

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES  
CARRERA LICENCIATURA EN CIENCIA POLÍTICA Y  
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

**TESIS:**

**“INFLUENCIAS DEL SISTEMA DE SALUD SOBRE LA  
CONFIGURACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO”**

**Tesista:**

**ANDINO, Mariana Vanesa**

**Directora de tesis:**

**Lic. GARCÍA, Claudia**

**Mendoza, mayo de 2014**



## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>		<b>3</b>
<b>CAPÍTULO I: ELABORACIÓN TEÓRICA DEL OBJETO DE ESTUDIO</b>	1.1 Concepto de Salud e instituciones sanitarias.....	7
	1.2 La salud como derecho fundamental del hombre.....	10
	1.3 Sistema de Salud.....	14
	1.4 Un modelo de servicios de salud: hospitales universitarios.....	17
<b>CAPÍTULO II: EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO</b>	2.1 Problemáticas del sector salud.....	21
	2.2 Evolución histórica.....	23
	2.3 Composición.....	26
	2.3.1 Subsector Público.....	27
	2.3.2 Subsector de la Seguridad Social.....	29
	2.3.3 Subsector Privado.....	34
	2.4 Algunas problemáticas del Sistema de Salud Argentino.....	35
	2.5 Principales intentos de reforma.....	36
<b>CAPÍTULO III: EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO</b>	3.1 Hospitales Universitarios Actuales.....	43
	3.2 Normativas de Aplicación.....	45
	3.3 El Hospital Universitario de la UNCuyo: un nuevo modelo de servicio para la región.....	47
	3.4 Breve análisis de la Primera Etapa de Implementación.....	50
	3.5 Una etapa aún inconclusa: Internación/quirófanos.....	55
	3.6 Situación Actual.....	56
	3.7 Pilares de Trabajo.....	63
	3.8 Síntesis de las etapas del HU.....	67
<b>CAPÍTULO IV: INFLUENCIAS DE LAS PROBLEMÁTICAS DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO Y DE LA PROV. DE MENDOZA SOBRE LA PUESTA EN MARCHA DEL HU</b>	4.1 El Hospital Universitario en el contexto provincial.....	70
	4.2 Análisis de las problemáticas del HU para la consecución del proyecto final del HU.....	73
	4.3 Problemas del funcionamiento del sistema de salud y propios del la UNCuyo que influyen sobre el HU.....	75
	4.4 Proyecto de Integración de Salud Universitaria.....	82
<b>CONCLUSIONES.....</b>		<b>89</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>		<b>92</b>



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

## INTRODUCCIÓN

Históricamente se considera a los hospitales como instituciones que proveen atención a pacientes, por medio de personal especializado (médicos, enfermeras, etc.) con el fin de recuperar la salud. Instituciones como la Organización Panamericana de la Salud han definido el hospital como “...todo establecimiento...dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria y por medio de la internación, sea de dependencia estatal, privada o de la Seguridad Social; de alta o baja complejidad; con fines de lucro o sin él, declarados en sus objetivos institucionales; abierto a toda la comunidad de su área de influencia o circunscripta su admisión a un sector de ella”<sup>1</sup>

Los hospitales que operan como instituciones académicas y educativas, incluidos los de tipo universitario, son organizaciones que cuentan con servicios especializados, diversificados y complejos, que sirven a grandes poblaciones y usuarios de todo tipo. Son instituciones muy sensibles a los cambios en la demanda, los métodos de financiamiento, la competencia de mercado y, con frecuencia, son colocados en situación de desventaja por sus altos costos, debido a su papel educativo y de investigación.

Se puede definir un modelo como la representación de un sistema o de unas hipótesis que se apoyan en un dominio de observaciones o experiencias. Los modelos institucionales de educación y salud son modelos sociales y humanos, cuya validez, utilidad y aplicabilidad depende en gran parte del proceso seguido para construirlo, de la calidad del mismo, de la interpretación de las características y dinámicas de la sociedad y del sistema de salud

Dado esto es que se hace necesario que los hospitales universitarios mantengan buenas relaciones funcionales con el sistema de salud en el cual se hallan insertos.

---

<sup>1</sup> OPS-OMS. La garantía de calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. HSD/SILOS 13; 1992.



El sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud<sup>2</sup>.

El sistema de salud de la Argentina tiene características mixtas lo cual implica altos gastos y mala asignación de recursos.

El modelo mixto de salud se caracteriza por ser compuesto por tres subsectores:

- “Modelo de salud obligatorio con provisión de servicios por contrato: los recursos son recogidos y administrados por las instituciones de seguridad social (obra sociales); la provisión de servicios se organiza por contrato. Seguro de salud con contribuciones obligatorias que supone pagos directos, bajo contrato, de los aseguradores o terceros pagadores a los proveedores, por los servicios prestados a las personas aseguradas. En este modelo los proveedores son con frecuencia independientes y los pagos contractuales que reciben tienen por lo general la forma de capitación u honorario por servicio.

- Modelo público integrado: corresponde a los servicios financiados y provistos por instituciones dependientes de diferentes organismos del Estado. La financiación se hace a través del sistema impositivo, y los pagos a los proveedores por presupuestos globales y salarios. El gobierno es el principal asegurador y el más importante proveedor. Los servicios son provistos a los pacientes directamente, con frecuencia libres de cargo.

- Modelo de seguro voluntario con provisión de servicios por contrato. Corresponde a empresas de medicina prepaga, dedicadas a la organización de seguro de salud de afiliación voluntaria, con pagos directos bajo contrato de los aseguradores o terceros pagadores a los proveedores, por servicios suministrados a las persona aseguradas. En este modelo los proveedores son con frecuencia independientes y los pagos contractuales toma n la forma de honorario por servicio”<sup>3</sup>

Este trabajo analiza la información pertinente para que se comprenda la importancia estratégica del “bien salud”, como partícipe fundamental del desarrollo humano y social, así como también las características propias del sistema de salud argentino, sus deficiencias y los principales intentos de reformas parciales del mismo.

---

<sup>2</sup> TOBAR, Federico. Herramientas para el análisis del sector salud. Págs. 2 y 3.

<sup>3</sup> BELMARTINO, Susana. Nuevas Reglas de Juego para la Atención Médica en la Argentina (Bs. As. Lugar editorial, 1999) Págs. 288-289.



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Se realiza también un breve análisis de los principales proyectos de reformas del sistema haciendo especial hincapié en la presencia de los diferentes actores que han contribuido o participado en dichos procesos, imposibilitando, en algunos casos y trabando, en otros, los distintos intentos de mejorar o corregir el funcionamiento del sector salud.

En este trabajo analizaré también y en forma puntual, las problemáticas o implicancias que tiene el funcionamiento del Sistema de Salud argentino y de la Provincia de Mendoza y sus fallas características, en la creciente dificultad que enfrenta el Hospital Universitario de la Universidad Nacional de Cuyo para lograr el pleno funcionamiento de sus servicios, no solo de atención ambulatoria, sino también de su etapa de internación.

La metodología de trabajo es de tipo analítica-descriptiva sobre las principales características del sistema de salud, los fracasos en sus propósitos de reforma estructural, el papel que nuestras instituciones y prácticas políticas han desempeñado, y como todo esto ha impactado y condicionado la configuración del Hospital Universitario, sobre todo a nivel político y económico.

En el **CAPÍTULO I** realizo un análisis teórico del concepto de salud y de las instituciones sanitarias, aceptando su condición como derecho fundamental del hombre, para luego introducir el concepto de sistema de salud. Para finalizar describo las características de los hospitales universitarios como modelos de servicios.

En el **CAPÍTULO II** desarrollo las características fundamentales del Sistema de Salud Argentino, describiendo las problemáticas del sector, su evolución histórica, sus principales problemas estructurales y realizo un breve análisis de los principales intentos de reforma. Asimismo realizo una muy breve descripción de las características del sistema de Salud de la Provincia de Mendoza.

En el **CAPÍTULO III** paso al desarrollo y descripción del Hospital Universitario de la Universidad Nacional de Cuyo; describiendo sus etapas de implementación, su situación actual y todo lo concerniente a su funcionamiento como primer hospital universitario en la Provincia de Mendoza.

En el **CAPÍTULO IV** analizo la problemática fundamental del trabajo de tesis, relacionando al sistema de salud argentino en general y el sistema de salud de la Provincia de Mendoza en particular, describiendo algunas de sus principales



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

problemáticas, analizando principalmente la influencia de los distintos actores intervinientes y cómo esto afecta de manera directa al Hospital Universitario y a la concreción final de su segunda etapa de implementación: internación/ quirófanos.

Finalmente se establecen las conclusiones del trabajo, destacando las principales líneas de acción que pretende desarrollar el Hospital para poder integrarse al sistema de salud argentino.



## CAPÍTULO I: ELABORACIÓN TEÓRICA DEL OBJETO DE ESTUDIO

### 1.1 Concepto de Salud e instituciones sanitarias

A lo largo de la historia, el concepto de Salud ha evolucionado en forma paralela al desarrollo de las sociedades humanas, experimentando distintas variaciones a partir de su exposición a diferentes culturas, sistemas sociales y niveles de conocimiento. En el año 1946 la Organización Mundial de la Salud<sup>4</sup> (OMS) define en su carta magna a la **salud** como un completo estado de bienestar físico, psíquico y social. Este concepto reconoce la importancia de la interrelación de las diferentes esferas del ser humano en su sensación de bienestar.

Un adecuado estado de salud es fundamental para el bienestar humano, pero también lo es para el desarrollo económico y social sostenido de cualquier país.

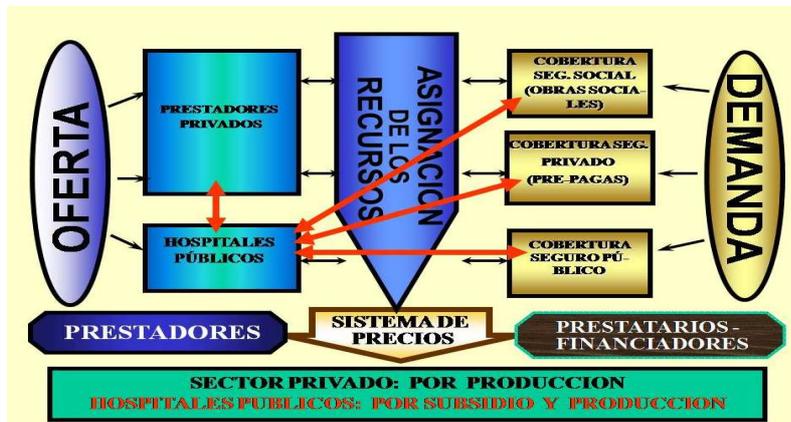
Desde principios del siglo XX se considera que la salud es un bien público que incumbe a la sociedad en su conjunto. Pero la salud, también presenta algunas características de bien privado, que constituyen la mayor parte del gasto.

Asimismo también podemos distinguir algunas acciones que se llevan adelante en salud que son un mix, ya que con características de “bien privado”, presentan externalidades y otras características, que hacen al interés general.

Es en este marco donde vemos que la salud es un mercado donde intervienen diferentes actores como puede verificarse en el siguiente cuadro:

---

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS): es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.



\*Figura extraída de presentación de tema "Hospitales Públicos". Cdor. Juan Carlos Sónego - Curso de Gestión de Salud (Año 2013).

Sin embargo, el mercado de la salud no responde a los supuestos de los mercados competitivos, pues se caracteriza por elementos de información y competencia imperfectas. El mercado de la salud no cumple con los supuestos de homogeneidad del producto, presencia de múltiples oferentes e información perfecta del consumidor, quien en los mercados competitivos, además, es el pagador de la totalidad del precio (Stiglitz, 1992).

En el campo de la salud el consumidor actúa bajo condiciones de información incompleta, lo que dificulta una correcta asignación de sus recursos cuando enfrenta la toma de decisiones.

En salud, todos somos demandantes o financiadores.

Los economistas se han detenido en las denominadas imperfecciones del mercado, como por ejemplo: las asimetrías de información, la función de agencia, la existencia de un "tercer pagador", la incertidumbre y las externalidades, que en este mercado se hacen particularmente manifiestas y en las que tampoco todos concuerdan totalmente en sus soluciones.

Sin embargo debemos considerar a la salud como un bien "meritorio" o "tutelar", es decir que podemos asumir que aún a riesgo de la existencia de discrecionalidades e ineficiencias asignativas y cualquiera fuera la definición que de la misma supongamos, la competencia del Estado (aun no siendo excluyente) debería ser en salud, aún con sus limitaciones, la de maximizar el bienestar social. (Lazzari, G. "Análisis económico", MEyCP, ESEADE, 2010).



La salud “merece” y debe ser “cuidada” ya que dada la función multidimensional del concepto “salud”, permite su interrelación con otros bienes (trabajo, vivienda, educación, hábitos de vida, ingresos, etc.), que maximizan el bienestar del conjunto social.

Junto con la evolución de la noción de salud, la concepción del hospital como institución social también sufrió modificaciones. Antes de la época renacentista prevalecía la idea de una institución dedicada a la caridad en lugar de la prevención y la curación de enfermedades.

A partir del siglo XV comienza una importante transformación del escenario hospitalario ya que, paulatinamente, el mismo fue secularizado y colocado en un sitio de mayor importancia para el saber médico. Sin embargo, la mínima experiencia y eficacia de la medicina en tal período fue motivo para que el hospital continuara siendo el lugar donde entraban “los pobres para morir”.

Dicha concepción hizo que muchas instituciones privilegien el acto asistencial, lo cual se corresponde con el modelo paternalista de la medicina. En ellos, el buen doctor donaba parte de su tiempo en atender a los más pobres y necesitados, mientras, de forma tutorial, enseñaba a sus discípulos el arte de curar. Con ello cumplía con todos los preceptos del Juramento Hipocrático, pues no sólo enseñaba la medicina a quien se lo solicitaba, sino que prestaba atención médica a toda persona que lo necesitara.

Sólo hasta finales del siglo XIX y comienzos del XX, con el impulso de los desarrollos de anatomía patológica, fisiología, bacteriología, antisepsia, asepsia, tecnificación de la cirugía y la anestesia, y el aumento de la eficacia terapéutica de la medicina, el hospital cobró importancia como escenario real de curación, lo cual transformó por completo su imagen. Entonces no fue más el lugar donde los pobres iban a morir, sino que empezó a concebirse como el sitio donde los enfermos iban a curarse.

De esta manera, el hospital brinda un escenario donde se centraliza en gran parte el conocimiento de la enfermedad. Allí se aprende a identificar casos típicos de enfermedades específicas, se posibilita sistematizar una información esencial sobre el proceso de enfermedad de las personas que buscan ayuda, se contrasta el saber de los libros con la realidad del enfermo. Pero también brinda el escenario para adquirir



las competencias básicas del ejercicio de la medicina: el juicio diagnóstico, el juicio pronóstico, el juicio terapéutico y la habilidad técnica para llevar a cabo tanto el diagnóstico como el tratamiento<sup>5</sup>.

## 1.2 La Salud como derecho fundamental del hombre

*“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”* Párrafo 1. Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Puede decirse que la salud se incorpora como un “Derecho de Segunda Generación<sup>6</sup>”, a partir de la segunda mitad del Siglo XX.

Cabe aclarar que los derechos de Segunda Generación o Derechos Económicos, Sociales y Culturales tienen como objetivo fundamental garantizar el bienestar económico, el acceso al trabajo, la educación y a la cultura, de tal forma que asegure el desarrollo de los seres humanos y de los pueblos. Su reconocimiento en la historia de los Derechos Humanos fue posterior a la de los derechos civiles y políticos, de allí que también sean denominados derechos de la segunda generación.

En nuestra Constitución, con la reforma de 1994, el Derecho a la Salud se incorpora como un bien público esencial, y le asigna al Estado la tarea de asegurarla a todos los habitantes del país y financiarla a través de prestadores estatales o privados para posibilitar el acceso a la población. A dicha enunciación luego se agregan tratados de diferentes organismos internacionales “particularizando” diversos derechos: “a la salud” (OMS, 2007),... “a la salud y la nutrición” (UNICEF, 2006),... “el derecho a la salud se relaciona con el derecho fundamental de todas las personas a la vida y a vivir en dignidad” (Red Internacional para los Derechos Sociales y Culturales- Red DESC, 2008), etc.

---

<sup>5</sup> ESLAVA, J.C. Hospital universitario y crisis hospitalaria en Colombia, (Bogotá, revista Gerencia y Políticas de Salud, Pontificia Universidad Javeriana, vol. 1, n° 002, 2002), págs. 41-48

<sup>6</sup> MAGLIO, F. 1789, Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano, FMM Educación 2009.



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

En las declaraciones se definen sus condiciones: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; para derechos como trabajo, salud, educación, alimentación vivienda y seguridad social. Pero siempre sin explicitar el alcance de esos derechos, aunque desde 1978 la OMS en su Declaración de Alma-Ata define a un costo que la comunidad y el país puedan soportar (OMS: “Declaración de Alma-Ata”. Cap. VI, 1978).

La Declaración de Alma –Ata se llevo a cabo el 6 de diciembre de 1978 en la URSS y se desarrolló con el objeto de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, basándose en el modelo de Atención Primaria de la Salud.

En 1986 se presenta en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud la Carta de Ottawa, donde se establece el concepto de Promoción de la Salud como respuesta a la necesidad de buscar un nuevo acercamiento a los múltiples problemas de salud que aún exigen solución en todas las partes del mundo. Dicha carta planteaba que la salud excede la acción exclusiva del sector y que incluye una serie de prerequisites como la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.

Por su parte en el año 2000 se establecen los Objetivos de Desarrollo del Milenio, también conocidos como Objetivos del Milenio (ODM), que son ocho propósitos de desarrollo humano que los 189 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015. Estos objetivos tratan problemas de la vida cotidiana que se consideran graves y/o radicales.

En dicha Declaración se recogen los ocho Objetivos referentes a la erradicación de la pobreza, la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la mortalidad infantil, materna, el avance del VIH/sida y el sustento del medio ambiente.

Para objetivos, y en respuesta de aquellos que demandaban un cambio hacia posturas más sociales de los mercados mundiales y organizaciones financieras se añade el Objetivo 8, ‘Fomentar una Asociación Mundial para el Desarrollo’. En otras palabras, el objetivo promueve que el sistema comercial, de ayuda oficial y de préstamo garantice la consecución en 2015 de los primeros siete Objetivos y, en general, un mundo más justo.



Cada Objetivo se divide en una serie de metas, un total de 18, cuantificables mediante 48 indicadores concretos. Por primera vez, la agenda internacional del desarrollo pone una fecha para la consecución de acuerdos concretos y medibles.



\*Cuadro extraído de texto "El sistema de Salud en la Argentina y los fracasos en sus intentos de reforma". Dr. Eduardo Filgueira Lima (2012)

Existe una estrecha relación entre las circunstancias sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud.

En el Sistema de Derechos Humanos Interamericano, el derecho a la Salud está expresamente consagrado en el Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Este Protocolo sobre los derechos económicos, sociales y culturales es conocido también como el Protocolo de San Salvador (1988). Aquí se entiende a la salud como el "disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social".

Y agrega como referencia adicional al papel que estas consideraciones asignan al Estado: "...En cuanto a las obligaciones contraídas por los Estados, estas incluyen tanto lo que cabe denominar obligaciones de comportamiento (adoptar medidas oportunas para hacer efectivos los derechos reconocidos), como obligaciones de resultado. O sea, alcanzar metas concretas en materia de salud".



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

En nuestro país, la Constitución Nacional, reformada en el año 1994, en el artículo 75 inc. 22 le otorga jerarquía constitucional al Pacto Internacional de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales que lo define de una forma más específica.

Se atribuye la responsabilidad al Estado, pero como se puede observar, por un motivo u otro la incumple. Este resultado se debe a las instituciones y prácticas políticas habituales en nuestro país, en interrelación con grupos de interés de alto poder de lobby y una baja demanda social<sup>7</sup>.

Se debe tener en cuenta que en salud las demandas son crecientes e ilimitadas, mientras los recursos son siempre limitados y ello incorpora ya conceptualmente límites implícitos al derecho.

Cada país tiene un modelo de sistema de salud diferente en su organización, en sus recursos, en su capacidad de respuesta y por lo mismo en los resultados sanitarios, que no son solo de su exclusiva factura.

Lamentablemente el sistema de Salud argentino está centrado en la enfermedad, mientras que lo ideal sería que estuviese centrado en la persona, fomentando la promoción de la salud y promoviendo la prevención de las enfermedades.

Por ello el crecimiento económico, aún sostenido, no resuelve de manera inmediata todos los problemas de la población, aunque es un prerrequisito imprescindible, pero no suficiente.

Las inequidades afectan de diferentes maneras la salud de las poblaciones y diferentes subgrupos dentro de las mismas, porque estas desigualdades que son en realidad diferencias extremas de oportunidades exponen de diferente manera a condiciones de "riesgo" y se expresan en el acceso, el financiamiento y en los resultados sanitarios, se trata en fin de desigualdades desiguales (Filgueira Lima, 2012, pág. 25).

Es desde este punto de vista que se considera el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, color, sexo, idioma, nacimiento, religión, ideología política o condición económica o social.

Así es que la cuestión central de la incorporación del derecho a la salud se encuentra en verdad, en una expresión política, que apenas revela las ineficiencias



existentes de nuestro sistema de salud, la necesidad de sus reformas y el logro de un sistema más eficiente y equitativo.

Pero además expresa la incapacidad de nuestras instituciones políticas para llevar a la práctica su discurso “de necesidad”, que difiere de la realidad: en salud se trata del desinterés en incorporar las reformas sustantivas, a sabiendas necesarias, a la agenda de gobierno.

### 1.3 Sistema de Salud

Se define como “sistema” a la totalidad de elementos en interacción unos con otros o a la unidad que comprende partes interdependientes, en mutua interacción, las cuales operan de acuerdo con ciertas leyes, de tal manera que producen un efecto total o final que no es la simple suma de las partes que lo componen<sup>8</sup>.

El **sistema de salud** engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud. El término sistema de salud hace alusión a un conjunto de actores y acciones más abarcativo que el sistema de atención médica. En sentido estricto el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud.

En la mayoría de los países este sistema nació como respuesta a las continuas amenazas epidemiológicas. En Argentina los primeros servicios sanitarios eran destinados principalmente a atender la salud de los miembros del ejército; el rol del Estado era prácticamente subsidiario y consistía en la formación de personal dedicado a la actividad sanitaria y a la prestación asistencial. En este período la concepción de salud dominante se basaba en la idea de caridad y responsabilidad individual.

Sin embargo, hacia finales del siglo XIX el crecimiento demográfico, la expansión urbana y la corriente migratoria explican las nuevas orientaciones de las tareas del Estado en materia de salud pública.

---

<sup>7</sup> FILGUEIRA LIMA, E. Tesis de Maestría. El sistema de salud en Argentina y los fracasos en sus intentos de reforma. Buenos Aires, año 2012



En la evolución histórica del sistema de salud argentino<sup>9</sup> se pueden identificar cuatro etapas, que se distinguen en función del nivel de concentración de las decisiones tomadas, el poder relativo de los actores involucrados y los paradigmas vigentes en cada época.

#### **a. Modelo descentralizado anárquico (hasta 1945)**

Hasta 1945 el sistema de salud argentino estaba constituido por una amplia y diversa cantidad de instituciones que operaban, en términos generales, como respuestas a demandas puntuales y de corto plazo.

En este período el paradigma vigente concebía a la salud como fruto de la responsabilidad individual y como objeto de caridad. Esto explica que el conjunto de instituciones que formaban al sector sanitario fueran el resultado de esfuerzos individuales altamente fragmentados, sin ningún tipo de coordinación y con una escasa capacidad de prevención y formulación de políticas a largo plazo.

La función del Estado era exclusivamente subsidiaria y consistía en la formación de recursos humanos dedicados a la actividad y a la prestación asistencial. Se limitaba a cuidar la higiene pública, controlar epidemias, vigilar la sanidad de las fronteras y prestar asistencia frente a contingencias no previstas.

#### **b. Modelo centralizado (1945 a 1955).**

Este modelo llega de la mano del peronismo en 1945 motivando la emergencia de un nuevo paradigma sanitario que concibiera la salud como responsabilidad exclusiva del

Estado.

A partir de entonces las entidades de beneficencia quedaron desplazadas con la nacionalización de todos los establecimientos públicos, el desarrollo de una red de centros de atención ambulatoria y la puesta en práctica de numerosos programas dirigidos a problemáticas sanitarias específicas.

La consecuencia directa de este giro estatal en el área de la salud fue la creciente dependencia del sector con respecto al presupuesto nacional. En el seno de este modelo nace la tendencia de las entidades mutuales a reagrupar a los trabajadores

---

<sup>8</sup> BERTALANFFY, Ludwig von, citado por MAZZAFERO, V., Medicina en Salud Pública segunda ed. (Bs. As. El Ateneo, 1994) Pág. 30.

<sup>9</sup> ACUÑA, C y CHUDNOVSKY, M. El sistema de salud en Argentina, doc. 60. Buenos Aires, 2002.



por rama de producción, sentando las bases de lo que en la actualidad serían las Obras Sociales.

En 1946, con la creación de la Secretaría de Salud Pública y posteriormente con el establecimiento del Ministerio de Salud, se instalaron nuevos hospitales y centros médicos ambulatorios convirtiendo al hospital público en un centro formador de nuevos profesionales y en un lugar de atención médica “para todos”.

### **c. Descentralización del sistema (1955-1978)**

Tras la caída de Perón en 1955, el gobierno de la Revolución Libertadora inició una etapa de reformas dirigidas a transferir hacia las provincias y los municipios las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos públicos que hasta el momento estaban en manos del Estado nacional.

Así, en 1955 se observa una progresiva desconcentración de los centros de planificación y decisión de los servicios de salud, y las Obras Sociales empiezan a cobrar gran importancia y peso dentro del sistema. En efecto en 1970, durante el gobierno autoritario del general Onganía, éstas eran conducidas por los mismos sindicatos que recaudaban sus fondos sin intermediación alguna.

Al establecer como norma la obligatoriedad de la afiliación al sistema de Obras Sociales a todos los trabajadores en relación de dependencia y la generalización de la contribución patronal, queda en evidencia que la sanción de la ley reforzaba el poder económico y político de los gremios.

### **d. Descentralización orientada por las relaciones financieras entre la Nación y las provincias (1978 hasta la actualidad)**

Las políticas sanitarias en este período han sido inestables y difícilmente puedan ser atribuidas a un solo proyecto político. Si bien las consecuencias reflejaban un uniforme deterioro del papel del Gobierno, las causas por las que se llega a esa situación son diversas e involucran tanto a gobiernos militares como aquellos con ideologías opuestas.

Desde la década del '70 el financiamiento del Estado y la provisión de salud muestran una marcada tendencia en declive de la participación pública en el área de la salud. Un primer hecho a destacar es el reinicio de la tendencia a la descentralización fiscal de varios de los hospitales que aún dependían de la Nación.



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

Con el retorno de la democracia en 1983, el deterioro de los servicios del sistema de salud se veía reforzado por la profunda crisis económica que afectaba al país; ninguno de los niveles en que se desenvolvía la acción estatal en materia de salud quedó exento del debilitamiento.

A mediados de los años '80 se avanzó en la propuesta de un nuevo marco normativo para articular los diferentes subsectores y con este propósito se sancionaron en 1988 dos leyes: la Ley 23.660 de "Obras Sociales" y la Ley 23.661 de "Seguro Nacional de Salud".

En la década de los '90 aparece la denominada "segunda ola" de reformas impulsadas por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo dirigidas a modificar cuestiones tales como los servicios de salud, la flexibilización del mercado laboral, el mejoramiento del transporte y de la gestión pública, y el fortalecimiento de la capacidad institucional del Gobierno.

Cabe destacar también, que desde el Siglo XXI, comienza todo un proceso de búsqueda de recuperación del rol de rectoría en Salud. En este marco puede mencionarse la aparición del Plan Federal de Salud y la creación del Consejo Federal de Salud (COFESA).

#### **1.4 Un modelo de servicios de salud: hospitales universitarios**

Los hospitales de enseñanza son tan antiguos como el concepto de salud que surge con el Renacimiento. Sin embargo, la medicina y su impacto en el aumento de la especialización ampliaron el alcance de estas instituciones haciendo obligatoria la vinculación orgánica y la dependencia institucional entre Universidades y Hospitales Escuela.

El hospital se convierte en el aula docente más importante durante el entrenamiento del médico.

Del mismo modo, la universidad del siglo XX experimentó cambios radicales que reemplazan el concepto de universidad como escuela de formación de las élites por el de una institución educadora de masas, productora de conocimientos y recreadora de



prácticas profesionales. A partir de entonces se reconoce la necesidad de complementar la preparación teórica impartida en las aulas universitarias con la formación práctica del profesional médico en las instituciones de salud.

En el contexto de la sociedad actual no es sencillo comprender la figura de un hospital universitario considerando que esta nueva institución implica la fusión de dos complejas organizaciones, el hospital y la universidad, que durante el siglo XX han redefinido sus funciones y principios reorganizado sus estructuras y esquemas administrativos.

Un momento decisivo para el Hospital Universitario se da a mediados del siglo XX con la articulación de tres factores: la organización de los sistemas de seguridad social, la aparición de nuevas formas de aseguramiento y el afianzamiento de una nueva filosofía: “Los hospitales tienen su razón de ser en la calidad, el avance científico y la tecnología<sup>10</sup>”. La combinación de éstos ha fortalecido la infraestructura de los hospitales haciendo más complejos los servicios que prestan a los ciudadanos.

La tendencia a fortalecer la infraestructura del “nuevo hospital” y a complejizar y ampliar su gama de servicios asistenciales, es lo que lo motivó a crear una alianza indisoluble con la universidad, institución apta para ofrecer el respaldo científico y tecnológico necesario para lograrlo.

A lo largo de este siglo se amplió notablemente el número, la importancia y la autonomía de los hospitales universitarios. La concepción tradicional define un hospital universitario como una institución que se caracteriza por:

- a. Ser un prolongamiento de un establecimiento de enseñanza en salud.
- b. Proporcionar entrenamiento universitario en el área de salud.
- c. Ser reconocido oficialmente como hospital de enseñanza estando sometido a la supervisión de las autoridades competentes.
- d. Ofrecer atención médica de mayor complejidad a un sector de la población.

Sin embargo, es a partir de los años setenta que nuevos desafíos introducen cambios de gran envergadura en el ámbito de la salud afectando directamente a los hospitales universitarios, entre los cuales cabe destacar:

---

<sup>10</sup> Unimedios y Univ. Nac. de Colombia: Hospitales Univ. Modelo de vanguardia en la prestación de servicios de salud en el mundo. Claves para el Debate Público. Bogotá, N° 18, año 2008.



- a. Atención primaria como práctica asociada al concepto de democratización de la salud.
- b. Técnicas de prevención que cobran peso como instrumentos para prolongar la vida y reducir costos de los sistemas de salud.
- c. Crecimiento de la atención médica basada en el concepto de seguro modificando las prácticas de las instituciones que administran los planes de salud y sometiendo la atención médica a rutinas más estandarizadas así como a controles externos con la perspectiva de obtener resultados más efectivos.
- d. Aumento del conocimiento y de la regulación del sector estableciendo el vínculo salud-ambiente-trabajo-alimentación.
- e. Multidisciplinariedad creciente de la atención de salud.

Una institución hospitalaria se constituye como hospital universitario a partir del vínculo y el compromiso que la misma establece con las funciones esenciales de la universidad, lo cual le otorga un carácter específico y particular frente a las demás instituciones asistenciales.

Siguiendo al autor Juan Carlos Eslava, todo hospital universitario será considerado a partir de sus funciones esenciales como un escenario académico científico-técnico que tiene como objetivo primordial producir e impartir conocimiento sobre la enfermedad humana, generar un pensamiento crítico frente al saber técnico existente, brindar un escenario de formación práctica para profesionales de las diversas áreas de la salud (medicina, odontología, trabajo social, entre otras), generar propuestas pedagógicas que sirvan como soporte en el proceso de aprendizaje de todo el personal, capacitar a los usuarios de los servicios en el uso adecuado de los mismos brindando educación sanitaria y formación en derecho a la asistencia médica y a la seguridad social, y por último resolver los problemas patológicos que afectan a las personas que asisten al hospital.

Sin embargo, en la realidad los altos costos que demandan el desarrollo científico-tecnológico y la existencia de limitados presupuestos para investigación, explican que estas instituciones se encuentren cada vez más lejos de comprometerse en procesos complejos de investigación básica y aplicada en salud. De este modo es habitual la tendencia a que los hospitales universitarios participen en experimentos científicos



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

como asociados, auxiliando a institutos de investigación o siendo financiados parcialmente por industrias farmacéuticas.

El Hospital Universitario de la Universidad Nacional de Cuyo, adquirido en el año 2003 e inaugurado en diciembre de 2010, se constituye en un nuevo modelo asistencial de la región de Cuyo.

El proyecto es una iniciativa que pretende conjugar los objetivos académicos de las profesiones que intervienen en el proceso de salud-enfermedad-atención con las necesidades de salud de la comunidad, entendiéndolos como un conjunto integrado. En cuanto a la formación en el campo de la salud, se busca transformar la formación universitaria netamente científicista en otra que otorgue relevancia a la perspectiva humanística y social.

A partir de su inauguración, sólo se concretó la primera parte del proyecto que consiste en la atención ambulatoria, dado que múltiples problemas de orden financiero y político propios del Hospital Universitario en concordancia con problemas del sector salud, impiden que se pueda concretar la segunda etapa referida a la internación; problemática que será abordada en forma particular en el capítulo IV del presente trabajo, luego de conocer las características de nuestro sistema de salud y del Hospital Universitario.



## CAPÍTULO II: EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

### 2.1 Problemáticas del sector salud

En materia de salud son muchos los temas a analizar y considerar, dado que dentro del área existen múltiples problemas que afectan de diferente manera al sistema en su conjunto y dado el impacto que la modificación de una provoca en la otra.

En la actualidad algunos de los problemas más importantes que enfrenta un sistema de salud son<sup>11</sup>:

- La transición demográfica y epidemiológica.
- El aumento del gasto en la atención de la salud por encima del aumento de la riqueza.
- Los factores culturales, sociales y ambientales que inciden sobre el nivel de salud.
- El uso innecesario de recursos tecnológicos de alto costo por la influencia de la industria.
- Intervenciones sanitarias basadas en un abordaje biomédico centrado en los problemas de salud y no en sus determinantes.
- La variabilidad de las prácticas clínicas y de sus costos ante problemas similares.
- La insatisfacción de los usuarios por la ausencia de una atención personalizada.

Ante estos problemas se plantea la necesidad de:

- ✓ Modernizar los sistemas de salud buscando una adecuada respuesta a las necesidades de la gente.

---

<sup>11</sup> QUESADA, E. Sistemas de Salud, en: [www.isg.org.ar](http://www.isg.org.ar)



- ✓ Definir formas de financiamiento y unificar sus fuentes: eficiencia.
- ✓ Buscar equidad y accesibilidad en salud, lo que supone atención igual ante necesidades iguales.
- ✓ Establecer una clara política de cobertura de medicamentos.
- ✓ Asignar funciones a cada actor del sistema con su correspondiente pedido de rendición de cuentas.
- ✓ Lograr la participación social mediante el acceso a la información y capacidad de decisión de los usuarios del sistema.
- ✓ Mejorar la calidad asistencial ligada a la capacitación continua de todos los actores del servicio de salud, haciendo partícipes a las Universidades y al brazo académico y asistencial de las mismas que son los Hospitales Universitarios.
- ✓ Empezar mejoras en los subsectores que conforman el sistema de salud argentino (público, privado y de la seguridad social) ya que son ellos quienes orientan las respuestas y direccionan el sistema.
- ✓ La intersectorialidad para cumplimentar, entre otros, los prerrequisitos de la Atención Primaria de la Salud (APS); definiendo los centros de primer nivel como puerta de entrada al sistema.
- ✓ Trabajar para lograr un modelo de salud centrado en la persona, no en la enfermedad, donde las personas puedan acceder a una Red y no a servicios aislados, en la que los diferentes componentes actúen en función de las necesidades de los destinatarios.

A lo largo de la historia argentina, tanto las instituciones y prácticas políticas por un lado y la demanda por el otro, han intervenido de una u otra manera, obstaculizando la posibilidad de lograr cambios o reformas, fomentando el mantenimiento de un statu quo que relega al país a una relación insostenible entre gasto y resultados, profundizando a través de los años una segmentación del mercado y un empeoramiento en la distribución de los recursos, lo que lleva a una mayor concentración de los prestadores tanto privados como sindicales.



Sin embargo, estas consecuencias también dependen de otros factores colaterales como son la baja en los presupuestos de salud, la precarización del empleo, el empeoramiento de la distribución, etc. (Filgueira Lima, 2012 pág. 49)

## 2.2 Evolución Histórica del Sistema de Salud Argentino

El sistema de salud en Argentina se desarrolla desde fines del siglo XIX con las corrientes inmigratorias que provienen de Europa, con la importación de las ideas que el canciller Otto Von Bismark impulsa en Alemania (incorporación de seguros de enfermos, accidentes de trabajo y de vejez) se produce en nuestro país y a través de los inmigrantes las primeras sociedades de colectividades denominadas de “mutualismo”.

El movimiento inmigratorio producido en Argentina entre los años 1860 y 1930 fue de gran importancia. Los inmigrantes trajeron consigo su iniciativa, pujanza y experiencia social, introduciendo organizaciones de ayuda mutua; de ahí que tuvieron una participación decisiva en la creación de la seguridad social<sup>12</sup>. Más específicamente las mutualidades, creación de los inmigrantes, fueron el germen de la cobertura de la asistencia médica argentina. Cubrían atención médica, medicamentos, hospitalización, seguros de vida. Sin embargo las mutualidades grandes basaban su utilidad en la explotación del trabajo médico<sup>13</sup>.

Durante la presidencia de Bernardino Rivadavia se produjeron algunos cambios que impactaron en las políticas sociales y sanitarias en la Argentina. Algunas jurisdicciones tuvieron servicios de asistencia para pobres y desamparados: “pobres de solemnidad” como se lee en la norma 1827 del año 1822 de Rivadavia, que eran generalmente administrados por religiosas y sostenidos por organizaciones de caridad. Lo que se buscaba era un lugar para que las personas no murieran en las calles.

---

<sup>12</sup> ISUANI, E. Los orígenes conflictivos de la seguridad social argentina. Centro Editor de América Latina, 1985.

<sup>13</sup> Así lo afirma Augusto Bunge en el Diario de Sesiones, Cámara de Diputados, pág. 162, n° 26.



En 1917 el Dr. Carlos Bunge, presenta un proyecto referido a la protección de las poblaciones pobres y los asalariados (Veronelli, J. & Veronelli, M. 2003: pág. 544) pero dicho proyecto no fue tratado en cámara de Diputados.

A partir de 1930 se vincula más al sector gremial. La unión por el origen nacional se complementa con la unión por la profesión, la que va progresivamente creciendo hasta transformarse en un sector decisivo. Los gremios crean por su cuenta sus propias instituciones de salud.

Así es como nace y se desarrolla en nuestro país el modelo de la “seguridad social” (en salud denominado Bismarckiano) financiado por las cotizaciones salariales que por supuesto crece a un ritmo lento y solo posibilitado por el desarrollo incipiente de la industrialización.

En la década del 40’ durante la presidencia del Gral. Juan Domingo Perón, se crea el Ministerio de Salud y se asigna al Dr. Ramón Carrillo su gestión.

El Dr. Carrillo, cuya especialidad era la neurocirugía, elabora un vasto plan de desarrollo del sistema público de salud, mediante inversiones en infraestructura, personal y tecnología; dicho modelo se financiaba por las rentas generales del Estado y se llamaba sistema Beveridge<sup>14</sup> por quien hizo en 1942 un informe sobre el desempleo, condiciones de la familia y el sistema de salud inglés y a la par brindaba las prestaciones asistenciales, como también programas y planes como el de lucha contra el mal de chagas, tuberculosis, sífilis, paludismo y la creación de múltiples institutos.

A la par de estas transformaciones fue creciendo el poder de los sindicatos que buscaban promover su seguridad social; lo que lograron a través de los aportes y contribuciones de los trabajadores y conformaron lo que hoy conocemos como Obras Sociales.

El Dr. Carrillo no tardó en percibir que el crecimiento paralelo de las obras sociales iniciaba el camino hacia la fragmentación y entendía que esto debía ser evitado por lo que se movilizó para avanzar hacia un sistema sanitario integrado, evitando su atomización y la independencia fragmentaria de sus actores<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> El sistema tipo Beveridge o Sistema Nacional de Salud se refiere al sistema de seguridad social y servicios de salud surgido en Inglaterra y Gales a partir del Informe Beveridge, que recomendaba la provisión de asistencia sanitaria a toda la población, financiada a través de impuestos y el mantenimiento de un sistema de beneficios universales.

<sup>15</sup> CARRILLO, A. Ramón Carrillo: el hombre, el médico, el sanitarista. Ed. Edili, 2005.



Más allá de ello se mantuvo la dualidad y la pugna entre la Secretaría de Salud pública a cargo de la sanidad y de la asistencia médica de la población con menos recursos y la Secretaría de Trabajo y Previsión a cargo de la asistencia médica y social de los grupos especiales de trabajadores. Carrillo tuvo que adecuarse a los límites presupuestarios que le habían asignado y que se fueron restringiendo con el paso del tiempo.

El Presidente Perón requería el apoyo de los sindicatos y su poder de movilización por lo que accedió a las solicitudes y demandas planteadas por ellos.

Carrillo no contaba tampoco con el apoyo de la Fundación Evita con la que se superponían varias acciones socio sanitarias, lo que se constituyó en un obstáculo adicional al colocado por las obras sociales sindicales.

Para el Ministerio de Salud los planes de Evita siempre tenían prioridad, por lo que las divergencias y desinteligencias políticas hicieron que Carrillo renunciara en julio de 1954.

Esto puede ser considerado como una intervención del poder político sobre su interés para frustrar un “sistema de salud para el futuro” (Filgueira Lima, 2012 pág. 54)

Las Obras Sociales sindicales continuaron su desarrollo creciente al ritmo de la industrialización del país y la generación de PyMES: es así como sus arcas se vieron enriquecidas, aún sin un marco normativo que las legitimara. Meses antes de la caída de Onganía, el Ministerio de Bienestar Social preparó una serie de Leyes vinculadas con la Obras Sociales de los sindicatos y que permitió el desarrollo futuro de las mismas, así fue como sustentaron su poder económico.

En 1969 se sanciona la Ley 18.610 llamada “Ley de Obras Sociales” y el 13 de mayo de 1971, (durante la Presidencia del Gral. Lanusse) se sanciona el Decreto Ley 19.032 (que modifica Art. 6° de la Ley 18.610) y el Decreto reglamentario 1.157, por el que se dispuso la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados ( INSSJP-PAMI), más tarde convalidado con la Ley 19.032/71, como Ente Público No Estatal. Aunque ha permanecido la mayor parte de su existencia intervenido por el Poder Ejecutivo.

En ambos casos el gobierno militar también buscó congraciarse con el poder sindical en busca de su apoyo para evitar el regreso del Perón al poder.



Los sindicatos, a través de la Ley 18.610 obtuvieron su legitimación jurídica y a su vez con la creación del PAMI se libraron de la atención de las personas ańosas que, porque sus condiciones epidemiol3gicas ası lo imponen, resultaban de alto costo de atenci3n, es decir: mantuvieron sus ingresos y redujeron significativamente su gasto.

En 1956 se promulga el Decreto N3 12.739 por el que nace la primer Obra Social de la Administraci3n P3blica de la Provincia de Buenos Aires, antecedente inmediato que darıa origen en el ańo 1957 y mediante el Decreto-Ley N3 2.452 al Instituto de Obra M3dico Asistencial (IOMA). En marzo de ese mismo ańo todas las instituciones de obra m3dico asistenciales oficiales existentes pasaron a depender del IOMA, que se hizo cargo de sus activos y sus pasivos.

El Instituto se cre3 para proporcionar los siguientes beneficios: medicina general y especializada en consultorio y domicilio, internaciones en establecimientos asistenciales, servicios auxiliares (laboratorio, radiografıas, masoterapia, etc), asistencia odontol3gica y provisi3n de medicamentos.

Desde mitad del Siglo XX en adelante se produce un desarrollo paralelo entre los hospitales p3blicos y las cada vez m3s numerosas y heterog3neas Obras Sociales que crecieron al amparo de la rama de actividad laboral (las sindicales), las correspondientes a los empleados de las administraciones provinciales (Obras Sociales Provinciales) y otras, que incluso extendieron los beneficios de salud al grupo familiar y llegaron a brindar otras prestaciones sociales.

A la par y desde principios del Siglo XX, se inician los seguros privados de salud que captan a los beneficiarios de mayor poder adquisitivo, que pretenden una asistencia m3s acorde a sus expectativas.

### **2.3 Composici3n**

En Argentina existe un sistema mixto, en el que hay una coexistencia entre tres subsectores: el p3blico, con financiaci3n y provisi3n p3blicas; el de la seguridad social conformado por el sistema de obras sociales; y el privado que comprende el seguro voluntario prepago, organizado seg3n los c3lculos de riesgo actuarial (empresas de



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

medicina prepaga y a los prestadores independientes y establecimientos particulares que proveen servicios a las entidades aseguradoras y a los usuarios particulares con capacidad de pago.

A ello hay que agregar que existen distintos sistemas públicos en cada provincia, obras sociales provinciales y una multitud de pequeños sistemas de medicina prepaga en diversas localidades y regiones.

Argentina presenta un sistema de salud extremadamente segmentado, lo que implica la inexistencia de un fondo único que permita asegurar y ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población.

La amplitud de servicios ofrecidos se encuentra relacionada con la capacidad de pago, ya sea voluntaria o compulsiva de los aportantes y sus familias.

### **2.3.1 Subsector Público**

Este subsector corresponde a las instituciones que dependen del Estado en sus diferentes niveles: Nacional, Provincial y Municipal con un funcionamiento descentralizado, porque las Provincias no delegaron en la Nación las funciones referidas a salud y por lo mismo por mandato constitucional las provincias son las unidades técnico administrativas responsables del cuidado y protección de la salud de la población. La totalidad del sistema se financia a través de rentas generales de los gobiernos cuyas fuentes de ingresos son los ingresos propios de recaudación provincial, del Régimen de Coparticipación Federal de Impuestos (RCFI).

Este subsistema tiene la particularidad de constituir instituciones que tienen una organización jerárquica, el personal es asalariado y no existe por lo mismo separación de funciones de financiamiento y provisión: el mismo sistema financia los servicios que provee.

Cada Provincia destina partidas diferentes de su presupuesto a cumplimentar las acciones de salud que son de su competencia, que en general nada tienen que ver con las necesidades, sino con la disponibilidad de recursos o la asignación que cada Ministerio logre para sí.



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

Otra fuente de financiamiento proviene de los recursos generados por el Decreto N° 578/93, es decir de los provenientes de los Hospitales de Gestión Descentralizada o HPGD, que permiten generar recursos adicionales para los hospitales públicos.

Los ministros de salud de las provincias conforman el COFESA (Consejo Federal de Salud), creado por Ley N° 22.373.

El Gobierno Nacional fija los objetivos centrales del sistema a través del Ministerio de Salud de la Nación, que cumple una función de conducción y dirección política del sistema de salud en su conjunto; el Ministerio de Salud cuenta con diversos organismos descentralizados como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO) y el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur (INAREPS). También dependen del Ministerio como remanentes de las políticas de descentralización hospitalaria: el Hospital Nacional “Baldomero Somme”, el Hospital Nacional “Profesor A. Posadas”, y la Colonia Nacional “Dr. Manuel Montes de Oca” y, de algún modo, la entidad más numerosa del sistema de Obras Sociales, el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP-PAMI) cuyo presupuesto se reincorporó al Presupuesto Nacional a partir del 2002.

Por su parte, corresponde a cada Ministerio de Salud provincial la gerencia y la gestión política y técnica de las unidades o establecimientos del sistema, para el cumplimiento de programas y actividades de salud en la respectiva jurisdicción política; los municipios suelen administrar sus propios recursos y tienen atribuciones para programar y realizar acciones de salud en forma independiente, particularmente los de mayor poder económico y peso demográfico.

El esquema prestacional de éste subsector es el clásico a demanda de usuarios: predomina la atención no programada, la falta de coordinación entre los diferentes niveles de la red, la insatisfacción de los trabajadores y de los usuarios.

Los servicios de salud se prestan principalmente en la red de Hospitales y Centros de Salud Públicos.

Otros organismos e instituciones tienen responsabilidad sobre la salud, como por ejemplo las Fuerzas Armadas que tienen su propia estructura asistencial, cada rama



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

por separado, y producen algunos insumos como medicamentos. El área de educación es responsable de la formación de grado y posgrado en salud a través de las Universidades y Hospitales Universitarios; también mantiene servicios de sanidad escolar para acciones de prevención y promoción de la salud. Las áreas de agricultura y ganadería son responsables del control de los alimentos y de la salud animal, entre otras cosas la atención de epizootias tales como la fiebre aftosa.

Otra entidad que depende del Ministerio de Salud de la Nación es la Superintendencia de Servicios de Salud creada en 1996 para fiscalizar y supervisar el cumplimiento del derecho de opción de los beneficiarios del sistema para la libre elección de Obras Sociales, la supervisión del cumplimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO) por los agentes del seguro, asegurar la calidad y cobertura del sistema y la recuperación de costos de los Hospitales de Administración Descentralizada, y garantizar a los beneficiarios de las obras sociales la equidad en la cobertura integral médico-asistencial en todos los niveles de complejidad.

Las políticas de salud se definen bajo acuerdos e intercambios entre el poder centralizado de la Nación y las provincias.

El mayor gasto público-estatal en salud recae sobre las provincias, quienes además deben sostener el mayor número de instituciones prestadoras asistenciales.

El gobierno nacional ha concentrado recursos a lo largo de los años y se ha desprendido de funciones, lo que ha generado una creciente dependencia de las provincias del nivel central.

### **2.3.2 Subsector de las Obras Sociales**

Responde a los principios de la seguridad social y es el más importante en cuanto a la masa de afiliados que atiende.

Se financia mediante el aporte obligatorio de los trabajadores y tiene servicios propios y contratados con terceros.

De conformidad con la Ley N° 23.660 las Obras Sociales pueden desarrollar prestaciones médicas. Quedan incluidas las obras sociales sindicales



correspondientes a asociaciones sindicales con personalidad gremial; los Institutos de la Administración mixta, los que corresponden a la Administración Central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos, las que pertenecen a las FFAA, las del personal de dirección, las que surgen por convenio con empresas públicas o privadas (art. 1° Ley 23660).

A ello hay que agregar el PAMI que es la obra social más grande y las obras sociales provinciales que agrupan, preferentemente, al personal dependiente de las administraciones públicas provinciales y entes autárquicos. También existen obras sociales pertenecientes a profesionales. Las obras sociales son agentes del Seguro Nacional de Salud (art. 2 y 15 Ley 23661).

También las entidades mutuales son agentes del SNS, pudiendo adherirse a través de convenios de adhesión (art 16 Ley 23661).

El subsector de las Obras Sociales es muy heterogéneo y diverso, por lo que realizaré un desagregado de las distintas organizaciones de la seguridad social y su caracterización:

 **Obras Sociales Nacionales:** agrupan a trabajadores y su grupo familiar según rama de actividad.

Desde 1998, los afiliados a ellas tienen la opción de cambio.

Las mismas presentan una enorme dispersión territorial, heterogéneo nivel de servicios, intentos varios de reformas fallidas con íntima vinculación con los sindicatos en una trama en la que resulta difícil establecer responsabilidades y manejos financieros. La imposibilidad de previsión del gasto llevó a muchas a estrategias de diverso tipo para lograr su subsistencia. La más frecuente ha sido realizar convenios con gerencadoras o intermediarios, que en cada Jurisdicción, Distrito o región subcontratan prestadores que brindan servicios de diferente y a veces dudosa calidad, ya que se los subcontrata a los menores precios posibles.

Algunas Obras Sociales han recurrido a otras estrategias: algunas acordando con las organizaciones corporativas profesionales y otras recurriendo a servicios propios.

Muchas Obras Sociales reciben además los recursos provenientes del ANSES, por poseer jubilados que se han mantenido como beneficiarios de las mismas sin haber sido transferidos al PAMI.



A su vez algunas Obras Sociales no proveen servicios directamente pero subcontratan con el sector privado mediante lo que incrementan su cartera de beneficiarios seleccionando aquellos que pueden pagar alguna diferencia entre sus aportes y la cuota del seguro privado.

 **Obras Sociales Provinciales:** destinadas a financiar a los empleados públicos provinciales. Cada una de ellas depende de la legislación provincial con diferentes porcentajes de aportes. Algunas son dependientes de Ministerio de Salud de la Provincia, pero tienen dependencia del Superior Tribunal de Cuentas de la Provincia en cuestiones de tipo administrativo y financiero.

No tienen ningún organismo de regulación y control y se encuentran agrupadas en una organización de tipo corporativo, “cuasi-gremial”: el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA).

En la Provincia de Mendoza la Obra Social de los Empleados Públicos (OSEP) posee más de 350.000 afiliados y un equipo de trabajo de 9000 profesionales de la salud propios y de la actividad privada que mantienen convenio con la institución.

La OSEP es un ente autárquico y su vinculación con el Poder Ejecutivo es a través del Ministerio de Desarrollo Social y Salud.

Su afiliación es obligatoria para todas aquellas personas comprendidas por el régimen de empleo público, jubilados y pensionados de la Administración Pública provincial y municipal, organismos descentralizados o autárquicos.

 **PAMI:** el 13 de mayo de 1971 se crea el INSSJP a través de la Ley 19032, en un intento de dar respuesta a un problema que afectaba a la denominada tercera edad: la falta de atención médica y social por parte de sus obras sociales de origen.

En el año 2002 la ley de creación N° 19032 es modificada por la Ley N° 25.615, estableciendo conceptos fundamentales que otorgan marco normativo al cambio que el Instituto comenzaría a efectivizar recién a partir del año 2004.

Esta modificación le otorga la particularidad de brindar prestaciones tanto sanitarias como sociales.



La acción del Instituto queda sometida al contralor de la Sindicatura General del Instituto que se instituye en su seno como órgano normativo, de supervisión y coordinación, quedando su auditoría externa a la Auditoría General de la Nación.

El PAMI es un organismo descentralizado, sobre cuyos ingresos, dada la intervención, tiene capacidad de administración el Estado Nacional, con el solo contralor presupuestario de la Auditoría General de Nación.

Actualmente los beneficiarios del PAMI son jubilados, pensionados, discapacitados, veteranos de guerra, mayores de 70 años y familiares a cargo, etc. a los que se han sumado recientemente una gran cantidad que no habiendo efectuado aportes a lo largo de su vida han sido incorporados al padrón.

Entre sus objetivos están la prestación de servicios médico asistenciales, servicios de promoción y asistencia social, promoción cultural, recreación y turismo. No responde al PMO, ni a otras normativas (se excluye por ejemplo de la Ley Nº 25.649/02, referida a la prescripción de medicamentos por su nombre genérico o DCI, que debiera cumplir por tratarse de un organismo incorporado al presupuesto nacional e intervenido por el Estado frente a una Ley de orden Nacional) y que si alcanza a las Obras Sociales Nacionales.

El PAMI cuenta además con algunos pocos efectores propios (el I y II de Rosario y el Hospital Francés, así como seis geriátricos).

Si bien las prestaciones de las personas afiliadas al PAMI son ya de por sí de alto costo por el perfil epidemiológico y características de la población, la respuesta solo satisface a los que no pueden acceder a otra forma de seguro, o a los que dada su asimetría de información no piensan que podría ser mejor.

Se estima que los afiliados de mayores ingresos (y que alcanzan a un 15% del total), tienen una doble cobertura a través de un seguro privado que les supone mejor atención. Así es que mantienen en estos casos el PAMI para proveerse de medicamentos ya que los obtienen de forma prácticamente gratuita.

🚩 **Otros seguros sociales:** incluyen a las obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, que incluso cuentan con establecimientos asistenciales propios y delegaciones en el interior del país que contratan servicios con prestadores locales:



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

ejército (IOSE), Fuerza Aérea, de la Marina (OSPN), de la Gendarmería y Prefectura Naval, y de la Policía Federal.

También y muy especialmente, podemos mencionar a las Obras Sociales Universitarias, distribuidas en todo el país.

En Mendoza, la Obra Social del personal docente y no docente de la Universidad Nacional de Cuyo es el Departamento de Asistencia Médico Social Universitaria (DAMSU). Creado por Ordenanza N° 2 de 1951, y dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas<sup>16</sup>.

Desde su creación, este Departamento sucedía al “Servicio Médico Universitario” con el objetivo primordial de ofrecer a la población universitaria la prestación de una asistencia médico social integral, a llevarse a cabo en el Hospital Escuela de la Facultad de Medicina, recientemente creada.

Recién el 2 de mayo de 1953, se iniciaba en forma efectiva el funcionamiento de DAMSU, fecha que se conmemora como su real nacimiento.

En Octubre de 1963, el Consejo Superior de la Universidad Nacional de Cuyo, decide separar a DAMSU del Departamento de Sanidad Universitaria (Art. 1 Ordenanza N° 7 /63), por entender que se trata de dos organismos con desempeño distinto de funciones y cada uno con finalidades específicas.

Esta nueva situación, instaura por normativa la representación colegiada, mediante el sistema democrático, a través de una Comisión integrada por tres afiliados que representen a profesores universitarios y profesores secundarios (1) escuelas superiores (1) y personal no docente (1). Además un médico y un contador público, quien actuará como presidente, se establece el objeto y las funciones de la Comisión con 5 puntos, y se menciona la figura del vice- presidente y los consultores del Director.

En mayo de 1965, por Ordenanza 17, el Consejo superior aprueba al DAMSU como organismo autónomo, con asiento en Cuyo, sede central en la ciudad de Mendoza y Delegaciones en San Juan y San Luis. Especifica los fines, la capacidad jurídica y establece la forma de Dirección y Administración con la figura del Directorio, ampliando la representación con un Director General (por tres años), designado mediante concurso de méritos y antecedentes, y acompañado por 9 Directores

---

<sup>16</sup> Historia de DAMSU. En: [www.damsu.uncu.edu.ar](http://www.damsu.uncu.edu.ar)



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

Titulares (con voz y voto) y 9 Suplentes (con voz y sin voto), figuras que deben cumplir con requisitos muy precisos, tanto en sus capacidades como en la permanencia de la representación, estableciendo las atribuciones del Directorio, facultades y obligaciones, que en su mayoría hoy están vigentes.

La ampliación en las prestaciones asistenciales ha sido una impronta sostenida en DAMSU.

El DAMSU tiene a su cargo la aplicación de los servicios de asistencia médica integral para funcionarios, personal docente, empleados, obreros y estudiantes de la UNCuyo.

El Hospital Universitario trabaja en convenio con dos obras sociales Universitarias: DAMSU y DASUTEN. Siendo DAMSU su principal fuente de ingresos.

Sin embargo hay que destacar que no existe un trabajo asistencial articulado entre las instituciones. Tanto el Hospital Universitario como DAMSU son organismos que pertenecen a la Universidad Nacional de Cuyo y comparten el objetivo de prestar atención médica a la comunidad universitaria, sin embargo cada una lo realiza de manera aislada sin lograr mostrarse ante sus públicos como una unidad.

En el marco de otros seguros sociales, se encuentran también las Obras Sociales legislativas que agrupan a empleados, legisladores y jubilados por el mismo sistema.

Y finalmente podemos mencionar al PROFE (Programa Federal) que asiste a cerca de 400.000 beneficiarios por discapacidades, madres de más de 7 hijos, etc. y que fueron otorgadas como pensiones graciables nacionales por los legisladores. Son asistidos en cada Jurisdicción por convenio entre el Ministerio de Salud y la misma. (Ministerio de Salud. PROFÉ, 2012).

### **2.3.3 Subsector Privado**

Es muy heterogéneo porque incorpora mutuales (consideradas entidades sin fines de lucro), seguros de medicina prepaga y una multiplicidad de instituciones sanitarias prestadoras que para su subsistencia desarrollan planes de aseguramiento privado,



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

que ofrecen en especial mejoras en el confort, para la población de mayores recursos del ámbito local.

Cubre a dos grupos: a) los que acceden a través del pago directo de la prima y b) los corporativos a través de empresas o convenios con Obras Sociales Nacionales.

Su actividad se encuadra en la tipología de contratos entre privados y sus precios son acordados con la Secretaría de Comercio del Ministerio de Economía. La relación con el Ministerio de Salud es a los efectos de información epidemiológica, enfermedades de notificación obligatoria, etc. y ahora la dependencia formal que establece la Ley N° 26.682 (Ley que regula la Medicina Pre-paga).

Se encuentran agrupadas en la **Asociación de Entidades de Medicina Privada (ADEMP)**, que se constituyó el 28 de mayo de 1981 y registra a las entidades del sector.

## 2.4 Algunas problemáticas del sistema de salud argentino

Un rasgo importante del sistema local es la falta de coordinación y de políticas conjuntas de los sectores que lo integran.

El sistema adolece de enormes deficiencias, dadas por las características propias del mismo, entre las que se puede incluir:

- La existencia de múltiples formas de limitaciones en el acceso, dado que el mismo depende de la capacidad de pago de la población.
- Está integrado por una innumerable cantidad de instituciones financiadoras y prestadoras que permiten “doble cobertura”.
- Distorsión geográfica, dada por la existencia de profundas desigualdades en el sistema de salud de las distintas provincias, en donde los centros de mayor complejidad y perspectivas de mercado concentran el mayor número de servicios profesionales, capacidad y calidad técnica; mientras otras regiones no cuentan ni siquiera con servicios elementales. Dicha situación produce también distorsión tecnológica y de recursos humanos en términos de cantidad y calidad.



- Distorsión de la oferta, ya que es mayor donde menos se la necesita y carente donde más carencia de incentivos acordes al cumplimiento de objetivos y metas, lo cual conduce a una creciente pérdida de calidad en la oferta de servicios médicos; y por otro lado se observa un cambio de perfil de la demanda que se ha vuelto más exigente y demandante.
- Insuficiencia del financiamiento público aportado ante recursos escasos y necesidades crecientes.
- Incorporación sin criterios de la tecnología, sin evaluación previa que lleva a incorporar tecnologías y otros recursos sin conocer su pertinencia, su consistencia con protocolos médicos reconocidos y suficiente aval de evidencia científica.
- Relación entre gasto público vs. gasto privado que deja a muchos librados a sus propios recursos y posibilidades, cada vez más alejadas de la realidad dado los costos crecientes del sistema; todo lo cual introduce una gran inequidad, permitiendo la aparición de múltiples grupos de interés.
- Doble o triple afiliaciones, coberturas parciales e insuficientes, que incorporan mayores costos sin mejores prestaciones.
- Problemas en la formación de profesionales de la salud en Argentina, dados entre otras cosas por una expansión importante de la oferta sobre todo de instituciones privadas con creación de carreras sin estudios adecuados que avalen su necesidad o su calidad, falta de políticas de promoción de determinadas carreras de interés estratégico, enfermería por ejemplo, y persistencia de planes de estudio tradicionales desarticulados de las cambiantes necesidades sociales<sup>17</sup>.

## 2.5 Principales intentos de reforma del sistema de salud argentino

Cuando hablamos de reformas, en éste trabajo, nos centramos en reformas estructurales, es decir, a aquellas que posibilitan cambios en las relaciones

---

<sup>17</sup> ABRAMZÓN, M. Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004. Primera edición. OPS, 2005



institucionales, las estructuras, la organización, la administración, el financiamiento y el papel de los diferentes actores y sus roles dentro del sistema. Así como aquellas que han mejorado la capacidad de respuesta del mismo, lo han hecho más eficiente y como resultado se han obtenido mejores resultados sanitarios y logrado una mejora en la calidad de vida de la gente.

Históricamente se puede verificar que, si bien existieron algunos intentos de reforma cargado de buenas intenciones, la mayoría quedó truncada por la existencia de múltiples obstáculos y actores que solo persiguen intereses particulares y por la carencia de una fuerte demanda social que reclame dichos cambios necesarios para mejorar la eficiencia de un sistema fuertemente fragmentado e ineficiente.

En el cuadro que se incorpora a continuación, se mencionan los principales intentos de reformas del sistema de salud y sus principales impulsores (Figueira Lima 2012, págs. 96 a 119):

<b>Año</b>	<b>Impulsor</b>	<b>Propuesta</b>	<b>Características</b>	<b>Actores</b>
1951	Dr. Ramón Carrillo	Implantar el seguro de enfermedad	Participación tripartita del empleado, empleador y el Estado. Objetivo: integración del sistema	Sindicalistas Poder político
1964	Dr. Arturo Oñativía	Ley de Medicamentos (N° 16462 y 16463)	Daba a los medicamentos un carácter de "bien social" y reglamentaba un estricto control de precios sobre la demanda de los mismos	Industria Farmacéutica Sindicatos
1973	Dr. D. Liotta	Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	Unificar el sector público e integrarlo con la seguridad social. Exigía: profesionales full time con bloqueo de título; adm. colegiada por Consejos en las pcias y financiamiento coparticipado entre Nación y Pcias. Un mismo sistema para aquellos que no tenían seguro, obras sociales estatales e institutos	Sindicatos Corporaciones médicas
1985	Dr. Aldo Neri	Seguro Nacional de Salud	Universalizar cobertura del sistema público estatal dentro de un esquema de Obras Sociales Nacionales	Sindicatos CGT Corporaciones Médicas Industria Farmacéutica



Si bien se puede observar que los principales actores que intervinieron a lo largo de la historia, frustrando los intentos de reforma, fueron los sindicatos, ellos no fueron los únicos, también se encuentran los ministros, legisladores, gestores de contratos e intermediarios de prestaciones y convenios, los que prestan servicios terciarizados por el Estado, los proveedores de tecnología médica, las organizaciones corporativas profesionales, los prestadores monopólicos que imponen condiciones sobre todo a las provincias y los gobernantes de las mismas que tienen la función delegada.

Todos ellos forman parte del entramado tejido para que nada cambie.

Por otra parte es importante mencionar que en la década de los 90 las relaciones entre el Estado y la sociedad argentina se transformaron profundamente a través de cuatro procesos centrales: las privatizaciones, la desregulación, la descentralización y la focalización. (Perrone, N. & Tixidó, L. *Ibíd.*, 2007: 40).

En el sector salud, las propuestas más importantes fueron:

- Evitar los subsidios cruzados de los hospitales públicos a las obras sociales, a través de la figura de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD), habilitando el recupero de los costos y cobro de los primeros a las segundas, de aquellos afiliados que fueran asistidos en los mismos.
- Se completó la transferencia de los hospitales a las jurisdicciones provinciales, lo que constituyó una mayor carga financiera para las provincias. (Perrone, N & Teixidó, L, 2007 pág. 40).
- En el área de la Seguridad Social Nacional se creó la Superintendencia de Servicios de Salud como organismo dependiente del Ministerio de Salud de la Nación pero con alcance regulatorio sobre las Obras Sociales Nacionales. También se lleva adelante la “opción de cambio” de las Obras Sociales (en el lapso de 7 años casi el 50% del padrón de beneficiarios había ejercido la opción de cambio de Obra Social)
- Se estableció el Plan Médico Obligatorio (PMO)
- Pero el aspecto más importante fueron las estrategias adoptadas por las Obras Sociales Nacionales para sobrevivir ante la implementación de la “opción de cambio”, logrando algunas ser gananciosas de afiliados a costa de otras que resultaron perdidosas, en general mediante acuerdos con seguros privados, como también algunas mejorando efectivamente la gestión y las prestaciones.



- Regulación de los seguros de medicina prepaga, tomando injerencia en contratos entre privados.
- En el año 2002 se anunciaron muchos programas para afrontar una profunda crisis: el Programa de maternidad e infancia se transformó en el PROMIN y este en el Plan Nacer; se estableció el PMOE que alcanzó a las Obras Sociales Nacionales, el Programa de Formación y Capacitación de Médicos Comunitarios, la Ley del Donante Presunto, se planteó política de medicamentos que incluía el financiamiento selectivo, la prescripción de medicamentos por su Denominación Común Internacional (Ley N° 25.649) y el Plan Remediar. El Decreto de Necesidad y Urgencia N° 486/02 estableció la Emergencia Sanitaria Nacional.
- En el año 2004 aparece el **Plan Federal de Salud** que se define a corto plazo para el periodo 2004-2007 y a largo plazo para el año 2015. Dicho Plan comenzaba describiendo las falencias existentes en dicho periodo<sup>18</sup>: cobertura desigual, indefinición del modelo prestacional, fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos, escasos recursos asignados a prevención primaria, falta de planificación de recursos humanos, falta de regulación de tecnologías, inequidades entre jurisdicciones interprovinciales, baja capacidad de rectoría, entre otras.

El Plan Federal de Salud planteaba tres ejes de trabajo:

- Búsqueda de equidad en el acceso y financiamiento de salud
- Fortalecimiento de la estrategia de APS. Programa Remediar: un incentivo directo sobre la población para conducir la demanda hacia los centros de Atención Primaria en lugar de hacia los hospitales.
- Incorporar un esquema progresivamente regulado de seguros de salud.

Sus herramientas se agrupaban en tres modelos

- 1) Modelo de atención: país organizado en regiones compuestas por grupos de provincias. En cada región se programaban redes de servicios de gestión pública y privada, en vistas a cubrir las necesidades de una población a cargo. Los distintos componentes de las redes se organizaban por niveles de

---

<sup>18</sup> Ojea, O. y colaboradores. Seminario de Análisis del Plan Federal de Salud. Cátedra de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas-UNLP. La Plata 2006



atención, mientras que los efectores integraban una red de servicios según su capacidad de resolución.

- 2) Modelo de gestión: se basaba en el ejercicio de la rectoría y regulación por parte del Ministerio de Salud de la Nación y de los ministerios provinciales. Los acuerdos de gestión para ofrecer cobertura y servicios a poblaciones a cargo con metas explícitas de cumplimiento y sistema de monitoreo y evaluación, incluirían apoyos financieros y sistemas de incentivos de premios.
- 3) Modelo de financiación: se financiarían con fondos específicos los tratamientos de enfermedades catastróficas o especiales, con una asignación, de cápita ajustada según riesgo a los agentes de los seguros de salud con incentivos por sus logros de impacto.

Pero puede decirse que una de las ideas fundamentales de la década, fue que los intentos de reformas comenzaran desde las provincias y es en este punto donde me parece necesario hacer una breve mención del caso de Mendoza<sup>19</sup>, ya que uno de los propósitos del presente trabajo de tesis es analizar las implicancias de los fracasos en los intentos de reformas del sistema de salud argentino en la actual situación del Hospital Universitario de la UNCuyo que se encuentra en nuestra provincia.

## **MENDOZA:**

Tomando como referencia los datos estadísticos, se observa que el sistema de salud de la Provincia cuenta con 22 hospitales, 350 centros de salud y un servicio de emergencias coordinado.

En Mendoza coexisten varios subsistemas financiadores. Esta diversidad se expresa en la presencia de desigualdades en cobertura, accesibilidad y en la calidad de las prestaciones que reciben los ciudadanos según el tipo de aseguramiento que poseen y el lugar donde viven (aún entre los que comparten una misma cobertura).

Hay una cantidad de subsidios cruzados, generalmente en perjuicio de los organismos provinciales, tanto del Estado propiamente dicho, como así también del Ministerio de Salud y de las Obras Sociales.



A partir de 1990 se comenzó a impulsar un proceso de autonomía de los principales hospitales provinciales.

Por medio de la Ley Provincial N° 6015 del año 1992, en Mendoza se estableció un nuevo modelo de gestión hospitalaria diferente entre la administración central y cada hospital. En el marco de esta norma se descentralizaron los cuatro hospitales de alta complejidad: Central y Lagomaggiore (Capital), Notti (Guaymallén) y Schestakow (San Rafael), que a partir de ese momento tuvieron plena capacidad de personas jurídicas, considerándose “entes autárquicos”. Estos hospitales representaban entonces más del 60% de las erogaciones del presupuesto en salud.

A través del Decreto N° 1135 de 1996 se descentralizaron 6 hospitales más: Diego Paroissien (Maipú), Carlos Pereyra, El Sauce, Scaravelli (Tunuyán), Perrupato (San Martín) y Gral. Alvear. Finalmente, en 1997 se descentralizaron los hospitales Saporiti, Eugenio Bustos, Gregorio Las Heras y el de Malargüe, también de mediana complejidad.

Así, hacia finales de los noventa, 14 de los 22 hospitales provinciales estaban descentralizados. En los hospitales descentralizados, la conducción quedó en manos de un Directorio.

El Hospital Universitario también se encuentra inscripto en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, desde junio de 2011, mediante Resolución Secretarial N° 123.

En tanto organismos descentralizados, los establecimientos tienen capacidad para realizar convenios con entidades de la seguridad social, complementar sus servicios con otros establecimientos públicos o privados, diseñar su propio presupuesto de acuerdo con sus necesidades, utilizar el presupuesto para gastos corrientes, realizar sus licitaciones, facturar y cobrar a la seguridad social, siendo el Tribunal de Cuentas provincial el que ejerce el control correspondiente.

---

<sup>19</sup> REPETTO, F. Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Año 2001, documento 55. Págs. 62 a 67



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

### **CAPÍTULO III: EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA UNCuyo**

Por definición un hospital universitario integra en su identidad dos aspectos centrales del desarrollo de la sociedad: la educación y la salud, los que son altamente desatendidos hace ya varias décadas Argentina. Históricamente, educación y salud han sufrido serios problemas económicos y de desarticulación, entre otras cosas porque la asignación de recursos a los mismos, lejos de ser considerada como una inversión, ha sido entendida por el Estado como un gasto.

En el área de la salud, como hemos visto anteriormente, se observan importantes fallas derivadas de la sobreoferta de obras sociales y la baja calidad de sus servicios, de la carencia de un sistema de seguridad social firme y confiable, las malas gestiones de las autoridades de turno y la corrupción que impera en la estructura socioeconómica del país.

La crisis económica, política y financiera del año 2001 tuvo como consecuencias el cierre de numerosas empresas, bancos, entidades financieras, hospitales y clínicas, así como también el quiebre de numerosos actores económicos y financieros. La Obra Social Ferroviaria (OSFE), a cargo del Hospital Ferroviario de Mendoza cierra sus puertas en abril de 2002.

La Universidad Nacional de Cuyo tomó posesión del ex Hospital Ferroviario de Mendoza al firmarse la escritura de transferencia por parte de la Obra Social Ferroviaria (OSFE), durante un acto presidido por el gobernador de la provincia, Julio César Cobos, y la rectora de la UNCuyo, María Victoria Gómez de Erice en el 2004, luego de 2 años de gestiones desde que se comenzó a tramitar la iniciativa, ya que fue necesario destrabar todas las dificultades del ex Ferroviario, que se encontraba en convocatoria de acreedores y el inmueble se encontraba abandonado.



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

En este capítulo se analizará brevemente la etapa de implementación ambulatoria del Hospital Universitario y se mencionaran los principales inconvenientes para la puesta en marcha de la segunda etapa del proyecto: internación/quirófanos.

### 3.1 Hospitales Universitarios actuales

Los hospitales actuales que dependen de las Universidades Nacionales con jurisdicción Nacional públicos en Argentina son:

#### 1. Universidad de Buenos Aires: (UBA). Cuenta con tres Hospitales Universitarios

- **Hospital de Clínicas “General José de San Martín”**, es el más antiguo, la construcción del establecimiento se comenzó durante la gobernación de Carlos Tejedor, como sugerencia de la Academia Nacional de Medicina y fue finalizada en noviembre de 1879.
- **Instituto de Investigaciones Médicas “Alfredo Lanari”** este Instituto fue el primer hospital en contar con Laboratorios de Investigación, con una biblioteca que funcionaba en horario completo y fue también el primer hospital con casi un 100% de autopsias. se crea en 1957
- **Instituto de Oncología “Angel Roffo”** Fue inaugurado en 1922, con el nombre de Instituto de Medicina Experimental para el Estudio y Tratamiento del Cáncer. Fue la respuesta de la Academia Nacional de Medicina a la propuesta del Dr. Daniel Cranwell y a la presentación de un bien documentado trabajo del Dr. Ángel Honorio Roffo, joven médico con sólida formación anatomopatológica y clínica.

#### 2. Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Cuenta con dos Hospitales Universitarios:

- **El Hospital Nacional de Clínicas** es el hospital-escuela de la Facultad de Ciencias Médicas. Inaugurada en 1913, esta institución polivalente de alta complejidad lleva adelante tareas docentes, de investigación y de asistencia.



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

- **Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología**, fundado en 1932. Dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC y conocido popularmente como "Maternidad Nacional",

### 3. Universidad Nacional de la Rioja (UNLaR): cuenta con un hospital:

- **Hospital Escuela y de Clínicas “Virgen María de Fátima**: inaugurado el día 20 de Octubre de 2007- se erige como el único Nosocomio Universitario Regional que se adecua a los Protocolos y Estándares Nacionales e Internacionales en materia de Arquitectura Hospitalaria.

### 4. Universidad Nacional de Rosario (UNR):

- Se está rediseñando un nuevo modelo de organización integrado de Hospital Universitario entre la UNR y el Ministerio de Salud de la provincia, para efectuar un nuevo convenio para la creación del Hospital Universitario Ros conformado por el Hospital Centenario, el Hospital Provincial Eva Perón y el Centro “Agudo Ávila.

### 5. Universidad Nacional de Cuyo (UNCuyo): cuenta con un hospital universitario

- **Hospital Universitario** creado por ordenanza 70 del Consejo Superior de la Universidad Nacional de Cuyo. El 20 de diciembre de 2010 se inauguró la primera etapa de este emprendimiento: consultorios externos, laboratorio y un destacado servicio de Diagnóstico por Imágenes.



### 3.2 Normativas de aplicación

**Las Universidades Nacionales** son entidades autónomas y autárquicas, en los términos del Inciso 19 del artículo 75 de la Constitución Nacional, que establece:

*“Art. 75: Corresponde al Congreso:...Inciso 19: Sancionar leyes de organización y de base de la educación que consoliden la unidad nacional respetando las particularidades provinciales y locales; que aseguren la responsabilidad indelegable del Estado, la participación de la familia y la sociedad, la promoción de los valores democráticos y la igualdad de oportunidades y posibilidades sin discriminación alguna; y que garanticen los principios de gratuidad y equidad de la educación pública estatal y la autonomía y autarquía de las universidades nacionales.”*

La Ley 24.521 de Educación Superior completa la descripción del estatus jurídico de las Universidades Nacionales en su CAPITULO 4 - De las instituciones universitarias nacionales -Sección 1 -Creación y bases organizativas - ARTICULO 48 cuando establece: **“Las instituciones universitarias nacionales son personas jurídicas de derecho público, que solo pueden crearse por ley de la Nación, con previsión del crédito presupuestario correspondiente y en base a un estudio de factibilidad que avale la iniciativa. El cese de tales instituciones se hará también por ley. Tanto la creación como el cierre requerirán informe previo del Consejo Interuniversitario Nacional.”**

**Su sostenimiento y régimen económico financiero** está normado por la Sección 3 del capítulo de la ley citado precedentemente, que prescribe:

*“ARTICULO 58. — Corresponde al Estado nacional asegurar el aporte financiero para el sostenimiento de las instituciones universitarias nacionales que garantice su normal funcionamiento desarrollo y cumplimiento de sus fines. Para la distribución de ese aporte entre las mismas se tendrán especialmente en cuenta indicadores de eficiencia y equidad. En ningún caso podrá disminuirse el aporte del Tesoro nacional como contrapartida de la generación de recursos complementarios por parte de las instituciones universitarias nacionales.”*



“ARTICULO 59. — *Las instituciones universitarias nacionales tienen autarquía económico-financiera que ejercerán dentro del régimen de la ley 24.156 de Administración Financiera y Sistemas de Control del Sector Público Nacional. En ese marco corresponde a dichas instituciones: a) Administrar su patrimonio y aprobar su presupuesto. Los recursos no utilizados al cierre de cada ejercicio se transferirán automáticamente al siguiente; b) Fijar su régimen salarial y de administración de personal; c) Podrán dictar normas relativas a la generación de recursos adicionales a los aportes del Tesoro nacional, mediante la venta de bienes, productos, derechos o servicios, subsidios, contribuciones, herencias, derechos o tasas por los servicios que presten, así como todo otro recurso que pudiera corresponderles por cualquier título o actividad. Los recursos adicionales que provinieren de contribuciones o tasas por los estudios de grado, deberán destinarse prioritariamente a becas, préstamos, subsidios o créditos u otro tipo de ayuda estudiantil y apoyo didáctico; estos recursos adicionales no podrán utilizarse para financiar gastos corrientes. Los sistemas de becas, préstamos u otro tipo de ayuda estarán fundamentalmente destinados a aquellos estudiantes que demuestren aptitud suficiente y respondan adecuadamente a las exigencias académicas de la institución y que por razones económicas no pudieran acceder o continuar los estudios universitarios, de forma tal que nadie se vea imposibilitado por ese motivo de cursar tales estudios; d) Garantizar el normal desenvolvimiento de sus unidades asistenciales, asegurándoles el manejo descentralizado de los fondos que ellas generen, con acuerdo a las normas que dicten sus Consejos Superiores y a la legislación vigente; e) Constituir personas jurídicas de derecho público o privado, o participar en ellas, no requiriéndose adoptar una forma jurídica diferente para acceder a los beneficios de la ley 23.877; f) Aplicar el régimen general de contrataciones, de responsabilidad patrimonial y de gestión de bienes reales, con las excepciones que establezca la reglamentación. **El rector y los miembros del Consejo Superior de las instituciones universitarias nacionales serán responsables de su administración según su participación, debiendo responder en los términos y con los alcances previstos en los artículos 130 y 131 de la ley 24.156. En ningún caso el Estado nacional responderá por las obligaciones asumidas por las instituciones universitarias que importen un perjuicio para el Tesoro nacional.**”*

“ARTICULO 60. — *Las instituciones universitarias nacionales podrán promover la constitución de fundaciones, sociedades u otras formas de asociación civil, destinada a apoyar su labor, a facilitar las relaciones con el medio, a dar respuesta a sus necesidades y a promover las condiciones necesarias para el cumplimiento de sus fines y objetivos.*”

“ARTICULO 61. — *El Congreso Nacional debe disponer de la partida presupuestaria anual correspondiente al nivel de educación de superior, de un porcentaje que será destinado a becas y subsidios en ese nivel.*”



### 3.3 El Hospital Universitario de la UNCuyo: un nuevo modelo de servicio para la región

El Hospital Universitario (HU) es un organismo **desconcentrado**<sup>20</sup> de la Universidad Nacional de Cuyo, con dependencia jerárquica directa del Rectorado de la Universidad, el cual tiene a su cargo el control de legitimidad sobre sus actos.

Funciona de acuerdo con las disposiciones contenidas en el Estatuto de la Universidad, en la Ordenanza 70/2010-CS y en las demás Ordenanzas que dicte el Consejo Superior.

**El Hospital Universitario se creó teniendo en cuenta los siguientes lineamientos**<sup>21</sup>:

#### ➤ **VISIÓN**

Construir un **ámbito académico asistencial**, destinado a la salud de la población y a la formación de profesionales, **centrado en la persona** desde una perspectiva integral, familiar y comunitaria; a través de un abordaje **interdisciplinario** con rigurosidad científica; sobre la base de **valores principios de ética y calidad**, inserto en el sistema de salud.

#### ➤ **MISIÓN**

Ser un **centro de referencia** de Servicios de Salud, de **formación profesional humanizada** y **de investigación aplicada**, que ofrezca prestaciones acordes a las más adecuadas tecnologías sanitarias, de educación y de gestión que **integre la docencia y asistencia**, orientada a la formación de saberes, valores y habilidades;

---

<sup>20</sup> La desconcentración es una técnica administrativa que consiste en traspasar la titularidad y el ejercicio de una competencia que las normas atribuyen como propia de un órgano administrativo a otro órgano de la misma administración pública del que dependa por jerarquía.

<sup>21</sup> Ordenanza N° 70/2010-CS. Anexo II Principios Fundantes y Filosóficos.



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

asimismo **ser centro de referencia para la comunidad** en actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

### ➤ VALORES Y PRINCIPIOS RECTORES

*Valores:* Solidaridad – Libertad- Respeto por el otro -Relación interpersonal que priorice un trato humanizado -Compromiso – Igualdad Honestidad – Generosidad – Lealtad Bondad – Justicia – Autenticidad.

*Principios rectores:* Trazabilidad – eficiencia, eficacia, efectividad – integración – intersectorialidad – interdisciplinariedad – autoevaluación – mejora continua (capacitación) transparencia en la gestión -sentido de pertenencia.

### ➤ OBJETIVOS

#### 1) Asistencial

Ofrecer una atención diferenciada basada en la humanización y que responda a criterios de calidad, eficacia y eficiencia, a través de la integración de equipos interdisciplinarios.

#### 2) Docentes

Favorecer la formación de pregrado, grado y posgrado, que facilite la integración de los contenidos teóricos en la práctica el desarrollo de las competencias requeridas por las distintas disciplinas.

Contribuir a la formación de profesionales sensibles a las necesidades de salud de las personas, las que serán consideradas como un todo integral en sus aspectos biológicos, históricos, culturales, psicológicos, familiares, laborales, económicos y comunitarios. Estos profesionales se capacitarán además para integrar equipos que aborden la resolución de los problemas, respetando la realidad existencial de las personas.



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

### 3) Investigación

**Desarrollar un campo de investigación interdisciplinaria** con capacidad de generar su propia información dirigida al abordaje de problemas epidemiológicos, de investigación clínica y de gestión sanitaria.

### 4) Extensión

Constituir un centro de referencia que facilite la consulta e intercambio de los más destacados especialistas de la UNCuyo con otros centros asistenciales provinciales, nacionales e internacionales.

Fomentar el desarrollo de programas de educación en salud para la comunidad.

Realizar la articulación con la red del Sistema de Salud.

#### ➤ **GOBIERNO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO:**

La Administración del Hospital está a cargo de los siguientes órganos: Junta Directiva y Dirección General.

*Junta Directiva:*

- Es el órgano máximo del Hospital y está integrada por un Presidente y seis

vocales. El cargo de Presidente es ejercido por el Director General y sus vocales son: el Director asistencial, el Director de Gestión Administrativa, el Director de Tecnología Biomédica, el Director Académico, un representante del personal técnico o de enfermería y un representante del personal de apoyo académico, quienes ejercen estas funciones por extensión de sus respectivos cargos.

*Dirección General:* Ejercida por un Director General, tiene a su cargo la conducción administrativa, técnica, sanitaria, académica, de investigación y económico financiera de la institución; articulando sus actividades con la red de salud, procurando brindar un



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

servicio de calidad acorde a las necesidades de la comunidad y en función de sus disponibilidades presupuestarias. De la Dirección General dependen los restantes directores del Hospital y el personal del mismo.

*Comité Consultivo:* Es el nexo de comunicación entre el Hospital y las autoridades superiores de la Universidad con el fin de supervisar la buena marcha de la institución.

- Debe mantener informado al Rectorado respecto de los asuntos estratégicos del

Hospital Universitario y emitir un informe cada vez que el Consejo Superior, el Rectorado, la Junta Directiva o el Director General se lo soliciten. Asimismo, debe emitir un informe sobre las pautas de política arancelaria que establezca la Junta Directiva y un informe anual previo a la aprobación del presupuesto y de la rendición de cuentas.

*Asesoría Jurídica:* Las personas que conforman este equipo son designados por el Rector a propuesta del Director General.

### **3.4 Breve análisis de la Primera Etapa de Implementación**

El Hospital Universitario, es definido en un nivel de complejidad 2 de acuerdo a la normativa de la Resolución 318/2001 del Ministerio de Salud de la Nación.

Es un centro asistencial que integra gestión, asistencia, docencia e investigación conformando un modelo integral sustentado en una estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

El trabajo dentro de la Institución busca cumplir con los criterios de la APS de la siguiente manera:

- **Integralidad:** El Hospital Universitario se propone como objetivo el alivio del sufrimiento cotidiano de las personas (demanda) y todos los aspectos de la prevención de enfermedades y de promoción de la salud, teniendo en cuenta



que el objetivo final de la APS no es la erradicación de enfermedades determinadas sino la mejora del estado de salud de los individuos y de las comunidades. Resolver situaciones de patologías determinadas son medios para mejorar la calidad de vida cotidiana y de ese modo contribuir a una mayor autonomía personal y a una mejor participación en la vida familiar y social.

- Equidad: El Hospital Universitario promueve el acceso de grupos vulnerables de la comunidad universitaria y regional a los servicios de salud, a la atención médica curativa y preventiva, las actividades de promoción sanitaria o de rehabilitación, con el objetivo de incidir en la mejora de sus condiciones de vida personal y comunitaria.
- Participación: La expectativa de trabajo del Hospital Universitario apunta a que los individuos, y fundamentalmente la comunidad universitaria se hagan cargo de sus situaciones de salud y de enfermedad.
- Eficacia y costo: El Hospital Universitario se plantea el uso de “...*tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptados,...* a un costo que... puedan soportar en todas y cada una de las etapas<sup>22</sup>...”. La eficacia de las intervenciones se sostiene en la organización y el trabajo en equipo, centrado en quién consulta, con evaluación de las prácticas. La evaluación tradicional de eficacia y costo de las intervenciones médicas o sanitarias abordan aspectos limitados de esas intervenciones, a partir de indicadores cuantitativos predeterminados. En el Hospital Universitario se utilizan esos indicadores convencionales, pero el impacto de las actividades de promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad solo puede medirse a mediano y largo plazo de acuerdo a los objetivos y las metas propuestas por los equipos de trabajo.

En cuanto al modelo se establece la gestión por procesos orientada a la calidad. Se adopta esta metodología que contempla todo el funcionamiento de la organización, en especial el trabajo en equipo, aunando personas de diferentes disciplinas que desarrollan su actividad en diferentes espacios de atención, en aras de lograr un proceso de atención y aprendizaje coherente e integrado.

---

<sup>22</sup> Ordenanza N° 70/2010-CS, anexo IV.



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

De acuerdo a lo establecido en la Ordenanza nº 70/2010-CS el funcionamiento del Hospital Universitario se implementaría en dos etapas: la primera de atención ambulatoria y la segunda de internación.



**PRIMERA ETAPA:**

**Actividad Asistencial**

En la primera etapa el Hospital se está trabajando en la resolución de problemas de salud que puedan ser abordados en forma **ambulatoria**, dirigidos a los siguientes grupos: población materno infantil, adultos, personas con capacidades diferentes, y egresados de la Universidad Nacional de Cuyo.

En esta etapa se habilitaron los siguientes servicios de atención:

<p><b>Medicina Interna:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica Médica,</li> <li>Cardiología,</li> <li>Dermatología,</li> <li>Endocrinología,</li> <li>Gastroenterología,</li> <li>Hematología,</li> <li>Infectología,</li> <li>Nefrología,</li> <li>Neurociencias:</li> <li>Neurología -</li> <li>Psicología -</li> <li>Psiquiatría,</li> <li>Reumatología,</li> <li>Neumonología,</li> <li>Geriatría</li> </ul>	<p><b>Medicina Quirúrgica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica quirúrgica,</li> <li>Traumatología,</li> <li>Otorrinolaringología,</li> <li>Oftalmología,</li> <li>Urología,</li> <li>Anestesiología</li> </ul>	<p><b>Ginecología y Obstetricia</b></p>	<p><b>Pediatría</b></p>	<p><b>Odontología:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endodoncia,</li> <li>Estomatología,</li> <li>Odontopediatría,</li> <li>Odontogeriatría,</li> <li>Periodoncia,</li> <li>Prevención y control de la salud bucal,</li> <li>Cirugía, Ingreso,</li> <li>Derivación y Urgencia (IDU)</li> </ul>
<p><b>Guardia General</b></p>	<p><b>Trabajo Social</b></p>	<p><b>Servicios de Apoyo y Medios Diagnósticos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio de Análisis Clínicos, Diagnóstico por Imágenes,</li> <li>Anatomía Patológica,</li> <li>Farmacia hospitalaria,</li> <li>Diagnóstico,</li> <li>Rehabilitación pedagógica y terapéutica,</li> <li>Enfermería.</li> </ul>	<p><b>Unidad de Admisión (UDA)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• destinada a dar inicio a la Historia Clínica de los pacientes del HU y para brindar consejería en materia de cuidado de la salud y prevención de enfermedades.</li> </ul>	

Se establecieron convenios con diferentes obras sociales y entidades de Medicina Pre-paga como: DAMSU, DASUTEN, OSEP, OSDE, Swis Medical Group, Caja Forense, MEDIFE, y recientemente MEDICUS.



## **Actividad Académica**

En la primera etapa se realiza actividad exclusivamente de **pregrado** y **grado** en todas las carreras detalladas en el modelo académico.

Toda la actividad docente en el Hospital Universitario, se orienta a desarrollar en los alumnos las competencias profesionales definidas para cada carrera.

Respecto de las carreras relacionadas con la asistencia de la salud, la actividad de docencia se cumple con una relación docente/alumno uno a uno que permite una atención personalizada del proceso de aprendizaje. Así se puede cumplir con los objetivos de excelencia docente y respetar la privacidad de los pacientes.

En cuanto a los alumnos de las carreras relacionadas con la gestión institucional se integran desde proyectos académicos a un programa de pasantías supervisadas por docentes tutores de las respectivas disciplinas.

## **Recursos**

El cálculo para la incorporación de los profesionales en las distintas disciplinas de la salud se realizó en un primer momento de acuerdo con las tasas de uso de las distintas especialidades en la Provincia de Mendoza y se fue ajustando de acuerdo con la demanda y las necesidades que se objetivaron una vez que se puso en funcionamiento el Hospital.

Los profesionales convocados para la función docente asistencial fueron designados en un cargo del escalafón universitario y pertenecen a la planta de personal del Hospital.

El personal administrativo y de mantenimiento se incorporó a la planta de personal del Hospital, encuadrados en el escalafón vigente en la Universidad, a partir de concursos para personal de planta temporaria, en el Agrupamiento Administrativo y Agrupamiento Mantenimiento y Producción de la Universidad Nacional de Cuyo, Categoría 7 y categoría 5, según corresponde de acuerdo al Decreto 366/06.

El Proyecto de incorporación de Recursos Humanos al Hospital Universitario de Mendoza contempló que el personal asistencial, se seleccionó mediante la presentación de proyectos para los respectivos equipos. Estos proyectos debían



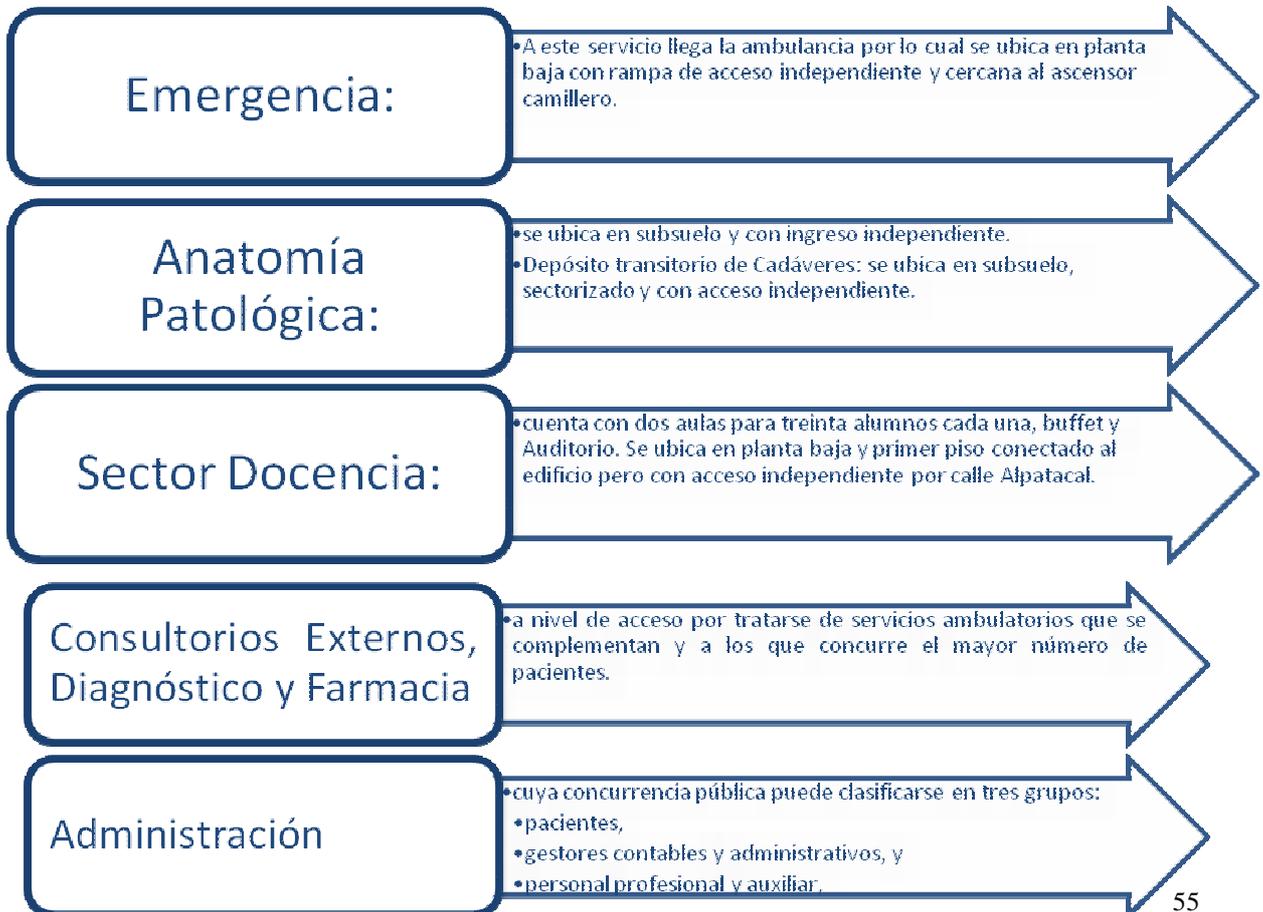
involucrar un cronograma que demostrara cómo será ejecutada la distribución horaria exigida.

Del 100% de las horas contratadas por profesional, las horas asistenciales representan el 80% del total. El 20 % de tiempo restante se debe liberar para ser destinado a docencia, investigación y capacitación en el Hospital Universitario.

**Recursos Físicos**

La Universidad dispuso para este proyecto del edificio adquirido a la Obra Social Ferroviaria, ubicado en la Sexta Sección de la Ciudad Capital de Mendoza, en calle Paso de los Andes 3051. Con el objeto de acondicionarlo a los requerimientos del Código Urbano y Edificación de la Ciudad de Mendoza, al Código de Construcciones Sismorresistentes de la Provincia de Mendoza, a la Ley Provincial 5532/92 que rige el funcionamiento de los establecimientos destinados a la salud y demás disposiciones vigentes, se ha desarrollado un proyecto de refuncionalización arquitectónica. Se intervino la estructura respondiendo a los criterios actuales en materia sismorresistente.

En la primera etapa, se localizaron los sectores de la siguiente manera:





## Recursos Financieros

La Universidad dispuso para el desarrollo del Hospital Universitario de financiamiento proveniente de:

- El Ministerio de Educación de la Nación, establecidos en la partida destinada a Hospitales Universitarios.
- Recursos presupuestarios propios de la Universidad Nacional de Cuyo, previstos en la partida presupuestaria, correspondiente a Proyecto Hospital Universitario.
- Ingresos genuinos que se generan a partir de las prestaciones de servicios convenidos con Obras sociales, mutualidades y entidades de medicina prepaga.

### 3.5 Una etapa aún inconclusa: internación/quirófanos

En Cuanto al **área Asistencial** se prevé **el Desarrollo del área de maternidad y neonatología** para la atención del parto y el recién nacido en forma integral con internación en un servicio de perinatología centrado en la familia. El Hospital Universitario brindará una atención integral a la embarazada, haciendo especial hincapié en que el parto no sea un momento traumático ni para la madre, el bebé, ni para el núcleo familiar en general. Se tenderá a la atención bajo el modelo de “Maternidad centrada en la Familia” (Parto Humanizado).

El desarrollo de esta área implica disponer de **Terapia Intensiva de adultos y hemodinamia y contar con un servicio de Unidad de Terapia Intensiva Neonatal** (UTI Neonatal) y **Neonatología**, estructurado sobre el mismo precepto de internación breve.

Se prevé también el desarrollo del **área quirúrgica** orientada a la cirugía ambulatoria o cirugías que requieran una corta estadía de internación. Esta etapa requiere de un área de recuperación postquirúrgica.



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

El desarrollo de esta área también implica disponer de **Terapia Intensiva** de Adultos y hemoterapia.

#### **Atención de adultos:**

Se prevé incorporar como procesos diagnósticos y terapéuticos la realización de procedimientos de mayor complejidad, de baja invasividad y alto impacto terapéutico.

Contempla procedimientos por vía endoscopia, estudios y resecciones transluminares, cirugía laparoscópica, cirugía artroscópica, cirugía toracoscópica y cualquier otra técnica de baja invasividad que se desarrolle en el futuro.

Además de incorporar Programas específicos que involucren la modalidad de Hospital de Día y de Atención Domiciliaria.

En cuanto al **área Académica** se busca incorporar la actividad de docencia de posgrado, con la creación de Residencias Médicas, Odontológicas, y de Enfermería, entre otras, y cursos de especialización y maestrías interdisciplinarias en gestión de servicios de salud.

### **3.6 Situación Actual**

#### ➤ **Recursos Humanos:**

El hospital Universitario posee actualmente en su equipo profesional:

- 148 cargos **docentes** con distintas dedicaciones:
  - simple 10 hs semanales
  - semiexclusiva 20 hs semanales
  - exclusiva 40 hs semanales



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

- 46 cargos **personal de apoyo académico**: con distintas categorías pero mayormente se concentran los cargos iniciales categoría 7, y 9 cargos de categoría 5.

➤ **Edificio:**

Cuando el Hospital Universitario abrió sus puertas, el 20 de diciembre del año 2010, se inauguraron las áreas pertenecientes a Planta Baja y Subsuelo, funcionando sólo como Hospital de día.

En **Planta Baja**, con una superficie cubierta de 2.498,95 m<sup>2</sup>, se han localizado los sectores de la siguiente manera:

- Consultorios Externos, Odontología, Servicio de Diagnóstico y Tratamiento (Radiología y Laboratorios) y Farmacia
- Sector Docencia: aulas
- Emergencia

El **Subsuelo**, con una superficie de 1403,35m<sup>2</sup> comprende:

- Administración, sector administrativo contable. y Dirección,
- Depósitos y archivos.
- Áreas de Servicio: grupos sanitarios y vestuarios de personal y enfermeros, sala de máquinas y tableros.
- Terapia para discapacitados y Cámara Gessell.
- Anatomía Patológica: con ingreso independiente.
- Depósito transitorio de Cadáveres: se ubica en subsuelo, sectorizado y con acceso independiente.

Por ejecutar:



El objetivo fundamental es optimizar la sustentabilidad del establecimiento aumentando el número de camas de 60 a 87 camas de internación, 5 camas en terapia intensiva, 3 camas en unidad coronaria y 23 cunas en el sector de neonatología; incorporando, además, habitaciones de internación de una cama y ofreciendo servicios especiales en el área de rehabilitación e integrando las áreas críticas.

**Planta Baja** se proyectó, en el sector Sur del predio, la piscina destinada a hidroterapia, que por razones de bioseguridad fue excluida del interior del edificio (antes proyectada en el 3º piso).

Este sector que contendrá dicha piscina, poseerá una superficie cubierta de 500m<sup>2</sup> y contará con dos piscinas: una de mayor dimensión que la otra, con sus respectivos grupos sanitarios y de vestuarios.

Otra de las cualidades de ubicar esta área en este sector de planta baja, fue la proximidad a la playa de estacionamiento situada hacia el oeste del sector elegido y también la cercanía a la calle Alpatacal en el costado este del predio, lo que facilita el acceso rápido a este sector por ambos frentes, ya que se plantea, teniendo en cuenta la idea de la auto sustentabilidad del Hospital, ofrecer este servicio especial de rehabilitación no solo al paciente interno del hospital, sino la posibilidad de hacer convenios con las distintas clínicas y obras sociales para que ofrezcan este servicio cuando no lo posean.

**Primer nivel:** con una superficie de 2373,24m<sup>2</sup>, ubica el Centro Quirúrgico, organizándose de la siguiente manera:

- En el Sector Norte del edificio, el Centro quirúrgico contará con la construcción de dos nuevos quirófanos de alta complejidad y alta rotación, con un equipamiento acorde al destino esperado, que en este momento no posee la provincia de Mendoza.
  - Un Quirófano de menor complejidad.
  - Áreas de apoyo como vestuarios y sanitarios de personal, transferencia de pacientes verticales, recuperación, limpio, sucio y espacio destinado a depósito de equipamiento móvil para los distintos tipos de intervenciones.
  - Un Quirófano de Hemodinamia, con sus correspondientes áreas de apoyo y una Unidad de Recuperación independiente de la de Quirófanos. Tiene una dinámica directa vinculado con la circulación general de los otros Quirófanos, de manera de que



si el paciente intervenido aquí entra en crisis, rápidamente se lo puede trasladar a los Quirófanos de Alta Complejidad.

- En el sector Centro – Norte del edificio se ubica la Unidad de Terapia Intensiva de Adultos y la Unidad Coronaria, con sus correspondientes áreas de apoyo y enfermería.
- En el sector Central, se ubican las áreas de espera, se incorpora una oficina de atención a la familia destinada al uso de los médicos cuando deban dar informes especiales a los familiares de pacientes y un aula.
- También el este sector se encuentra el Auditorio, ya ejecutado y habilitado.
- En el sector Sur y Centro-Sur se ubican: un consultorio destinado a prácticas médicas (gastroenterología y urología), la unidad de terapia intermedia ( 4 camas) y las áreas de internación de Clínica Quirúrgica y Clínica Médica, compuesta por 12 habitaciones, (11 dobles y 1 simple) 23 camas, haciendo un total de 27 camas en este nivel.

**Segundo Nivel:** con una superficie de 1641,80m<sup>2</sup>, ubica el Centro Obstétrico con su Internación Materno Infantil, organizado de la siguiente manera:

- En el Sector Norte del edificio, el Centro Obstétrico contará con un Quirófano, dos Salas de Parto, dos UTPR y una unidad de Atención al Recién Nacido.
- Áreas de apoyo y complementarias: vestuarios y sanitarios para personal, sectores de limpio, sucio y recuperación. También las áreas del personal médico como la Jefatura Médica y un Estar de Médicos.
- En el sector Centro – Norte del edificio se ubica el lactario, un consultorio médico de guardia, un espacio compuesto por una Sala de Intervención, dotada de un ecógrafo para realizar distintos estudios, con sus áreas de apoyo, y un amplio espacio destinado al Laboratorio de Genética. También en este sector se incorporaron más habitaciones de internación 5 en total (1 de una cama y 4 de dos camas), aumentando así el número de camas del Hospital, con sus correspondientes áreas de apoyo y enfermería.
- En el sector Central, se ubican las áreas de espera, se incorpora una oficina de atención a la familia destinada al uso de los médicos cuando deban dar informes



especiales a los familiares de pacientes y un aula. También en este sector se agrega un espacio destinado a la residencia médica, con sus áreas complementarias.

- En el sector Sur y Centro-Sur se ubican: las áreas de internación materna infantil que cuenta con un total de 15 habitaciones, (14 dobles y una simple), en total 29 camas más y sus correspondientes áreas de apoyo y enfermería.

**Tercer nivel** con una superficie de 1750,40m<sup>2</sup>, se refuncionalizó totalmente del siguiente modo:

- En el Sector Norte del edificio, se eliminó la piscina destinada a hidroterapia, que por razones de bioseguridad no era aconsejable incluirla en el edificio, trasladándola a nivel de terreno natural y externa al edificio hospitalario propiamente dicho.

- Aprovechando entonces la modificación estructural del sector Norte en el 3º piso, que permitía una circulación general perimetral y espacios habitables de mayor dimensión se organizó el área de Neonatología (abierta y cerrada), con sus correspondientes áreas complementarias y de apoyo.

- Se incluyó también en este sector (Norte) el servicio de Esterilización.

- En el sector Centro – Norte del edificio se crearon nuevas habitaciones de internación, 9 en total, (3 dobles y 6 simples), agregando al proyecto 12 camas más, aumentándose así el número de las mismas con sus áreas de apoyo y enfermería.

- En el sector Central, al igual que en los niveles anteriores, se ubican las áreas de espera, se incorpora una oficina de atención a la familia y un aula. También en este sector se agrega un espacio destinado a la residencia médica, con sus áreas complementarias.

- En el sector Centro-Sur se crearan nuevas habitaciones de: internación que contará con un total de 7 habitaciones más, (3 dobles y 4 simples), en total 10 camas más y sus correspondientes áreas de apoyo, sanitarios públicos y enfermería.

- En el sector Sur, se mantuvieron las áreas destinadas a Gimnasio de Psicomotricidad y Terapia Física, sala de estudio auditivo y visual, consultorio de Kinesiología y Fisioterapia, sala de terapia ocupacional, consultorio de fisiatría, sala de estímulo neuro cognitiva del lenguaje y las áreas complementarias de gimnasio de equipos fijos y fisioterapia.



**Cuarto nivel:** en la actual terraza, con una superficie de 283,51m<sup>2</sup> cubiertos, a los que se le agregarán 193,83m<sup>2</sup> más, quedando con una superficie total de 477,34m<sup>2</sup>.

En este nivel se trabajará en el sector Central del edificio, y se ubicarán oficinas destinadas a: Dirección General del Hospital, Oficina de Tecnología Biomédica, con sus áreas de apoyo, Oficina Técnica, sala de Racks y un sector destinado a Informática.

**Análisis de la problemática de la segunda etapa (en construcción):**

- El Hospital Universitario cuenta con la compañía de la **Universidad Tecnológica Nacional (UTN)** responsable de supervisar el desarrollo de las distintas etapas del mismo así como de garantizar el alcance y calidad de las distintas etapas de ejecución de la construcción.
- La Universidad Nacional cuenta con un **presupuesto anual** aprobado por cámara de senadores y diputados nacionales, según datos del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación. Secretaría de Finanzas correspondiente a la distribución de créditos para las Universidades Nacionales dependientes del Ministerio de Educación de la Nación para el año 2013 de más de 20 millones para la UNCuyo, y está destinado a la salud del hospital Universitario (tabla 1).

Planilla Anexa al Artículo 12- MINISTERIO DE EDUCACIÓN: UNIVERSIDADES NACIONALES				
PRESUPUESTO 2013: DISTRIBUCIÓN DE CRÉDITOS- En Pesos -				
UNIVERSIDAD	SALUD	EDUCACIÓN y CULTURA	CIENCIA y TÉCNICA	TOTAL
Buenos Aires	173.357.774	3.701.854.182	16.264.771	3.891.476.727
Catamarca	0	269.687.159	2.294.643	271.981.802
Centro	4.200.000	323.397.505	2.856.624	330.454.129
Comahue	4.490.000	492.383.740	2.882.081	499.755.821
Córdoba	39.105.012	1.501.289.887	7.679.561	1.548.074.460
<b>Cuyo</b>	<b>20.500.000</b>	<b>862.422.971</b>	<b>3.946.803</b>	<b>886.869.774</b>
Entre Ríos	0	270.506.666	1.340.019	271.846.685
Formosa	0	172.263.329	1.159.619	173.422.948
General San Martín	0	208.514.930	816.385	209.331.315
General Sarmiento	0	128.192.907	780.489	128.973.396
Jujuy	0	260.266.419	1.456.223	261.722.642
La Matanza	4.490.000	279.933.565	1.191.108	285.614.673
La Pampa	0	249.740.839	1.537.690	251.278.529
La Patagonia San Juan Bosco	0	416.316.462	1.201.550	417.518.012
La Plata	11.690.000	1.484.457.666	10.031.510	1.506.179.176
La Rioja	15.290.000	215.020.615	691.580	231.002.195
Litoral	4.490.000	578.480.151	4.184.625	587.154.776



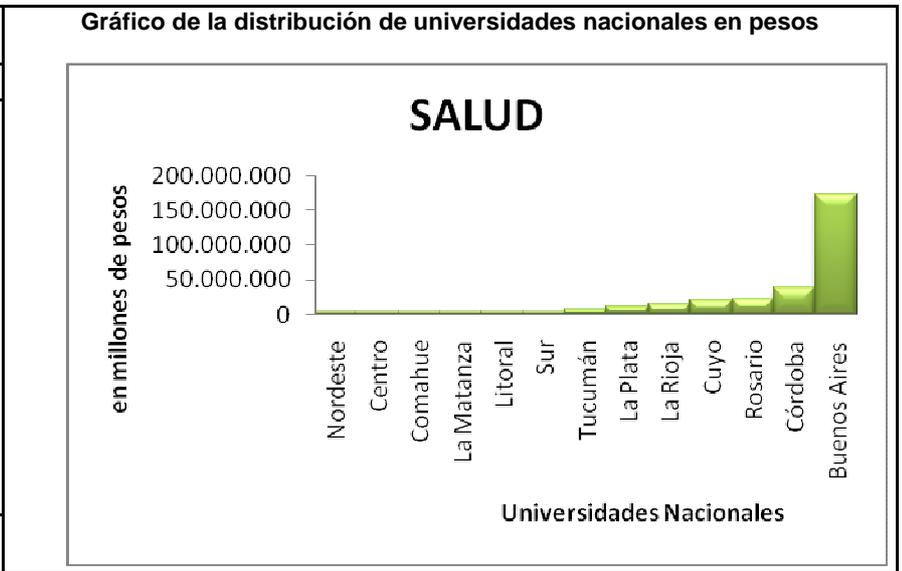
Lomas de Zamora	0	306.122.707	819.430	306.942.137
Lujan	0	271.244.604	1.341.698	272.586.302
Mar del Plata	0	465.210.154	4.267.149	469.477.303
Misiones	0	342.178.870	2.028.084	344.206.954
Nordeste	4.090.000	643.177.894	2.204.201	649.472.095
Quilmes	0	173.859.416	855.993	174.715.409
Río Cuarto	0	367.857.124	4.145.853	372.002.977
Rosario	23.500.000	1.110.649.129	5.401.215	1.139.550.344
Salta	0	368.218.362	3.017.260	371.235.622
San Juan	0	661.194.813	4.054.286	665.249.099
San Luis	0	376.426.476	3.531.709	379.958.185
Santiago del Estero	0	212.054.503	1.770.324	213.824.827
Sur	4.490.000	432.797.956	3.710.412	440.998.368
Tecnológica	0	1.493.648.857	2.549.112	1.496.197.969
Tucumán	7.690.000	1.083.540.440	6.407.695	1.097.638.135
La Patagonia Austral	0	216.000.252	786.296	216.786.548
Lanús	0	136.274.977	657.377	136.932.354
Tres de Febrero	0	110.199.734	638.135	110.837.869
Villa María	0	109.680.659	684.013	110.364.672
Instituto Universitario Nacional del Arte	0	218.035.802	643.574	218.679.376
Chilecito	0	80.214.649	623.171	80.837.820
Noroeste	0	106.313.133	623.171	106.936.304
Río Negro	0	128.811.556	623.171	129.434.727
Chaco Austral	0	64.637.936	623.171	65.261.107
Avellaneda	0	56.882.952	300.000	57.182.952
Del Oeste	0	38.181.898	300.000	38.481.898
Tierra del Fuego	0	46.936.521	300.000	47.236.521
Moreno	0	58.106.808	300.000	58.406.808
Arturo Jauretche	0	55.933.840	300.000	56.233.840
José Clemente Paz	0	18.000.000	0	18.000.000
Villa Mercedes	0	3.000.000	0	3.000.000
<b>Subtotal</b>	<b>317.382.786</b>	<b>21.170.121.015</b>	<b>113.821.781</b>	<b>21.601.325.582</b>
CREDITOS A DISTRIBUIR				
Programa de Incentivos a Docentes Investigadores			99.000.000	99.000.000
Universidades de Reciente Creación		121.902.823		121.902.823
Gastos			5.000.000	5.000.000
UBA-AmartyaSen		12.400.000		12.400.000
Reparación Histórica U.N.Luján		10.000.000		10.000.000
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>144.302.823</b>	<b>104.000.000</b>	<b>248.302.823</b>
<b>Total General</b>	<b>317.382.786</b>	<b>21.314.423.838</b>	<b>217.821.781</b>	<b>21.849.628.405</b>

**TABLA 1: Distribución por Universidades Nacionales dependiente del Ministerio de Educación de la Nación. Según datos de Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación. Secretaría de Finanzas**

- Comparativamente con otras universidades nacionales que tienen instituciones de salud, como hospitales o salud estudiantil, y que cuentan con la infraestructura edilicia realizada, podemos decir que la totalidad de 20 millones destinados al hospital son insuficientes para llevar a cabo la segunda etapa de la construcción. (Tabla 2 comparativa Universidades Nacionales con presupuesto en salud). Hay que tener en cuenta que de ese total, aproximadamente 13 millones anuales son destinados a sueldos del personal actual del HU (aproximadamente 200 cargos) y los 7 millones restantes, son distribuidos en los costos directos e indirectos del HU.



UNIVERSIDAD	SALUD
Nordeste	4.090.000
Centro	4.200.000
Comahue	4.490.000
La Matanza	4.490.000
Litoral	4.490.000
Sur	4.490.000
Tucumán	7.690.000
La Plata	11.690.000
La Rioja	15.290.000
<b>Cuyo</b>	<b>20.500.000</b>
Rosario	23.500.000
Córdoba	39.105.012
Buenos Aires	173.357.774
<b>total</b>	<b>317.382.786</b>



**Tabla 2 comparativa distribución presupuesto en salud de menor a mayor**

- Actualmente la obra se encuentra en un 50% de ejecución, faltando un 50% para su terminación ello incluye: habitaciones, quirófanos, enfermería, es decir todo lo descripto anteriormente.
- Según cálculos estimativos de la Dirección Administrativa del Hospital Universitario para un total de 66 camas (12 para cirugías, 20 para Medicina Interna, 8 para Pediatría, 20 para Maternidad y 6 para UTI) se necesitan \$85.365.298 (monto que incluye obra y personal nuevo para dicha etapa).

### 3.7 Pilares de Trabajo

En los primeros tres años de funcionamiento del Hospital Universitario, se trabajó y se continua trabajando, entre otros puntos que trataré específicamente en el capítulo siguiente de mi trabajo de tesis, en los siguientes pilares:



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

## **FINANCIAMIENTO:**

### *Obras Sociales:*

Se han establecido convenios con diferentes prepagas del medio (OSEP, OSDE, DAMSU, DASUTEN, SWIS MEDICAL, MEDIFE, CAJA FORENSE, OSPE, MEDICUS) y particulares con las que se pone en práctica el modelo de hospital.

Se realizarán nuevas negociaciones con otras obras sociales del medio.

La etapa ambulatoria se ha incrementado la atención de consultas de todas las especialidades llegando a una generación de recursos propios importantes.

### *Fundación Hospital Universitario (FHU):*

La Fundación permitirá tener disponibilidad de fondos generados de diferentes maneras (obras benéficas, venta papel, tapitas, beneficiarios propios que desean colaborar, etc.). Estos fondos deben necesariamente *ser de uso exclusivo para el HU*; según los términos de la ordenanza 70; no debería haber ningún tipo de intervención del rectorado en la asignación de los mismos; si un control del gasto; que debe ser auditado por la autoridad superior y es obligación de las autoridades del HU dar una rendición de cuentas de los mismos.

### *Comisión Nacional Asesora para la Integración de personas con Discapacidad (CONADIS):*

Actualmente se encuentra con tratativas para lograr FONDOS de la CONADIS destinados a la construcción (3er piso) del área de rehabilitación en todas sus especialidades, con el fin de favorecer la integración de personas con discapacidad y estimular programas de investigación vinculadas con el área.

El proyecto para lograr el trabajo en conjunto con CONADIS se denomina "Ampliando el servicio de Rehabilitación en el ámbito del Hospital Universitario, para personas con discapacidad". Dicho proyecto plantea el desafío de organizar y dar forma a un Hospital modelo en la sociedad mendocina, siendo uno de sus ejes de acción específico, el de generar un SERVICIO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA, destinado a generar y dar respuestas profesionales, científicas,



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

interdisciplinarios y sobre todo responsables y comprometidas a todas las personas que presenten algún tipo de discapacidad (sensoriales, motoras, intelectuales, viscerales, neurológicos, entre otras), como producto de una deficiencia congénita y/o adquirida, que invaliden a los sujetos con distintos niveles de relevancia y que les haga requerir de distintos sistemas de apoyos, ya sean transitorios y/o permanentes, con el propósito de optimizar el alcance de los máximos niveles de desarrollo de habilidades, que les otorguen la posibilidad real de mejorar y/o modificar, tanto la calidad de vida individual como la del entorno familiar de pertenencia.

### **MODELO DE ATENCIÓN:**

El Hospital persigue la excelencia académica; por ello no solamente los pacientes son asistidos por personal médico y de enfermería altamente capacitado que son los monitores de los nuevos profesionales quienes pretendemos que aprehendan que la atención de las personas debe ser científicamente la mejor posible y además altamente humanizada; esto se logra con una atención personalizada, con turnos de 1h por paciente de 1º vez y con una Historia Clínica Informatizada e Inteligente (la cual ya ha sido generada en gran parte por los propios médicos e informáticos trabajando arduamente); hay que entender que es muy difícil y de alto costo lograr esta excelencia.

El HU ya está realizando con éxito trabajos de extensión extra e intramuros dirigidos hacia comunidades postergadas donde se han realizado diagnósticos de situación y tratamientos preventivos (vacunaciones, tópicos dentales en población infantil, enseñanzas de nutrición adecuada, diagnósticos y estudios preventivos de cáncer mamario y cuello uterino; etc.); realizando además un prolijo trabajo de referencia y contra referencia a través de un excelente seguimiento por el personal de servicio social del HU. Sostener este trabajo; que ya está demostrando ser sumamente útil para la toma de decisiones de la administración de salud provincial; va a depender del sostenimiento del plan de desarrollo del Hospital en plenitud.



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

### *Red de Hospitales Nacionales y Universitarios:*

Nuestro Hospital Universitario fue escenario de la II reunión de la red de hospitales nacionales y universitarios a los que asistieron 4 hospitales Nacionales y 4 a nivel Universitario.

Dicha reunión tuvo como objetivo fundamental articular acciones entre el Ministerio de Salud y Educación de la Nación, para lograr una vinculación en relación a investigación, docencia, extensión/inclusión social y formación de recursos humanos.

Se trabajó en el primer documento de la red, consensuado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación y del Ministerio de Educación de la Nación, además por Decanos y rectores de universidades nacionales, conjuntamente con los directores de hospitales nacionales y universitarios, con el firme propósito de crear lazos de colaboración y cooperación entre instituciones hospitalarias universitarias que comparten similares desafíos en su funcionamiento.

La finalidad principal de la red es la de asegurar que los Hospitales apliquen políticas en salud, especialmente en lo relacionado con la actividad asistencial, capacitación continua, investigación, seguridad del paciente, sostenimiento de ambientes saludables, de la vigilancia epidemiológica y otras relacionadas con el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública.

El HU pretende integrarse a esta red teniendo un doble sentido de existencia el de ser Nacional y el de ser Universitario.

### *Comunicación Organizacional:*

En el plano comunicacional existe en el HU un equipo de trabajo que desarrolla diversas acciones a fin de optimizar las relaciones institucionales, sin embargo al realizar un balance de estos tres años de funcionamiento, se muestra evidente la necesidad de efectuar un profundo trabajo de concientización que permita a sus miembros, en todos los niveles de jerarquía, comprender la relevancia de gestionar estratégicamente la comunicación institucional no solo en el ámbito interno sino también en el escenario externo.

Es notable cómo institucionalmente se promueven planes de comunicación interna pero aún, a tres años de su inauguración, el Hospital cuenta con un nivel muy bajo de



notoriedad. Es en este punto que se manifiesta imprescindible la actuación inmediata de la Universidad como autoridad máxima y de los directivos del Hospital como ejecutores en el plano inmediato, en la búsqueda del posicionamiento del HU en el sector y la implementación de las acciones que se desarrollen para tales fines.

Es muy importante que el Hospital Universitario se posicione en la comunidad mendocina con una identidad propia que le permita diferenciarse de otros nosocomios, destacando fundamentalmente los valores que considera esenciales como responsabilidad social, excelencia, libertad, lealtad, solidaridad, equidad e igualdad.

### 3.8 Síntesis de las etapas del HU

Primera Etapa:

- ✓ Atención Ambulatoria
- ✓ Convenios con Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepagas
- ✓ Servicios Habilitados: Medicina Interna; Medicina Quirúrgica; Ginecología y Obstetricia; Pediatría; Trabajo Social; Guardia General; Servicios de Apoyo y Medios Diagnósticos y Unidad de Admisión.
- ✓ Actividad Académica: pregrado y grado en carreras relacionadas con la salud.
- ✓ RRHH: Personal Docente (JTP dedicaciones exclusiva, semiexclusiva y simple), y Personal de Apoyo Académico (categorías 7 y 5).
- ✓ Recursos Financieros: provenientes del Ministerio de Educación de la Nación y recursos presupuestarios propios de la UNCuyo.

Segunda etapa: en construcción

- Previsto: Área de Maternidad y Neonatología; Área Quirúrgica y UTI Adultos y Niños



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

- **Área Académica:** se busca incorporar actividad de docencia de posgrado a través de la creación de residencias médicas, odontológicas y de enfermería.



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

## **CAPÍTULO IV: INFLUENCIAS DE LAS PROBLEMÁTICAS DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO Y DE LA PROVINCIA DE MENDOZA SOBRE LA PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA UNCuyo**

La evolución del sistema sanitario argentino a través del tiempo ha sido, en lo esencial, acorde con las transformaciones globales operadas en la economía, el Estado y la sociedad.

La fragmentación del sistema es una problemática común a todas las regiones del país: hay diferentes subsectores, organizaciones e instituciones que ofrecen servicios.

Asimismo el sentido delegativo de la responsabilidad estatal y reducción del gasto público, la descentralización de los grandes hospitales, los políticos de turno, la multiplicidad de actores con intereses propios, y las inmensas desigualdades por regiones, contribuyeron y contribuyen a la conformación de un sistema desigual, fragmentado y desarticulado con pérdida de una visión integral de las necesidades de la población.

Por ello, el sector sanitario se ve permanentemente amenazado por sus niveles de inequidad, sus altos costos y sus dificultades para hallar fuentes de financiamiento.

Si bien, la salud es un derecho universal reconocido como tal, se financia con recursos limitados: gran parte del financiamiento proviene del sector público.

Asimismo existen alrededor de 250 obras sociales sindicales, en donde las 4 primeras concentran un cuarto de la cobertura total y las primeras diez, se quedan con el 50 % de las afiliaciones.

En este marco, la situación actual del Hospital Universitario de la UNCuyo, presenta serias dificultades en lo concerniente a la habilitación de la etapa de quirófanos/internación; funcionamiento eficiente y pleno de la etapa ambulatoria y



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

cumplimiento de los objetivos propios de todo Hospital Universitario como son docencia, investigación y extensión. Dificultades que responden básicamente al esquema económico-financiero impuesto, pero también a la presencia de distintos actores económicos, políticos y sociales, así como de distintos estamentos de la Universidad, que impiden realizar los cambios necesarios para conseguir el funcionamiento pleno del mismo.

Dicha situación motiva el desaliento y el descrédito de dicha institución, ya sea de los profesionales y personal de apoyo que trabajamos allí, y vemos con mucha incertidumbre nuestra continuidad en el mismo, como también de la sociedad mendocina en su conjunto que ve la realidad de un proyecto aún inconcluso a 3 años de su inauguración.

En este capítulo realizaré un análisis de los principales impactos que tienen las fallas propias del sistema de salud argentino sobre el Hospital Universitario, como así también los propios del Hospital Universitario. Finalmente se analizarán algunas propuestas tendientes a articular acciones para unir los tres pilares de salud de la UNCuyo: Hospital Universitario, Salud Estudiantil y DAMSU.

#### **4.1 El Hospital Universitario en el contexto provincial**

En un entorno que presenta aumento en el gasto sanitario sin un crecimiento económico acorde, con gran impacto inflacionario, variaciones constantes en la oferta y la demanda, utilización inadecuada de recursos y envejecimiento de la población, se presenta una breve caracterización del Hospital Universitario y sus desafíos para poder constituirse en un modelo de atención de calidad en la Provincia, superando el impacto negativo que las constantes crisis y problemáticas del sistema de salud le impone.

La Universidad Nacional de Cuyo define en su Estatuto como objetivo clave “el desarrollo y la difusión de la cultura en todas sus formas a través de la enseñanza, la investigación científica, la preparación técnica, la formación profesional y la elevación del nivel ético y estético” (Estatuto de la Universidad Nacional de Cuyo. Título I “Fines



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

y Estructuras”); y simultáneamente dos de los ejes esenciales de la actividad del Hospital que están ligados a éstos son: formación académica e investigación científica.

Como órgano desconcentrado de la UNCuyo, el HU además desarrolla una filosofía propia y diferenciada que establece como tercer eje de su actividad: asistencia médica, vinculándolo con otros organismos descentralizados abocados al ámbito de la salud: DAMSU y Dirección de Salud Estudiantil.

La Provincia de Mendoza, si bien cuenta con una infraestructura sanitaria importante, tiene dificultades para dar respuesta en algunos sectores en lo que respecta a algunas prestaciones asistenciales específicas y en la capacitación del personal de salud particularmente en algunas especialidades.

En cuanto a la distribución de los Hospitales, la mayor concentración se focaliza en los departamentos de mayor densidad demográfica. Tomando como segmento de análisis del Gran Mendoza se destacan:

- **Región Metropolitana Norte (Capital, Guaymallén, Las Heras):** Hospital Central

(Capital), Hospital Lagomaggiore (Capital), Hospital Notti (Guaymallén), Hospital El Sauce (Guaymallén), Hospital Carlos Pereira (Capital), Hospital Ministro Ramón Carrillo (Las Heras), Hospital Italiano (Guaymallén), Clínica Santa Rosa (Las Heras), Sociedad Española de Socorros Mutuos (Capital), Clínica de Cuyo (Capital), Clínica Francesa (Capital - Guaymallén).

- **Región Metropolitana Sur (Godoy Cruz, Maipú, Luján de Cuyo):** Hospital

Lencinas (Godoy Cruz), Hospital Paroissien (Maipú), Hospital Español (Godoy Cruz), Clínica Arizu (Godoy Cruz), Hospital Del Carmen (Godoy Cruz).

En lo particular con la Universidad Nacional de Cuyo, al que pertenece el Hospital Universitario, hay firmado un convenio marco de colaboración con el Ministerio de Salud de la provincia y está previsto firmar uno específico vinculado con el nosocomio,



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

para desarrollar acciones en conjunto que permitan dar una respuesta integral y afianzar las políticas en salud de la provincia.

Dentro de las actividades a realizar en lo **inmediato** se encuentra la propuesta de poner a disposición del Ministerio de salud el área de **Medicina Fetal del Hospital Universitario**, para colaborar en la disminución de la morbimortalidad perinatal. La unidad de Medicina Fetal organizada en el Hospital Universitario se articula con el Instituto de Genética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNCUYO, dispone de un equipo interdisciplinario en el que participan genetistas, médicos obstetras, bioquímicos, ecografistas, patólogos, psicólogos y pediatras, enfermeros, trabajadores sociales. A ellos se irán incorporando otros especialistas que se consideren necesarios.

La oferta de los servicios de la Unidad de Medicina Fetal, se hará también a las provincias vecinas, constituyéndose en una propuesta regional desde el Hospital Universitario, dado que son estudios específicos que requieren de recursos humanos altamente capacitados y especializados y recursos técnicos especiales, con los que no cuenta la región oeste del país.

Otro aspecto que tiene pendiente la provincia, es una lista de espera para cirugía que actualmente es de 2.000 pacientes. El Hospital Universitario podrá colaborar en disminuir la lista de espera, en beneficio de los pacientes de la provincia.

Otra situación particular es la referente a los pacientes que requieren rehabilitación.

En Mendoza hay instituciones públicas y privadas que brindan respuestas parciales a esta demanda asistencial de rehabilitación como de habilitación en las distintas etapas evolutivas por las que los sujetos transitan: niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez.

Es así como en el Hospital Universitario, perteneciente a la U.NCuyo, se plantea el desafío de organizar y dar forma a un Hospital modelo en la sociedad mendocina, siendo uno de sus ejes de acción específico, el de generar un Servicio de Rehabilitación Hospitalaria, destinado a generar y dar respuesta profesional, científica, interdisciplinaria, responsable y comprometida a todas las personas que presenten algún tipo de discapacidad. Ya sea de tipo sensorial, motor, intelectual, visceral, neurológico, entre otras, como producto de una deficiencia congénita y/o adquirida, hechos que invalidan a los sujetos, a distintos niveles de relevancia. El propósito es



optimizar el alcance en los máximos niveles de desarrollo de habilidades, que les otorguen la posibilidad real de mejorar y/o modificar, tanto la calidad de vida individual, como la del entorno familiar.

Dentro de la formación de recursos humanos en salud, está previsto un área destinada a Maternidad, con la propuesta de Maternidad centrada en la familia y de atención de parto humanizado, con la construcción de UTPR (Unidad de atención del trabajo de Parto, parto y recuperación) lo que implica el ingreso del padre o familiar que la parturienta desee, al área de nacimiento.

Como Maternidad segura, implica un sector de neonatología, UTI neonatal, sala de hemoterapia y UTI de adultos indispensable para el funcionamiento de la institución. Como centro moderno, también incluye la incorporación de internación domiciliaria y la estrategia de Hospital de Día.

#### **4.2 Análisis de las problemáticas para la consecución del proyecto final del HU**

Actualmente el Hospital Universitario se encuentra trabajando en una etapa ambulatoria, funcionando como hospital de día y atendiendo distintas patologías correspondientes a las diferentes especialidades que se encuentran en el mismo.

Sin embargo, la etapa de quirófanos/internación todavía está en obras y no hay fecha cierta de apertura de la misma.

Dicha situación, obedece a factores y problemas propios de la Universidad Nacional de Cuyo y del Hospital Universitario; pero también responden a las problemáticas del sistema de salud, en el cual y entre otros, bajo la lógica del mercado de la medicina que impone el sistema de salud, se pretende que el HU tenga funciones puramente asistenciales dejando de lado la investigación, docencia y extensión, con recursos limitados y bajo el control de los costos.

Añadida a estas exigencias financieras se espera del HU que tenga mejores resultados que otros hospitales por ser un centro de docencia e investigación, pero



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

dicha exigencia no se corresponde con los recursos financieros destinados a los mismos ni con el apoyo académico para llevar a cabo dichas tareas.

Así el proyecto del HU ha tenido sus principales trabas en esto, pues para ser viable debe insertarse en la lógica del sistema de salud, cumplir sus funciones propias de hospital universitario, pero también generar resultados financieros que le permitan autosustentarse.

En cuanto a la **Apertura** cabe destacar que la Universidad Nacional de Cuyo hizo un gran esfuerzo en recursos para lograr el propósito de tener un hospital universitario propio: uno de éstos fue la compra del edificio donde funcionaba anteriormente el ex Hospital Ferroviario. Dicho edificio fue comprado por la Universidad Nacional de Cuyo por un monto de 3,5 millones de pesos.

Refuncionalizarlo demandó 15 millones de pesos y equipar sólo lo que está funcionando actualmente, otros 10 millones de pesos más.

Toda la inversión en la etapa de remodelación del viejo centro sanitario del gremio ferroviario se hizo con fondos públicos nacionales, provenientes de los Ministerios de salud y Educación de la Nación, no reintegrables.

Inicialmente las tareas de remodelación estuvieron en manos de una empresa constructora denominada Visalia S.A, quienes fueron apartados de la misma en el año 2009 por incumplimiento de los plazos convenidos por las partes.

La relación entre la constructora y la UNCuyo transitó más de un conflicto. Al principio, esta circunstancia generó más de una postergación en la ejecución y sucesivas renegociaciones.

En marzo de 2008 estuvo a punto de quebrarse la relación contractual pero un aporte extra de dinero de la Universidad recompuso la relación temporalmente. Finalmente en marzo de 2009, la Universidad terminó la relación contractual y asumió la gestión de los trabajos.

Para ello contó con el apoyo logístico del Instituto de Bioingeniería de la UTN Regional Mendoza.

Puede decirse que el Proyecto inicial del HU tuvo un largo trayecto hasta lograr su inauguración. Esta demora se constituyó como uno de sus más grandes fracasos, ya que a partir de la compra del ex ferroviario en el año 2003, se estipuló como fecha de



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

apertura mediados del 2005, generando altas expectativas en la comunidad mendocina y en la región.

En su momento hubo declaraciones cruzadas entre los diferentes actores que participaron de esta primera etapa del proyecto, explicando los motivos de demora en la inauguración, tales como: obstáculos de índole burocrática, falta de empresas especializadas en construcción, escasez de mano de obra y mala administración de fondos por parte de la Universidad.

En lo que refiere a financiamiento de la obra, la Universidad fue duramente criticada por exceder de manera exorbitante el presupuesto destinado a la remodelación y puesta en funcionamiento de la primera etapa, ya que la obra tuvo un costo de 24 millones de pesos más de lo previsto en el presupuesto original.

### **4.3 Problemas del funcionamiento del sistema de salud argentino y propios de la UNCuyo que influyen sobre el HU:**

#### **✚ Fragmentación**

##### **Internos:**

Dentro de la Universidad Nacional de Cuyo existen organismos abocados al ámbito de la salud, pero que no funcionan de manera integrada ni coordinada con el Hospital Universitario y son: Salud Estudiantil y DAMSU.

Salud Estudiantil ofrece a todos los estudiantes universitarios de la UNCuyo atención primaria de salud de manera gratuita en consultorios de odontología, ginecología, psicología, nutrición y clínica médica. En el caso de presentarse estudiantes con la necesidad de recibir atención médica de mayor complejidad, éstos son derivados a DAMSU y a los diferentes efectores públicos del sistema de salud de Mendoza.

El Departamento de Asistencia Médico Social Universitaria (DAMSU), depende de la Facultad de Ciencias Médicas, y ofrece cobertura médica a trabajadores, ex agentes



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

y jubilados de la Universidad Nacional de Cuyo, y opera como obra social con convenio con el HU.

DAMSU es muy anterior al Hospital Universitario y tiene consultorios propios, es una obra social universitaria.

Tanto el DAMSU como el Hospital Universitario tienen cierto grado de autonomía en su funcionamiento, pero la personería jurídica sigue siendo de la Universidad.

Por iniciativa del rector de la Universidad, Ing. Arturo Somoza se está desarrollando un proyecto de vinculación entre las tres entidades a fin de complementar sus servicios; sin embargo existe una gran resistencia sobre todo de parte del gremio de los trabajadores de la Universidad (FATUN) a dicho proyecto dado el temor de que la obra social pierda su edificio, para ser devuelto a la Facultad de Ciencias Médicas y sea trasladada a las instalaciones del HU.

### **Sistema de Salud**

Asimismo el Hospital Universitario mantiene convenios con diferentes obras sociales, con las cuales ha negociado diferentes prestaciones y servicios pero con no trabaja de manera articulada con ninguna de ellas en lo que se refiere a atención primaria de la salud.

Tampoco lleva a cabo acciones conjuntas con efectores públicos de la Provincia, ya sea en materia de atención o prevención.

La relación con el Ministerio de Salud Nacional es compleja, ya que hay políticas a las que el Ministerio de Salud Provincial se subordina en términos de las necesidades nacionales, otras con las que acuerda plenamente, y en ese sentido se acompañan, y otras en las que la provincia se diferencia en tanto constitucionalmente la salud no es una responsabilidad delegada a la Nación.

Sin embargo y a pesar de existir un convenio marco de colaboración entre el HU y el Ministerio de Salud de Mendoza, aún no se desarrollan acciones conjuntas en materia de asistencia y promoción de salud, como tampoco el Hospital participa de los diferentes planes nacionales que si se llevan a cabo en los nosocomios públicos, tales como el Plan Nacer, Plan Remediar, etc.



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Desde el inicio de su implementación, el Ministerio de Salud de la Nación a través del Programa Remediar, ha llegado mensualmente y de forma ininterrumpida a más de 7.000 centros de atención primaria de la salud (CAPS) distribuidos en todo el país, con botiquines de medicamentos esenciales que dan respuesta casi al 80 % de las consultas del primer nivel de atención, garantizando la cobertura en medicamentos a más de los 15 millones de usuarios del sistema de salud público. Entre uno de los CAPS que reciben medicamentos del Programa Remediar, se encuentra la Dirección de Salud Estudiantil de la Universidad Nacional de Cuyo<sup>23</sup>.

Lo mismo sucede con el Plan Nacer, que es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación que invierte recursos en salud para mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de la mujeres embarazadas, puérperas y de los niños/as menores de 6 años que no tienen obra social. Dicho programa se extiende en todo el país<sup>24</sup>. Uno de sus referentes en Mendoza es el Hospital Luis Lagomaggiore.

El Hospital Universitario es un hospital público y privado donde se pretende sostener el hospital con lo privado para poder trabajar sobre lo público, sobre todo con la gente que no tiene acceso a ciertos “nichos” de salud que no están desarrollados por el Estado provincial como es la medicina fetal, genética, complejos odontológicos y oftalmológicos, entre otros. Sin embargo distintos vaivenes políticos han evitado que se efectivicen convenios entre ambos.

### **Valores en disputa entre los distintos actores**

Uno de los mayores problemas que enfrenta el Hospital Universitario, es que se relaciona no solo con los diferentes actores del sistema de salud provincial, sino también con la lógica política y organizativa de la Universidad Nacional de Cuyo.

Existe una convivencia heterogénea de personal asistencial en el HU: trabajan profesionales que además están vinculados con la Facultad de Ciencias Médicas, lo cual tiene una gran repercusión, dado la enorme resistencia de igualdad que tienen unos con otros.

---

<sup>23</sup> Extraído de la página del Ministerio de Salud de la Nación: [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)



Dentro del Hospital hay una gran desmotivación del personal docente por los bajos sueldos, ya que todos los cargos otorgados son de Jefes de Trabajos Prácticos, con distintos tipos de dedicaciones, la mayoría dedicación semiexclusiva, algunos exclusivos y muy pocos simples. Dicho cargo no refleja las funciones que desempeñan que son de mayor complejidad a las de un JTP de las distintas facultades de la UNCuyo, tales como asistencia, docencia y de investigación-extensión.

Dicha desmotivación lleva a un éxodo constante de profesionales, que implican para el HU un gran costo en lo referente a la inducción y capacitación de nuevos profesionales.

Al ser un modelo de servicio nuevo para la región, son varios los estamentos profesionales y las instituciones que deben entender el funcionamiento de un Hospital Universitario.

Las autoridades de la Universidad, así como el personal de la misma, no tienen prácticamente contacto con la realidad del Hospital.

La triple función asistencial, docente e investigadora no es vista con buenos ojos por los docentes de la FCM que ven a los docentes del HU como una competencia para sus cargos actuales.

Creo que para la mayoría de las autoridades de la UNCuyo es importante la imagen del Hospital Universitario con potencial docente e investigador, pero no tienen en consideración lo que hay detrás de ello: los profesionales mejor formados y que participan en la formación de los demás, deberían ser los que fueran más útiles para la Universidad, pero surgen conflictos de intereses, como ya mencioné sobre todo entre los docentes del HU y los de la FCM, lo cual dificulta enormemente que el Hospital profundice en su carácter docente e investigador. En gran parte esto se debe a que todavía, y a tres años de su inauguración, no existe una auténtica conciencia, con firme convicción, de la utilidad de éste tipo de estructura hospitalaria<sup>25</sup>.

Solo está clara la labor de asistencia que debe tener el Hospital, pero no están claramente definidos los parámetros académicos y de investigación.

Los altos costos del desarrollo científico y tecnológico hacen que el Hospital tenga muy poca capacidad institucional para comprometerse en procesos complejos de

---

<sup>24</sup> Ídem.

<sup>25</sup> Millán Núñez- Cortés, J. La gestión de la docencia en los hospitales universitarios. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

investigación básica y aplicada en salud, por lo cual la investigación se canaliza a través de Institutos de Investigación y de la Industria Farmacéutica.

Actualmente son muy escasas las investigaciones que se realizan en el Hospital. Las más importantes que se están desarrollando, se llevan a cabo a través de becas a la investigación otorgadas por la SECTyP de la Universidad Nacional de Cuyo, pero aún no se ha podido lograr la realización de ninguna investigación con subsidios de la Industria Farmacéutica.

Cabe destacar que desde hace ya algún tiempo, se está trabajando en la confección de un nuevo escalafón para el personal docente del Hospital, para que los mismos sean incluidos dentro del convenio establecido por el Decreto N° 366/2006 del personal de apoyo académico de la Universidad, dentro del tramo asistencial, pero sin perder sus funciones docentes e investigadoras.

La falta de interés de las autoridades de la UNCuyo también puede verse reflejado en esto, ya que quien se encargó de elaborar el documento con el nuevo escalafón fue el Comité Consultivo del Hospital integrado por los decanos de las Facultades de Ciencias Médicas, Ciencias Políticas y Sociales, Educación Elemental y Especial, y Derecho en conjunto con autoridades del Hospital. Dicho documento fue presentado, y desde ese momento el Comité no se ha vuelto a reunir, dado que el trabajo fue “retenido” en el rectorado hasta hace poco más de un mes, fecha en la que se comunicó al Hospital que sería tratado en Consejo Superior (algo que aún no ocurre).

Esto ha llevado a un deterioro paulatino en las relaciones entre el nivel directivo del Hospital y los profesionales del mismo.

Otro actor que aparece en escena a partir de las idas y venidas en el conflicto del personal docente, es el gremio del mismo, es decir FADIUNC, quienes han apoyado los reclamos del personal por una mejora de los salarios pero que desalientan el cambio de convenio de trabajo, ya que el mismo les significaría una pérdida de más de 100 afiliados.

Dentro del Hospital también existen inconvenientes con el personal de apoyo académico. Dicho personal fue seleccionado mediante concurso abierto a la comunidad, de tipo interino, en categorías 7 y 5.

Hace ya más de un año, se envió al rectorado la propuesta de llamado a concurso efectivo para dicho personal, entre el que me encuentro incluida como secretaria de



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

Dirección, categoría 7, pero nunca regresó el expediente de solicitud, por lo que actualmente se ha vuelto a generar el pedido. Todo ello demuestra claramente, a mi entender, la falta de apoyo e interés en el personal que se desempeña en el HU por parte de quienes tienen a su cargo la gestión y dirección de la UNCuyo; los cuales contribuyen, al igual que en el sistema de salud argentino, para mantener el status quo para que nada cambie.

### **Desigualdad**

La relación entre la Universidad y el HU, como mencioné anteriormente, es tensa.

Algo que aún no ha logrado el Hospital es la participación en el Consejo Superior de la Universidad Nacional de Cuyo.

Supuestamente el Comité Consultivo, mencionado precedentemente, debía actuar como el nexo de comunicación entre el HU y las autoridades superiores de la UNCuyo, pero esto nunca ocurrió, ni tampoco son la voz del Hospital dentro del Cuerpo Superior en lo referente al planteamiento de sus necesidades, logros y problemáticas.

Lamentablemente el Hospital no forma parte del discurso oficial de las autoridades universitarias.

### **Desarticulación**

Actualmente el Hospital Universitario no trabaja articuladamente, ya sea en prevención, promoción o asistencia de salud, ni con efectores privados, ni con efectores públicos.

Dicha articulación es necesaria para que el mismo pueda insertarse dentro de la comunidad mendocina y ser un referente en la región.



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

Hace poco tiempo se presentó un proyecto al FONARSEC para obtener fondos para desarrollar un Área de Medicina Fetal del HU, que permita colaborar en la disminución de la morbilidad perinatal.

Para llevar a cabo dicho proyecto será necesaria la colaboración y trabajo articulado con el Ministerio de Salud de la Provincia.

Asimismo, la unidad de Medicina Fetal organizada en el Hospital Universitario se articula con el Instituto de Genética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNCUYO, dispone de un equipo interdisciplinario en el que participan genetistas, médicos obstetras, bioquímicos, ecografistas, patólogos, psicólogos y pediatras, enfermeros, trabajadores sociales. A ellos se irán incorporando otros especialistas que se consideren necesarios.

La oferta de los servicios de la Unidad de Medicina Fetal, se hará también a las provincias vecinas, constituyéndose en una propuesta regional desde el Hospital Universitario, dado que son estudios específicos que requieren de recursos humanos altamente capacitados y especializados y recursos técnicos especiales, con los que no cuenta la región oeste del país.

Actualmente Mendoza no cuenta con un centro que realice el enfoque integral de la Medicina Fetal, debiendo trasladarse las pacientes a Buenos Aires o fuera del país, lo que determina no solo un considerable aumento del costo de las prestaciones sino también la falta de acompañamiento familiar, que es muy importante en estos casos.

Con respecto a la capacitación, la Unidad de Medicina Fetal, creará un espacio de referencia donde se puedan formar y actualizar los profesionales de la región, posibilitando el intercambio con instituciones públicas y privadas, con las sociedades científicas nacionales e internacionales y con las diferentes Universidades.

Dicho proyecto, se encuentra aún en evaluación.

## **Problemas de Financiamiento**



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

El HU depende en cuanto a financiamiento del presupuesto destinado a salud que se le asigna a aquellas universidades que tienen hospitales por parte del Ministerio de Educación de la Nación.

Todos los hospitales universitarios tienen mayores costos que otros hospitales, dado que no solo se dedican a la asistencia, sino también a la docencia e investigación.

Esto lleva inevitablemente a conflictos para determinar las verdaderas funciones del HU y al tipo de lógica que debe responder, es decir, a la de enseñanza o a la de servicios, para así determinar si además de la partida presupuestaria destinada por el Ministerio de Educación, se debería sumar una partida especial del Ministerio de Salud de la Nación.

Comparativamente con otras universidades nacionales que tienen instituciones de salud, como hospitales o salud estudiantil, y que cuentan con la infraestructura edilicia realizada, se puede decir que la totalidad de 20 millones que se destinan anualmente al HU, son insuficientes para llevar a cabo la segunda etapa de la construcción. Hay que tener en cuenta que de ese total, aproximadamente 13 millones son destinados a sueldos del personal actual del HU (aproximadamente 200 cargos) y los 7 millones restantes, son distribuidos en los costos directos e indirectos del HU

Debido a las grandes dificultades financieras para concluir la etapa final del HU, se asume que el trabajo docente y la formación de estudiantes son un costo que la UNCuyo no está dispuesta a defender, al menos la actual gestión.

#### **4.4 Proyecto de Integración de Salud Universitaria**

Como una medida para superar los problemas antes mencionados y lograr la integración del sistema de salud en la Universidad, se presentó ante el rector de la UNCuyo un documento que contiene tres ejes concretos de acción para lograr la consecución de la integración del sistema de salud universitaria.



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Dicho proyecto fue elaborado por las autoridades de la Junta Directiva del Hospital Universitario, en conjunto con personal de la Secretaría de Bienestar Universitario y será elevado, luego de su tratamiento en Consejo Superior a las autoridades de los Ministerios de Salud y de Educación de la Nación.

Es importante mencionar en el marco de construcción del Plan Estratégico 2021 de la Universidad Nacional de Cuyo, desarrollado en el año 2012-2013, específicamente en el Taller denominado “Desafíos de la salud universitaria”, se identificó que las articulaciones entre ámbitos de salud son escasos, ligados al hecho fundamental de ausencia de una política unificada en la Universidad con respecto a la salud de la comunidad universitaria.

Por lo que surgió la necesidad imperativa de desarrollar un proyecto de Integración del Sistema de Salud Universitaria<sup>26</sup>.

El Objetivo general de dicho proyecto es: redefinir, profundizar y fortalecer las acciones y articulaciones del Hospital Universitario con otros espacios de salud universitarios como DAMSU y Salud Estudiantil en medicina preventiva y asistencial.

Los ejes planteados en el documento mencionado son:

### **Eje 1: Diseño e implementación un Plan de Salud para Estudiantes de la UNCUYO (PSE – UNCUYO)**

Su diseño e implementación será gradual. Inicialmente el Plan cubrirá a las/os estudiantes que hayan ingresado durante el período 2014.

El plan contendrá:

- Examen médico al momento de ingreso de los estudiantes: el análisis médico incluirá una descripción detallada del estado general de salud del estudiante así como un análisis de patologías o enfermedades hereditarias que pudiese presentar. (HU)

Esta “fotografía” al momento de inicio de los estudios universitarios de cada joven permitirá el seguimiento, a través de controles anuales, del estado general de su salud a lo largo de la trayectoria estudiantil. (HU - SBU)

- Servicios asistenciales, de laboratorio y diagnóstico por imágenes. (HU)

---

<sup>26</sup> Documento elaborado en marzo de 2014 por las autoridades de Junta Directiva del Hospital Universitario: Dra. Sara Papa, Dra. Susana Salomón, Dr. Jorge Hidalgo, Cdr. Gerardo Giménez, Lic. Jorge Michel y Sr. Francisco Lo Presti, en conjunto con personal de la Secretaría de Bienestar Universitario.



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

- Servicio de internación y cirugía una vez que la prestación esté disponible. (HU)

#### Demanda Estudiantil:

A continuación se ha estimado, de manera preliminar, la demanda estudiantil que se estaría incorporando al plan de cobertura teniendo en cuenta la cantidad de estudiantes que ingresaron a la UNCUYO en el año 2013<sup>27</sup>:

---

<sup>27</sup> En el año 2013 ingresaron a la UNCUYO 6.820 estudiantes.



**Cuadro n°1: Ingresantes según tipo de cobertura sanitaria**

Estimaciones	% Cobertura a nivel Provincial	
	Pública	Privada
Cantidad de Estudiantes que ingresaron en 2013	2.523	4.297

Financiamiento de este tramo de proyecto:

- Estudiantes con cobertura pública: mediante fondos del ME.
- Estudiantes con cobertura privada: mediante acuerdos específicos con las obras sociales y prepagas respectivas.

Para la evolución anual del número de estudiantes que de manera gradual se irán incorporando al sistema, deberá tenerse en cuenta entre otros factores:

- Valor medio de desgranamiento o deserción estudiantil observada en los últimos 5 años.
- Evolución de la cantidad de jóvenes ingresantes a la UNCUYO. Proyección para los próximos 10 años.

**Eje 2: Fortalecimiento del rol de la Actual Área de Salud Estudiantil como Área de Medicina Preventiva y Social Universitaria**

La información suministrada por el Área de Salud Estudiantil indica que los servicios brindados por los profesionales de la salud dependientes de esta área, sobre todo en los últimos años, se han visto resentidos no en su calidad sino en la capacidad de atención. Si bien esto se debe a una multiplicidad de factores, aparece como principal, la dificultad de equiparar los honorarios de los profesionales de la salud con los del medio, en especial del ámbito privado.

Esta situación ha generado una rotación alta en el cuerpo médico del Área y una reducción en la cantidad de profesionales, lo que ha derivado en una menor cantidad de servicios asistenciales brindados y menor capacidad para desempeñar uno de los



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

roles fundamentales del Área, el de consolidarse como espacio central para la promoción de la salud estudiantil.

Otro aspecto de la salud universitaria que se considera oportuno incorporar dentro de este eje, es el de salud laboral o de personal universitario. En la actualidad, aparecen entre las causas más recurrentes de ausentismo las licencias debido a stress laboral o por diversas causas psiquiátricas. Esta situación requiere una revisión tanto por su impacto económico en el presupuesto universitario y por la obligación institucional de revertir desde la óptica de la promoción de la salud el bienestar del personal universitario.

A partir de lo descripto, y recogiendo las dos aristas comentadas, se propone focalizar y potenciar al Área de Salud Estudiantil como Área de Medicina Preventiva y Social Universitaria.

Entre sus funciones se proponen las de:

- Promover la salud y los diferentes niveles en prevención de la enfermedad como componentes esenciales del cuidado médico.
- Diseñar, implementar y evaluar políticas, planes y programas orientados a promover, mantener, recuperar y mejorar la salud de los estudiantes, comunidad docente y de apoyo académico fomentando el derecho a la salud, con un enfoque de trabajo interdisciplinario.
- Seguimiento del sistema de trazabilidad de cada estudiante de grado universitario.
- Facilitar el flujo de información valiosa para la toma de decisiones entre los ámbitos de salud del Sistema Integrado.

Financiamiento de este tramo de proyecto: Ministerio de Educación

### **Eje 3: Incorporar la demanda de DAMSU que actualmente es cubierta a través de prestadores externos**

El grupo de afiliados predominante de DAMSU es el afiliados obligatorios. Dentro de este grupo de afiliados, 6.469 son titulares son docentes activas/os o personal de apoyo académico, mientras que los 12.539 afiliados de este grupo son familiares del o la titular activa/o o adherente de esta/e titular activa/o.



En este grupo de afiliados generalmente, el/la jefa de hogar promedio cuenta con un nivel de formación medio/alto, está bien informado, cuenta con estabilidad laboral, se preocupa por su salud y valora la calidad de las prestaciones recibidas. En particular, en el caso de las mujeres, la edad de la embarazada primeriza se encuentra entre los 35 y 40 años.

En el grupo de afiliados adherentes, que representa el 27% del total de los afiliados (6.884), predominan jubiladas/os, ex docentes o personal de apoyo académico, y grupo familiar. Al igual que el grupo anterior, cuenta con un nivel de formación medio/alto, está bien informada/o, se preocupa por su salud y valora la calidad de las prestaciones recibidas.

Si bien no se ha hecho un estudio que permita definir la Elasticidad Precio-Demanda de este grupo poblacional objetivo, podemos afirmar claramente que ambos grupos de afiliados presentan una elasticidad precio-demanda baja, siendo levemente superior la del grupo de afiliados adherentes.

En definitiva, esto significa que el o la afiliada promedio presenta una baja sensibilidad a cambios en el precio de la prestación al valorar positivamente otros factores, tales como: la calidad de la prestación, el uso de alta tecnología, etc.

En relación a la **edad** de los afiliados la estructura poblacional de afiliados de DAMSU puede caracterizarse como intermedia entre una estructura envejecida y joven, donde el predominio de población se encuentra entre los mayores de 15 y menores a 65 años, pero en la cual los mayores de 65 representan el 11% del total de la población<sup>28</sup>.

### ***Características de riesgo de los pacientes***

A partir de las características de la población objetivo, los indicadores que sobresalen son:

- Cantidad de recién nacidos vivos.
- Edad de las madres: superior a 35 años.
- Enfermedades cardíacas.
- Traumatología.

---

<sup>28</sup> Según Naciones Unidas, una población envejecida es aquella en la que, del total de sus habitantes, más de un 7% son personas mayores de 65 años, y propone trazar la línea divisoria en los 60 años para los países en vías de desarrollo.



**Demanda de Servicios Asistenciales por parte de la Población Objetivo**

**Cuadro n°2: Demanda vía libre elección**

<b>Servicios</b>	<b>Libre Elección</b>	<b>% Libre Elección/Total Servicios Demandados</b>
Análisis Clínicos Ambulatorios	<b>76.736</b>	45%
Consultas Médicas	<b>58.347</b>	56%
Radiología Convencional	<b>16.433</b>	100%
Práctica Odontológica	<b>14.896</b>	26%
Ecografía Ambulatoria	<b>7.707</b>	68%
Consultas Oftalmológicas	<b>3.910</b>	58%
Resonancia Nuclear Magnética	<b>1.750</b>	100%
Tomografía Axial Computada	<b>964</b>	100%
Densitometría	<b>685</b>	100%

Fuente: Elaboración en base a información suministrada por el Departamento de Bioestadística DAMSU, Dic. 2012

**Cuadro n°3: Capacidad de Internación teniendo en cuenta demanda de Internación actual de DAMSU**

<b>Frecuentación (tasa de utilización)</b>	103,3 egresos cada 1000 afiliados
<b>Egresos:</b>	Población afiliados x Frecuentación / 1000
<b>Estancia media (días):</b>	3,3
<b>Cantidad de Camas Hospitalarias</b>	20 camas
<b>Habitaciones Individuales</b>	15
<b>Habitaciones Compartidas</b>	2

Fuente: Elaboración en base a información suministrada por el Departamento de Bioestadística DAMSU, Dic. 2012

Financiamiento de este tramo de proyecto: transferencia de fondos interna



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

El esquema organizacional propuesto es circular. La elección radica en una de las principales ventajas que presenta dicha estructura: facilita la articulación y flujo de información entre una y otra unidad.

La ejecución de la propuesta contempla:

- ⌘ La redefinición de funciones hacia el interior del ámbito de salud universitaria,
- ⌘ El diseño y puesta en marcha de acciones de acuerdo a la población universitaria objetivo
- ⌘ La conformación de una unidad de Gestión.



## CONCLUSIONES

La difícil consecución final del proyecto del Hospital Universitario de la Universidad Nacional de Cuyo, obedece no sólo a los problemas propios del mismo y su relación con la Universidad, sino también y fundamentalmente a los problemas del sistema de salud argentino y de la Provincia de Mendoza.

En todo el mundo, los hospitales universitarios son instituciones nucleares, ya sea para las universidades como los sistemas de salud, dado su papel trascendente en la enseñanza de la medicina y en la prestación de servicios de excelencia<sup>29</sup>.

El desafío actual del Hospital Universitario pasa por cómo, en el marco de sus funciones, pueda integrarse al sistema de salud de la provincia de Mendoza, no sólo como un prestador de servicios asistenciales y de promoción y prevención de la salud, sino también como un centro de enseñanza e investigación de excelencia.

Es decir cómo integrarlo a la red de referencia y contrarreferencia, acrecentando además su papel en las acciones de atención primaria de la salud, sin perder su autonomía y prestigio por pertenecer a la Uncuyo.

Recordando que una de las características del sistema de salud argentino es su fragmentación y desarticulación, pensar en la integración mencionada, no resulta una tarea fácil y sencilla.

Las propuestas para integrar al HU en el sistema de salud de la Provincia, son numerosas, pero fundamentalmente se basan en la necesidad de articular al HU con los otros dos referentes de salud de la Universidad Nacional de Cuyo, integrando al DAMSU como socio estratégico, tarea nada sencilla, dada la resistencia del gremio y trabajadores de dicha institución. Asimismo se deberá integrar al otro referente de salud de la UNCuyo: Dirección de Salud Estudiantil, perteneciente a la Secretaría de Bienestar Universitario.

---

<sup>29</sup> Millán Núñez-Cortés, J; Civera-Murillo y Gutierrez. El Hospital Universitario del siglo XXI. Págs. 88 y 89.



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

Además del sistema de salud universitario, es claro que el Hospital debe necesariamente estar articulado a una red de servicios de salud en todos los niveles de atención y con presencia comunitaria y territorial clara.

Para lograr éste propósito es necesario concluir la etapa de internación/quirófanos, por lo que es necesario contar con recursos financieros suficientes. Dicha tarea implica una gestión de recursos públicos de diferente tipo por parte de la Universidad, en especial de orden nacional.

Se pretende básicamente una doble financiación del Ministerio de Salud de la Nación para cubrir los sobrecostos en que incurre el HU para cumplir con su misión asistencial y del Ministerio de Educación de la Nación para cubrir los costos de formación y preparación de los alumnos de las carreras a fines a la medicina, teniendo en cuenta la triple misión del Hospital.

Por su parte el HU debe procurar la sostenibilidad del mismo a través de sus prestaciones, reinvertiendo todo lo logrado por recursos propios en el desarrollo del Hospital.

Para el HU también resultaría importante, y en el marco de su integración al sistema de salud, establecer convenios con los municipios para el reconocimiento de los servicios que presta la institución y que sean del primer nivel de atención.

El HU debe concebirse como un escenario académicos, científico-técnico, que tiene como funciones esenciales construir conocimiento sobre la enfermedad humana; brindar un escenario de formación práctica para profesionales del área de la salud; generar propuestas pedagógicas que ayuden en los procesos educativos del personal sanitario de cada área, capacitar a los pacientes en la educación sanitaria, derecho a la asistencia y prevención y promoción de la salud, y por último resolver los problemas patológicos que afectan a las personas que asisten al Hospital (Eslava, J.C, pág. 45)

Sin embargo, y a pesar de las fortalezas y oportunidades del HU, la situación del sistema de salud argentino en general y el de la Provincia de Mendoza en particular, no resultan propicios para lograr la integración y trabajo articulado de la institución en lo que se refiere a la asistencia y promoción y prevención de salud, entre otras cosas, y como se mencionó a lo largo del trabajo porque el sistema de salud de nuestro país es extremadamente segmentado, lo que requiere, entre otras cosas, acordar acciones



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

con actores de gran autonomía, donde cada provincia gestiona sus propios recursos en salud.

Asimismo se debe destacar que no se destinan fondos suficientes a la atención primaria de la salud, pilar fundamental de trabajo pretendido por el HU, porque los fondos de los programas preventivos provienen de la Nación.

Tampoco hay integración intersectorial porque siguen actuando por separado los centros de salud y los hospitales del mismo departamento.

El fraccionamiento y la inequidad del sistema están instalados y constituyen un desafío para las instituciones del país. Cuando las acciones y objetivos planteados exceden los tiempos vitales de los individuos, son las instituciones las que pueden y deben dar continuidad a lo proyectado y para ello es necesario reconocer la importancia de la política para impulsar las reformas necesarias, a través de buscar consensos amplios, democráticos y representativos de todos los actores<sup>30</sup>.

Por todo lo expuesto es necesario que el HU, pueda lograr articular acciones con el Subsector Público de Salud, logrando la organización de una red de derivación de complejidad creciente entre los efectores de atención primaria de la salud y los hospitales y e instituciones privadas.

---

<sup>30</sup> Perrone, N y Teixidó, L. Estado y Salud en Argentina. Revista de Maestría en Salud Pública ISSN. Año 5- N° 10, año 2007. Pág. 45



## BIBLIOGRAFÍA

- ACUÑA, C. y CHUDNOVSKY, M. El sistema de salud en la Argentina. Univ. de San Andrés – CEDI (Fundación Gobierno y Sociedad). Doc. N°60. Año 2002.
- ANDREANACCI, L. y REPETTO, F. Universalismo, ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana. Programa de coordinación INDES-BID. Año 2008.
- Banco Mundial: informe sobre el desarrollo humano, 1993. Invertir en Salud. Washington.
- BARRIOS, D. Ramón Carrillo: primer Ministro de Salud de la Nación. En: [www.cancerteam.com.ar](http://www.cancerteam.com.ar)
- BERRO, P y VOLOSCHIN, M. “Hacia una comunicación saludable” Plan estratégico de comunicación corporativa para el Hospital Universitario, año 2012.
- CARRILLO, A. Ramón Carrillo: el hombre, el médico, el sanitarista. Ed. Edili. Año 2005.
- CASAL, A y CASTRO, B. La reforma del Sector salud y la medicina pre-paga. Revista Aportes para el Estado y la Administración Gubernamental. Año 2005. En: [www.asociacionag.org.ar](http://www.asociacionag.org.ar)
- CETRÁNGOLO, O. Y BISANG, R. Descentralización de los servicios de salud en Argentina. CEPAL: Serie Reformas de Políticas Públicas N°47, Santiago 1997.
- CETRÁNGOLO, O y DEVOTO, F. Reformas en la política de Salud en la Argentina durante los años `90, con especial referencia a la equidad. CECE, Serie Estudios, N° 27, setiembre 1998. Buenos Aires.
- CHUIT, R. La situación social y las enfermedades de la pobreza, su evolución en la Argentina. Academia Nacional de Medicina. Informe 2011. Presentado en Jornadas de Salud del Bicentenario.
- Constitución Nacional Argentina. Reforma de 1994. En: [www.registronacional.com/argentina/ley/constitucion\\_nacional.htm](http://www.registronacional.com/argentina/ley/constitucion_nacional.htm).



- COCHLAR, O. Informe de Situación de Obras Sociales Nacionales. Bariloche, año 2007.
- ESLAVA, J.C. Hospital universitario y crisis hospitalaria en Colombia, revista Gerencia y Políticas de Salud, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, 2002, vol. 1, nº 002.
- FILGUEIRA LIMA, E. Tesis de Maestría. El sistema de Salud en la Argentina y los fracasos en sus intentos de reforma. Buenos Aires, 2012.
- FOUCAULT, M. Defender la Sociedad. Fondo de Cultura Económica. Año 2006.
- GÓMEZ, J. Necesidad de una política pública hospitalaria más allá de la propuesta de reestructuración. Archivos de Medicina Nº 10, año 2005. Universidad de Manizales, Colombia.
- Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Secretaría Parlamentaria. Dirección de Información Parlamentaria. Plan Sintético del Salud Pública 1952-1958. Dr. Ramón Carrillo. Resolución Nº 31.412/51. En: [www.hcdn.gov.ar](http://www.hcdn.gov.ar)
- HUERTA DE SOTO, J. Nuevos Estudios de Economía Política. Unión Editorial, Madrid, año 2002.
- JAÑEZ, J y MAMMONI, G. Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Prestadores de Salud. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Seminario VI- Noviembre de 2007.
- MACEIRA, D., CEJAS, C. y OLAVIAGA, S. Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino. CIPPEC, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social. Documento de trabajo Nº 49, año 2010.
- MÉDICI, A. Los Hospitales Universitarios: pasado, presente y futuro. Cuadernos médico sociales 79.
- MEDINA, A. La Argentina y la fragmentación de su sistema de salud. En: <http://direccion.blogs.hospitalelcruce.org>
- MILLÁN-NUÑEZ, J; CIVEIRA-MURILLO, F; GUTIERREZ-FUENTES, J. El Hospital Universitario del siglo XXI, en [www.educmed.net](http://www.educmed.net). Educ Med 2011.
- LORENZETTI, R. La empresa médica. Ed. Rubinzal Culzoni, 1995.



*Universidad Nacional de Cuyo*



*Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*

- OJEA, O y BARRAGÁN, H. El Plan Federal de Salud. Cap. 20: Fundamentos de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. UNLP, La Plata, 2006.
- REPETTO, F. Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino. Documento de trabajo n° 55, Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional. Buenos Aires, 2001.
- TOBAR, F. El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo. Isalud, Buenos Aires, 2000.
- Universidad Nacional de Cuyo. Ordenanza N°70/2010 Consejo superior.