

Especialización en Administración Hospitalaria

Trabajo Final de Especialización

Autora: Patricia O´Grady

MEJORA EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA EN CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL ZONAL DE BARILOCHE

2008

Citar como: O´Grady, P. (2008). Mejora en la atención ambulatoria especializada en cardiología en el hospital zonal de Bariloche. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Índice de contenidos

1. Resumen ejecutivo	3
2- Introducción	5
3. Problema.....	9
4. Objetivos	16
5. Análisis de situación y diagnóstico estratégico: FODA	19
6. Análisis de las alternativas	23
7. Definición de actividades y cronograma	24
7. Bibliografía	25
8. Anexos	26

1. Resumen ejecutivo

Resultados esperados

El presente proyecto pretende contribuir a brindar una mayor accesibilidad de los pacientes con problemas cardiológicos, a la consulta especializada del Servicio de Cardiología del Hospital Zonal Bariloche, aumentando el número de consultas programada en un 50 %, en el término de un año.

Al finalizar el proyecto habrá de existir un nuevo proceso de atención ambulatoria que hace las veces de ensamble entre las consultas que resuelven los médicos generalistas en los centros de salud, con la consulta de la especialidad, en forma coordinada y en tiempo real contribuyendo a la eficacia y eficiencia de las mismas.

Para cumplir con este objetivo específico se implementara además, el Programa de Entrenamiento en Cardiología para los Residentes en Medicina General promoviendo el fortalecimiento institucional en su faz académica.

Beneficiarios

Los beneficiarios finales son los pacientes con patología cardiovascular que son asistidos en algún efector de la red pública (CAPS u Hospital de Bariloche).

Asimismo, el personal del servicio de guardia externa se verá beneficiado al contar con un nuevo procedimiento para la asistencia de una patología altamente prevalente, que facilite y ordene sus decisiones al implementarse el sistema de contrareferencia y epicrisis para los pacientes cardiológicos desde los centros de salud. Los profesionales de otros servicios, en asistencia de consultorios externos o servicios de apoyo al no recibir una sobrecarga de la demanda por urgencia no justificada.

Responsable del proyecto

El responsable del proyecto será el jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Zonal Bariloche.

Necesidades de financiamiento

Las necesidades de financiamiento surgirán de los recursos propios del presupuesto del Hospital Zonal asignados al servicio de Cardiología para:

- Impresión de formularios y planillas de control.
- Disponibilidad de equipamiento informático para recepción y procesamiento de datos.
- Horas de trabajo administrativo para el manejo y procesamiento de esos datos.
- Traslados a los diferentes centros de salud del área de influencia del Hospital Zonal Bariloche.

Conclusiones

El proyecto que presentamos es un proyecto socio-sanitario con impacto en la calidad y equidad de la atención de los pacientes que requieren atención especializada en el

Servicio de Cardiología del Hospital Zonal de Bariloche, sin tener que utilizar mayores recursos hospitalarios que los que ya se utilizan.

Por medio del desarrollo e implementación de la intervención propuesta habrá de alcanzarse mayor accesibilidad a las consultas contribuyendo a hacer más equitativo el sistema. Habrá de mejorar la satisfacción de los pacientes y la continuidad de la atención, lo cual es un elemento clave en la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas.

Se obtendrá también un mejor registro de las historias clínicas, con información cardiológica actualizada, al establecerse el sistema de contrarreferencia en tiempo real que derivara en menor gasto de recursos al evitar la superposición de solicitudes de estudios complementarios.

2- Introducción

Organización que presenta el proyecto

El Hospital "Dr. Ramón Carrillo" de San Carlos de Bariloche fundado en 1939 es referente cabecera de la región Andino Patagónica, de la Provincia de Río Negro, abarca un Área Programa que según las proyecciones del último censo alcanza aprox. 100.000 habitantes distribuidos dentro de uno de los ejidos municipales más extenso de la República Argentina. (actualmente se cree que la población alcanza a mas de 140.000 habitantes) Se asientan en el Municipio a razón de 4 familias nuevas por mes, a eso se le suma familias que no se dejaron censar.)

La autoridad del hospital la ejerce el Consejo Local de Salud que funciona efectivamente desde de 1995, de acuerdo con la ley provincial número 2.570 de Descentralización Administrativa de los hospitales. Dicho cuerpo colegiado está conformado de la siguiente manera: Un presidente, que es el Director del Hospital, y cinco representantes de diferentes estamentos políticos y sociales relacionados con la salud de la comunidad, a saber: un representante del poder ejecutivo municipal, un representante del poder deliberante municipal, un representante de los vecinos, un representante de los trabajadores del hospital, y un representante del CATA (Consejo asesor técnico administrativo) que es el consejo de Departamentos que conforman el cuerpo directivo (también presidido por el director).

Cada uno de estos cinco representantes es acompañado por un representante suplente. En nuestro caso y dado que la ley propicia la participación de las entidades intermedias, se suma un sexto representante de ONG relacionadas con la salud, en este caso La Asociación Cooperadora acompañada por LALCEC (Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer).

La Misión del Hospital Ramón Carrillo es brindar servicios de salud de excelencia, educando para prevenir, actuando para resolver y anticipando los efectos contrarios, centrando nuestro accionar en el individuo y la comunidad, ofreciéndole a todos las justas oportunidades para mejorar su calidad de vida.

La Visión consiste en querer ser una organización líder y responsable de la atención de la salud reconocida por haber logrado la confianza, contención y satisfacción de toda la comunidad. Integrados y abiertos con una clara vocación democrática y participativa. Los valores en donde se apoya la identidad de la organización son el compromiso, esfuerzo y la profesionalidad del trabajo realizado en equipo.

Justificación

Llevar adelante este proyecto se fundamenta en la búsqueda del cumplimiento de la misión de la organización, al contribuir a mejorar la accesibilidad a la consulta especializada, a pacientes con enfermedades cardiovasculares, que representan en el hospital de Bariloche, la segunda causa de consulta y sin embargo, no existen mecanismos formales de identificación de la demanda insatisfecha.

Marco valorativo

El presente proyecto se basa en tres principios clave de la gestión sanitaria: la equidad, la accesibilidad y la calidad.

Equidad

Equidad es la ausencia de disparidades injustas y potencialmente evitables entre grupos y personas (sea por área geográfica, género, ingreso, educación, trabajo, raza o religión) en las oportunidades de acceso a los bienes y servicios que concurren a preservar el estado de salud. Es un principio ético (un valor) que determina que los bienes y servicios que son justos y razonables individualmente, deben estar disponibles en las mismas condiciones colectivamente, sin ningún tipo de discriminaciones. Y para ello es necesario no sólo un compromiso ético individual, sino además una discusión política, una ética social y una consecuente voluntad política de reducir las desigualdades (inequality), particularmente las diferencias injustas y evitables (inequity).

El imperativo ético (actuar bien) en la dimensión de la equidad implica:

- En los factores determinantes de la salud: disminuir al mínimo posible la pobreza, la baja escolaridad, la falta de trabajo, las malas condiciones ambientales y laborales: equidad social o estructural.
- En los servicios de salud: recibir bienes y servicios de salud en función de la necesidad; esto es: equidad en los procesos de cobertura, acceso y uso.
- En el financiamiento: contribuir al sostén del sistema de acuerdo a la capacidad económica; esto es: equidad en los procesos financieros (equidad financiera).
- En las condiciones de salud: disminuir al mínimo posible las diferencias evitables e injustas en la morbi-mortalidad: equidad en los resultados.

Por consiguiente, la equidad en salud no sólo trata de brindar iguales oportunidades de acceso a medidas preventivas o tratamientos de eficacia equivalentes para todas las personas que enfrenten igual riesgo de enfermar o necesidad, independientemente del lugar geográfico donde residan, su condición sociocultural o su capacidad económica. Trata además de intervenir pre-activamente con una intencionalidad política de justicia social.

Accesibilidad

La accesibilidad, en un sistema de salud, se define como el conjunto de variables que favorecen la atención institucionalizada de la demanda sanitaria espontánea. Puede ser pre-institucional e institucional. La falta de accesibilidad pre-institucional está dada por las barreras de acceso (geográficas, económicas, educativas, culturales y de comunicación) y conforman la demanda oculta. Las barreras de acceso institucionales generan demanda insatisfecha.

Tradicionalmente se utiliza la definición operativa de necesidad en salud para indicar que un individuo precisa recibir (consumir) cuidados para mejorar su estado de salud. Si se considera la necesidad de modo más proactivo, entendiéndola como la capacidad de beneficiarse con un bien o servicio existente, podría definirse entonces la necesidad de salud de un individuo o una comunidad como la capacidad de beneficiarse en su estado de salud. Constituye la **demanda potencial**.

Una clasificación operativa muy utilizada, categoriza la necesidad de salud en tres vertientes:

- 1) Necesidad sentida: es la identificada por el individuo, que puede o no convertirse en demanda de servicios de salud.
- 2) Necesidad expresada: es la registrada como demanda por los servicios de salud.
- 3) Necesidad normativa: es la identificada y definida por los profesionales de la salud, vinculada tanto a la morbilidad como a la mortalidad por causas evitables.

Demanda en salud

En términos económicos la demanda es “la disposición a pagar por un bien o servicio”, es decir, la cantidad y calidad de un bien que desean adquirir los consumidores-compradores a diferentes precios. En los servicios de salud, donde el usuario no suele

abonar directamente, esta disposición se demuestra a través del **costo de oportunidad**. Esto es, los costos en tiempo, molestias y riesgos que cada paciente está dispuesto a “pagar” para ser asistido. En la práctica, demanda en salud se refiere a la necesidad expresada como solicitud de servicios de salud.

La salud es, además de una demanda individual, una demanda social, en tanto es uno de los bienes meritorios (bienes a los cuales debieran acceder todas las personas por cuanto su consumo es de interés del conjunto social y por ende del Estado). Demanda social es la demanda por bienes meritorios, independientemente de las valoraciones individuales. La salud y la educación (como otras prestaciones de la seguridad social) son bienes meritorios, por lo que su demanda, en ambos casos, es social.

Sin embargo, existe una gran dificultad a la hora de definir necesidad de salud y demanda sanitaria, debido a la complejidad de las interacciones entre los diversos actores. Generalmente, cuando se habla de necesidad se hace referencia a aquella identificada técnicamente, profesionalmente (necesidad normativa) y cuando se habla de demanda se hace referencia a aquella que concretamente la población requiere satisfacer. La necesidad (demanda potencial, la capacidad de beneficiarse) la establece el técnico, generalmente un médico (que también detenta la oferta), mientras que la demanda efectiva la establece inicialmente la población.

Pero nuevamente existe en la demanda efectiva una redefinición operativizada a través de la relación médico-paciente, en donde el paciente delega en el médico, como si fuera su agente, decisiones sobre cantidad y calidad demandada.

En este contexto se reconocen, además de la demanda potencial (necesidad de salud) y la demanda efectiva, otros dos tipos de demanda:

1) Demanda oculta: necesidad que no llega a expresarse como demanda por falta de accesibilidad pre-institucional, como ser barreras de acceso geográficas, económicas, educativas, culturales y de comunicación.

2) Demanda insatisfecha: falta de satisfacción de una demanda por barreras de acceso institucionales.

En la práctica existe entonces un **proceso necesidad-demanda**:

- 1) **Existencia de la necesidad**, determinada generalmente por profesionales de la salud. En este punto el individuo puede beneficiarse aún sin sentir carencia ni deseo de satisfacción. Las barreras para la satisfacción de las necesidades en este nivel, están dadas por la accesibilidad cultural. También existe la posibilidad de que puedan generarse falsas necesidades.
- 2) **Percepción de esa necesidad como una anomalía**, como una carencia, por parte del individuo. Nuevamente, en este nivel, entra en juego la accesibilidad cultural.
- 3) **Expresión de esa necesidad:** es el deseo de satisfacerla que se transforma en demanda de servicios de salud atribuible al sujeto. Es la **demanda primaria**. En este punto, las barreras que impiden la transformación de las necesidades en demanda efectiva son la accesibilidad geográfica y económica.
- 4) **Redefinición médica de la necesidad**, “profesionalmente determinada”: es la demanda generada por el médico. Es la **demanda secundaria o demanda mediada**.

Calidad

La calidad está dada por aquellas características del producto (bien o servicio) que responden a las necesidades del cliente. En general pueden reconocerse tres tipos de calidad:

- Calidad técnica

- Calidad percibida
- Calidad total

La calidad técnica es la eficacia objetiva. En Salud, la calidad técnica depende del estado del arte de la práctica médica. Es el grado de seguimiento de normas contemporáneas (según el estado del arte definido por las sociedades científicas) para el correcto diagnóstico y el efectivo tratamiento con relación a la condición del paciente.

La calidad percibida es aquella que percibe el usuario. Es subjetiva y suele estar influenciada por las condiciones socioeconómicas del paciente, así como por razones culturales y religiosas.

La calidad total es el conjunto de principios, métodos y estrategias aplicadas en cada uno de los diferentes niveles, unidades y actividades de una organización productiva, dirigido a obtener mejores resultados con una mayor satisfacción y un igual o menor costo. La base filosófica de la calidad total en los servicios de salud es que la calidad de los servicios que se prestan siempre puede mejorarse, por lo que se establece una constante tensión hacia la búsqueda de mejores alternativas en términos de satisfacción y costo. Calidad total es una tensión constante hacia una mejora continua de la calidad.

Principales obstáculos a enfrentar

El principal obstáculo a enfrentar es la resistencia al cambio y la falta de liderazgo de las conducciones intermedias y superior, para que se cumpla la misión del servicio de cardiología y del hospital. Asimismo es crítica la baja capacidad de los profesionales de los niveles operativos de la red de servicios de cuidado de la salud (médicos generalistas del primer nivel de atención y especialistas de los hospitales) para trabajar en equipo, articuladamente, para facilitar la continuidad de la atención de los pacientes.

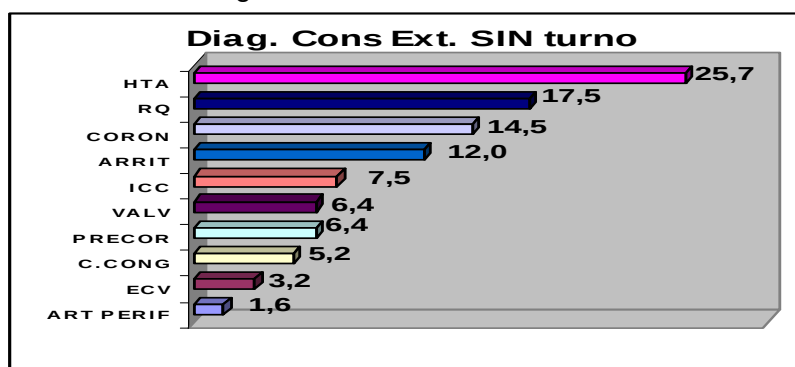
3. Problema

Baja accesibilidad de los pacientes con patología cardiovascular, al consultorio externo del servicio de cardiología del Hospital Zonal Bariloche.

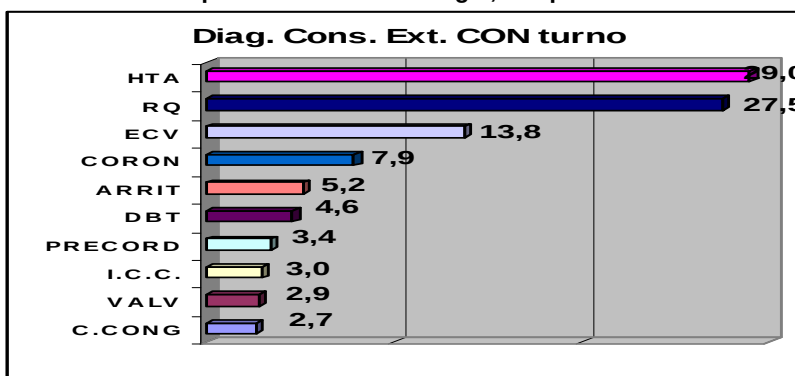
Las colas para conseguir un turno con los especialistas son interminables desde la madrugada, inhumanas y se repiten en la mayoría de los hospitales de la provincia. Para obtener atención especializada muchos deben hacer largos viajes desde el interior a los centros urbanos. La falta de un sistema de control para cuantificar la demanda insatisfecha es una de las deudas que nuestro hospital tiene con la sociedad que debe atender. En nuestro medio existe tanto una demanda potencial (necesidad de salud) desconocida sino además una demanda oculta no cuantificada, debido a que el paciente es pobre o indigente y concurrir al médico le insume gastos de los que no dispone, por lo tanto no consulta.

Existe una demanda insatisfecha porque se percibe una necesidad de atención que no se concreta en consultas medicas por varios motivos, o porque tarda demasiado tiempo en conseguir un turno en las ventanillas y pierde días de trabajo o presentismo o por muchas otras barreras a la accesibilidad institucional de diferentes causas. Este análisis se efectúa teniendo en cuenta la población que demanda atención, el horizonte clínico o la parte visible del iceberg de la visión epidemiológica (Last, 1963). Mientras tanto la enfermedad cardiovascular avanza.

Según la recolección de datos propios correspondiente al periodo 2005-2007, en el servicio de cardiología se atienden anualmente, en promedio, 1.907 pacientes en consultas en consultorios externos cardiología.



Fuente Datos Propios Servicio Cardiología; Hospital Zonal Bariloche Periodo 2005-2007



Fuente Datos Propios Servicio Cardiología. Hospital Zonal Bariloche Periodo 2005-2007

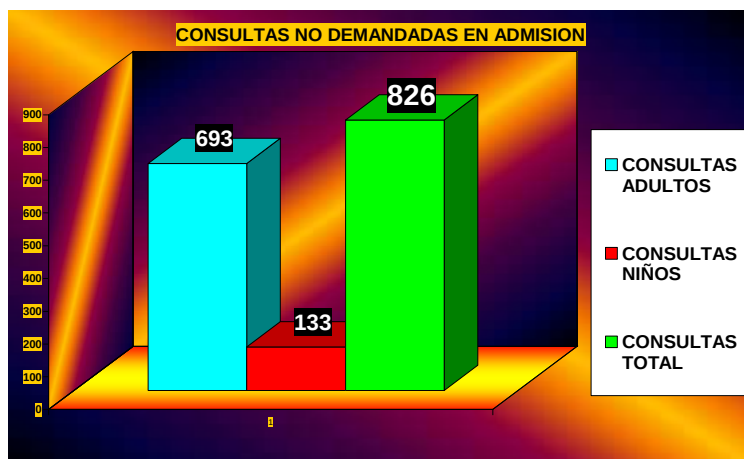
Un 40 % de los pacientes se atendió sin turno programado lo que arroja una cifra promedio durante todo el periodo de 490 consultas anuales de pacientes que intentaron

solicitar turno y no lo obtuvieron inicialmente en las ventanillas de admisión. Este mecanismo de atención ambulatoria en el consultorio de cardiología del Hospital de Bariloche, de casi la mitad de los pacientes que concurren a demanda espontánea, y que finalmente se alcanza por gestiones informales de diversa índole, inclusive con intervención de profesionales y/o diversos tipos de “amigos” que facilitan dicha gestión, además de ocultar una inadecuación de la oferta a la demanda, una falta de planificación operativa del servicio de cardiología, esconde una gran inequidad de acceso que perjudica a los más pobres.

En este orden de ideas, visto que técnicamente este 25% de pacientes no se consideran parte de la demanda insatisfecha, es que en el presente trabajo la denominamos, **“parcialmente satisfecha”**. Como lo sería también, la demanda por consultas cardiológicas programadas que por falta de “turno” en el consultorio de cardiología, concurren al servicio de emergencia. En consecuencia, el 40% de pacientes atendidos con sobre-turno se consideró como la demanda parcialmente satisfecha.

Un 25,7 % (490 pacientes anuales) de la demanda parcialmente satisfecha son derivados por los profesionales de la propia institución, mientras que el 14,4 % (275 pacientes anuales) son derivados por médicos generalistas desde los centros de salud.

CONSULTAS ADULTOS	693
NIÑOS	133
TOTAL	826



Fuente: Datos Propios; Servicio de Cardiología Hospital Zonal Bariloche Periodo 2005-2007

De los turnos dados por admisión se mantuvo constante el porcentaje de pacientes que no concurrió a la consulta entre el 4% y 6,8 %.(Datos extractados de las planillas de consultorio externo de la especialidad)

Indicadores

Porcentaje de pacientes asistidos sin turno (con sobre-turno: demanda parcialmente satisfecha) en el consultorio externo de cardiología del Hospital de Bariloche =

$$\frac{\text{Nº de pacientes atendidos sin turno en CCEE de Cardiología en un año} \times 100}{\text{Nº total de pacientes atendidos en CCEE de Cardiología en un año}}$$

Porcentaje de pacientes derivados por médicos generalistas desde CAPS asistidos sin turno (con sobre-turno: demanda parcialmente satisfecha) en el consultorio externo de cardiología del Hospital de Bariloche =

$$\frac{\text{Nº de pacientes derivados por médicos generalistas desde CAPS atendidos sin turno en CCEE de Cardiología en un año} \times 100}{\text{Nº* total de pacientes derivados por médicos generalistas desde CAPS atendidos en CCEE de Cardiología en un año}}$$

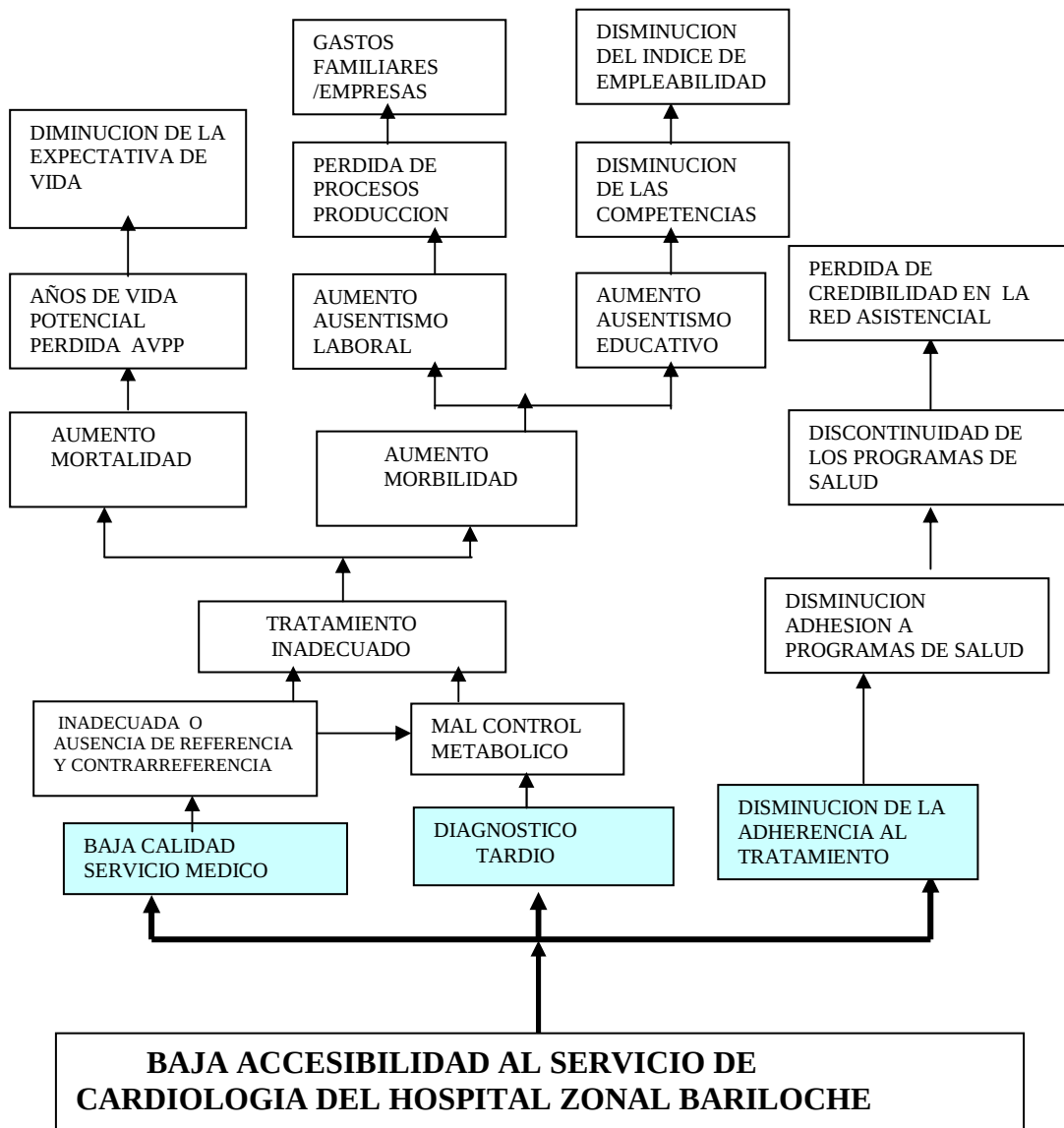
Análisis de las causas del problema

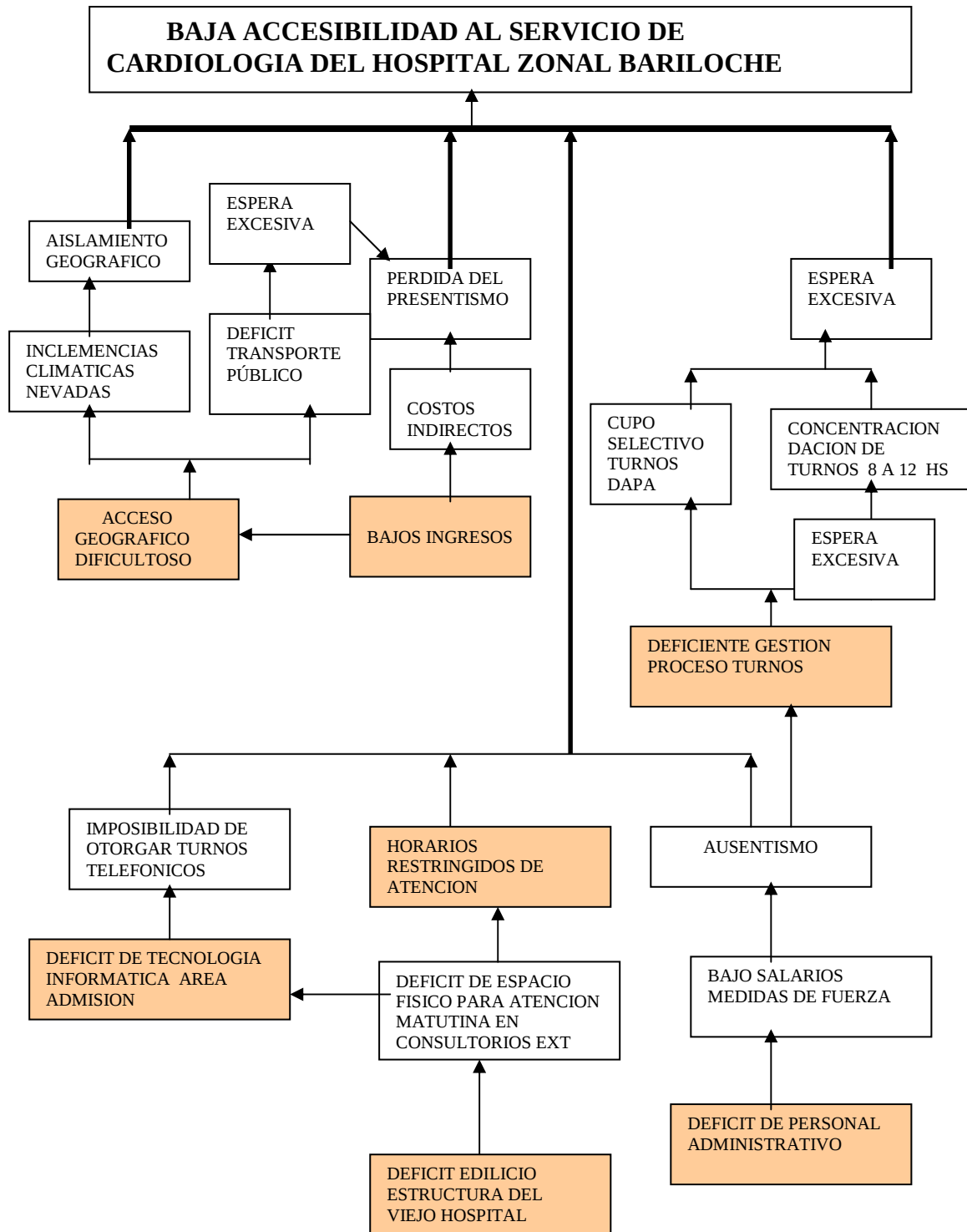
Del árbol de problemas que más abajo se desarrolla, solamente se priorizarán dos causas, que son posibles de solución a través del siguiente proyecto. Las demás causas, pueden ser abordadas en otras fases o en otros proyectos.

Causas del problema abordadas por el presente proyecto:

- 1) Inadecuado proceso de solicitud y entrega de turnos en el CCEE de cardiología
- 2) Deficiente estructura informática que imposibilita la dación de turnos telefónicos

ARBOL DE PROBLEMAS –CAUSAS –EFECTOS





Análisis de los Involucrados

Están dadas las condiciones en el terreno político para llevar a cabo este proyecto de intervención por la unidad ejecutora Cardiológica ya que el Director del Hospital es el Presidente del Consejo Local de Salud y su especialidad es Médico Generalista, existe la Oportunidad de la Intersectorialidad y Respaldo Ministerial Provincial y Nacional para la APS además del Internacional a partir de la Declaración del Alma Ata.

El departamento de actividades programadas para el área (DAPA) es el grupo más importante y decisivo en este proyecto ya que son junto con la población objetivo los principales beneficiarios del mismo.

La sociedad representada por las juntas vecinales no tiene incidencia en las decisiones de los organismos de salud porque los centros periféricos dependen del ministerio de salud y no del municipio.

Probablemente habría algún tipo de resistencia entre los mismos colegas especialistas que no aceptan la atención primaria como otra especialidad con la que hay que interrelacionarse para favorecer el abordaje integral del paciente con enfermedad cardiovascular.

Grupo	Intereses	Problemas Percibidos	Recursos y Mandatos
Institución Hospital Zonal Ramón Carrillo	Brindar servicios de salud de excelencia como dice su Misión	Escaso acceso a los servicios que brinda la institución Recursos Económicos escasos	Recursos Económicos Gran prestigio Social Hospital Escuela
Departamento de Actividades Programadas para el Área DAPA	Brindar atención de excelencia en APS	Escasos recursos económicos y de personal medico.	Recursos físicos y económicos disponibles. Apoyo de los equipos de los centros de salud a nuevas iniciativas
Director Hospital	Brindar salud de Calidad para todos. Prestigio personal puesto en juego en su gestión	No puede brindar igualdad de oportunidades para toda la población	Poder, por ser Presidente del Consejo Local de Salud. Interacciona con las autoridades municipales
Personal administrativo Area Gestión de Turnos	Sus intereses en general son de orden económico y de tiempo disponible	Remuneración no acorde a la canasta básica Pacientes demandantes Escaso reconocimiento por sus superiores	Posibilidad de capacitación a través del IPAP En atención al cliente tienen contacto directo con los pacientes
DAM Jefes de Servicio	Interés en mantener el modelo medico de privilegio del especialista versus generalista	Resistencia a cambiar el modelo por uno de integración mas real	Apoyo al trabajo en equipo desde el discurso. No cambiar el Status Quo
Población Beneficiaria	Satisfacer sus necesidades de atención en salud	Perdida de tiempo y dinero para acceder a turnos en el hospital	Empoderamiento De la sociedad. Demanda mas servicios Grupo de presión política
Prestadores Privados	Probable interés que el proyecto no se ponga en marcha	Menor cantidad de pacientes desviados al sector. Disminución de las prácticas, disminución de los honorarios.	Disponen de muchos recursos económicos Son miembros de Sociedades Académicas

4. Objetivos

Objetivo General

Mejorar la accesibilidad a la consulta cardiovascular especializada en el Servicio de Cardiología del Hospital Zonal Bariloche. Se pretende mejorar la accesibilidad de los pacientes derivados al consultorio externo (CCEE) del servicio de cardiología aumentando el número de consultas en forma programada en un 50 % en el término de un año, monitoreando la adecuación de la oferta de horas en CCEE con relación a la demanda, para eliminar el mecanismo informal del sobre-turno.

Indicadores

Porcentaje de variación anual de pacientes atendidos en CCEE de Cardiología

$$\frac{\text{Nº de Pacientes atendidos en CCEE del Servicio de Cardiología en un año (n)} * 100}{\text{Nº de pacientes atendidos en CCEE del Servicio de Cardiología en el año n - 1}}$$

Porcentaje de pacientes asistidos sin turno

$$\frac{\text{Nº de pacientes atendidos sin turno en CCEE de Cardiología en un año} * 100}{\text{Nº total de pacientes atendidos en CCEE de Cardiología en un año}}$$

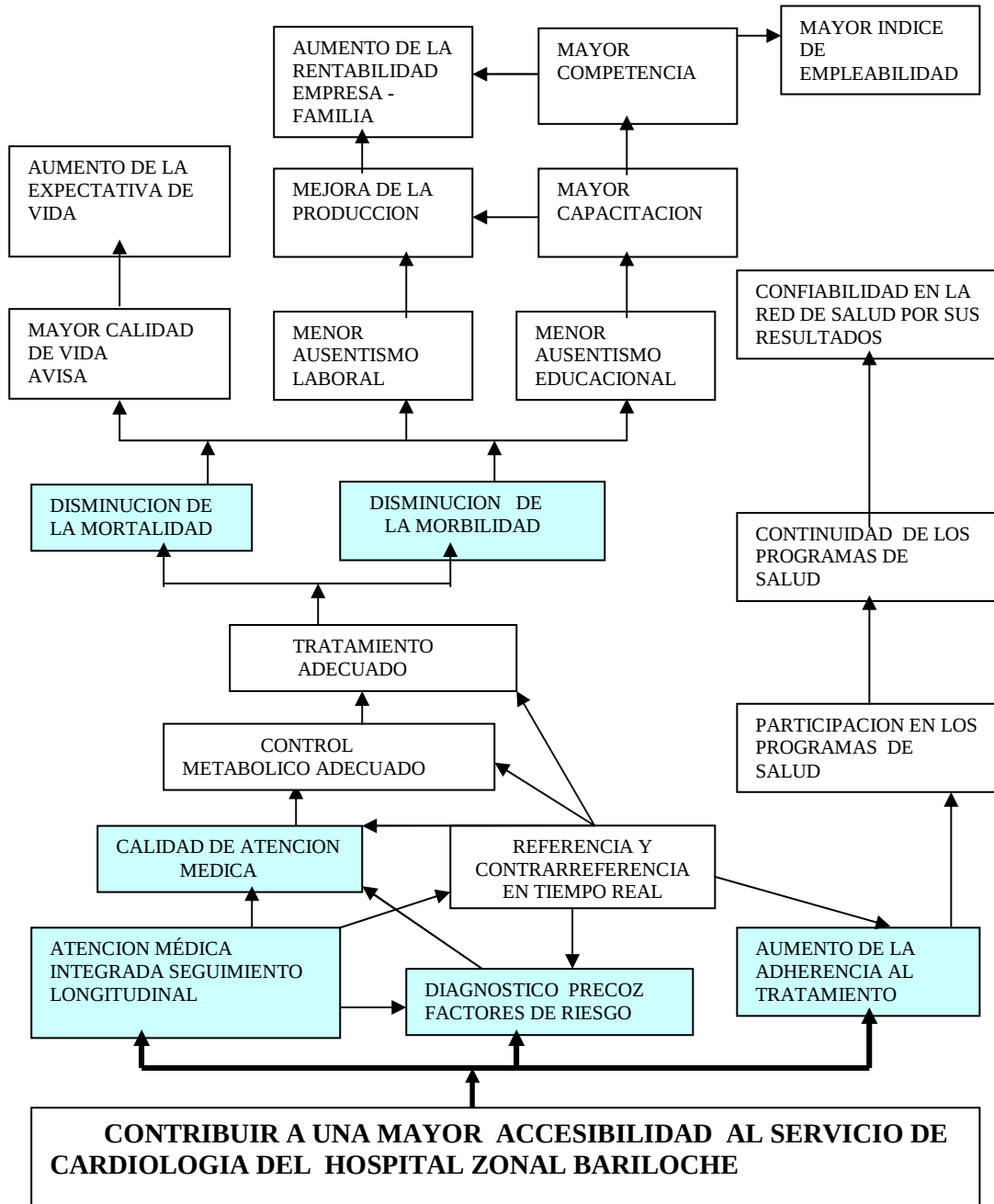
Objetivos específicos

- 1) Mejorar el proceso de solicitud y entrega de turnos en el CCEE de cardiología
- 2) Incorporar tecnología de la información y la comunicación que posibilite la dación de turnos telefónicos

Se trata esencialmente de:

- Implementar dación de turnos telefónica.
- Incrementar en un 50% la oferta de horas disponibles para utilización de consultorios externos de cardiología en el hospital habilitando horarios vespertinos.
- Integrar los turnos de los pacientes de APS y de consultorio externo del Hospital, evitando la superposición de consultas.

ARBOL DE OBJETIVOS (MEDIOS Y FINES)



5. Análisis de situación y diagnóstico estratégico: FODA

Análisis del microentorno

De acuerdo a lo sancionado por la Ley 2.570 («Reformulación Administrativa del Subsector Público de la Salud») de la legislatura de la Provincia de Río Negro del 29 de diciembre de 1992, la organización del subsector público del Sistema de Salud dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales se haya conformado por un Nivel Central: el Consejo Provincial de Salud Pública; un nivel zonal: 6 zonas sanitarias; y un nivel local: 28 hospitales de áreas programa del que dependen 178 Centros de Salud.

El hospital está clasificado como de nivel VI, según la clasificación Argentina de hospitales por complejidad, esto es: hospitalización y ambulatorios cubiertos por seis clínicas básicas más una amplia gama de especialidades concurrentes clínicas y quirúrgicas, apoyadas por servicios auxiliares de mediana complejidad (radiología, bioquímica clínica, bacteriología, hemoterapia, y anatomía patológica) con una organización mixta matricial y por cuidados progresivos.

Su situación de Hospital Cabecera hace que además cumpla con la trascendente cobertura del Primer Nivel de Atención, el cual es desarrollado por 11 Centros de Salud distribuidas estratégicamente en los barrios con un área de cobertura de aprox. 40 Km. El Primer Nivel de Atención resuelve un gran porcentaje de sus consultas acorde con un sistema que jerarquiza al prestador médico de primer contacto representado por el médico generalista, que a su vez y de acuerdo con su perfil orientado hacia la Atención Primaria de la Salud actúa en forma integral en acciones de prevención y promoción que como está demostrado reducen eficaz y eficientemente las tasas de morbi-mortalidad por afecciones prevalentes o relacionadas con factores de riesgo frecuentes en la comunidad de la localidad. El otro aspecto que incide fuertemente en su situación de hospital cabecera es su condición de referente zonal: los hospitales públicos de la provincia de Río Negro se distribuyen en seis Zonas Sanitarias, que conforman una red entre hospitales rurales (complejidad III), y hospitales urbanos (complejidad IV y VI). El Hospital Zonal Bariloche, forma su red con los hospitales de Pilcaniyeu, Comallo, Ñorquincó y El Bolsón. Frecuentemente recibe pacientes de Ingeniero Jacobacci y Villa La Angostura (Prov. del Neuquén).

Los habitantes conforman una población de núcleos urbanos, y suburbanos, como así también algunos con características de rurales. Se considera que en condiciones de estabilidad económica asiste al 60 % de la población de la localidad.

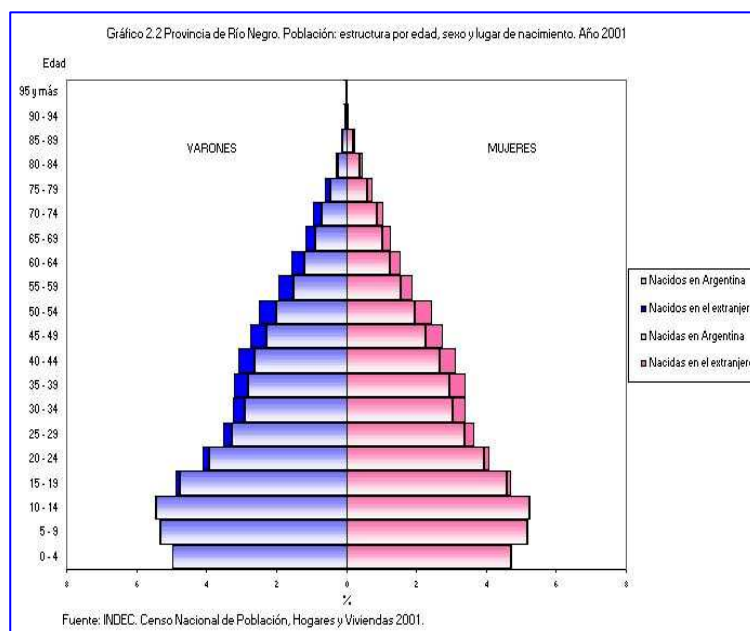
Las reuniones del Consejo Local de Salud presididas por el director del hospital son abiertas a toda la comunidad hospitalaria y al resto de la comunidad no médica. Desde la conformación de su estructura de autoridades mantiene vínculos directos con el Municipio de San Carlos de Bariloche, y a través de este se integra a la Región Patagónica y a la de los Lagos Andino-Patagónicos como dicta el Art. 10 de Carta Orgánica Municipal. Se relaciona con el Consejo Deliberante y con las Juntas Vecinales que tienen una gran significación, ya que en la Provincia recibieron un importante incentivo a partir del reconocimiento por la Constitución Provincial de 1958 que posteriormente ratifica la Constitución Reformada de 1988. Además junto a ellas proliferan los clubes de madres, los comedores comunitarios y clubes barriales como expresión de la importancia creciente de la acción colectiva de base territorial en la resolución de las necesidades de los sectores mas necesitados de la población. Dentro de la órbita Municipal fueron creados los CAAT (Centros de Actividades y Atención Territorial) que son en total diez. El Hospital Zonal mantiene una relación política muy cercana con estos organismos a través de sus Centros de Salud.

Situación Provincial y crisis en salud

El resultado del trabajo en comisiones del Consejo Federal de Población (COFEPO) de mayo del 2008 arroja algunas conclusiones como estas:

- La provincia de Río Negro presenta un deterioro generalizado de la calidad de la educación, una mala relación entre el gremio y el gobierno provincial. Aumento de la violencia entre alumnos y hacia los docentes y alta tasa de analfabetismo en áreas rurales por encima de la media nacional.
- Río Negro manifiesta que hay zonas de difícil acceso en la línea sur de la provincia ya que la mayor parte de estas localidades están sobre caminos consolidados siendo zonas donde hay fuerte nevadas en la época invernal. Se evidencia que la población rural disminuye y se está asentando en el cordón marginal de las grandes ciudades.
- *La ciudad más conflictiva es Bariloche* que por su crecimiento muestra problemas en el abastecimiento de servicios básicos.

Estructura poblacional



Se observa el comienzo de la disminución de la base de la pirámide que corresponde a la población de niños y jóvenes que integraran las nuevas generaciones y la modificación en la magnitud del aporte de inmigrantes, son los factores de mayor incidencia en el cambio sucedido entre censos. Este fenómeno se ha repetido en las otras provincias patagónicas.

El cambio en la composición demográfica provincial impone nuevas consideraciones en la política pública dado que por muchos años el principal grupo a atender fue el de los niños por ser el más numeroso, en tanto que ahora es necesario incorporar una mayor atención a las demandas de los grupos de jóvenes y ancianos y a la complejización afín a la segunda transición demográfica que se caracteriza por cambios sustanciales en el núcleo familiar como es su formación, disolución y reconstitución de uno nuevo.

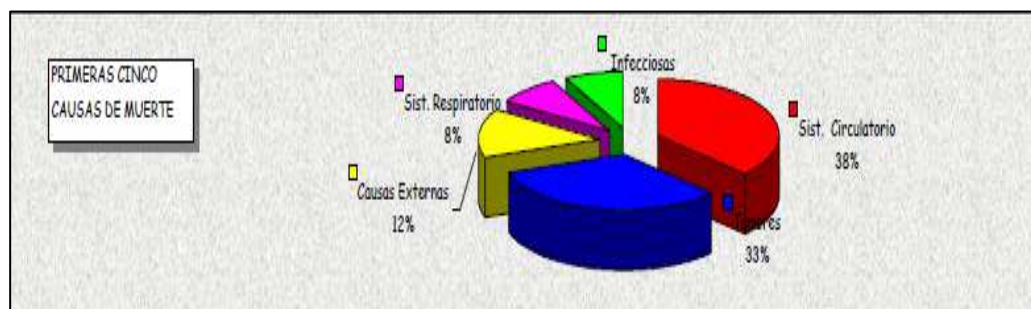
La migración internacional (Nueva Ley de Inmigraciones 25871) de países limítrofes como Perú y Bolivia han de ser tenida muy en cuenta por el cambio de hábitos de sociedades y culturas diferentes empezando por el idioma. Hay inmigrantes actualmente en el sur argentino que solo hablan la lengua aymará.

La región destacó el descenso paulatino de la tasa de natalidad y su contribución al descenso de la tasa de crecimiento de la población. Este punto fue relacionado a la baja

densidad de habitantes en el amplio territorio patagónico (2,2 habitantes por Km²) y la baja participación relativa de la población de la Patagonia en el total del país (5,6%). Asimismo, y asociado al comportamiento de la tasa de natalidad se infiere el incipiente proceso de envejecimiento de la población como uno de los problemas que deberán afrontar las generaciones futuras.

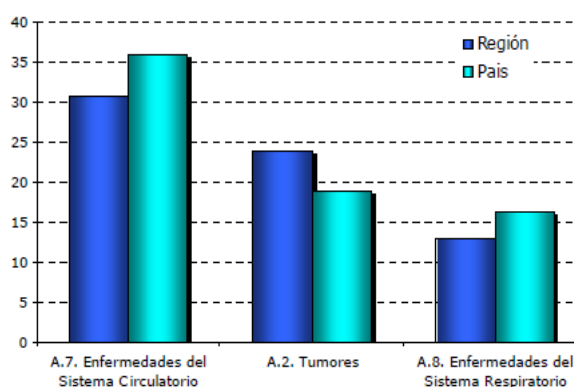
En lo que respecta a la tasa de desocupación, todavía es elevada en la provincia el resto de las provincias señalan que a partir del 2001 la desocupación ha disminuido significativamente. Tanto Río Negro como Neuquén manifiestan situaciones de precariedad en el empleo y subempleo.

AGRUPAMIENTOS DE CAUSAS DE MUERTE	TOTAL N°	GENERAL %
Total General	3572	100%
Total Causas Definidas y Agrupadas	3146	88,1%
Subtotal Primeras 5 causas	2470	69,1%
Enfermedades Cardiovasculares	920	37,2%
Tumores	805	32,6%



Estadísticas Vitales 2007 Fuente Elaboración Dirección General de Estadística y Censo; Ministerio de Salud de Río Negro. Estadística de Río Negro Tasas de Mortalidad Específicas por Enfermedad Cardiovascular, tumores y causas externas por 100000 habitantes.

Gráfico 4.4: Primeras tres causas de defunción en mayores de 64 años. En la región Sur y el país. Argentina, año 2006



Fuente: Elaboración UNAMOS a partir del Anuario Estadístico. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Fuente Elaboración UNAMOS en base a datos de la DEIS, Ministerio de Salud de la Nación 2006

En el país, las defunciones por enfermedades cardiovasculares sumaron el 35,8% de las muertes. En nuestra provincia representaron el 37,1 %.Dentro de este grupo la patología mas frecuente es la insuficiencia cardiaca y la cardiopatía isquémica, en tercer lugar la enfermedad cerebrovascular.

Los principales factores de riesgo modificables son responsables de aproximadamente un 80% de los casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebrovascular.

También hay una serie de determinantes subyacentes de las enfermedades crónicas, es decir, "las causas de las causas", que son reflejo de las fuerzas que rigen los cambios sociales, económicos y culturales: la globalización, la urbanización y el envejecimiento de la población, la pobreza y el estrés. En la actualidad se observa en grupos más jóvenes como adolescentes y niños el problema de la hipertensión arterial asociada a stress, sedentarismo y consumo de sustancias tóxicas a edad cada vez mas temprana.

Las ECV afectan a muchas personas de mediana edad, y a menudo reducen gravemente los ingresos y los ahorros de los pacientes y de sus familias. Los ingresos que dejan de percibirse y los gastos en atención médica socavan el desarrollo socioeconómico de las comunidades y de los países.

Análisis interno de la organización que desarrollará el proyecto

Diagnóstico estratégico. FODA (SWOT)

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Algunas conducciones y personal del hospital con deseos de cambiar el modelo asistencial para orientarlo al cumplimiento de la misión. Podrían ser parte de los cruzados que se requiere para el cambio.	Decisión política de llevar a cabo gestiones innovadoras Equipo de APS y Cardiología con experiencia y muy buena relación de trabajo en equipo Sólido prestigio institucional y de su APS Amplia distribución territorial de APS
DEBILIDADES	AMENAZAS
Estructura rígida en las jefaturas de servicio Falta de incentivos Escasos profesionales para el área de influencia que desarrollan múltiples funciones. Escasos recursos económicos	Inestabilidad de la conducción política Inestabilidad económica Presiones políticas de diversa índole en situaciones de crisis.

6. Análisis de las alternativas

En función del análisis estratégico realizado se proponen las siguientes alternativas:

Criterios	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
Infraestructura	Consultorios extramuros Especialista en Centros de Salud	Reingeniería procesos turnos	Consultorios vespertinos intrahospitalarios
Concentración sobre los beneficiarios	Alta	Alta	Media
Viabilidad	Media -Alta	Media	Media -Baja
Impacto Ambiental	No tiene	No tiene	No tiene
Tiempo	Corto	Medio	Medio-Largo
Solución Problema	80%	80%	50 %

7. Definición de actividades y cronograma

- 1) Mejorar el proceso de solicitud y entrega de turnos en el CCEE de cardiología
- 2) Incorporar tecnología de la información y la comunicación que posibilite la dación de turnos telefónicos

Como se ha expresado, se trata esencialmente de:

- Implementar dación de turnos telefónica.
- Incrementar en un 50% la oferta de horas disponibles para utilización de consultorios externos de cardiología en el hospital habilitando horarios vespertinos.
- Integrar los turnos de los pacientes de APS y de consultorio externo del Hospital, evitando la superposición de consultas.

Objetivo N° 1: Mejorar el proceso de solicitud y entrega de turnos en el CCEE de cardiología

Nº	Actividades	Responsable	Meta
1	Desarrollo de un taller para el análisis y reingeniería del proceso de solicitud y entrega de turnos en el CCEE de cardiología	Jefe del Servicio de Cardiología y responsable de la gestión de pacientes	Nuevo proceso definido 6 meses
2	Capacitación del personal en el desarrollo de las nuevas actividades.	Jefe del Servicio de Cardiología y responsable de la gestión de pacientes	Personal capacitado 3 meses
3	Implementación del nuevo proceso de solicitud y entrega de turnos en el CCEE de cardiología	Jefe del Servicio de Cardiología y responsable de la gestión de pacientes	Nuevo proceso implementado 3 meses
4	Monitoreo, evaluación y posibles correcciones del nuevo proceso de solicitud y entrega de turnos en el CCEE de cardiología	Jefe del Servicio de Cardiología y responsable de la gestión de pacientes	Nuevo proceso evaluado y ajustado 3 y 6 meses

Objetivo N° 2: Incorporar tecnología de la información y la comunicación que posibilite la dación de turnos telefónicos

Nº	Actividades	Responsable	Meta
1	Definición de los términos de referencia de la tecnología a incorporar	Jefe de la UF y jefe de compras	TdeR elaborados 1 mes
2	Desarrollo del proceso de compra	Jefe de compras	Licitación en la calle 1 mes
3	Adjudicación, compra y recepción del equipamiento	Jefe de compra	Equipamiento recibido 1 mes
4.	Instalación del equipamiento	Responsable de bioingeniería	Equipamiento instalado 15 días
5	Desarrollo del curso de capacitación	Jefe de la UF	3 meses
6	Evaluación final	Jefe de la UF	7 días

7. Bibliografía

- 1- Centro de estudios Regionales Bariloche 2009 El CER trabajó con datos del ANSES y con encuestas propias realizadas en 1.102 hogares.
- 2- Pérez Baliño, Nestor, Masoli Osvaldo. *Epidemia Cardiovascular Eudeba* 2005
- 3- Goldman Lee, Braunwald Eugene, *Cardiología en Atención Primaria*. Editorial Harcourt Madrid España 2000.
- 4- Bustillo Exequiel, *El despertar de Bariloche*. Editorial Sudamericana 3ª Edición 1999.
- 5- Sun Tzu (500 AC), *El arte de la guerra*. Versión de Thomas Cleary. 1993. Editorial EDAF.
- 6- Sitio Documentación Asamblea Mundial de la Salud.
- 7- [ADN - Agencia Digital de Noticias de Río Negro - Cuatro de cada diez inmigrantes recientes en Bariloche son pobres](#)
- 8- Carta de Ottawa <http://www.cepis.org.pe/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>
- 9- Organización de un Servicio de Cardiología en el 2000 Documento Mesa Taller I Hospitalía 2000. Octubre del 2000.
- 10- Funciones Esenciales de Salud Pública, OPS, OMS. 42.º Consejo Directivo. 52.ª Sesión del Comité Regional. Washington, D.C. 2000.
- 11- Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de la Salud, OPS, OMS. 144.ª Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, DC. 2009
- 12- Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la ciudad de Panamá. Junio 2007, párrafo 49 Fortalecimiento de la Referencia y Contrarreferencia.
[Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 - Organización Panamericana de la Salud - Colombia](#)
- 13- Consenso de Iquique IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. Chile Julio 2007, párrafo 6 ,13 de la Declaración.
<http://www.paho.org/Spanish/D/Consensolquique.pdf>

8. Anexos

Ejido Municipal NBI Datos Censo 2001 Agrupados por barrios.

POBLACION	BARRIOS NBI		
283	64,30%	69	10 DE DICIEMBRE
276	90,50%	122	SIN BARRIO
665	65%	29	NUESTRAS MALVINAS
262	66,30%	30	NAHUEL HUE
892	77,70%	33	2 DE ABRIL
328	79,40%	34	UNION
378	42,90%	68	SANTO CRISTO
602	40,60%	16	PERITO MORENO
713	47,20%	18	LAS MUTISIAS
248	44,20%	45	EL PROGRESO
132	50,20%	50	ARGENTINO
60	46,20%	8	SAN FRANCISCO IV
806	48,60%	26	ARRAYANES
341	48,60%	27	EVA PERON
93	43,30%	31	COOPERATIVA EL MAITEN
104	44,60%	32	COOPERATIVA 258
162	22,80%	105	VILLA LLAO LLAO Y OTROS
43	31,60%	101	PLAYA SERENA
8	32,00%	126	SIN BARRIO
221	34,2%	43	COOPERATIVA OMEGA
PROMEDIO 51,89% CON NBI según definición del INDEC			
HABITANTES			
6936			

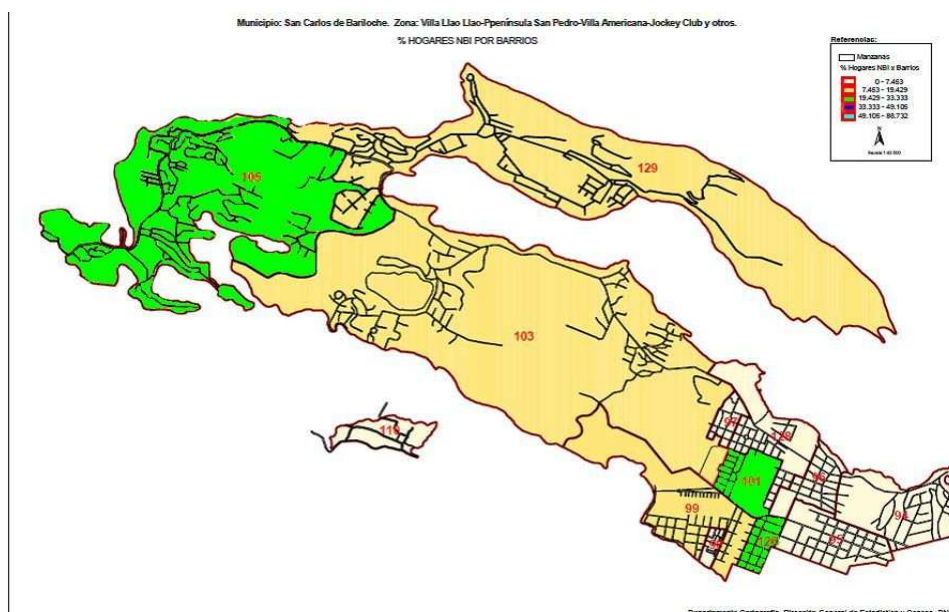
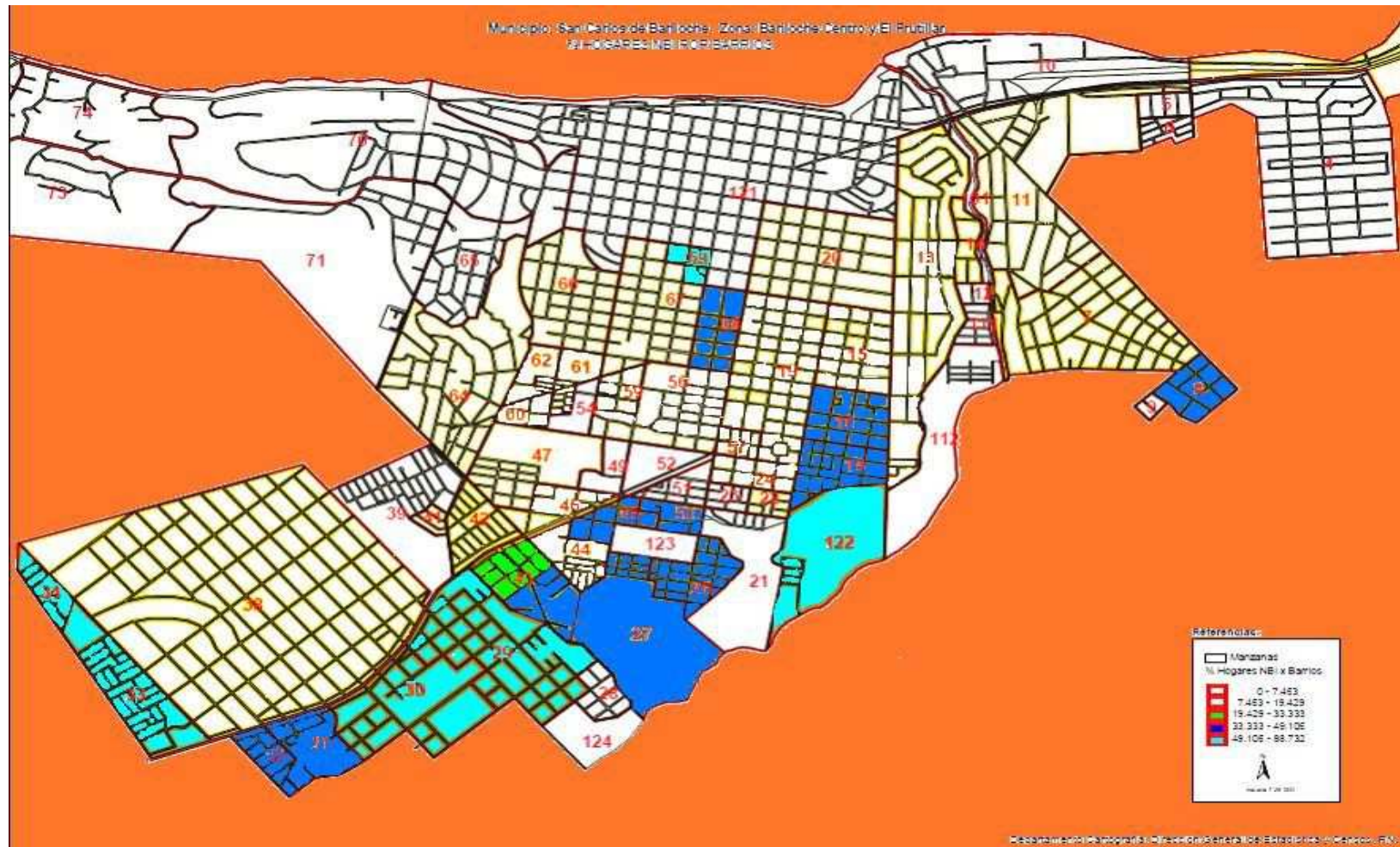


GRAFICO 3. Egido Municipal NBI Censo 2001 agrupados por Barrios



Matriz Causa Efecto

