

## EFECTORES DE ATENCIÓN MÉDICA

**Horacio Luis Barragán**  
**Marcelo Walter Bechia**

### 1.- Los recursos de Salud Pública se aplican a través de actividades y servicios

Los recursos específicos de Salud Pública, como se viene señalando, son la Atención Médica (AM), el Saneamiento y Control del Medio (SCM) y la Medicina de la Actividad Humana (MAH), y los inespecíficos pueden agruparse en el concepto de Desarrollo humano.

Cada uno de ellos fue considerado en forma sintética en un capítulo precedente para dedicar los siguientes a la Atención Médica.

No obstante se presentará un cuadro, basado en **Sonis y Paganini** quienes aplicaron el “espectro de la Atención Médica” en el sentido de Salud Pública, a Argentina y a América Latina. A su vez se basaron en el elaborado por Logan para el Reino Unido. En él se exhibe la **circulación continua de la población**, sana o enferma, a través de actividades y servicios de Salud Pública. Esta circulación se produce en función de necesidades y circunstancias de la población en el marco de su ambiente. Las **necesidades** de la comunidad sólo en parte acceden a aquellas actividades y servicios, quedando absoluta o parcialmente insatisfechas (Sonis, 1978:275) [Cuadro 1.a].

**Salud y enfermedad: ambiente, necesidades y circunstancias, actividades y servicios.**  
**Ejemplos principales**

Ambiente	←----- dimensión natural (física, geográfica) -----→ dimensión cultural dimensión organizacional (social, económica y política) -----→						
	fenómeno población	nacimientos	salud	enfermedades	muertes		
Necesidades y circunstancias	condición	sana	sin sínt. preclínica	con sínt. clínica	con secuelas	rehabilitable	
Desarrollo Humano		ocupación plena segund. aliment. asist. social	previsión social		pensiones		
Atención Médica (AM)	planific. filiar., contr. prenatal, contr. embarazo asist. parto y puerperio	contr. mat-inf, inmunizaciones, contr. Riesgos, exám. e/salud, educac p/salud	diag/trat precoz, seguim. riesgos, prev. brotes	morbil., correcc riesg., seguim cronic, ctrol brotes	rehabilitación	asist agonía y duelo	
Actividades	Saneamiento y control del medio (SCM)	agua pot, cloacas, residuos, prev. contam. segur. ambient, segur. aliment.	idem	idem	contr/correcc	mantenim	inhumación
Medicina de la Actividad Humana (MAH)		prev accid y enfer segur. ambiental condic. hig y segur	exam preriód contr/correcc contr/correcc	1º aux. y defenic. Incapacid	rehabilitación reubicación	indemniz.	
Servicios	AM	hospit., clínica	escuela, familia asoc. comunit CAPs, consultorios	idem	CAPs, consult, hospit/clínicas	ctros y equip rehabilitación	médico, enferm., psicol., kinesiól, fonoaud.
	SyCM	organis. saneam. organis. bromatol. organis. control	idem	idem	idem	idem	cementerios (municipio)
	MAH		serv. Med. lab./higiene y segur. escuela, ctros. recreac., vía pública	serv. y ctros med lab/hig y segur.	ctros Med lab CAPs, consult hospit/clínicas	idem	empresas y ART

(Logan, 1964, cit. en Sonis y Paganini, 1978:275; modificado Barragán, 2005)

Cuadro 1.a

## 2.- Los niveles de asistencia se relacionan por la complejidad creciente

Se llamará efector de AM a todo ámbito fijo o móvil de diferentes propiedades o dependencias, cualquiera sea su complejidad, en que personal sanitario asiste personas o grupos humanos en los diversos niveles de prevención. Cuando la asistencia es domiciliaria la vivienda misma se erige en efector de salud. Se enumerarán ejemplos principales categorizados [Cuadro 2.a].

### Efectores de AM. Ejemplos clasificados

Tipos	Característica principal	Ejemplos principales
Eventuales	Asist. de ptes. agudos o base de programas sanitarios	Domicilios, escuelas, comedores, ctros. de recreación, deportivos, de fomento
Urgencias y emergencias	Asist. en el lugar y traslado	Ambulancias (diversas complejidades), médicos a domicilio
Baja complejidad prevalente	Bases del sist. asist., orientados a AMP	Ctros. de salud y unidades sanitarias (CAPs: ctros. de atención primaria); Consultorios (médicos, odontológicos, psicológicos), Gabinetes (enfermería, kinesiología, fonoaudiología, psicopedagogía, otros) Laboratorios de análisis clínicos y bacteriológicos, ctros. de diagnóstico Farmacias
Mediana y alta complejidad prevalentes	Niveles 2° y 3° de asist.	Hospitales, clínicas y sanatorios (generales y especializados)
Asist. duradera de ptes. crónicos	Asist. de complej. variable de ptes. crónicos por meses o años	Hogares, geriátricos y gerontopsiquiátricos, de discapacitados, granjas y ctros. terapéuticos p/ drogadicción Hospitales psiquiátricos o de discapacitados crónicos Internación domiciliaria
Asistencia temporal de ptes. crónicos	Asist. de complej. variable, especializada, durante varias horas	Hospitales de día, de noche, ctros. de rehabilitación Ctros. de diálisis
Centros especiales	Asist. complej. mediana o alta, especializada, ambulatoria o internación de 24 hs.	Ctros.: o ftalmología, oncología ambulatoria, radioterapia, de imágenes complejas, de diagnóstico y tratamiento por endoscopia, de cirugía ambulatoria, de diversas espec. médicas, de odontología compleja y de psicología integrada

Cuadro 2.a

La clasificación de efectores de AM por tipos según sus principales características [Cuadro 2.a] se precisa al relacionarlos con las actividades de salud que la población necesita ordenados por niveles de prevención [Cuadro 1.a].

De ambas presentaciones surge la diversidad de tipos de efectores y actividades que deben realizarse a la vez que su compleja realidad.

Cuando en ese capítulo precursor, Sonis y Paganini abordan la coordinación, prueban la poca eficiencia del aislamiento entre efectores.

Ese aislamiento se aproxima a la situación apreciable en diversos países, uno de ellos Argentina. El aislamiento se profundiza al considerar efectores de diversos subsectores (estatal, privado, de obras sociales y de prepagas) y distintas dependencias (vg. nacional, jurisdiccional y municipal o departamental).

Es cierto que una compensación surge ya sea de la población misma, que selecciona según sus posibilidades o interpretaciones, como del equipo de salud que intercambia la asistencia a la población según sus propias posibilidades e interpretaciones.

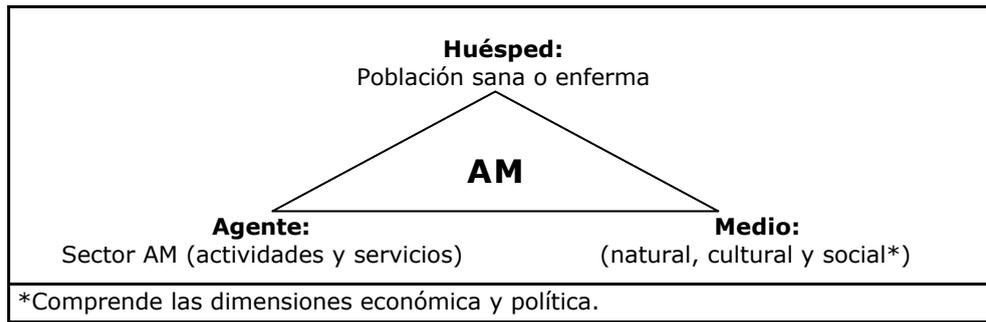
Se trata de selecciones espontáneas y condicionadas por los factores del proceso de la AM con todos sus componentes.

Deviene, entonces, la coordinación aquella, como un mandato clave de la organización social que aspira a cubrir las necesidades de la población.

Una perspectiva prioritaria de la coordinación asienta en el espacio geográfico y social. Así lo ha descrito uno de los mencionados autores, José María Paganini, en la doctrina, por él promovida desde la OPS, de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

Sonis y Paganini (1978:274) aplicaron la Triada Ecológica al sector de AM ubicándolo a este como el agente del esquema [Cuadro 2.b].

### Triada Ecológica de la AM



Cuadro 2.b

### 3.- Los efectores de APS se han denominado CAPs

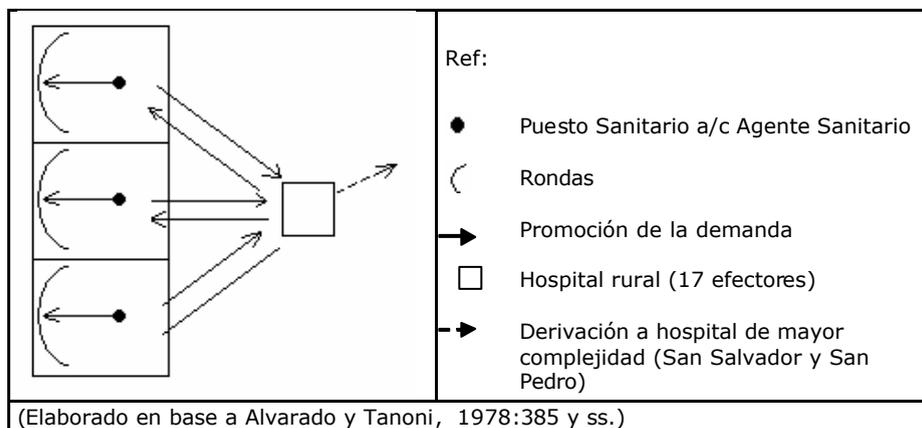
*El centro sanitario es el clasificador de todas las luchas sanitarias.  
(Ramón Carrillo, 1974:252)*

Recorriendo **Santiago del Estero**, su provincia natal, Carrillo (c. 1947) encontró diversos tipos de dispensarios (antipalúdicos, antituberculosos, maternoinfantiles y polivalentes) y comprendió que esos servicios deben reunirse en una unidad que llamó centro de salud “para sanos y enfermos” (1974:252).

Algo similar describieron Alvarado y Tanoni (c. 1966) en Jujuy, que en 1968 tenía una mortalidad infantil de 134‰. Más de la mitad del territorio provincial correspondía al Altiplano (Puna) con población dispersa (densidad 0,9 h/Km<sup>2</sup>) y muy baja demanda de AM (0,8 consultas/h/año y sólo 40% de partos hospitalarios). Es así como ajustaron la regionalización sobre cartografía estudiada en cada hospital y desarrollaron una red que tenía su punto de inicio en los Puestos de Salud a cargo de Agentes Sanitarios entrenados y bajo supervisión, a cargo de un sector geográfico con población definida. Su dispersión y las vallas de acceso a parajes y viviendas orientaron a estos agentes a una función móvil de rondas mensuales por 54.000 viviendas, de las cuales 15.000 eran también visitadas por supervisores cada mes (182.000 visitas totales en 1970).

Las visitas estaban destinadas a solucionar “in situ” problemas simples de asistencia y saneamiento elemental (vg. letrinización). Se proyectaban a la promoción de la demanda de AM que iba a sobreponerse a la demanda espontánea a la que estaban habituados los hospitales, logrando incrementar su rendimiento y ocupar su capacidad ociosa, a la vez que solucionar nuevos problemas de salud [Cuadro 3.a].

### Jujuy. Programa de Salud Rural. 1966-1970



Cuadro 3.a

## 4.- El programa de salud rural de Jujuy

**B. Marcela Walker**

Alvarado y Tanoni, próceres de la salud argentina, describen las vallas que la aplicación del programa jujeño con base en centros periféricos tuvo que vencer:

1. Programación y elaboración de normas.
2. Largas reuniones de adoctrinamiento sanitario en los hospitales, en diversos niveles, para superar el concepto de hospital-quisté-encapsulado, la vigencia de sectores-feudales-internos y hacer ver lo que pasa fuera del hospital.
3. Minuciosa selección de auxiliares de enfermería empírica para transformarlos en Agentes Sanitarios (AS) a través de un entrenamiento intensivo de 30 días, con jornadas periódicas de readiestramiento. Se hizo hincapié en el conocimiento de las áreas y el respeto por la cultura de sus poblaciones.
4. Igual procedimiento para supervisores de campo, a su vez, apoyados por supervisores médicos.
5. Encuentros con los colegios profesionales y difusión en las comunidades.
6. Reconocimiento geográfico detallado sobre campo con seis operadores que recorrieron cada región y área, con más de 50.000 viviendas y relevaron 850 croquis cartográficos indicando accidentes geográficos, accesos y distancias y viviendas que fueron numeradas. Estos croquis se emprolijaban y copiaban en los hospitales rurales y los AS los actualizaban periódicamente.
7. Redefinición de las regiones provinciales, subdivisión en distritos a cargo de un jefe y en sectores de entre 60 y 450 viviendas cada una según su dispersión, cada uno a cargo de un AS.
8. Puesta en marcha de áreas piloto, las que produjeron demanda promovida con tarjetas de derivación e indujeron a los hospitales a pesar de sus inquietudes internas, a adecuar su funcionamiento con incremento del gasto en insumos. Los directores de hospital pasaron a ser jefes de sus respectivos distritos con los que comenzaron a “saber lo que sucede y lo que no sucede en toda el área” bajo su responsabilidad (1978: 389).
9. Desarrollo de un sistema informes de trabajo y de registro de datos sobre viviendas, composición familiar, embarazadas, recién nacidos y lactantes, inmunizaciones, tosedores crónicos y resultados de baciloscopia, muestras de sangre (para detección de paludismo con gota gruesa), cumplimiento de tratamientos, distribución de leche y otras variables. Ajuste de los registros hospitalarios y compatibilización de formularios.
10. Desarrollo de un sistema regular de supervisión y de evaluación con indicadores prioritarios emergentes del registro y con procedimientos cualitativos. Las evaluaciones se hacían en reuniones periódicas entre jefes y equipos, con alta motivación.
11. Establecimiento de un sistema de abastecimiento (medicamentos, material, inmunizantes, leche, fichas, medios de transporte y viáticos). Extensión del programa tendiendo al 100% de cobertura.

Los cambios de autoridades provinciales produjeron altibajos en el programa y la reducción del Ministerio de Salud a Secretaría de un nuevo Ministerio de Bienestar Social le quitó fuerza al sector en el gabinete provincial, incluso con reducción presupuestaria.

Sin embargo, la mortalidad infantil se redujo, con influencia de otros factores, de 134% en 1968 a 80% en 1975, los partos institucionales se acercaron al 100%, la cobertura de inmunizaciones al 90%; desapareció la difteria, se redujo la coqueluche y el sarampión y se trataron los casos de TBC (5% de positivos en tosedores crónicos).

## 5.- La creación de CAPs

El sistema de salud de la Provincia de Jujuy se encontraba estructurado, hacia principios de la década de 1990 bajo la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. Los servicios y establecimientos de Salud quedaron orientados en niveles de atención acordes a su complejidad y coordinando la referencia y contrarreferencia de cada paciente y su familia.

Todos los establecimientos responden a la dependencia provincial, estando desconcentradas las actividades en los diferentes hospitales y CAPs de cada localidad.

Los hospitales son de nivel de complejidad baja y, en algunas localidades, de complejidad mediana. Se realizan derivaciones de los casos más complejos a hospitales de la ciudad capital – San Salvador de Jujuy– y los casos de mayor complejidad aún, son derivados a las provincias de Córdoba o Buenos Aires.

En algunas localidades del noreste de la provincia la accesibilidad se ve dificultada por encontrarse en zonas montañosas que no cuentan con caminos bien demarcados y la mayor parte del año es peligroso su tránsito.

Por esta razón, las derivaciones se realizan a la localidad de Iruya que pertenece a la provincia de Salta.

Los distintos niveles de atención cuentan con planteles formados por recursos humanos profesionales y no profesionales, permanentes y temporarios rotatorios, como es el caso de los distintos residentes de las especialidades de Tocoginecología, Medicina General, Pediatría y Clínica Médica.

La provincia de Jujuy se encuentra dividida geográficamente por el macizo montañoso del Abra de Zenta, que tiene aproximadamente 5000 metros de altitud. Esta división longitudinal de la provincia, hace que las regiones a ambos lados del macizo tengan características geográficas, climáticas, ambientales y culturales diferentes.

Hacia el este del macizo montañoso, las características son de una región netamente subtropical. Su clima es cálido, húmedo, con abundantes lluvias en la mayor parte del año, que provocan inundaciones y destrucción de caminos. Se deben prevenir enfermedades infecciosas tales como el cólera, paludismo, fiebre amarilla, dengue, leishmaniasis, TBC, enteroparasitosis, paraparesia espástica subtropical. Son algunas de las localidades de esta región: San Pedro, Fraile Pintado, Libertador General San Martín, Pueblo Ledesma, Calilegua –con su reserva ecológica– Caimancito y Yuto.

Por su parte, la zona oeste del macizo, corresponde a una zona geográficamente semi-desértica y desértica, representada por la Quebrada de Humahuaca, que se extiende con características similares desde la localidad de Volcán hasta La Quiaca, pasando por Purmamarca, Maimará, Tilcara, Huancalera, Chucalezna, Uquía y Abra Pampa.

El Sistema de Salud está estructurado sobre la base de la APS, con desconcentración regional y áreas programáticas en distintas localidades, que cuentan con hospitales de baja y media complejidad y CAPs que referencian a sus hospitales locales.

Los CAPs cuentan con recurso humano de enfermería y agentes sanitarios como plantel estable y por ellos rotan los médicos generalistas que realizan la residencia en la provincia.

Los Residentes de Medicina General, Pediatría, Clínica Médica y Tocoginecología, forman parte también de los planteles hospitalarios, donde trabajan en turno matutino. Por la tarde, los Médicos Generalistas son asignados a los CAPs y realizan tareas de asistencia por consultorio, control de niños sanos y control de embarazadas.

Se programan salidas a terreno con los agentes sanitarios para realizar controles de familias vulnerables y controles de pacientes con patologías crónicas que realizan tratamientos ambulatorios en el CAPs (vg: TBC). Se programan charlas informativas con la comunidad y talleres, vacunación en terreno, para aquellos casos que fueron detectados por el agente sanitario durante su ronda, y no poseen esquemas de vacunación completa.

Cabe destacar la figura del Agente Sanitario. El agente sanitario es una persona entrenada en tareas de promoción, prevención y asistencia en aquellas localidades de difícil acceso la mayor parte del año. Cada uno tiene a su cargo aproximadamente 300 familias. Las visitas se realizan casa por casa, manzana por manzana. En cada CAP existe un croquis con manzanas delimitadas y a quién corresponde cada una de las áreas. Cada ronda tiene una duración de tres meses.

Al finalizar cada ronda, se relizan jornadas de evaluación, control y capacitación de los Agentes Sanitarios de cada región con la participación de los Médicos Generalistas. Los Agentes Sanitarios, para realizar sus visitas, cuentan con planillas de relevamiento donde se registran datos individuales, familiares y del medio ambiente. De acuerdo a los resultados epidemiológicos relevados, se realizan tareas de prevención y promoción de la salud junto con la comunidad.

Existe una planilla con variables a las que se le asigna un puntaje, según el cual, la familia es considerada vulnerable, con individuos de riesgo.

Con esas familias se realizan actividades y relevamientos más frecuentes. El punto de corte es 7, por sobre el cual, se considera familia de riesgo y por debajo, familia sin riesgo.

Las variables involucradas son entre otras: existencia en la familia de niños menores de 2 años, de niños desnutridos menores de 5 años, presencia o ausencia de jefe de familia; presencia o ausencia de trabajo estable, familia con obra social o cobertura de algún subsidio, existencia en la familia de algún miembro con enfermedad discapacitante; presencia de embarazada; hacinamiento y promiscuidad.

En aquellos CAPs donde el acceso es difícil por las barreras geográficas y climáticas, las visitas se realizan, semanalmente (mejor acceso), quincenal, mensual o semestralmente (vg. CAPS de La Poma y aquellos que deben ser abordados atravesando el Abra de Zenta). Para ello se realizan expediciones del equipo de salud completo, llevando insumos, provisiones, medicamentos, ya que en estas zonas sólo se accede durante los meses de noviembre y abril, es decir antes y después de las lluvias, granizadas y nevadas en la alta montaña. Estas zonas son: Santa Ana, Caspalá, Valle Grande. El equipo de salud es guiado por los agentes sanitarios y los maestros de escuelas locales que conocen el camino a través de la alta montaña.

También se utiliza la estrategia de bajar las mulas hasta la quebrada (Uquía y Chucalezna) y luego soltarlas para que vuelvan a sus lugares de origen. El equipo de salud se guía siguiendo a las mulas cargadas con las provisiones y ellas se conducen por los caminos más seguros hasta llegar a Caspalá, por ejemplo. Los baquianos dicen que en aquellos lugares donde el paso es un desfiladero “si pasa la mula pasa el hombre”, ya que si hay derrumbe la mula lo detecta y no pasa. De todos modos, ha habido casos de mulas que percibieron mal al chocar a los lados por exceso de carga y se desbarrancaron.

La región de Valle Grande es más cercana a la zona del Ramal, pero debido a su ubicación en plena selva subtropical en la alta montaña, el acceso se dificulta por las excesivas lluvias y sólo puede abordarse por la zona de la Quebrada atravesando el macizo montañoso. En ocasiones se accede con vehículos con doble tracción pero la mayoría de las veces no se dispone de ellos.

La zona de la Quebrada es rastreada por los médicos generalistas y los agentes sanitarios, a lo largo de las márgenes del Río Grande, realizando tareas de prevención y promoción de enfermedades infecciosas como el cólera.

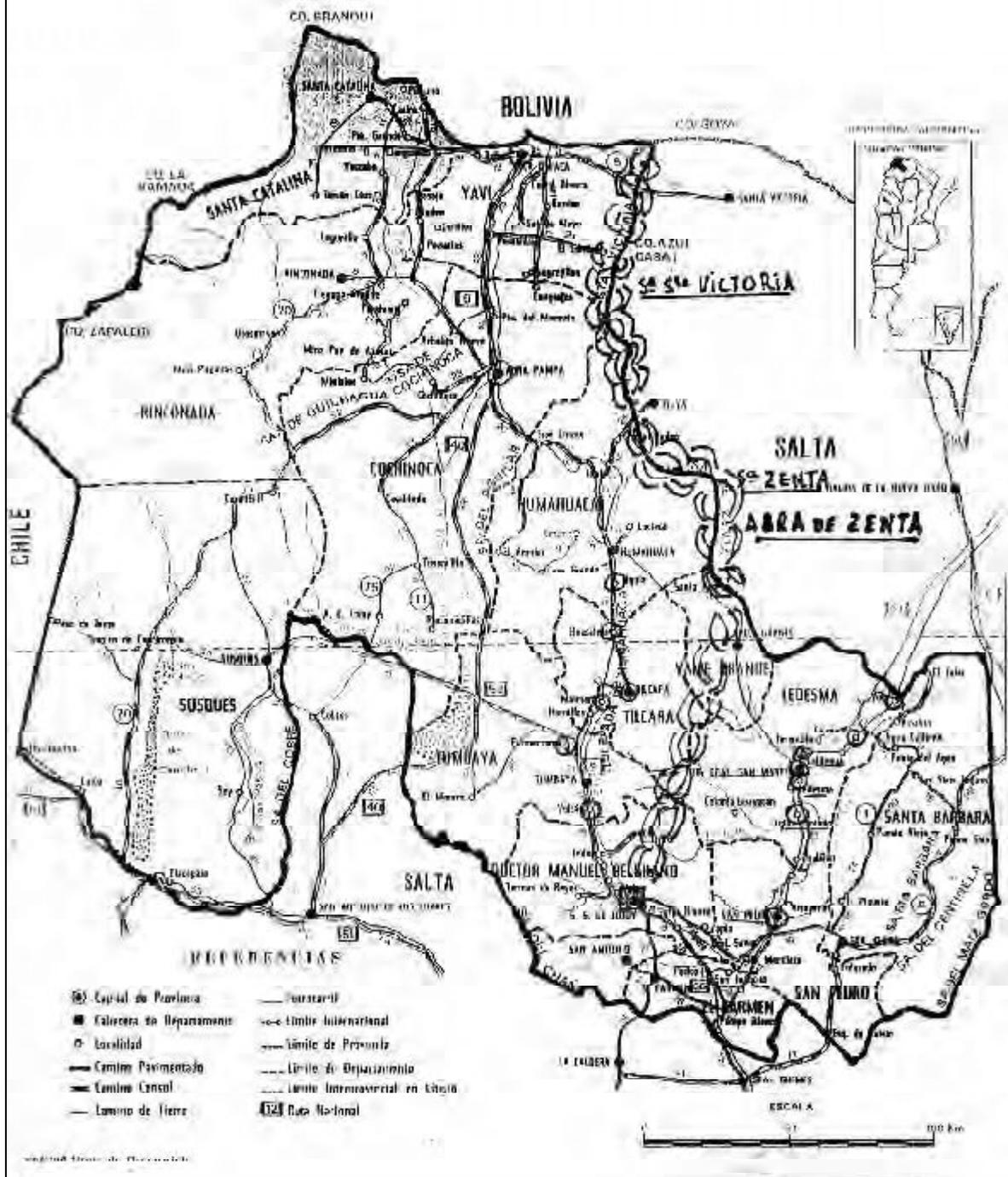
Se entregan lozetas para construir letrinas y envases con cloro, enseñándoles a las familias a transformar el agua en apta para el consumo humano.

Se controlan mercados, mataderos, criaderos, campings, plantas de potabilización de agua y fábricas.

También se realizan visitas periódicas a los ingenios azucareros para constatar si toman las medidas de prevención para proteger a los trabajadores según las tareas que desempeñan.

Los Médicos Generalistas tienen clases semanales de Salud Pública, Epidemiología Analítica y Estadística. Deben acreditar cada año de su residencia con proyectos de intervención local y aprobar la residencia con la presentación de un trabajo de investigación epidemiológica.

# PROVINCIA DE JUJUY



## 6.- El hospital protagoniza aceleradas transformaciones

*Horacio Luis Barragán*

Entre los establecimientos de AM, los hospitales tienen una prolongada y fecunda tradición. Sin embargo se “medicalizaron” entre finales del siglo XVIII y del XIX. Desde entonces, a lo largo del XX y hasta hoy se desarrollaron tendiendo a una creciente complejidad de recursos y una mayor eficacia de resultados.

Como institución social, el hospital es una de las que han exhibido mayores transformaciones. Su acelerada dinámica es función de la aplicación de los descubrimientos de la ciencia e inventos de la técnica. Sin embargo esas transformaciones han diferido según países y regiones de un mismo país no solo en sus características físicas sino en la doctrina en que se fundan, las funciones que cumplen y la forma de integrarse entre sí y con el medio. La maduración de la Bioética en el marco del progreso de la Humanidad ha agregado, a la ciencia y a la técnica, un fuerte componente en el proceso de transformación.

La doctrina se aplica en relación a las expectativas de cada comunidad, la prioridad que otorgan los gobiernos y las sociedades y las formas de actuar de los profesionales y personal del hospital.

Las funciones anteriores de aislamiento de enfermos, asilo de desvalidos, asistencia de enfermos y disponibilidad de ellos para enseñanza e investigación, en cierta forma continúan.

Sonis erigió al hospital “como la apoteosis centralizada del saber médico, como el moderno laboratorio de los magos de la ciencia, como la ciudadela de la salud que se erguía aislada y soberbia contra la enfermedad y la muerte, como la respuesta “princeps”, contribuyendo a desdibujar todo otro ámbito de atención” (1978:448).

Aún así la aplicación en el hospital de las ciencias de la Medicina de hoy, no fue paralela a la de las Ciencias Sociales y las Administrativas, ni en él ni en los sistemas de salud.

Así el hospital fue instrumento eficaz ante la enfermedad, pero no fue eficiente en el uso de sus recursos ni equitativo en el acceso a los diferentes grupos de población.

La complejidad se centró en la tecnología médica y la asistencia en el hospital. El sector médico fue remiso a admitir una administración científica y a considerar la salud y la enfermedad en el contexto de la comunidad.

Así el progreso científico y tecnológico a medida que se hacía más complejo tendía a ser más ineficiente y más inequitativo. Esa es la dura realidad de hoy.

No en todos los países y regiones hubo planeamiento hospitalario, ni coordinación con otros efectores de diferentes subsectores o niveles.

Los mismos edificios tendieron a desarrollarse por agregados o aposiciones que generaron disfuncionalidades. Los servicios, según su prestigio y el de sus jefes, tendieron a aislarse. La existencia de subsector estatal y privado en competencia, terminó enfrentándose en intereses.

En el subsector estatal la gestión hospitalaria tendió a centralizarse en la cabeza de la jurisdicción a la que pertenecían, provincia o municipio, de tal forma que las decisiones quedaban reservadas a cada nivel central.

La asistencia y la docencia parecieron enfrentarse, el pregrado con el conjunto no docente del hospital, y las residencias con los profesionales de planta.

Una rígida jerarquía tradicional de las profesiones y los oficios, dificultó la formación y el aprovechamiento laboral de estos últimos.

La investigación clínica, epidemiológica y organizacional no alcanzaron a consolidarse y cuanto menos a coordinarse entre sí, perdiéndose universos o muestras de personas, procedimientos y resultados que ofrecían una rica experiencia.

El costo creciente de las prestaciones asistenciales y el déficit en la eficiencia, creó preocupaciones al no poder soportarlo con los recursos actuales.

## 7.- Las funciones del hospital y de la clínica

Hospital o clínica es un establecimiento médico-asistencial con la misión de atender la salud y la enfermedad de las personas y los grupos humanos, en forma ambulatoria y en internación, en

todos los niveles de prevención. Puede ser general o especializado, de propiedad estatal, privada o de obras sociales [Cuadro 7.a].

### ***Funciones del hospital o clínica***

- Proporcionar asistencia médica comprendiendo las diversas acciones de prevención (**función asistencial**)
- Participar en la educación y adiestramiento del personal de salud y de la misma comunidad (**función docente**)
- Contribuir a la investigación clínica, epidemiológica y organizacional (**función investigadora**)
- Integrar una red asistencial médica y social (**función integradora**)

*Cuadro 7.a*

Un comité de expertos de la OMS (1956), lo definía según sus funciones: “como una parte integrante de la organización médico social cuya función es la de proporcionar a la población AM completa, tanto preventiva como curativa, y cuyo servicio de consultorio externo alcanza a la familia en el hogar. El hospital es también un centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud y además un campo de investigación biosocial”.

La “American Hospital Association” (EEUU) lo definió según sus recursos: “es un establecimiento con un cuerpo médico organizado, con recursos humanos permanentes, que incluye camas de internación, y con servicios médicos y servicios continuados de enfermería, para proporcionar diagnóstico y tratamiento a pacientes que tienen distintos problemas de salud, quirúrgicos o no quirúrgicos”.

Fajardo Ortiz lo define según sus destinatarios: “aquel establecimiento de salud que ofrece internación y proporciona AM a personas enfermas o heridas, o que se sospecha que lo estén, a parturientas o a personas que presentan uno o más de estos estados” (1982:423).

Cada definición hace hincapié en alguna característica del hospital: la primera en las funciones, la segunda en los recursos y la tercera en los destinatarios, y se sintetizan a continuación [Cuadro 7.b].

### ***Concepto de hospital o clínica***

**Conjunto de recursos** (plantel profesional y de personal, edificio, instalaciones, equipos, material y funcionamiento), que tiene **funciones asistenciales** (todos los niveles de prevención), **docentes, de investigación y de integración** para el **cuidado de la salud y enfermedad de las personas y la comunidad**.

*Cuadro 7.b*

## **8.- El hospital o clínica tiene estructuras diversas para responder a sus funciones**

El hospital es un establecimiento **médico-asistencial** con camas de internación, aunque haya establecimientos así denominados que carezcan de ellas (vg. hospitales de odontología).

La mayoría de los hospitales tiene consultorios externos, en general postergados en la preferencia de los profesionales. Recuérdese el esquema de K. White: en una población típica de 1.000 habitantes, y en el término de un año, 720 reciben atención ambulatoria, 100 son admitidos en algún hospital y 10 en un “hospital universitario” (1973). La relación entre ambulatorios e internados era de 7/1 (Sonis, 1978:64).

La actividad hospitalaria de “paredes afuera”, proyección sobre la comunidad a través de los pacientes y sus familias o en forma directa, ha sido largamente promovida. La OMS decía: “...y cuyo servicio de consultorio externo alcanza a la familia en el hogar”.

La atención “domiciliaria de urgencia”, se concibe con criterio “regional” organizando la responsabilidad de distintos hospitales sobre áreas delimitadas y operando a través de unidades móviles con radio.

La “internación domiciliaria” para convalecientes o crónicos, con hogares en condiciones para la asistencia, es una estrategia que evita el sobredimensionamiento de la internación, favorece el reintegro al hogar y disminuye el riesgo de infecciones hospitalarias y los costos.

Nuevas modalidades hospitalarias reducen la permanencia de pacientes psiquiátricos o discapacitados y favorecen la integración familiar. La internación comprende sólo parte de la jornada: “hospital-de-día” y “hospital-de-noche”.

El hospital forma parte de una red social de AM. Entre él y los pacientes hay intermediarios: médico, consultorio, centro de salud. Esta intermediación, no siempre organizada, se produce espontáneamente.

La coordinación del hospital con centros ambulatorios, aunque imprescindible, es difícil de lograr. Los centros ambulatorios tienen alguna relación con una comunidad definida en el espacio. En algunos países, hospitales -locales o regionales- nacieron con tal concepción, siendo responsables de la salud de un “área” (hospital-área-de-salud).

Los hospitales del interior -fuera de las áreas metropolitanas- y algunos que son propiedad de mutuales, suelen tener adscriptos hogares de ancianos o para convalecientes. La cercanía de la atención médica permanente mejora el cuidado y reduce costos.

La integración, en hospitales generales de servicios de psiquiatría tiende a evitar el hacinamiento de pacientes en colonias de crónicos, a lograr la atención ambulatoria y reducir las internaciones a menos de 30 días de promedio, una descentralización de la psiquiatría que favorece el contacto y el reintegro familiar.

La función docente hospitalaria se extiende a la formación, adiestramiento y actualización de todo el personal. Se desarrolló, en el nivel profesional, primero en la enseñanza de pregrado, después en postgrado, y educación continuada, por ejemplo regímenes de “concurencia” y de “residencia”. El régimen de residencias produjo un cambio sustancial en los hospitales argentinos, no exento de conflictos. A partir de ellas se extendió la presencia profesional en todos los servicios a toda hora, se generó una mayor actualización del cuerpo profesional y un mayor acercamiento a los pacientes y familiares, y se fortaleció el trabajo en equipo. También se ha expandido la docencia para la formación de técnicos y auxiliares. El concepto de función docente involucra a todo el personal y a todas las acciones, pretende transformar al hospital también en una pequeña escuela, de educación permanente y continuada. Esto se logra no sólo con cursos y prácticos, sino a través de la supervisión (evaluación y docencia), los ateneos, y la auditoría. Este enfoque no está exento de conflictos, baste mencionar los que trae consigo la actividad de las cátedras de pregrado y las dificultades en la implementación de residencias hospitalarias o cursos para técnicos.

Tales conflictos giran en torno a la multiplicación de autoridades y a la eventual distorsión docente por delegación a los profesionales de planta. La función docente debe ser del propio personal en todos sus niveles. La incorporación de estudiantes debe ser distribuida y coordinada, de tal forma que aprendan sin interferir en la asistencia y en la comodidad de los pacientes.

La función de investigación suena a excesiva para los hospitales pequeños y de baja complejidad. No se trata de investigación básica, limitada a grandes centros, sino a la clínica (vg. eficacia de los medicamentos o procedimientos, satisfacción de los pacientes), a la epidemiológica (vg. prevalencia de enfermedades en un área de influencia), y la organizacional (vg. menores costos, rendimiento de personal, simplificación de trámites, reducción de tiempos de espera). Muchos modelos de investigación rigurosos y simples están al alcance de todos los establecimientos. Según los principios éticos sobre investigación médica del Código de Nüremberg, la decisión sobre ella está a cargo de la de la dirección y de un comité asesor, que deberán cuidar todo sesgo, prejuicio o intereses espúreos, o el condicionamiento de resultados (vg. eficacia de un medicamento).

Decía Ramón Carrillo (1947): “personalmente aspiro a algo más del hospital. Estoy decidido a que, Dios mediante, los hospitales argentinos no sean sólo casas de enfermedad, sino casas de salud, de acuerdo a la nueva orientación de la medicina, la cual tiende a evitar que el sano se enferme, o a vigilar al sano para tomarlo al comienzo de cualquier padecimiento cuando éste es fácilmente curable” (1974:13).

## **9.- El hospital o clínica es un establecimiento complicado por las características que reúne**

El hospital es un establecimiento complicado, porque reúne características de hogar, hotel, industria, escuela, centro de investigación y empresa.

### **9.1.- El hospital o clínica como hogar**

Históricamente el hospital fue primero “casa de hospitalidad” que suplía al hogar de quienes no lo tenían o quienes no podían ser cuidados en él. El paciente es ante todo huésped en un ámbito donde el dolor y el sufrimiento son atendidos y cuidados. Recién a fines del siglo XIX el impacto científico-tecnológico transformó al hospital en institución médica. Antes fue, con sus virtudes y defectos, una suerte de “hogar sustituto” transitorio o definitivo. Ese espíritu debe ser rescatado. Como un hogar, está cargado de emociones primarias y el paciente está en situación de dependencia física, incluso psíquica y espiritual. La carga emotiva es más intensa por las circunstancias de las que el hospital es escenario: separación, enfermedad, muerte, o en el otro extremo nacimiento. La obligación del hospital es no sólo dar hospitalidad al paciente sino también a su familia. La familia debe ser recibida, informada, y en su caso consolada. Este compromiso involucra a todo el personal cualquiera sea su nivel y función y tanto más cuanto más cerca esté del paciente.

Se asemeja a un hogar, en cuanto al tiempo, porque su funcionamiento es permanente. Funciona a tiempo completo, todos los días del año y todas las horas del día, en el que, por ejemplo, pasan muchos pacientes las grandes festividades cargadas de emotividad. Este carácter exige guardias preparadas para actuar en cualquier circunstancia.

Corach y Malamud dicen que “el paciente es el único personaje full-time del hospital” (S/F:21) y todo debe estar previsto para brindarle cuidado permanente y atención oportuna.

La asistencia religiosa de cualquier credo, cuando el paciente o la familia la soliciten, obliga a disponer de capellanes o conexiones para concretarla.

### **9.2.-El hospital o clínica como hotel**

Además de la asistencia profesional y técnica, en el hospital el paciente debe vivir transitoriamente con la consecuente demanda de servicios de higiene personal, renovación de ropa de cama y utensilios, provisión regular de cuatro comidas y colaciones, acceso a un área de distracción o recursos de entretenimiento, ámbito de privacidad para su tranquilidad o para recibir visitas.

El confort del paciente y del personal exige instalaciones para las variaciones del clima, sistemas de calefacción y de ventilación aptos. El personal, por su parte, requiere áreas para cambiarse y guardar ropas, sanitarios, áreas para descansar y tomar colaciones.

### **9.3.-El hospital o clínica como industria**

A semejanza de una industria, el hospital produce una amplia gama de servicios y bienes, para lo cual recibe insumos muy diversos que son procesados por una heterogénea planta de personal. Es distintiva la diversidad de sus productos, insumos y personal. Los hospitales complejos modernos requieren el aporte de 200 clases diferentes de oficios. Tiene una alta concentración de personal profesional, graduado en universidades y escuelas superiores, cuya compatibilización es difícil e incluso conflictiva. Como una industria, tiene personal de producción (contacto directo con el paciente), de servicios (vg. alimentación, lavadero, mantenimiento), administrativo y directivo.

#### **9.4.-El hospital como escuela**

La función docente requiere espacios (vg. aulas, salas de reuniones y ateneos, de conferencia) para la enseñanza teórica. Debe recibir estudiantes de distintos niveles y admitir prácticas y exámenes. Estos últimos pueden afectar la confianza y comodidad de los pacientes. La docencia tiene fuerte influencia en la calidad de la Atención Médica. La convivencia de distintas generaciones con sus aportes de experiencias y novedades –si es bien armonizada– alienta el equilibrio del conocimiento aplicable. El antiguo y persistente régimen de concurrencias logró la formación de generaciones de profesionales. Felizmente fue completado con el régimen de residencias con profesionales en formación a tiempo completo y retribuidos con becas. El hospital también debe enseñar normas de salud a los pacientes respecto al propio manejo de su enfermedad (vg. un diabético o un coronario).

Los hospitales de crónicos deben establecer dentro de su ámbito una escuela propiamente dicha, para que los internados accedan a una formación primaria o diferenciada (vg. escuelas dentro de hospitales de niños o discapacitados).

El hospital es la “empresa” que más ha evolucionado en las últimas décadas toda vez que recibe el aporte incesante de nuevas tecnologías. Su contraparte es el alto costo que exige una gestión administrativa científica.

Es también un centro de información sobre la situación sanitaria y socioeconómica de una población, y con frecuencia debe atender a los medios de comunicación de masa, ya sea por epidemias o brotes epidemiológicos.

#### **9.5.-El hospital como centro de investigación**

La investigación hace más complicada la planta y función del personal, y el tipo de recursos físicos y de equipamiento. A su vez implica un nuevo tipo de conexiones con organismos que patrocinan la investigación, estatales o privados. Un hospital que no aporte a la investigación, siquiera epidemiológica, se encierra sin ofrecer nuevos conocimientos a la sociedad.

#### **9.6.- El hospital como empresa**

La empresa tiene la función de organizar la producción y obtener fondos. A tal fin requiere capital –para instalaciones, equipos y funcionamiento– y recursos humanos que se dividan el trabajo y lo hagan bajo una dirección. La producción debe buscar la calidad para ser aceptada y dar satisfacción, así como la eficiencia para compensar el gasto de recursos y la obtención de fondos. Los servicios sanitarios en su conjunto deben lograr la equidad en salud, es decir no sólo que todos los que demandan tengan acceso a ellos sino que tengan prioridades quienes tienen mayores riesgos, aún aquellos que con necesidades no demandan servicios por vallas económicas o culturales. Por otra parte la necesidad y la demanda, tienen alto grado de incertidumbre, la información es asimétrica entre los profesionales y la gente y ciertas enfermedades y estilos de riesgo acarrear fuertes externalidades (Del Llano, 1999:5). Estos factores hacen que el hospital o clínica opere como empresa, diferenciando la obtención de fondos y el objeto de destinar o no parte de ellos a la ganancia, en un marco de competencia y un mercado que deben ser necesariamente regulados.

### **10.- Clasificación de los hospitales**

#### **10.1.-Clasificación**

Los hospitales pueden clasificarse de acuerdo a diversos criterios, de los que se mencionarán los principales:

- I. **Estatales y privados:** dentro de cada categoría caben nuevas divisiones. Así, los estatales pueden tener dependencia nacional, provincial o municipal. Por su parte los privados pueden ser con fines de lucro, –tal es el caso de las clínicas y sanatorios– o –sin tales fines– como los de mutuales.
- II. **Generales o especializados:** los generales suministran dos o más servicios de las clínicas básicas, y los especializados son para pacientes de determinada enfermedad de un sistema orgánico o para un tratamiento específico (Fajardo Ortiz, 1982:426). Hay especializados para una situación vital determinada (vg. maternidad) o para un grupo de edad (pediátricos o geriátricos). A los hospitales de pacientes crónicos o de rehabilitación se agregan los psiquiátricos y los de enfermedades transmisibles. Entre los establecimientos psiquiátricos deben diferenciarse los de pacientes agudos y los de crónicos. Los hay subespecializados como colonias psiquiátricas o para discapacitados. En la provincia de Buenos Aires un ejemplo es el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn” de Melchor Romero. Nacido como hospital general, se desarrolló como psiquiátrico. Su etapa más moderna llevó a dividirlo en un sector hospitalario general (120 camas y consultorios externos) para la población de la localidad y para enfermedades generales de los internados psiquiátricos. Otro sector es de internación de pacientes psiquiátricos agudos y un tercero de psiquiátricos crónicos. En la misma provincia existen hospitales psiquiátricos subespecializados, tal la colonia “Dr. Domingo Cabred” para discapacitados. Ejemplo de especializados en enfermedades infectocontagiosas es el Hospital “Dr. Francisco Javier Muñiz” de la ciudad de Buenos Aires, un sector del HIZEAC “San Juan de Dios” de La Plata, y la colonia “Dr. Baldomero Sommer” para pacientes de lepra.  
En las ciudades más populosas hay centros hospitalarios especializados en ramas clínicas o quirúrgicas. En la ciudad de Buenos Aires, el Hospital Nacional de Gastroenterología “Dr. Buonorino Udaondo”, el Hospital Oftalmológico “Santa Lucía”, el Centro de Recuperación Respiratoria “María Ferrer” y el Hospital de Oncología “Dr. Roffo”. En el subsector privado hay también establecimientos con internación especializados: en psiquiatría, pediatría, geriatría, maternidad, oftalmología.
- III. **De agudos y de crónicos:** los de agudos reciben internaciones que no deben superar los 15 días de PDE (promedio días estada). Para los hospitales psiquiátricos de agudos el límite teórico de PDE es de 30 días. Los establecimientos para pacientes crónicos son monovalentes como los psiquiátricos o “polivalentes” para un grupo, como los geriátricos y tienen PDE de meses y aún años.

Otros criterios de clasificación dependen de la arquitectura (hospitales verticales, horizontales o mixtos) o de la ubicación geográfica (metropolitana, urbana o rural).

## **10.2.- Clasificación de la Provincia de Buenos Aires**

La provincia de Buenos Aires clasifica sus propios establecimientos con un criterio numérico y de complejidad (art. 15 de la Ley 7.878 de Carrera Profesional Hospitalaria. T.O. –texto ordenado– 1978) como sigue:

- a) Hospital Interzonal: aquel con capacidad de 300 camas con un perfil de equipamiento que le permite cumplir cualquier acción de AM integral.
- b) Hospital Zonal: aquel con capacidad de 150 a 299 camas con un perfil de equipamiento que le permite cubrir las funciones de Pediatría, Obstetricia, Ginecología, Clínica Médica y Clínica Quirúrgica, además de las especialidades que de ellas se derivan, y los Servicios de Diagnóstico y Tratamiento.
- c) Hospital Subzonal: aquel con una capacidad de 50 a 149 camas con un perfil de equipamiento para cubrir las funciones de Pediatría, Obstetricia, Ginecología, Clínica Médica, Clínica Quirúrgica y los Servicios de Diagnóstico y Tratamiento.

- d) Hospital Local: aquel con una capacidad de 30-40 camas con un perfil de equipamiento para cubrir funciones de Pediatría, Obstetricia, Ginecología, Clínica Médica, Clínica Quirúrgica y los Servicios de Diagnóstico y Tratamiento.
- e) Unidad Sanitaria: aquel establecimiento que brinda exclusivamente atención ambulatoria. La de zonas rurales suelen tener algunas camas.

La misma provincia clasifica los establecimientos privados según el Decreto 3280/90 (reglamentario de la Ley 7.614 de 1967) en:

I. Ambulatorios (art. 1).

II. Con internación:

- a) polivalentes
- b) monovalentes

I. Ambulatorios (art 2º).

- Consultorios.
- Centros de diagnóstico y tratamiento de baja y mediana complejidad.
- Salas de primeros auxilios.
- Servicios de ambulancias.
- Servicio de traslado programado de pacientes en situación crítica de vida.
- Servicios de emergencia médica móviles.
- Hogares de día.

II. Establecimientos polivalentes con internación y con prestación quirúrgica (art. 3º)

- Categoría 1: mínima complejidad (hasta 15 camas).
- Categoría 2: mediana complejidad (desde 20 camas).
- Categoría 3: mediana complejidad ampliada (desde 30 camas).
- Categoría 4: alta complejidad (desde 50 camas).

Dentro de ellos requiere en la categoría 2, una Unidad de Reanimación o de Terapia Intensiva (UTI) tipo I y en la categoría 4 una UTI tipo II (art. 36).

II. Establecimientos monovalentes con internación (art. 4º).

- a) Con prestación quirúrgica.
- b) Sin prestación quirúrgica.
  - 1) Salud Mental y Atención Psiquiátrica.
  - 2) Geriátricos u hogares de ancianos.

El mismo decreto normatiza los Laboratorios de Análisis Clínicos (art. 48 y ss), los Servicios de Radiaciones Ionizantes (art. 60) y los Centros de Diálisis (art. 61).

### **10.3.- La inversión social exige planificación**

A diferencia de la inversión económica, la social no dispone de indicadores precisos ni de información completa.

Un intento positivo de planificación en la inversión social surgió en 1963 con la elaboración de unidades y métodos por el Consejo Federal de Inversiones (CFI), en el marco de la planificación del Desarrollo general<sup>1</sup>.

El país disponía entonces de una "aceptable capacidad instalada" en AM pero "afectada de evidentes distorsiones en su localización, organización y administración que condiciona un bajo

---

<sup>1</sup> En 1965, eran Secretario General del CFI, el Cont. Luis Rotundo y el Ing. Juan A. Figueroa Bunge respectivamente. El equipo de Salud Pública estaba integrado por J. J. Barrenecha (Dir.), A. H. Chorny, J. E. Molinero, M. I. Plachner de Molinero y L. H. Vera Ocampo.

grado de utilización (rendimiento)” y “una dispendiosa y artificial capacidad ociosa” que “paradójicamente, tiene expresión en una no satisfacción de la demanda aparente”.

Así, se definieron las funciones de producción del sector y las proyecciones del gasto en salud, en vistas a la confección de una metodología operativa de planificación.

La metodología definió primero los sectores de producción, que son los siguientes:

- a) de producción final: dan productos terminados según los objetivos del efector (vg. egresos, consultas médicas, consultas odontológicas)
- b) de producción intermedia: dan componentes concurrentes y necesarios a la producción final (vg. cuidados de enfermería, estudios de imágenes, determinaciones de laboratorio, prácticas quirúrgicas y anestésicas, transfusiones de hemoderivados)
- c) de servicios generales: dan prestaciones que posibilitan las producciones intermedias y finales (vg. recepción, registros, comunicaciones, limpieza, raciones de alimentos, mantenimiento).

En cada sector se definen las unidades de producción y se computan en planillas de recolección que verificadas, se vuelcan a cuadros de consolidación.

#### **10.4.- Clasificación del Consejo Federal de Inversiones (CFI)**

En Argentina se ubicaron los establecimientos sanitarios en una escala propuesta por el Consejo Federal de Inversiones (CFI) de acuerdo a un estudio de Barrenechea, Chorny y Plachner de Molinero publicado en 1969. La escala se funda en el concepto de “complejidad” definida como el “número de tareas diferenciadas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por aquellas” (Consejo General de Inversiones, 1968). Se ubican según un cuestionario que comprende 41 actividades calificadas con puntaje individual, tanto en servicios finales, como en intermedios y generales. Se expresa en un gráfico de barras. La escala comprende 9 niveles, de los cuales el III, el IV, VI, VIII y IX son establecimientos con internación. Los niveles I, II, V y VII son ambulatorios (Consejo General de Inversiones, 1968).

Sus características son las siguientes:

- 1 Nivel I:** atención sólo ambulatoria. Cuenta con visita periódica programada de médico general y atención permanente de enfermería. Funciona con énfasis en medicina preventiva (prepatogénica).
- 2 Nivel II:** similar al anterior, se agrega visita periódica de odontólogo y laboratorio elemental.  
Estos dos niveles se asocian a un nivel III o más y se ubican en un medio rural.
- 1 Nivel III:** cuenta con médico general permanente, lo que permite atención de internados. Brinda medicina general y obstétrica. Posee laboratorio y radiología elementales. Sirve a poblaciones rurales.
- 2 Nivel IV:** se diferencian las cuatro clínicas básicas: Clínica Médica, Cirugía, Pediatría y Tocoginecología, tanto en consultorio como en internación. Hay Odontología permanente. Se ligan a niveles VI o más. Tiene laboratorio y radiología elementales.
- 3 Nivel V:** atención sólo ambulatoria general, en Clínica Médica, Pediatría y Tocoginecología, cuenta con laboratorio y radiología de rutina. Se ubica en zona urbana y conecta con un nivel VI. Este es el ideal de las CAPs urbanas. En nuestro medio no tienen laboratorio ni radiología.
- 4 Nivel VI:** a las clínicas básicas se agregan especialidades quirúrgicas en consultorio e internación. Son más complejos los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y se agrega Anatomía Patológica y Electrodiagnóstico. Se ubica en centros urbanos mayores o en capitales provinciales.
- 5 Nivel VII:** como el nivel V brinda atención ambulatoria, pero con especialidades quirúrgicas. Se asocia a un nivel VIII.

- 6 **Nivel VIII:** cuenta con una amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas con servicios auxiliares de gran complejidad que incluyen Radioterapia, Medicina Nuclear y Cuidados Intensivos. Se ubica en grandes centros urbanos y suele tener docencia universitaria. Puede resolver por si mismo la mayor parte de los problemas médicos.
- 7 **Nivel IX:** se alcanza la máxima complejidad concentrable en un solo establecimiento. Se ubica en los mayores centros urbanos y se articula con centros de docencia universitaria.

Las áreas que se evaluaron fueron 41 [Cuadro 10.4.a], con asignación de puntajes entre “0” hasta aproximadamente 28, sobre la base de un cuestionario para relevamiento de cada área. La graficación se hace ubicando las áreas en las abscisas y el puntaje en las ordenadas.

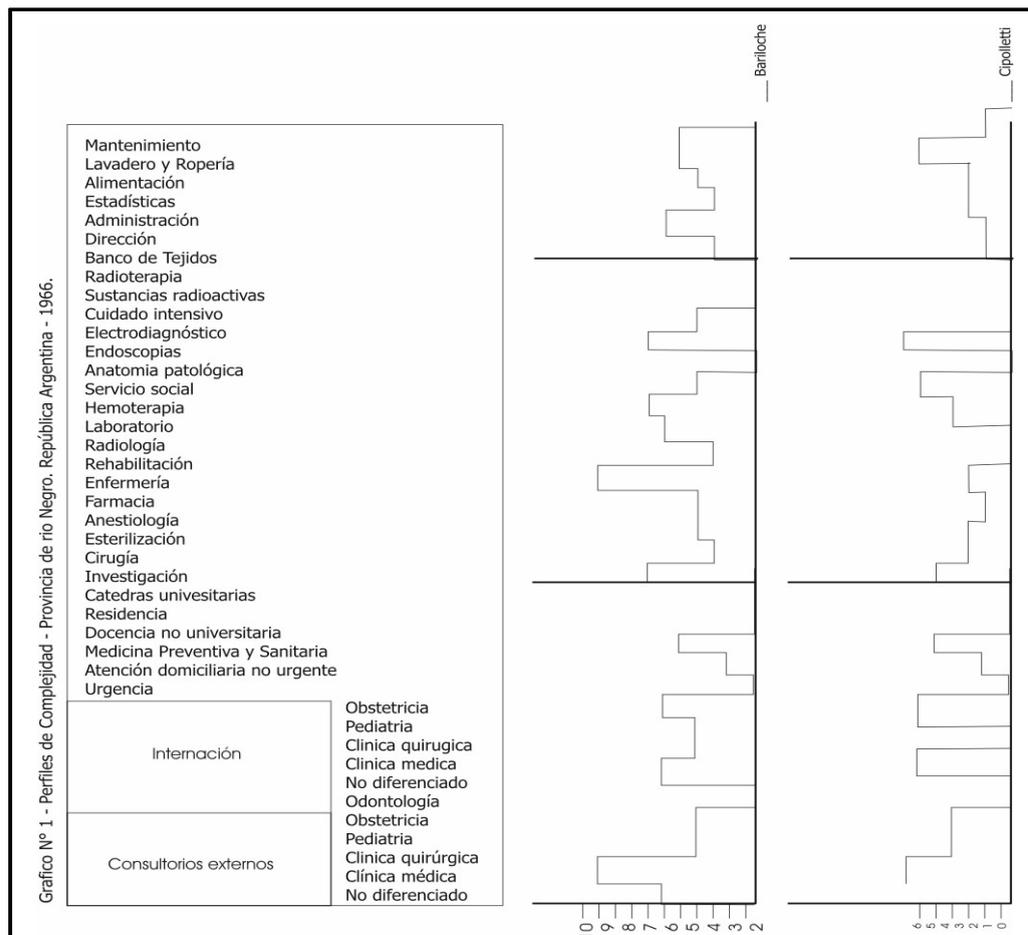
**Argentina. CFI. 1969. Categorización de efectores. Áreas relevadas**

1 Consult. no diferenciado	22 Farmacia
2 Consult. Clínica Médica	23 Enfermería
3 Consult. Clínica Quirúrgica	24 Rehabilitación
4 Consult. Pediatría	25 Radiología
5 Consult. Obstetricia	26 Laboratorio
6 Consult. Odontología	27 Hemoterapia
7 Internación no diferenciada	28 Servicio Social
8 Internación Clínica Medica	29 Anatomía Patológica
9 Internación Clínica Quirúrgica	30 Endoscopia
10 Internación Pediatría	31 Electrodiagnóstico
11 Internación Obstetricia	32 Cuidados Intensivos
12 Urgencia	33 Sustancias Radioactivas
13 Atención Domiciliaria no de urgencias	34 Radioterapia
14 Medicina Preventiva y Sanitaria	35 Banco de Tejidos
15 Docencia no universitaria	36 Dirección
16 Residencia	37 Administración
17 Cát. Univers.	38 Estadística
18 Investigación	39 Alimentación
19 Cirugía	40 Lavadero y ropería
20 Esterilización	41 Mantenimiento
21 Anestesiología	

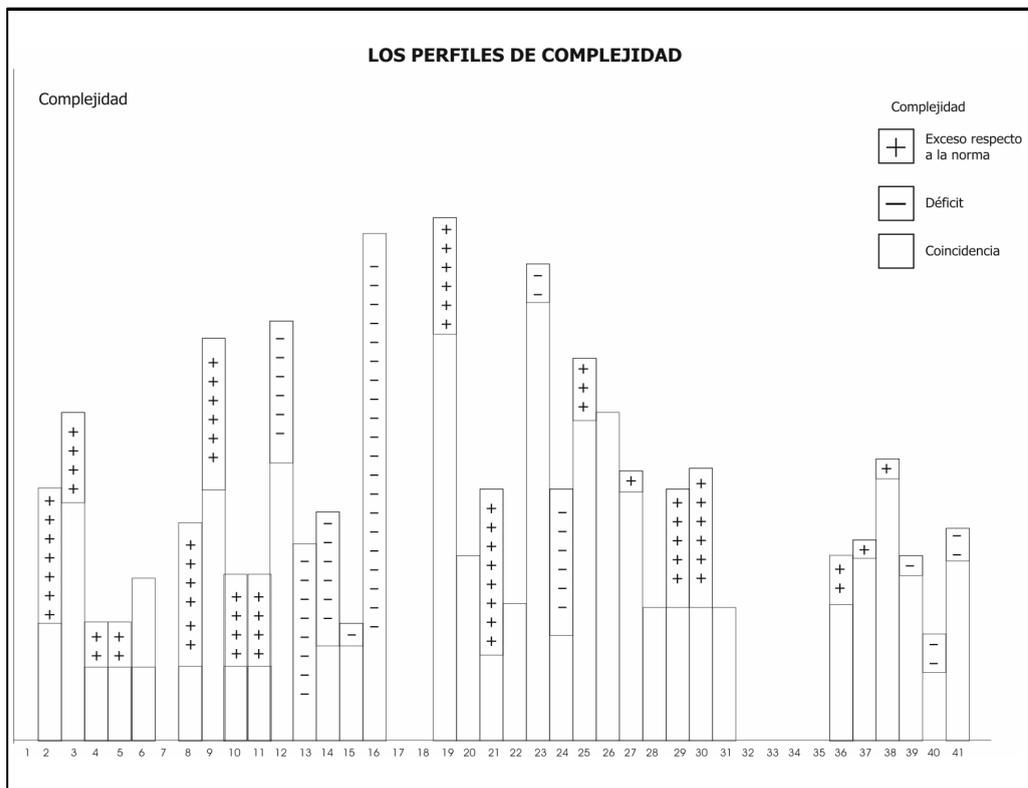
Cuadro 10.4.a

A continuación se presenta un cuadro de aplicación de los perfiles en la provincia de Río Negro respecto de dos hospitales [Cuadro 10.4.b]. En el siguiente se aprecia la construcción de un perfil [Cuadro 10.4.c].

**Perfiles de complejidad. Provincia de Río Negro. República Argentina. 1966**



Cuadro 10.4.b



Cuadro 10.4.c.

## 11.- Las camas hospitalarias cambiaron la estructura de los subsectores

En la década de 1940 la tendencia hacia la internación era fuerte. Carrillo programaba llegar a las 10 camas hospitalarias cada 1000 habitantes con una distribución específica [Cuadro 11.a].

### *Distribución de camas hospitalarias. Doctrina Carrillo. 1949*

Especialidad	Porcentaje
Clínica	10
Cirugía	10
Maternidad	5
Psiquiatría	35
TBC	35
Otras especialidades	5
Total	100

Cuadro 11.a

Esta distribución se basaba en una red sanitaria compuesta por ciudades-hospitales y centros sanitarios coordinados. El rubro maternidad incluía, sin duda, la pediatría. Las altas tasas de mortalidad infantil se corregían con la atención ambulatoria en centros de Salud, téngase en cuenta que no se disponía en el mundo de los adelantos posteriores de la Neonatología. Carrillo aumentó el número de Centros Sanitarios de 140 (1946) a 280 (1951) y proyectaba llegar a 1.700 (1974:362). La TBC requería entonces largas internaciones, cuando aún no se disponía de la estreptomocina. La Psiquiatría tenía y mantuvo hasta las últimas décadas, la prioridad de internación para los psicóticos ya que tampoco se disponía de la medicación que permitiera a buena parte de ellos reintegrarse a la vida social. Esta situación llevaba a Carrillo, con acierto, a desarrollar hospitales para lograr pasar de las 3,6 camas por 1.000 habitantes a las 10 de su doctrina. Logró casi duplicar el número de las existentes [Cuadro 11.b].

### *Argentina. Camas hospitalarias. Por subsectores. 1945-1951\**

Subsector	1946	1951
Estatal	S/d	99.000
Nacional	15.000	25.000
Prov. munic.	S/d	71.000
Privados	S/d	12.000
Otros (a)	50.000	-
Total	65.000	111.000

\*Las camas mencionadas se disponían en 50 (1946) y 125 hospitales (1951). (a): otros incluye estatales no nacionales y privados. (Carrillo, 1974:363)

Cuadro 11.b

Para 1951 la Fundación Eva Perón proyectaba 12.000 nuevas camas hospitalarias. La aparición diferenciada del subsector privado con 12.000 camas en ese año indica el comienzo de su expansión promovida por los contratos con OOSS.

El análisis de Julio Bello (1981), a principios de la década de 1980 demuestra la expansión privada creciente y la transitoria de instalaciones propias de la OOSS, a la vez que la reducción del subsector estatal [Cuadro 11.c].

**Argentina. Camas hospitalarias según propiedad del efector (subsectores) 1964, 1969 y 1978**

<b>Subsector</b>	1964		1969		1978	
Estatal	107.485	75,9	97.688	73,0	95.159	66,6
OOSS	4.957	3,5	4.977	3,7	7.765	5,4
Privado	29.175	20,6	30.100	21,4	40.051	28,0
Total	141.627	100	133.847	100	142.975	

(Bello, 1981:17).

Cuadro 11.c

Entre 1964 y 1978 las camas privadas aumentaron en un 37%, las de OOSS en 57%, mientras estatales se redujeron en 12%. En Capital Federal la reducción fue de 34,5 % por el cierre de los hospitales Rawson y Alvear. La significación del incremento privado fue mayor por la vigencia del entonces Decreto-Ley 22.269 que desalentaba la creación de efectores propios de las OOSS (Mera, 1988).

Combinando los datos de Carrillo y de Bello se presenta una tendencia inicial al aumento de las camas de internación en relación a la población y una reducción posterior [cuadro 11.d].

**La Argentina. Camas hospitalarias. Por mil habitantes. Entre 1946 y 1978**

Año	Camas c/ 100 h.
1946	3,6
1951	4,0
1964	6,7
1969	5,6
1978	5,5

(Carrillo, 1974:363; Bello, 1976:17)

Cuadro 11.d

La distribución de la capacidad de los subsectores por dependencia surge de una presentación de Mera [cuadro 11.e].

**R. Argentina. Distribución de camas hospitalarias. Por dependencias. Agudas y crónicas. 1980**

Subsectores	Camas hospitalarias		
	Agudos	Crónicos	Total
Estatal	70.867	24.016	94.883
Nacional	2.128	8.452	10.580
Provincial	43.484	13.592	57.076
Municipal	16.258	1.158	17.416
Otros	8.997	814	9.811
OOSS	7.668	411	8.079
Privado	41.002	6.046	47.048
Total	119.537	30.473	150.010

(Mera, 1988:43).

Cuadro 11.e

Los datos exhiben el proceso de transferencia de los establecimientos nacionales a las jurisdicciones, y se reafirman el crecimiento de la capacidad privada a la vez que la estabilización de la propia de las OOSS.

La Argentina tenía entonces (1980) 5,1 camas hospitalarias por 1.000 habitantes ubicándose en una posición intermedia entre países como Noruega y Japón (14,9 y 11,6 respectivamente), cerca de EEUU (6,1) y Brasil (3,7) (Mera, 1988:42).

El equipamiento pesado y complejo tendió a concentrarse en el subsector privado según la misma información de Mera [cuadro 11.f].

### **R. Argentina. Equipamiento pesado de AM. Tipos Seleccionados por subsectores. 1985**

	Subsectores			
	Estatal	Privado	Total	% privado
Tomógrafos computados	3	42	45	93,3
Gamma cámaras	14	74	88	84,1
Aceleradores lineales	3	7	10	70,5
Bombas de Cobalto	19	61	80	76,3
(Mera, 1988:43).				

Cuadro 11.f

### **Citas bibliográficas**

- Alvarado, C. A. y Tanoni, E., *El plan de Salud en Jujuy*. En Sonis, A. y colaboradores, 1978.
- Bello, J.N., *Política de Salud 1976-81. Aporte para la evaluación de un proceso*. Revista CIAS 307/08, Buenos Aires, 1981 (Separata).
- Carrillo, R., *Contribuciones al conocimiento sanitario*. En Obras completas II. Buenos Aires, EUDEBA, 1974.
- Consejo Federal de Inversiones. Perfiles de complejidad. Métodos para determinar niveles de atención en establecimientos hospitalarios (Dir.Proyecto Juan José Barrenechea) CFI., Buenos Aires, 1968.
- Corach y Malamud. *La Atención Médica y la Administración hospitalaria*. S/F.
- Del Llano, Señarís y otros, *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona, Masson, 1999.
- Fajado Ortiz, G., *Atención Médica. Teoría y Práctica Administrativa*. México, Prensa Médica, 1982.
- Mera, J. A., *Política de Salud en Argentina. La constitución del Seguro Nacional de Salud*. Buenos Aires, Hachette, 1988.
- Sonis, A. y colaboradores. *Medicina Sanitaria y Administración de la Salud*. Buenos Aires, El Ateneo, segundo tomo, 1978.

### **Bibliografía consultada**

- Belmartino, S., Bloch, C. y de Quinteros, Z. T. *El Programa de Estabilización Económica y las políticas de Bienestar Social/1976 -1980*. Cuaderno Medico Soc. (Rosario) f/d.
- Carrillo, R., *Obras Completas*. Buenos Aires, EUDEBA, 1974.
- Ferrara, F., Acebal E. y Paganini, J. M., *Medicina de la Comunidad. Medicina Preventiva. Medicina Social*. Buenos Aires, Medicina Administrativa Interamericana. segunda edición, 1976.
- Mera, J. A., *Los servicios de Salud en Argentina*. Buenos Aires, Fundación Universitaria Hernandarias, 1995, tercer tomo.
- O´Donnell, J. C., *Administración de Servicios de Salud*. Buenos Aires, Fundación Universitaria Hernandarias (a distancia), 1995.
- OMS. *Mejoras en el desempeño de los Sistemas de Salud*. Informe sobre la Salud en el Mundo, Ginebra, 2000.
- Temes Montes, J.L. y otros. *Gestión Hospitalaria*. Madrid, Mc Graw-Hill, tercera edición, 2002.
- Samuelson, P. A. y Neordhaus, W. D., *Economía*. Madrid, Mc Graw-Hill, 15ª edición, 1996.
- Owen, J. R. y Eisleban, R. K., *Conceptos modernos sobre Administración de Hospitales*. México, Interamericana, 1963.