Régimen profesional de Trabajo.
Título XII, de las Licencias.
Título XIII, de la Estabilidad.
Título XIV, de las Incompatibilidades.
Título XV, de las Retribuciones.
Título XVI, de la Comisión permanente de Interpretación y reglamento del convenio-reglamento.
Título XVII, de las Cláusulas transitorias.

Creo que hacer una consideración de cada uno, si bien importante, sería demasiado extenso, así que me centraré sólo en tres, el VII, VIII y IX, que hablan de la estructura, de las autoridades y de la tramitación.

El Título VII se refiere a la estructura hospitalaria. El Hospital Italiano de La Plata, cuenta en su cumbre estratégica a la Comisión Directiva como máxima autoridad responsable del funcionamiento en lo que hace a la asignación de recursos. Inmediatamente por debajo, se encuentra el nivel Gerencial.

La estructura médica cuenta con la Dirección, un Consejo Médico, un departamento de Docencia, de Atención Médica y Departamento Paramédico.

Como comentario, se puede establecer que la dirección del Hospital, es elegida directamente por los votos de los profesionales pertenecientes al Staff Médico y duraría en su cargo tres años, junto con el resto de los profesionales del Consejo Médico.

El Consejo Médico, es el encargado de asesorar a la Dirección en su gestión, debiendo ésta suministrarle los elementos e información que aquel hubiere menester, para el cumplimiento cabal de su cometido. Está formado por los distintos Jefes de Departamentos

El Título VIII, referido a las autoridades Médicas, infiere que el Director deberá llevar a cabo una correcta administración hospitalaria. En dicho artículo, dentro de las funciones que se especifican, se mencionan el mantenimiento de una estructura formal de autoridad, mediante el cual se ordenan, definen y coordinan las subdivisiones, con el fin de lograr una adecuada división de trabajo y estableciendo niveles de jerarquía. Dentro de las funciones y atribuciones de la Dirección Médica, está la de poner en marcha el Servicio de Estadística Hospitalarias que actualmente no existe; así mismo de aportar a la Comisión Directiva un informe anual acerca de la marcha del establecimiento, en donde deberá traducir fehacientemente la situación de cada dependencia a

su cargo, por lo que deberá ser elaborado para cada una de ellas. Pero por el actual convenio la Dirección no tiene injerencia en las cuestiones administrativas, ya que éstas están a cargo de la Gerencia Hospitalaria. Por lo tanto considero una incongruencia que se solicite un informe anual, estando muy limitado al acceso de información que hace a la marcha del establecimiento.

Actualmente bajo éste Sistema de funcionamiento, considero que la Dirección Hospitalaria y la Gerencia, trabajan incoordinadamente, ya que la información cruzada, determina que los profesionales actuantes no respeten las líneas de mando más o menos ordenadamente, por tal motivo la Dirección y la Gerencia poseen información parcial y por ende la conducción se hace irregular. Personalmente no creo que una Dirección no posea información contable-administrativa detallada del funcionamiento hospitalario, ya que al no tenerla no se puede planificar, organizar, ordenar, trabajar en el mediano y largo plazo, establecer una estrategia adecuada, trabajar con todo el recurso humano y tener decisión.

El Consejo Médico, está integrado por los Jefes de Departamento y por el Jefe de Servicio correspondiente cuando el temario del Consejo necesite elementos de juicio que específicamente le compete y que hagan estrictamente al funcionamiento del Servicio a su cargo, siendo su participación si voto.

En el Título IX, se especifica los procedimientos de la tramitación por la cual los médicos para llegar a la Dirección deben pasar por el Jefe de Servicio, el Jefe de Departamento y recién al Director. Esto indudablemente acarrea una tramitación burocrática exagerada y por ende las soluciones cuando aparecen lo hacen después de mucho tiempo, así como falta de agilidad en ciertas decisiones, no respeto de cierto ordenamiento, así los profesionales recurren indistintamente al nivel Gerencial o Dirección, aunque en algunos casos llegan hasta la Comisión Directiva, se podrá comprender el resultado de éstos comportamientos.

Alternativas

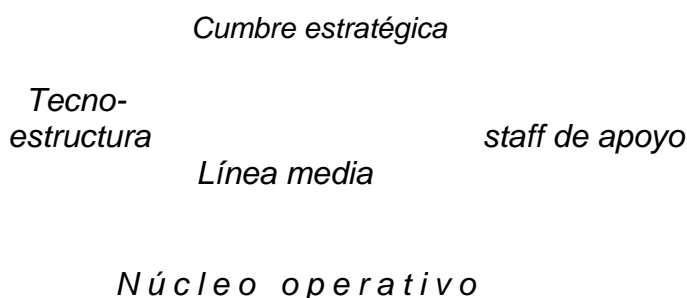
Creo que tanto la estructura hospitalaria como el funcionamiento en general, dista de ser el óptimo de acuerdo al tiempo que estamos viviendo. Veo como necesaria una fuerte reestructuración (reingeniería) desde los niveles superiores, referido a dos aspectos: a la estructura hospitalaria y a la función gerencial y de dirección.

Respecto a la estructura hospitalaria, creo la clásica distribución funcional con niveles jerárquicos, divisiones, cadenas de mando, hoy en día se rechaza como una descripción inadecuada de lo que sucede en la organización, ya que hay relaciones de poder y comunicación que no están escritas. Sin embargo creo que el organigrama no deber ser rechazado totalmente, sino puesto en su contexto. Es como un mapa, nos dice como encontrar ciudades y rutas que las conectan, pero no nos dice nada acerca de las relaciones económicas o sociales de las regiones. El organigrama nos muestra, que posiciones existen en la organización, como están agrupadas en unidades y como influye entre ellas la autoridad formal.

Creo que la estructura debe estar basada en la estandarización y especialización al mismo tiempo, es decir estandarización de destrezas, típicamente una configuración burocrática profesional, en donde el punto central está en el conocimiento y destreza del profesional, que hace a la coordinación entre profesionales.

La estructura es esencialmente burocrática, su coordinación debe ser por normas que predeterminan lo que debe hacerse. Estas normas se originan fuera de la propia estructura, en las asociaciones autogobernadas por los propios profesionales, asegurándose que estas normas sean enseñadas, por las instituciones de formación de profesionales como las Universidades. Así, éste tipo de estructura enfatiza la autoridad de naturaleza profesional. El profesional tiene dos tareas básicas: llegar al diagnóstico (programa estándar) y ejecutar ese programa.

La parte clave, es el núcleo operativo profesional, por tal motivo, la capacitación intensiva de éste núcleo, es tal vez el arma más poderosa para tener una organización médica a la vanguardia, ya que en el conocimiento reside la verdadera rentabilidad de la institución. Si esquematizamos el diseño que pretendo, siguiendo a Mintzberg, lo haría en cinco partes tal cual vemos en el esquema



El núcleo operativo lo constituyen los profesiones, allí colocaría todos los servicios de las distintas especialidades, con sus jefes respectivos, es el corazón de la organización, la parte que produce, que la mantiene viva.

El componente administrativo comprende la cumbre estratégica, la línea media y la tecnoestructura.

En la cumbre estratégica, colocaría a la actual Comisión Directiva, responsables generales de la organización. Están encargados de asegurar que la organización cumpla su misión de manera efectiva y también que satisfaga las necesidades de aquellos que la controlan o que de otra forma tengan poder sobre la organización, como sindicatos de empleados, grupos de presión, etc. Dentro de la cumbre estratégica colocaría la Gerencia, trabajando al mismo nivel, con un ajuste mutuo como mecanismo coordinador.

La Gerencia estaría a cargo de la asignación de recursos, autorizar decisiones importantes, emitir órdenes de trabajo, resolver conflictos, diseñar y nombrar al personal de la organización, controlar desempeño de empleados, sus motivaciones y recompensas. Además, debe estar informando continuamente a gente influyente dentro de la organización desarrollando contactos de alto nivel, negociando acuerdos importantes, etc. Otras de las obligaciones, estaría relacionado con la estrategia de la organización, si bien la estrategia estaría un poco identificada con la tarea de cada profesional en razón de su propia actividad.

En resumen, la cumbre estratégica toma la más amplia y como resultado, la más abstracta, perspectiva de la organización.

La cumbre estratégica, está unida al núcleo operativo por la cadena de Jefes de Servicio (ya que retiraría la línea de Jefes de Departamento de la actual estructura) y éstos bajo supervisión directa controlarían al núcleo operativo.

De ésta manera, los Jefes de Servicio tendrían al Director Médico como Director General en la línea media y al Gerente en la cumbre estratégica, siendo el ajuste mutuo el mecanismo de coordinación. Los Jefes de Servicio tendrían una actividad más intensa, de la que tienen.

En la tecnoestructura, colocaría a los analistas, que son los que trabajarían sobre la organización para adecuarla por ejemplo a diferentes tipos de cambio, de trabajar sobre la estandarización de las actividades, formando diferentes tipos de comités, desarrollando sistemas de calidad, etc. El staff de apoyo, lo formaría con todas esas unidades especializadas que existen para suministrar apoyo a la organización fuera de su corriente de trabajo operacional, ninguna de estas unidades formaría parte del núcleo operacional. Dentro de éste staff, colocaríamos por ejemplo, enfermería, técnicos, departamento de compras, farmacia, ropería, cafetería, conmutador, etc.

Pienso que el suministro de servicios propios de apoyo, es decir pertenecientes a la misma institución, en vez de adquirirlos de proveedores

externos, ejercería mejor control y evitaría cierta incertidumbre de tener que adquirirlos afuera, apuntando a ofrecer mayor calidad.

Estructura propuesta

Comisión directiva

Comité de docencia	Gerencia	Relaciones Publicas
Comité de infecciones		Investigación y desarrollo
Capacitación de personal	Dirección	Pagos, farmacia, estadística
Etc.		Recepción, correo, cafetería
		Etc.

Jefes de servicio

Cirugía – Clínica – Obstetricia – Ginecología – Oftalmología – etc.

De ésta manera representaría a la organización. Ahora el funcionamiento sería una combinación entre las distintas partes.

De ésta manera, la nueva estructura sería altamente descentralizada en sentido vertical y horizontal, ya que gran parte del poder sobre el trabajo está en el núcleo operativo. Como el trabajo es altamente especializado hace que el profesional tenga un poder que resulta complejo supervisarlos, por eso la insistencia de la autonomía. De ahí creo, que lo imperativo en una organización de éste tipo es trabajar apuntando a la base de todo el funcionamiento del sistema, que es la entrevista entre el profesional y su paciente; desde aquí se pone en marcha todo el sistema, si esa unidad está mal, si hay disconformidad, si no hay satisfacción por las dos partes, el sistema no funciona; por eso insisto que trabajar en esa unidad es primordial para empezar a reorganizar el sistemas.

Creo que al considerarse tan importante en la organización, el profesional, busca en cierta manera tener control colectivo sobre las decisiones administrativas que los afecta, como ejemplo, contratar colegas, promoverlos, distribuir recursos, etc. Esto indudablemente se consigue desde la línea media, por eso entiendo que alguien desde la rama medica (Director) debe estar en ese nivel, cosa que actualmente no ocurre.

En el staff de apoyo existiría una jerarquía administrativa de arriba hacia abajo, ya que el tipo de trabajo es no profesional, mientras que para los profesionales sería de abajo hacia arriba, puesto que el poder reside en la pericia, conocimiento y destrezas propias, pero todo esto, es imprescindible ordenarlo.

La investigación demuestra que existe una orientación profesional hacia el servicio y una orientación burocrática administrativa regido en conceptos más disciplinados; estos dos tipos de orientaciones que se dan en toda organización de salud crean conflictos permanentes, por eso la necesidad de mantener bastante independiente una de otra.

Referido a la función Dirección, considero en primer lugar que la elección de la misma no debe ser realizada por votación directa de los profesionales, como se hace actualmente; creo más en una actividad consensuada entre directivos, profesionales y no profesionales, buscando un determinado perfil, capacitación y conducción.

En general creo, funcionalmente hablando, el Director debe pasar mucho tiempo manejando perturbaciones y conflictos en la estructura, sobre todo en tareas de coordinación entre los profesionales, no diciendo lo que tienen que hacer sino buscando la manera de transformar el conflicto en una acción productiva.

Otras de las tareas, creo de vital importancia es buscar un equilibrio en los límites de la organización, es decir entre profesionales y cuerpo directivo, en el interior de la organización, así como con entidades y asociaciones del exterior de la misma.

El profesional médico en general aborrece la administración; creo que hoy el profesional médico en su tarea se ha vuelto altamente administrativo y con menos tiempo para su profesión; ahí estaría otras de las acciones a desarrollar desde una dirección, tratando de simplificar al máximo la tarea administrativa profesional.

En resumen, podría concluir en éste aspecto que el poder de la Dirección se mantiene mientras los profesionales consideran que sirve efectivamente a los intereses de los mismos.

SISTEMAS DE COMERCIALIZACION Y DISTRIBUCIÓN

Si definimos a los sistemas de comercialización como el conjunto de actividades cuyo objeto es poner al alcance de los consumidores los productos o servicios requeridos en los lugares y fechas que satisfagan sus necesidades, comprenderemos la importancia del mismo en la organización hospitalaria.

Es un aspecto vital en el ritmo de los negocios, cualquiera fuera su naturaleza.

Haciendo un análisis de lo existente en el Hospital Italiano de La Plata, no existe un plan de marketing definido, ni proyectos al respecto. El Hospital trabaja con una cantidad importante de prepagos, Obras Sociales, Asociaciones, etc., además de poseer un prepagó institucional.

En la actualidad y tal vez producto de la actual situación económica las entidades de medicina prepaga local, se hallan con inconvenientes tanto económicas como financieras. Dichos inconvenientes son trasladados a los clientes creando una gran incertidumbre, El prepagó del hospital, al tener su red de proveedores propio, disminuye algo esa incertidumbre, ventaja, ya que el paciente soluciona la mayor parte de su problema en la institución; otra de las ventajas es que en el mercado no existe productos cerrados de asistencia médica respaldados por entidades de trayectoria en el ámbito local, así como tampoco se vislumbra competencia en el mismo producto cerrado, dado que las Entidades de Colectividades no han desarrollado cobertura de atención médica a sus asociados.

Cuenta con tres planes actualmente:

1) Plan VIP es el que ofrece la más amplia cobertura. Es de mediana o baja rentabilidad desde el punto de vista económico.

2) Plan 4, es de mediana cobertura, con algunos servicios del plan anteriores que jerarquizan su imagen, transformándolo en un producto de alta rentabilidad desde el punto de vista económico.

3) Plan 5, es de baja cobertura, necesario para competir en el mercado apuntando a la franja de bajo poder adquisitivo, es de baja rentabilidad.

Si hacemos un análisis de las debilidades y potencialidades del presente plan puedo afirmar que como fortalezas encuentro:

- 1) respaldo de una Entidad Centenaria, Imagen.
- 2) cuerpo médico de excelencia
- 3) atención personalizada
- 4) atención integral del paciente

Como oportunidades la situación actual del mercado y la desregulación futura de las obras sociales y la Imagen, confiabilidad.

Amenazas; cierta falta de identificación del Profesional Médico con el Proyecto, inestabilidad económica que lleva a la morosidad de los asociados, competencia desleal de las empresa .Nuevas exigencias a nivel gubernamental (IVA,PMO)

Debilidades; plan cerrado, falta de una red de atención, infraestructura obsoleta, baja capacitación del personal.

Hecho éste análisis y volviendo al punto inicial, digo que no hay un plan de comercialización programado, definido, claro que signifique un continuo avance en la captura de clientes potenciales .

Alternativas

A modo de contribuir con algunas conclusiones sobre comercialización, comenzaré por comentar que VENDER una sola Unidad de Producción como plan, no es aconsejable, sino que llamaría Vender a conceptos más amplios como volúmen de venta, participación, etc., y que forma parte del sistema de marketing, como un todo, el cual debe producir una estrategia competitiva cuyo uno de sus objetivos será maximizar rentablemente el volúmen de venta y la participación en el mercado de los servicios que forman la totalidad de la institución.

Por eso, entiendo que el objetivo central de éste plan de ventas, entendido así, es comunicar la diferenciación del producto o servicio y ocupar un lugar de dominancia ante los competidores en la mente del cliente final e intermedio.

El primer punto para llegar a éste objetivo, es conectar a la demanda, significando dirigir favorablemente la respuesta del consumidor potencial ante el estímulo de la estrategia competitiva u oferta del sistema

estrategia competitiva

servicios

estímulo

consumidor potencial

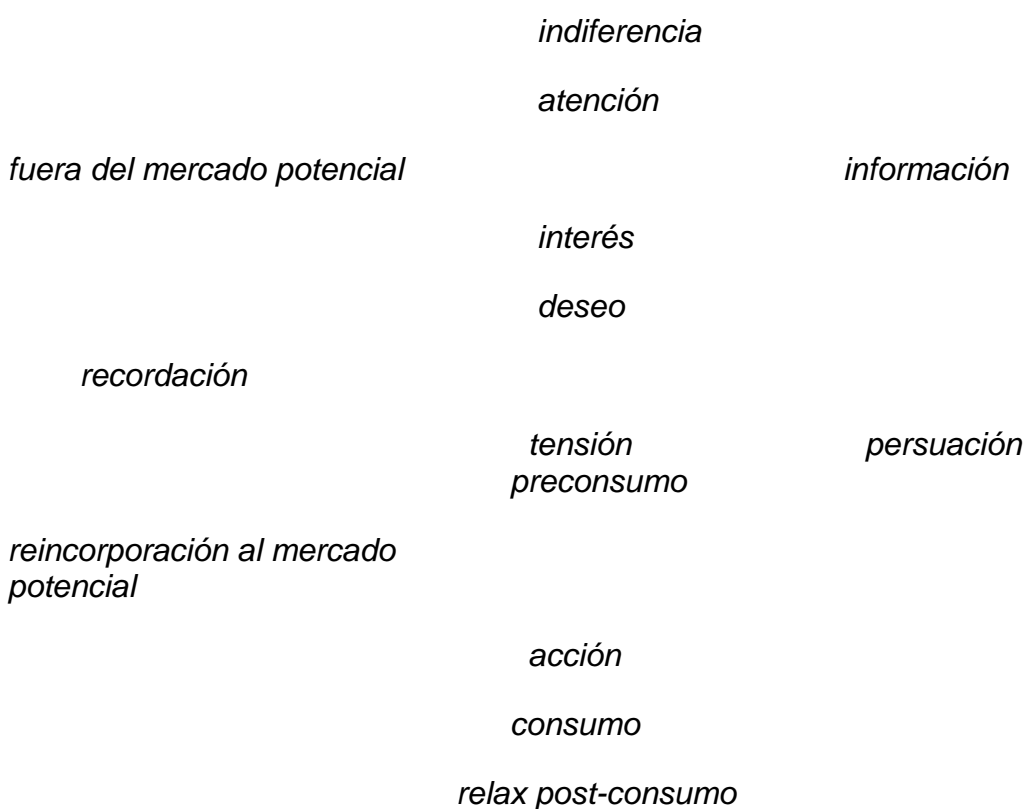
Para esto, se debe dirigir una comunicación persuasiva al blanco del mercado, previo análisis de segmentación mediante la utilización de: Publicidad, Promoción de Ventas, Venta Personal, Marketing Directo y Difusión. Algunas de las variables intermedias que se pueden utilizar para llegar al objetivo sería: identificación del producto o servicio, catalogar sus atributos, informar al mercado potencia sobre sus ventajas diferenciales, conseguir familiaridad y fácil reconocimiento del producto o servicio, etc.

Se hace necesario una distinción ente éstas metas intermedias y los objetivos generales del proceso de comunicación, son:

- a) *Informar*
- b) *Persuasión*
- c) *Recordar*

El presente plan deberá satisfacer estos objetivos del plan de comunicación, tratando de irrumpir la indiferencia del consumidor para que éste consuma y vuelva a participar en el mercado potencial.

La forma de romper ese bloqueo de la indiferencia se consigue a través de conseguir la atención, lograr interés, despertar el deseo y obtener acción de compra y consumo.



La transmisión de lo que queremos enviar al mercado del producto o servicio en cuestión, utilizando una táctica de comunicación, tiene como objetivo diseñar una imagen para el segmento elegido como blanco.

Finalizando diría que el Hospital al no contar con un departamento de comercialización para la Institución en general, ya que el Prepago lo posee como forma descentralizada, no desarrolla el concepto vertido anteriormente, de ahí mi propuesta de no solo crearlo, sino de ver su real importancia en el desarrollo institucional, no sólo abarcando el concepto de vender más como objetivo o meta inmediata de la publicidad, sino la de producir cambios en la atención, información y opinión sobre los servicios que tenga el blanco de mercado.

La consecuencia será que el consumidor o cliente forme una tendencia general de preferencias entre los servicios del mercado existente con un determinado grado de lealtad al servicio que compre. Cuanto más nos alejemos y más distancia podemos conseguir respecto a la competencia, más invulnerable será el servicio al que le es fiel.

En resumen, puedo afirmar que consumidor, publicidad y plan de ventas, deben focalizarse en comunicar las ventajas diferenciales del producto, para esto la comunicación se resolverá investigando al consumidor potencial, como actitudes y motivaciones. Segmentado el mercado, existirá una combinación de medios para alcanzar al consumidor potencial. Resalto la importancia de impulsar sólidas investigaciones, aceptadas como inversiones en aprendizaje del consumidor.

Como segunda alternativa, potenciando lo anteriormente expresado, diversificaría los servicios de atención en seis áreas, colocados estratégicamente en el radio de la ciudad, con descentralización en su atención, existiendo en cada una sucursales del departamento de comercialización del Hospital. Estas áreas estarían ubicadas en los barrios, City Bell, Gonnet, Tolosa, Los Hornos, Berisso y Ensenada.

Competencia

Para entrar a considerar algún aspecto de la Competencia, definiríamos la misma como la rivalidad de intereses existente especialmente entre comerciantes, industriales, etc, que intentan atraerse la clientela con mejores condiciones relativas al precio, a la calidad, etc.

En un mercado (lugar en el que concurren la oferta y la demanda) cada uno de los que ofrecen servicios, es solidario y competidor con los demás; solidario por cuanto cada uno está interesado en que aumente la demanda del producto o servicio considerado y competidor también ya que cada uno quiere que su parte alícuota del mercado se incremente en detrimento de la que pueda corresponder a los demás.

En competencia pura y perfecta, existe en el mercado un elevadísimo número de productores y actores que en todo momento son libres de participar o no en la actividad de dicho mercado. Todas las empresas producen un mismo producto homogéneo, mediante factores de producción que son móviles mientras que la información de los diferentes agentes que intervienen en el mercado es perfecta, es decir, está disponible de manera inmediata y carece de costo.

La característica de un mercado con una competencia pura y perfecta, está relacionada con la manera de elaborar los precios. Ninguna de las empresas tiene poder decisorio alguno respecto al precio del bien que produce. Así la empresa en competencia considera el precio como un elemento externo que se le impone y se dice de ella que es tomadora de precio, en contraposición con quien fija el precio. En consecuencia, el precio del bien que se intercambia en el mercado está determinado por el equilibrio que existe entre la oferta y la demanda.

En competencia imperfecta pueden diferenciarse la competencia monopolística, en donde la demanda es imperfectamente elástica gracias a una diferenciación de productos y el oligopolio en donde el número de productores es lo suficientemente reducido como para que la decisión de uno de ellos ejerza influencia en las decisiones de los demás.

Creo que el mercado en el cual se mueve la institución, es de una competencia perfecta, en donde no hay un dominio de alguno en particular, existiendo varios competidores. Respecto al funcionamiento en general, existe un sólo competidor, que pertenece al grupo de Hospitales Comunitarios (Hospital Español), que no persiguen fines de lucro. Existe un grupo de instituciones con diferentes finalidades, que tienen una complejidad igual o mayor (ver resúmen), y un tercer grupo que presentan una muy menor complejidad. La entrada de la competencia al sector es algo difícil en éstos momentos, ya que entiendo que en nuestro mercado local (La Plata) el sector está saturado con gran oferta profesional e institucional a una demanda en disminución. La competencia creo está basada en calidad de atención e innovación tecnológica. En el siguiente cuadro de resúmen, se conceptualizan

las diferentes complejidades de las distintas instituciones de salud en la ciudad de La Plata.

CONCEPTO	INST. BRUSES	INST REPROD	CLINICA BREAST	CLINICA DEOJOS	CLINICA S. LUCIA
CIRUGIA CARDIOVASCULAR CENTRAL CON CIRC. EXTRACORP.					
CIRUGIA CARDIOVASCULAR CENTRAL SIN EXTRACORP.					
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA					
HEMODINAMIA					
DIALISIS AGUDO					
OFTALMOLOGIA COMPLEJA				SI	SI
RADIOTERAPIA					
ACELERADOR LINEAL					
TAC CON PUNCIONES DIRIGIDAS					
TAC SIN PUNCIONES					
LITOTRICIA					
ECODOPPLER BLANCO Y NEGRO					
ECODOPPLER COLOR					
TRANSPLANTE					
RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR					
MEDICINA NUCLEAR					
MAMOGRAFIA	SI	SI	SI		
OTRAS					

CONCEPTO	CLINICA	CLINICA	DIAGNOSIS INST. CEMPLAN		
	VACAR	NIÑO		CARDIO	
CIRUGIA CARDIOVASCULAR CENTRAL CON CIRC. EXTRACORP.					
CIRUGIA CARDIOVASCULAR CENTRAL SIN EXTRACORP.					
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA					
HEMODINAMIA					
DIALISIS AGUDO					
OFTALMOLOGIA COMPLEJA					
RADIOTERAPIA					
ACELERADOR LINEAL					
TAC CON PUNCIONES DIRIGIDAS					
TAC SIN PUNCIONES					
LITOTRIZIA	SI				
ECODOPPLER BLANCO Y NEGRO	SI	SI	SI	SI	
ECODOPPLER COLOR	SI	SI	SI	SI	
TRANSPLANTE					
RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR					
MEDICINA NUCLEAR					
MAMOGRAFIA	SI	SI	SI		
OTRAS					

CONCEPTO	H.ITA- LIANO	H.ES- PAÑOL	SANAT. ARGENT	IPENSA	COE
CIRUGIA CARDIOVASCULAR CENTRAL CON CIRC. EXTRACORP.	SI		SI	SI	
CIRUGIA CARDIOVASCULAR CENTRAL SIN EXTRACORP.	SI	SI	SI	SI	
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	SI	SI	SI	SI	
HEMODINAMIA	SI	SI	SI	SI	SI
DIALISIS AGUDO	SI	SI		SI	SI
OFTALMOLOGIA COMPLEJA					
RADIOTERAPIA					SI
ACELERADOR LINEAL					SI
TAC CON PUNCIONES DIRIGIDAS	SI	SI		SI	SI
TAC SIN PUNCIONES	SI	SI		SI	SI
LITOTRICA					SI
ECODOPPLER BLANCO Y NEGRO	SI	SI	SI	SI	
ECODOPPLER COLOR	SI	SI	SI	SI	
TRANSPLANTE				SI	SI
RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR					SI
MEDICINA NUCLEAR	SI	SI		SI	SI
MAMOGRAFIA	SI	SI		SI	
OTRAS					
QUEMADOS	SI				

CONCEPTO	INST DE	INST.	MATER	INST. TE	CIMED
	DIAG.	MED. PL	DEI	RADIAN	
CIRUGIA CARDIOVASCULAR CENTRAL CON CIRC. EXTRACORP.					
CIRUGIA CARDIOVASCULAR CENTRAL SIN EXTRACORP.					
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA					
HEMODINAMIA	SI	SI			
DIALISIS AGUDO			SI		
OFTALMOLOGIA COMPLEJA					
RADIOTERAPIA				SI	
ACELERADOR LINEAL	SI			SI	
TAC CON PUNCIONES DIRIGIDAS	SI				SI
TAC SIN PUNCIONES	SI				SI
LITOTRICA					
ECODOPPLER BLANCO Y NEGRO	SI		SI		SI
ECODOPPLER COLOR	SI		SI		SI
TRANSPLANTE					
RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR	SI				SI
MEDICINA NUCLEAR	SI		SI		SI
MAMOGRAFIA					SI
OTRAS					SI

CONSULTAS, PRÁCTICAS Y PACIENTES SALIDOS SEGÚN
JUNIO 1998/ MAYO 2000

:

	Mayo 98/ Junio 99	Junio 99/ Mayo 00
Servicios	Consultas	Consultas
Clínicos	21.102	17.990
Quirúrgicos	4.935	4.162
Obstetricia	6.158	7.027
Ginecología	4.738	3.740
Pediatría	8.488	7.758

PACIENTES SALIDOS Y PROMEDIO DÍAS DE INYERNACIÓN SEGÚN
SERVICIOS.
JUNIO 1998/ MAYO 2000

Servicios	Pacientes Salidos		Promedio Días Internación	
	Junio – Mayo 1998/1999	Junio – Mayo 1999/2000	Junio – Mayo 1998/1999	Junio – Mayo 1999/2000
Clinicos	3.985	3.010	5,84	6,14
Partos y césareas	1.290	969	2,96	2,88
Quirúrgicos	3.009	2.607	4,44	4,45
Quemados	49	29	24,41	36,79

Alternativas

En general no se vislumbra la aparición de algún servicio nuevo en el mercado ni en la competencia, así como algún salto tecnológico importante. Por tal motivo, tal cual expresé al comentar sobre comercialización, que la diferenciación de servicios, puede ser la llave para aumentar la distancia entre la institución y los competidores más próximos y así obtener algún tipo de ventaja para sobrevivir hoy y crecer mañana, buscando una utilidad mayor. Creo que toda organización (empresa) busca por lo menos, perpetuarse (supervivencia), al asegurar una rentabilidad del capital (utilidad) y mediante el juego de la reinversión, logra aumentar sus ventas (crecimiento) con la esperanza de mayores utilidades para consolidar la supervivencia a largo plazo.

El mercado, como uno de los factores de la supervivencia, al variar, puede modificar o amenazar la misma dentro de las organizaciones; por ejemplo, un aumento súbito en la demanda, atrae la competencia y la empresa corre el riesgo de entrar en una crisis de capital de trabajo; inversamente, un descenso repentino de la demanda (actualidad) bien sea coyuntural (recesión) o ligado a un cambio del gusto del consumidor (sustitución por otros productos), priva a la empresa de los ingresos indispensables para su supervivencia.

Entorno

En éste punto trate de considerar tres aspectos importantes que hacen a ver ciertas condiciones de población, sus aspectos sociales y de salud que tienen o pueden tener influencia en el funcionamiento institucional.

POBLACIÓN TOTAL – SUPERFICIE, DENSIDAD DE POBLACIÓN Y TASA DE INCREMENTO MEDIO ANUAL (PERÍODO 1980/1998)¹

	Población total Censo 1980	Población total Censo 1991	Superficie en km ²	Densidad Hab km ²	Tasa de incremento medio anual (1980- 1991) 0/00
Total Pcia de Bs.As.	10.865.408	12.594.974	307.571	40,9	14,1
La Plata	477.115	541.905	926	585,2	12,1

¹ Fuente: Dirección Provincial de Estadísticas. Estimaciones y Proyecciones de Población (período 1980-2000)

POBLACION TOTAL PROYECTADA AL 30 DE JUNIO DE CADA AÑO –SERIE 1996-2000.

Población total al 30 de junio de:

	1996	1997	1998	1999	2000
Total Pcia de Bs.As.	13.522.447	13.713.753	13.907.766	14.104.526	14.304.079
La Plata	573.724	580.638	587.644	594.744	601.939

PROYECCIONAL AL 30 DE JUNIO DE CADA AÑO –SERIE 1998-2005

	1998	1999	2000	2005
Total Pcia de Bs As.	13.79.571	14.047.480	14.204.700	15.045.558
La Plata	587.686	593.543	599.323	627.102

Como podemos apreciar la población de la unidad de La Plata tiene una tasa de crecimiento medio anual positiva de 12.1 entre el año 80 y el 91 y nada hace esperar que ese crecimiento se haya moderado ni repetido su tendencia en el período de 91/2001 y tampoco que lo haga en el futuro próximo, ya que el partido de La Plata no es un territorio “saturado” poblacionalmente, disponiendo de suficiente superficie para el asentamiento de hogares y familias.

Los valores de población proyectados hasta el 2005 nos indican que toda la planificación hospitalaria deberá tener en cuenta el crecimiento de la demanda en los servicios que se producirá en función de la mayor cantidad de población.

POBLACIÓN POR SEXO, INDICE DE MASCULINIDAD. AÑO 1991 Y 1997

	Año 1991		Año 1997		Indice de masculinidad	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	1991	1997
Total Pcia de Bs. As.	6.767.065	7.140.698	6.856.569	7.247.548	694.082	7.356.298
La Plata	261.862	279.400	279.008	301.630	93,7	92,5

	Año 1998		Año 1999		Año 2000	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	1991	1997
Total Pcia de Bs. As.	6.767.065	7.140.698	6.856.569	7.247.548	6.940.082	7.356.298
La Plata	282.119	305.525	285.266	309.478	288.450	313.488

CONDICIÓN MIGRATORIA DE LA POBLACIÓN

	Población total nativa de la pcia (absoluta)	No migrantes	Migrantes internos	Población total nacida en otras pcias (absoluta)	Migrantes países limitados % ²	Migrantes países no limitados % ³
Total pcia de Bs. As.	11.796.986	66,9	26,9	789,193	2,7	3,5
La Plata	511.741	80,7	13,9	29.233	1,5	3,9

² Los porcentajes se calculan sobre el total de la población menos los ignorados

³ Idem nota 2

POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD, RELACIONADOS, INDICES DE DEPENDENCIA POTENCIAL (AÑO 1991), POBLACIÓN ESTIMADA MAYORES DE 18 AÑOS (AÑO 1997)

Población según censo 1991

	Población menor a 15 años	Población de 15 a 64 años	Población de 65 y mas años	Indice dependenci a potencial	Población estimada 1997 ⁴ Mayores de 18 años
Total pcia de Bs.As.	3.643.097	7.801.259	1.150.618	61,4	8.439.039
La Plata	134.450	346.793	60.662	56,3	383.545

⁴ La estimación de mayores de 18 años se calcula teniendo en cuenta las proyecciones de población total para el año 1997 y la condición de nativos del país

POBLACIÓN SEGÚN CONDICIÓN URBANO-RURAL, PORCENTAJE DE URBANIZACIÓN, RELACIÓN URBANO-RURAL (AÑO 1991)

	Población urbana	Población rural	Urbanización %	Población urbano-rural
Total pcia de Bs. As.	11.986.709	608.265	95,2	19,7
La Plata	522.136	19.769	96,4	26,4

TASA DE CRECIMIENTO VEGETATIVO
SERIE 1992-1997⁵

Tasa de crecimiento vegetativo (‰)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Total pcia de Bs.As.	10,7	9,8	10,1	10,0	10,4	10,3
La Plata	7,5	6,7	6,6	8,6	8,8	9,2

⁵ Fuente: Censo Nacional De Población Y Vivienda
Estimaciones Y Proyecciones De Población Período 1980-2000
Elaboración - Dirección Provincial Estadística

SALUD

ESTADISTICA DE HECHOS VITALES NACIMIENTOS SEGÚN RESIDENCIA DE LA MADRE – SERIE 1990-1997

Nacimientos según residencia de la madre

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Total de la Pcia de Bs.As.	242411	244359	239524	234932	235981	240278	245672	249726
La Plata	9755	9591	8870	8966	8617	9898	10114	10469

Si bien la información de nacimientos está referida al lugar de residencia de la madre y no al partido de ocurrencia del hecho vital, es dable esperar, apoyado en el crecimiento de natalidad, un incremento cada vez mayor de la demanda de los servicios de obstetricia y neonatología que debe tenerse en cuenta en la planificación del Hospital.

ESTADISTICA DE HECHOS VITALES: TASA DE NATALIDAD – SERIE 1990-1997

Tasa de natalidad (‰)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Total de la Pcia de Bs.As.	19.5	19.4	18.7	18.1	17.9	18.0	18.2	18.2
La Plata	18.2	17.7	16.2	16.2	15.4	17.5	17.6	18.0

ESTADISTICA EN HECHOS VITALES: DEFINICIONES GENERALES,
SEGÚN RESIDENCIA

Defunciones generales

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Total de la Pcia de Bs.As.	100617	100714	102401	108142	102428	106249	105714	108697
La Plata	4811	4937	4776	5265	4931	5013	5053	5108

ESTADISTICA DE HECHOS VITALES: TASA DE MORTALIDAD GENERAL –
SERIE 1990-1997

Tasas de mortalidad (‰)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Total de la Pcia de Bs.As.	8.1	8.0	8.0	8.3	7.8	8.0	7.8	7.9
La Plata	9.0	9.1	8.7	9.5	8.8	8.8	8.8	8.8

ESTADISTICA DE HECHOS VITALES: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL –
SEGÚN RESIDENCIA - SERIE 1990 -1997

Tasas de mortalidad infantil (‰)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Total de la Pcia de Bs.As.	23.7	22.8	21.9	20.8	20.7	20.3	19.4	17.7
La Plata	24.6	21.0	23.1	20.4	19.7	19.7	21.6	15.8

ESTADISTICA DE HECHOS VITALES – DEFUNCIONES NEONATALES Y POSNEONATALES, SEGÚN RESIDENCIA – SERIE 1995 –1997

Defunciones neonatales y posneonatales

	1995		1996		1997	
	Neonatal	Posneon.	Neonatal	Posneon.	Neonatal	Posneon.
Total Pcia de Bs. As.	3036	1832	2911	1861	2678	1743
La Plata	101	94	132	86	92	73

ESTADISTICA DE HECHOS VITALES: TASA DE NATALIDAD NEONATAL Y POSNEONATAL, SIN RESIDENCIA – SERIE 1995 –1997

Tasa de natalidad neonatal y posneonatal (‰)

	1995		1996		1997	
	Neonatal	Posneon.	Neonatal	Posneon.	Neonatal	Posneon.
Total Pcia de Bs. As.	12.6	7.6	11.8	7.6	10.7	7.0
La Plata	10.2	9.5	23.1	8.5	8.8	7.0

NACIDOS VIVOS POR LA EDAD DE LA MADRE SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA – SERIE 1995-1997

Nacidos vivos por edad de la madre

	1995				1996				1997			
	Ttal 100 %	+ de 20	20 a 34	35 y más	Ttal 100 %	+ de 20	20 a 34	35 y más	Ttal 100 %	+ de 20	20 a 34	35 y más
Pcia de Bs. As.	227 016	14.0	72.7	13.3	243 751	14.2	72.1	13.6	241 723	14.8	71.7	13.5
La Plta	922 4	11.7	75.4	13.0	101 14	12.4	73.9	13.7	994 5	12.8	73.8	13.5

ESTADISTICA DE RECURSOS DE SALUD

Establecimiento asistenciales por dependencia administrativa

Año 1995

	Total	Oficiales				Privados y Obras Sociales
	(Absoluta)	Total (absoluta)	Provincial (%)	Municipal (%)	Nacional (%)	Absolutos
Total Pcia de Bs. As.	3891	1710	7.4	91.6	1.0	2181
La Plata	343	58	24.5	73.6	1.9	285

Establecimientos asistenciales en internaciones y camas disponibles y dependencia administrativa

Año 1995

			Oficiales		Privados y Obras Sociales		Relación camas c/1000 hab
	Total establecimientos con internación	Camas disponibles	Establecimientos con internación	Camas disponibles	Total establecimientos con internación	Camas disponibles	
Total Pcia de Bs. As.	831	51373	268	27487	563	23886	4.7
La Plata	77	7118	13	3862	64	3256	12.7

El partido de La Plata cuenta con un alto porcentaje de establecimientos asistenciales privados, ya que representan un 83% del total (frente a un 56% de los privados en el total provincial).

Por lo tanto absorberán la atención hospitalaria de gran parte de la población especialmente por la calidad de sus servicios.

MÉDICOS COLEGIADOS Y SU RELACIÓN POR 1000 HABITANTES⁶

Años 1992-1993-1995-1996-1997

	1992		1993		1995		1996		1997	
	Medi- cos	Rela- ción médi- co por 1000 hab	Medi- cos	Rela- ción médi- co por 1000 hab	Medi- cos	Rela- ción médi- co por 1000 hab	Medi- cos	Rela- ción médi- co por 1000 hab	Medi- cos	Rela- ción médi- co por 1000 hab
Total Pcia de Bs. As.	34597	2.7	33566	2.6	34431	2.6	361557	2.7	38213	2.8
La Plata	4332	7.9	5016	9.1	5702	10.1	5811	10.1	5737	9.9

⁶ Fuente: Colegio de Medicos de la Pcia de Bs. As.
Elaboración: Dirección Provincial de Estadística y Planificación General

RELACIÓN POR TIPO DE COBERTURA

		Con cobertura				Sin cobertura	
		Tipo de cobertura				Absolutos	%
	Absolutos	Obra Social ⁷	Plan médico o mutual % ⁸	O.Social y Plan médico % ⁹	O.Soc. e ignora P. Med o mutual % ¹⁰		
Total Pcia Bs. As.	2841323	42.3	4.5	12.2	4.3	4550165	36.7
La Plata	391113	36.9	2.6	28.3	5.2	143972	26.9

⁷ El porcentaje fue calculado sobre el total de la población menos categorías ignoradas fuente: Dirección Provincial de Estadística con información Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.

⁸ Idem

⁹ Idem

¹⁰ Idem

AFILIADOS AL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS SEGÚN CONDICIÓN DE AFILIADOS

Año 1997

Afiliados					
		Titulares		Familiares a cargo	
	Total	Jubilados	Pensionados	Conyugues	Otros
Total Pcia Bs. As.	1498680	695074	396074	279781	126982
La Plata	53444	25897	14099	10326	3122

AFILIADOS AL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL DE LA PCIA DE BS. AS. (I.O.M.A) – SERIE 1995 –1998

Número de beneficiarios

	1995	1996	1997	1998
Total Pcia Bs. As.	1134973	1166679	1233404	4273561
La Plata	201678	209178	219534	214577

La información del tipo de cobertura destaca que si bien el mayor porcentaje de población dispone solo de Obra Social, puede apreciarse que la población está accediendo también al Plan Médico, aspecto a tener en cuenta ya que es uno de los servicios que brinda el Hospital Italiano (los valores confirman que en 28.3% posee las dos coberturas).

La información estadística que se acompaña, es descriptiva del medio en que desarrolla su acción el Hospital Italiano y caracteriza, en el sentido sociodemográfico, este ambiente.

ASPECTOS SOCIALES

VIVIENDA

Viviendas colectivas y peculiares, condición de ocupación de las viviendas peculiares; hogares particulares y promedio de persona por hogar.

	Viviendas				Total hogares particulares	Promedio por pers por hogar
			Particulares			
	Total	Colectivas	Ocupadas ¹¹	Desocupadas		
Total Pcia Bs. As.	4079118	4540	3516817	557761	3535695	3.5
La Plata	181231	271	161813	19147	163008	3.2

La ciudad de La Plata manifiesta un índice de viviendas ocupadas mayor que el promedio provincial, siendo también mayor el porcentaje de hogares particulares en el total de viviendas. Estos hogares particulares representan unidades familiares de atención en materia de salud.

¹¹ El total de las viviendas particulares ocupadas incluye a las viviendas con moradores presentes y ausentes.

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 1991

La característica de las viviendas tipo (tipo, condición de habilidad, infraestructura de servicios sanitarios y provisión de agua) permitirán inferir, en forma indirecta, los problemas de salud que traerían aparejado las condiciones de vida no apropiadas.

Viviendas particulares por tipo de viviendas.

	Total Viviendas	Casa tipo		Rancho casilla	Depto	Casa inquilinato y hotel o pensión	Local no construido p/hab y viv. móvil	Desconocido
		A	B ¹²					
Total Pcia Bs. As.	3.400.000	2.141.095	486239	232697	461026	11167	10498	58178
La Plata	156003	96371	11173	8421	36122	526	436	2954

¹² Casos tipo B: cumplen al menos una de las siguientes condiciones:

- a) no tienen provisión de agua por cañería dentro de la vivienda
- b) no disponen de retrete con descarga de agua
- c) tienen piso de tierra u otro precario

Fuente: Igual

Vivienda particular según condiciones de habitabilidad

	Total viv. Particular ocupadas ¹³	Viv. con buenas condiciones de habitabilidad		Viviendas deficitarias	
		Absoluto	%	Absoluto	%
Total Pcia Bs. As.	3342722	2602121	78	740601	22
La Plata	153049	132493	87	20556	13

¹³ Corresponde al n* de viviendas particulares ocupadas menos la categoría desconocida

Viviendas particulares ocupadas según infraestructura de servicios

	Viviendas particulares ocupadas			
	Total	Con agua por red pública % ¹⁴	Con cloacas % ¹⁵	Con electricidad % ¹⁶
Total Pcia Bs. As.	3400900	57.1	34.8	96.4
La Plata	156003	77.0	63.2	99.3

¹⁴ Los porcentajes se calculan sobre el total de viviendas particulares.

¹⁵ Idem

¹⁶ Idem

Indicadores de servicios sanitarios y provisión de agua

	Población en hogares particulares	Población por servicios sanitarios		Población por provisión de agua		
		Que tiene inodoro o retrete con descarga de agua % ¹⁷	No tiene inodoro o retrete con descarga de agua % ¹⁸	Por cañería dentro de la vivienda % ¹⁹	Fuera de la vivienda opera en el terreno ²⁰	Fuera del terreno
Total Pcia Bs. As.	12482012	90.7	8.0	76.7	78.4	2.9
La Plata	527760	93.1	5.2	86.3	10.1	1.6

¹⁷ El total de hogares particulares incluye los desconocidos que no fueron asignados en ninguna categoría – los porcentajes fueron calculados sobre el total.

¹⁸ Idem

¹⁹ Idem

²⁰ Idem

Deficit crítica de viviendas

	Deficit crítica ²¹	Viviendas en ejecución y terminadas I.V.B.A a Diciembre de 1995
Total Pcia Bs. As.	729953	39938
La Plata	16489	2646

²¹ calculado en base a datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 1991
fuente: Instituto de la Vivienda Pcia de Bs As Ministerio de Servicios y Obras Públicas

Hogares particulares por régimen de tenencia

	Total de hogares particulares	Propietarios		Inquilinos		Hogares en situación irregular de la tenencia de la vivienda	
		Absolutos	% ²²	Absolutos	% ²³	Absolutos	% ²⁴
Total Pcia Bs. As.	3535695	2326578	70.0	371240	11.2	627696	18.8
La Plata	163008	102789	68.7	24778	16.6	21949	14.7

²² Los porcentajes se calculan sobre el total de hogares particulares menos la categoría ignorada.

²³ Idem

²⁴ Idem

POBREZA

Hogares con necesidades básicas insatisfechas.

	Período 1980 ²⁵	Período 1991 ²⁶		
	% hogares con N.B.I	Total hogares particulares	Total hogares con N.B.I	% hogares con N.B.I
Total Pcia Bs. As.	19.9	3409089	500176	14.7
La Plata	12.5	156886	16892	10.8

²⁵ Hogares = viviendas

²⁶ Hogares = total de viviendas – casas de inquilinato y hoteles o pensiones más hogares en casas de inquilinato y hotel de pensión

Población con N.B.I. Año 1980 y 1991²⁷

	Período 1980	Período 1991		
	% hogares con N.B.I	Total hogares particulares	Total hogares con N.B.I	% hogares con N.B.I
Total Pcia Bs. As.	24.3	12453150	2121859	17.0
La Plata	15.8	527760	69110	13.1

Hogares con N.B.I y condición de privación. Año 1991

	Total hogares particulares	% de hogares con indicadores de privaciones en				
		Hacinamiento	Vivienda	Condiciones sanitarias	Asistencia escolar	Capacidad de subsistencia
Total Pcia Bs. As.	3409089	6.1	7.3	1.3	0.8	2.1
La Plata	156886	3.6	6.3	0.8	0.5	1.4

Si bien en cifras relativas el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas en la ciudad de La Plata es bastante menor que el valor provincial, sus valores absolutos correspondientes nos presentan la situación de personas en grupos familiares sujetos a una mayor probabilidad o riesgo de contraer enfermedades características de esas deficiencias y dibar tenerse en cuenta en la planificación de la atención de los servicios hospitalarios.

²⁷ Fuente: Tabulados inéditos INDEC
Elaboración: Dirección Provincial de Estadística