



**HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS  
"DR. LEONIDAS LUCERO"  
Dirección General  
PROYECTO 2014-2018**

**Gustavo Adolfo Caresfía**

## **CONTENIDO**

### **I – INTRODUCCIÓN**

#### **PRESENTACION**

#### **DIAGNOSTICO DE SITUACION**

##### **A. Análisis de contexto**

##### **B. Hospital Municipal de Agudos “Dr. L. Lucero”**

Historia

Plantel Directivo actual

Estructura

Planta Física

Modelo Administrativo

Producción hospitalaria

Evolución de la planta de personal

Presupuesto

Seguridad Social

Áreas especiales

##### **C. Resumen**

### **II – DESARROLLO**

#### **- MISIÓN**

#### **- OBJETIVOS**

#### **- PLAN DE ACCION**

1.- Área de Acciones Inmediatas

2.- Área de Recursos Humanos

3.- Área de Atención de la Salud

4.- Área de Desarrollo y Planeamiento

5.- Área Administrativa- Legal

6.- Área de Docencia e Investigación

#### **- RESPONSABILIDADES**

#### **- RECURSOS PRESUPUESTARIOS**

### **III – DIAGRAMA**

### **IV – BIBLIOGRAFÍA**

# I – INTRODUCCIÓN

## PRESENTACION

El Hospital Municipal de Agudos de Bahía Blanca "Dr. Leónidas Lucero", es sin duda parte del patrimonio cultural, político y personal de todos y cada unos de los habitantes de la ciudad.

Cuando se plantea la necesidad de hacer un proyecto a cuatro años con el objeto de cumplir con la normativa vigente, bueno es decir que es necesario recordar la historia más o menos reciente de este Hospital en los últimos 30 años, donde se han impulsado un sinnúmero de reformas que lo han hecho mejorar notablemente en su nivel de organización, prestigiar a su cuerpo profesional y no profesional y trascender científicamente más allá de las fronteras de esta ciudad.

Seguramente y a través del tiempo sea necesario introducir nuevos cambios, de manera de sostener y solidificar lo actuado, pero también pensando que los hospitales modernos requieren agregar algunas otras características a su desarrollo.

Asimismo es importante señalar que hay que analizar en el marco de este proyecto al Hospital como una entidad inserta en un contexto político y social que lo enmarca y lo sostiene a través del tiempo y lo proyecta hacia adelante.

Para ir pensando en el Hospital moderno, podemos tomar lo que sostiene Federico Tobar: "Los hospitales modernos son organizaciones especiales y difíciles de comparar con cualquier otra. Desde un punto de vista sanitario se los puede caracterizar como proveedores de la respuesta de mayor complejidad a los problemas de salud de la población. Atienden pacientes de diversas extracciones sociales que acuden por diversos motivos o patologías. Desde un punto de vista organizativo son plantas multiproducto, pero al mismo tiempo proveen servicios a personas. Además, desde un punto de vista económico también presentan rasgos distintivos como el requerir un uso intensivo tanto de capital humano, como tecnológico y financiero".

Desde luego estos conceptos se pueden ampliar y darles un contenido más ligado a la problemática social e inclusive a su vinculación con los diferentes niveles de atención de la salud, no obstante el hospital moderno debe asumir nuevas responsabilidades y ampliar sus acciones asistenciales hacia las socio-sanitarias. Las mismas no se limitan a su rol tradicional de restaurar la salud, deben además protegerla y promoverla; así como también preocuparse por los problemas económico-sociales de la población tomando decisiones costo-efectivas.

Deberá, además, reforzar su participación en la docencia e investigación, orientando sus acciones hacia la formación de un recurso humano apto para el nuevo modelo y una profundización del modelo de investigación, que supere a la clásica epidemiología clínica. Todo esto sin perder de vista el rol adquirido en los últimos años y que le es reconocido en distintos sectores en cuanto a la formación profesional de grado y posgrado.

En el área de gestión la transformación es más profunda, por lo que deberá contar una estructura organizacional que incorpore nuevas disciplinas y nuevas formas de agregar innovaciones, acorde con su nueva complejidad. También hay que señalar que la atención integrada e integral de la salud brindada por este nuevo modelo de hospital requiere de su integración en redes de servicios actuando en estrecha coordinación con las actividades de los demás establecimientos de salud. En este hospital moderno las barreras entre la Medicina Clínica y la Salud Pública deben ir desapareciendo.

Todas estas modificaciones no se reducen a cambios en cuanto a su proyección dentro de la comunidad, sino que el hospital como elemento dinámico debe modificar sus estructuras internas, transformando conceptos y creando nuevos modelos, para cumplir con una mejor utilización y rendimiento de los recursos que dispone, así como una mayor calidad de los servicios orientados al paciente.

También hay que decir que el Hospital es una organización en la que el valor añadido profesional es el aspecto clave del servicio prestado, con toma de decisiones a tiempo real y decisiones que configuran el producto final, tanto en calidad como en costos. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos están cambiando, se adiciona tecnología, aumenta la información disponible y los recursos volcados al tratamiento, tanto en el aspecto farmacológico como de técnicas mínimamente invasivas.

Asimismo se agregan nuevas modalidades alternativas de atención (Hospital de día, Unidades de Rápido diagnóstico, Unidades de corta estancia, Cirugía ambulatoria, Internación breve, Atención domiciliaria e Internación domiciliaria), que influirán definitivamente en la reforma posible.

El hospital público futuro debe considerar cinco elementos claves para su transformación: el factor humano, el presupuesto, los costos, las camas y la productividad de la organización debiendo los directivos trabajar en conjunto con el personal para que cada uno de estos aspectos sea tratado con una óptica transformadora y de mejoría.

Seguramente, cuando se intenta proyectar y planificar sobre cualquier cuestión se está buscando modificar lo que está por venir y es allí cuando el futuro adquiere una verdadera dimensión de cambio. En estas últimas décadas, a diferencia de cualquier otra etapa de la historia, se ha generado una mayor velocidad del mismo en cuanto a su concepción y desarrollo. El escenario de los cambios está constituido por las sociedades donde los individuos con sus modificaciones culturales, tecnológicas y de formas de vida representan con un marcado sentido dinámico, un espacio en revisión constante; lógico es entonces pensar, que todo ello también impacte fuerte y decisivamente en los hospitales.

El camino de las transformaciones no es sencillo porque en materia de salud se debe actuar combinando una racionalidad económica con un contenido ético. Pero parece necesario interpretar este rol transformador, reteniendo la misión y el perfil de este Hospital ligado a la patología aguda y de emergencias para el cual ha sido elegido por la misma ciudadanía.

## DIAGNOSTICO DE SITUACION

La intención de introducirnos directamente en el diagnóstico de situación es facilitar el conocimiento de la situación actual y su historia a fin de posicionarnos ante las probables necesidades de efectuar cambios y mejoras que a su vez permitan un desarrollo sustentable a través del tiempo.

Revisaremos inicialmente la información del contexto en lo relacionado al sector de la salud tanto en Argentina como en nuestra propia ciudad, para luego conocer la realidad de nuestro Hospital y posteriormente informar y hacer un análisis de las cuestiones relacionadas a las actividades propias.

### A. ANÁLISIS DE CONTEXTO

#### I -Argentina:

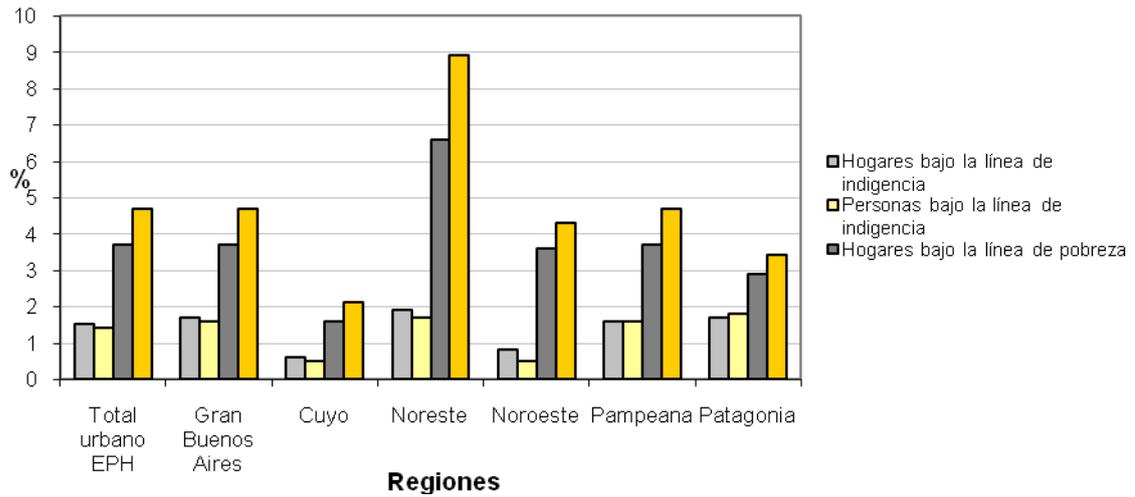
##### Datos de Población:

De acuerdo con el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, realizado el 27 de octubre del 2010, existen 40.091.359 habitantes en la Argentina. La cantidad de viviendas para la misma fecha suma 14.297.149. También el censo, estableció que cada cien mujeres hay 95,4 hombres.

La provincia de Buenos Aires es la que presenta mayor cantidad de habitantes, con el aporte del 38,8 por ciento del total de la población de la Argentina. El crecimiento de la población en el período comprendido entre 2001 y 2010 fue de un 10,6 por ciento, que es el equivalente al 1,17 por ciento anual. El aumento de la población tiene su origen en la baja tasa de mortalidad y el aumento de la calidad de vida de algunos grupos étnicos.

Es posible advertir en los siguientes dos cuadros la incidencia de pobreza e indigencias por regiones y las tasas de empleo y desempleo.

### Incidencia de la pobreza e indigencia - Primer semestre de 2013



**Nota:**

Las regiones estadísticas están conformadas por el agregado de aglomerados de la EPH como se detalla:

**Cuyo:** Gran Mendoza, Gran San Juan, San Luis - El Chorrillo

**Gran Buenos Aires:** Ciudad de Buenos Aires, Partidos del Conurbano

**Noreste:** Corrientes, Formosa, Gran Resistencia, Posadas

**Noroeste:** Gran Catamarca, Gran Tucumán - Tafí Viejo, Jujuy - Palpalá, La Rioja, Salta, Santiago del Estero - La

Banda

**Pampeana:** Bahía Blanca - Cerri, Concordia, Gran Córdoba, Gran La Plata, Gran Rosario,

Gran Paraná, Gran Santa Fe, Mar del Plata - Batán, Río Cuarto, Santa Rosa - Toay. San Nicolás - Villa

Constitución

**Patagonia:** Comodoro Rivadavia - Rada Tilly, Neuquén - Plottier, Río Gallegos,

Ushuaia - Río Grande, Rawson -Trelew, Viedma - Carmen de Patagones

**Fuente:** INDEC, Encuesta Permanente de Hogares Continua

Tasas de empleo y desempleo por regiones. Cuarto trimestre de 2013

AREA GEOGRÁFICA	TASAS DE ACTIVIDAD	EMPLEO	DESOCUPACION	SUBOCUPACION	SUBOCUPACION DEMANDANTE	SUBOCUPACION NO DEMANDANTE
Gran Bs.As.	47.3%	44.3%	6.5%	8.1%	5.1%	3%
Cuyo	42%	40%	4.9%	6.4%	4.6%	1.9%
Noreste (NEA)	36.6%	35.8%	2.2%	3.8%	2.4%	1.4%
Noreste (NOA)	42.3%	40%	5.5%	6.3%	5.1%	1.2%
Región Pampeana	46.4%	42.8%	7.8%	9.2%	6%	3.1%
Región Patagónica	44.9%	42.4%	5.5%	4.2%	2.5	1.7%

**El sistema de salud :**

El sistema de salud argentino está compuesto por tres subsistemas: el público, el de las Obras Sociales y el privado. De ahí la importancia de tener en cuenta las características centrales de cada uno de ellos para lograr una visión cabal del escenario existente en este sector.

No sólo se observan, en este sentido, la falta de integración entre los distintos subsistemas, sino que dentro de cada uno de ellos también existen serios niveles de fragmentación. En el caso del subsector público, tradicionalmente se ha observado la existencia de una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal). Y, en el caso de los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación.

Esta conformación especial del sistema le imprime al área de la salud una lógica peculiar puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan.

La Argentina se distinguió durante muchos años por la eficiencia y calidad de su sistema de salud, pero hace ya largo tiempo que el área ve disminuidas sus capacidades y enfrenta problemas cada vez más importantes. En las últimas décadas, el sistema público, que está integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud que funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud de las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal) y que presta servicios de provisión gratuita, ha sufrido un significativo deterioro. A su vez, esta situación actuó como disparador de un crecimiento expansivo del sistema de seguridad social (Obras Sociales) que se convirtió en el principal proveedor de servicios hasta que sus problemas se agudizaron en el transcurso de la década de los ochenta como consecuencia de múltiples factores: entre ellos, la pérdida de recursos y la debilidad institucional. Sin embargo, un elemento aún más importante que influyó en la crisis de las Obras Sociales se desprende del creciente proceso internacional de tercerización del trabajo y la consiguiente pérdida de peso de los sindicatos.

En la Argentina, este problema se hizo visible aunque no se profundizó como era esperable suponer puesto que, aún ante el incremento cada vez mayor del empleo informal y la consecuente pérdida de los aportes obligatorios de los trabajadores (que se ligaban a su condición de *trabajadores formales*), no se debilitó en igual medida la cantidad de usuarios de las Obras Sociales. En efecto, se observa que entre 1991 y 1997 la población que contaba *únicamente* con seguro de OS aumentó de 40,3% a 50,2%.

Esto se explica por la paralela baja de la población que contaba simultáneamente con Prepagas y OS, que descendió de 13,9% a 4,2%. En efecto, la mayoría de la población Argentina, aproximadamente el 60 %, aún cuenta con cobertura de algún sistema de salud, sea este de OS o de Prepaga. La explicación se encuentra en el carácter fragmentado del sistema de salud argentino que permite que algunas personas cuenten con más de una Obra Social ya sea porque tienen más de un empleo o porque cuentan con la cobertura de la Obra Social de sus cónyuges.

Por otra parte, la mitad de los beneficiarios de los planes voluntarios de mutuales y Prepagas suelen tener también Obra Social. Esto explica, en parte, que un crecimiento significativo del desempleo (como el registrado durante la década de los años noventa) no haya repercutido linealmente sobre la cobertura de la seguridad social. La doble cobertura ha funcionado como mecanismo "amortiguador" del impacto del desempleo sobre la demanda de seguridad social.

Por último, un efecto que también se ha registrado es el incremento de los beneficiarios por cada titular aportante. Este es un mecanismo de supervivencia que utilizan algunos sectores carenciados que buscan extender la cobertura de aquellas personas que aún cuentan con algún tipo de protección de Obra Social, hacia los familiares que han quedado excluidos del mercado laboral formal (Tobar, 2001). Asimismo, la progresiva crisis fiscal afectó indirectamente al subsistema de seguridad social debido, entre otras cosas, a las débiles condiciones macroeconómicas existentes.

#### **Gasto en salud:**

Si analizamos la evolución del gasto total en salud, por año, no se ha modificado sustancialmente en términos de valor dólar. El mismo incluye el sistema público, las obras sociales, prepagas y gasto de bolsillo de la población:

<b>2002</b>	23.000 millones
<b>2003</b>	27.833 millones
<b>2004</b>	31.000 millones
<b>2005</b>	35.000 millones
<b>2006</b>	42.000 millones
<b>2007</b>	51.700 millones
<b>2008</b>	65.000 millones
<b>2009</b>	73.000 millones
<b>2010</b>	85.000 millones
<b>2011</b>	120.700 millones
<b>2012</b>	154.000 millones
<b>2013</b>	211.000 millones

Fuente: Banco Mundial. SSS.IEPS.

En relación con el PBI, para la Argentina el gasto total en salud para el año 2009 representó un 9.4 % del total, mientras que para el 2011 representó un 8.1 %.

Asimismo el gasto por habitante tampoco se ha modificado sustancialmente, inclusive en comparación con los distintos países de América. Para el año 2010 el gasto en salud por habitante (en dólares) fue:

PAIS	COSTO POR HABITANTE (EN DOLARES)
Argentina	531
Uruguay	515
Chile	330
México	310
Costa Rica	270
Brasil	260
Venezuela	230
Paraguay	110
Perú	100
Bolivia	65
Ecuador	25

Fuente: Banco Mundial. SSS.IEPS.

**Gasto aproximado por subsector de la salud, en millones de pesos para el año 2013**

SUB SECTOR	MILLONES DE PESOS (Aprox.)
Obras Sociales	64.000
Gasto de bolsillo	62.000
Hospitales (Sector Público)	50.000
Pre pagas	20.000
PAMI	15.000

**TOTAL: 211.000 Millones de Pesos**

Fuente: Banco Mundial. SSS.IEPS.

**SEGURIDAD SOCIAL****COBERTURA (Población estimada: 40.760.000 personas). Año 2011.****CON COBERTURA FORMAL**

	<b>TOTAL</b>	<b>24.025.000</b>
<b>Se han restado:</b>	Doble Cobertura	2.500.000
	Desregulados	4.000.000

<b>Seguros Sociales</b>		
<b>Nacionales</b>		
	PAMI	4.150.000
	Obras Sociales Sindicales	12.350.000
	Servicio Doméstico	180.000
	Obra Social Dirección	1.040.000
	Monotributistas	875.000
	Estatales, empresas, adherentes, etc.	140.000
	<b>TOTAL</b>	<b>18.735.000</b>
<b>Provinciales</b>		6.290.000
	<b>TOTAL</b>	<b>6.290.000</b>

<b>Seguros Privados</b>		<b>5.500.000</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>5.500.000</b>

**SIN COBERTURA FORMAL**

	<b>TOTAL</b>	<b>16.735.000</b>
--	--------------	-------------------

Fuente: Banco Mundial. SSS.IEPS.

## II- Bahía Blanca:

### Datos de población:

Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos para el año 2010., en el partido de Bahía Blanca hay 301.501 habitantes.

La cifra informada permite establecer que el crecimiento de la población, respecto al censo del año 2001, fue de un 5,5 %. La cifra de mujeres es de 156.042, mientras que los hombres 145.009. Con una tasa de urbanización del 98 %.

### Mercado de Trabajo: Principales Indicadores

Actividad y Desocupación para el Aglomerado de Bahía Blanca – Gral. Daniel Cerri.

<b>TASAS DE</b>	<b>1º TRIMESTRE 2012</b>	<b>2º TRIMESTRE 2012</b>	<b>3º TRIMESTRE 2012</b>	<b>4º TRIMESTRE 2012</b>	<b>1º TRIMESTRE 2013</b>
<b>Actividad</b>	47.3%	46.5%	43.6%	46.6%	47%
<b>Empleo</b>	44.7%	42.3%	39.3%	43.5%	43.9%
<b>Desocupación</b>	5.7%	9.10%	9.9%	6.6%	6.5%
<b>Subocupación</b>	4.1%	4.6%	3.9%	3.7%	4.2%
<b>Subocupación demandante</b>	3.2%	4.2%	3%	2.9%	3.3%
<b>Subocupación no demandante</b>	0.9%	0.50%	0.9%	0.8%	1.0%

Fuente: INDEC | Encuesta Permanente de Hogares (EPH) –INDEC y Dirección Provincial de Estadística (DPE).

Pobreza. Aglomerados urbanos Provincia de Buenos Aires. Por Hogares y Personas.

**PRIMER SEMESTRE AÑO 2013**

<b>AREA GEOGRÁFICA</b>	<b>POBREZA-HOGARES</b>	<b>POBREZA-PERSONAS</b>
Bahía Blanca – Cerri	5.6%	8.8%
Mar del Plata – Batán	4.8%	6.4%
Partidos Gran Bs.As.	4.2%	5.4%
Gran La Plata	1%	1%
Total aglomerados urbanos del país	3.7%	4.7%

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares (EPH) – INDEC

Indigencia. Aglomerados urbanos Provincia de Buenos Aires. Por Hogares y Personas.

**PRIMER SEMESTRE AÑO 2013**

<b>AREA GEOGRÁFICA</b>	<b>INDIGENCIA-HOGARES</b>	<b>INDIGENCIA-PERSONAS</b>
Bahía Blanca – Cerri	3.2%	3.2%
Mar del Plata – Batán	2%	2.5%
Partidos Gran Bs. As.	1.7%	1.7%
Gran La Plata	0.8%	0.7%
Total aglomerados urbanos del país	1.5%	1.4%

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares (EPH) - INDEC

Seguridad Social:

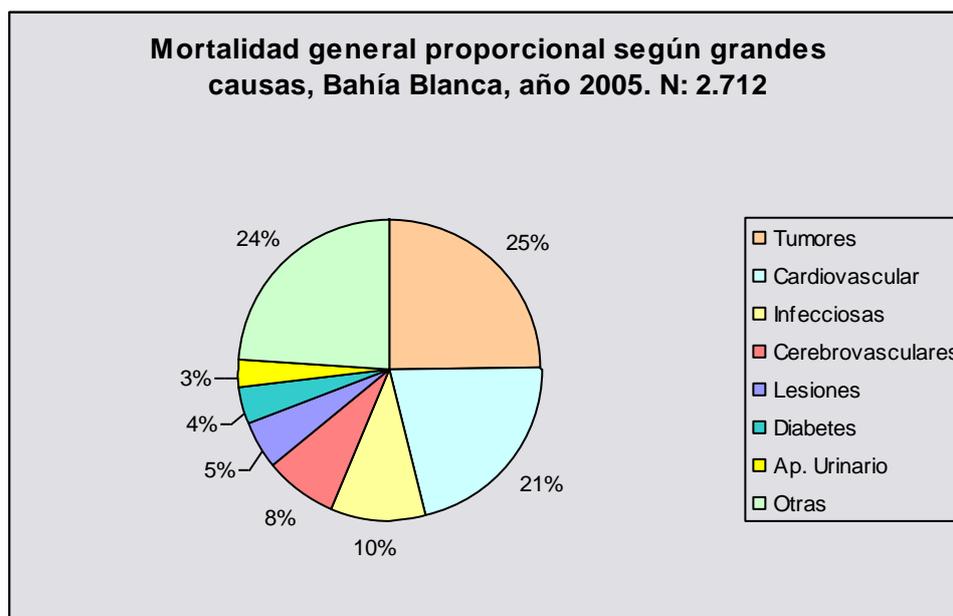
Aproximadamente entre un 38 y un 40 % de la población no posee cobertura de Seguridad Social.

Algunos Datos epidemiológicos:

	AÑO 2005	AÑO 2009	AÑO 2013
<b>Natalidad</b>	15.2	14.1	14.1
<b>Mortalidad General</b>	8.3	8.17	7.6
<b>Mortalidad Infantil</b>	12.4	10.5	9.5

Mortalidad general :

La mortalidad es un término demográfico que designa un número proporcional de muertes en una población y tiempo determinado. En Bahía Blanca en el año 2005 la tasa de mortalidad se situaba en el 8.3 ‰, y la tasa de mortalidad infantil en el 12.4 ‰. Las principales causas de mortalidad general en Bahía Blanca para el año 2005 fueron: Enfermedades del sistema circulatorio (24%), tumores ( 25%) otras enfermedades (21%), causas externas (5%) y enfermedades infecto contagiosas (10%).



\* Datos obtenidos del anterior Plan de Salud Municipal

**EL SISTEMA DE SALUD EN LA CIUDAD:****SUB SECTOR PÚBLICO**

En el Partido de Bahía Blanca conviven varios tipos de instituciones del subsector público ó estatal. Por un lado los que corresponden a la Municipalidad, que comprenden el Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", los Centros de Salud de Ing. White, Cerri, Vista Alegre y Cabildo, y las Unidades Sanitarias, distribuidos en las distintas localidades ó barrios, agrupadas en 9 Áreas Programáticas.

Por otro lado existe en la ciudad un Hospital Provincial, que es el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna". Asimismo la ciudad es cabecera de la Región Sanitaria I.

<b>INSTITUCIONES</b>	<b>Nº DE CAMAS</b>
<b>H.M.A.L.L.</b>	129
<b>H.I.G.A. "Dr. José Penna"</b>	310
<b>Centros de Salud Municipales</b>	4
<b>Unidades Sanitarias</b>	51
<b>TOTAL</b>	<b>494</b>

Datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de la Pcia. de Buenos Aires.

**Sistema Municipal de Salud**

El Sistema de Salud Municipal reúne Unidades Sanitarias, Centros de Mediana complejidad y el Hospital Municipal (HMALL).

El rol del H.M.A.L.L. en el Plan de Salud Municipal es el de brindar atención de segundo y tercer nivel tanto en ambulatorio como en internación y buscar posicionarse en términos de eficacia, eficiencia y costo para el Área Municipal de Salud.

Mientras que en los Centros de Salud y las Unidades Sanitarias el objetivo está centrado en optimizar y fortalecer el primer nivel de asistencia de la salud y los programas de Atención Primaria de la Salud. Y en promover la inclusión en los programas de salud de los vecinos de nuestra ciudad que se encuentran en situación de vulnerabilidad social.

Si bien en el tiempo los procesos de articulación entre el HMALL y el resto del Sistema de Salud Municipal han mejorado sustancialmente, aún subsisten algunos problemas puntuales, detectándose como el principal, la comunicación.

#### SUBSECTOR PRIVADO

A continuación se pueden observar los establecimientos Privados más importantes de la ciudad de Bahía Blanca y cantidad de camas según datos del año 2008:

HOSPITALES	Nº DE CAMAS
Hospital Italiano Regional del Sur	116
Hospital Privado del Sur	104
Hospital Regional Español	101
Centro de Salud "Dr. Matera"	66
Hospital de la Asociación Médica	60
Hospital Militar Bahía Blanca	25
<b>TOTAL</b>	<b>472</b>

Datos de los Hospitales

## **B. HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS “DR. LEÓNIDAS LUCERO”**

### **- Historia (\*)**

**Los inicios...** Las últimas décadas del siglo XIX constituyeron un período de intenso cambio y crecimiento para la localidad que, paulatinamente, adquirió los perfiles de una ciudad moderna.

En el camino de construir una infraestructura que respondiera a las necesidades de una población en constante aumento, surgió la inquietud de crear un organismo que brindase una adecuada atención sanitaria. Hasta ese momento, dicho servicio se cubría de forma irregular y precaria. Cuando el "Hospital Militar"- en los hechos sólo una enfermería - dejó de atender a la población civil en 1885, se acondicionaron dos habitaciones de la comisaría como salas de primeros auxilios. Luego la Municipalidad debió atender a los carenciados en una casa alquilada que no reunía las condiciones mínimas de higiene.

Las voces, que por entonces pedían por la regularización de tal situación, se elevaron aún más a consecuencia de la epidemia de cólera de 1887. Finalmente, el 14 de abril del mismo año, a pedido del Intendente Luis C. Caronti y tras una intensa actividad a favor, del presidente del Concejo Deliberante, Dr. Leónidas Lucero, dicho cuerpo aprobó la construcción del Hospital Municipal.

Dos años más tarde, el 9 de julio de 1888, se colocó la piedra fundamental en lo que era la Plaza Alsina, donde aún funciona el establecimiento.

**La encina, añeja testigo...** El Hospital conserva, en uno de sus patios, este maravilloso árbol, de más de 100 años y de dimensiones enormes, que fuese plantado en el mismo momento en que se colocó la piedra fundamental del establecimiento.

**Juntando fondos ...** Reunir los recursos necesarios para la construcción del nosocomio no fue tarea fácil. Se formó una Comisión abocada a ese fin. Artistas que visitaban la ciudad brindaron actuaciones a beneficio; se remataron tierras públicas; la Municipalidad de Puán colaboró con un aporte trimestral; la Cámara de Diputados acordó una donación por iniciativa de los representantes bahienses y no faltó la donación de un particular: el Dr. Enrique Mosquera, quien destinó 1700 pesos a la construcción de una sala de niños.

El nombre del Hospital fue cambiando... En el momento de su inauguración el nosocomio recibió el nombre de Hospital Municipal. Por aquellos años, en los periódicos se lo conoció como "Hospital Municipal de la Caridad". En **1965** el Concejo Deliberante le impone la denominación de Hospital Municipal "Dr. Leónidas Lucero".

En 1986 y en el marco del proceso de descentralización pasó a llamarse Centro de Salud "Dr. Leónidas Lucero".

En **1990** se cambia a: Centro de Salud Municipal "Dr. Leónidas Lucero", y a partir de **1997** asume un perfil de emergencias y se lo designa como Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero".

#### **Evolución Tecnológico-Edilicia:**

En **1889** abrió sus puertas. Siguiendo el modelo de los modernos hospitales europeos que consideraban el aire como elemento vital para la salud de los enfermos, el edificio se destacó por sus amplios pabellones.

**1890** | Es notable la adquisición de un equipo de Rayos X: el primero de un hospital público del país y de Sudamérica. Además se inaugura el laboratorio químico bacteriológico y la Sala 1, destinada a internación quirúrgica de hombres.

Entre **1900-1910** | se produce la creación de nuevas instalaciones respondiendo a las demandas crecientes de los usuarios locales y zonales. En 1905 se inaugura la Sala 2 de cirugía y clínica de mujeres. Se pone en marcha el "Servicio de Asistencia Pública" tendiente a brindar atención médica inmediata en caso de urgencia.

En **1920** se inauguran los Servicios de Pediatría y Urología, el Consultorio Externo de Odontología y la Morgue. Se comienzan a reemplazar las ambulancias de tracción a sangre por automóviles.

Entre **1930-1940** se crea los Servicios de Oftalmología, consultorio de piel y la Sala 8 de Terapia Intensiva.

Entre **1950 – 1960** se pone en funcionamiento el Servicio de Traumatología y Ortopedia. Comienza a desarrollarse la neurocirugía y cirugía cardiovascular. Creación del Centro de Medicina Nuclear.

**1970** | Apertura de los modernos Consultorios Externos por calle Charlone. Construcción del nuevo Servicio de Terapia Intensiva y adquisición de un mamógrafo.

**1980** | Desde 1986 a 1989. Creación del Servicio de Diagnóstico por Imágenes con la incorporación de tomografía axial computada y ecografía. Remodelación de l sector de Mantenimiento. Informatización del sector de administración. Creación de las

Residencias Médicas, el Departamento de Docencia e Investigación y la Escuela Municipal de Enfermería Profesional. Construcción de la nueva Cocina- despensa Comedor. Habilitación de los nuevos módulos de internación de Salas 9 y 10, de cirugía y clínica, con habitaciones con baño privado y calefacción y aire acondicionado central. Reforma del Laboratorio de Análisis Clínicos.

**1990 -2000** | Construcción del Lavadero con dotación de máquinas nuevas. Creación del **C.U.A** Centro Único de Admisión. Informatización de los sectores de Internación y atención al público.

Construcción del Servicio de Emergencias con los últimos adelantos tecnológicos-edilicios.

Remodelación de los sectores de Mesa de Entradas, Salón de Actos y Depósito Central y de los Servicios de Hemoterapia, Oncología, Esterilización, Farmacia, Ginecología, Endocrinología, Pediatría, Quirófano Central y Psicología.

**2001- 2013:** Remodelación del área destinada al Hospital de día. Reconstrucción de la vieja sala 7 destinada a la UTI. Construcción de una sala de usos múltiples para Docencia e Investigación. Remodelación de diversos sectores como Esterilización, Nutrición, Mantenimiento, Lavadero y otras obras pequeñas.

En 125 años de historia, distintas formas de concebir la salud, la enfermedad, la práctica médica, no alteraron objetivos esenciales, como lo son incorporar tecnología que asegure un adecuado nivel de las prácticas sanitarias, promover el perfeccionamiento de los profesionales y procurar un adecuado equilibrio entre costos y prestación de servicios.

*(\*) Extraído de la página Web del Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero"*

#### - **Plantel de Personal Actual - Dirección:**

DIRECTOR GENERAL: Roberto Santiago

ASESORA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS: Josefina Medrano

ASESORIA LETRADA: Guillermo Comastri

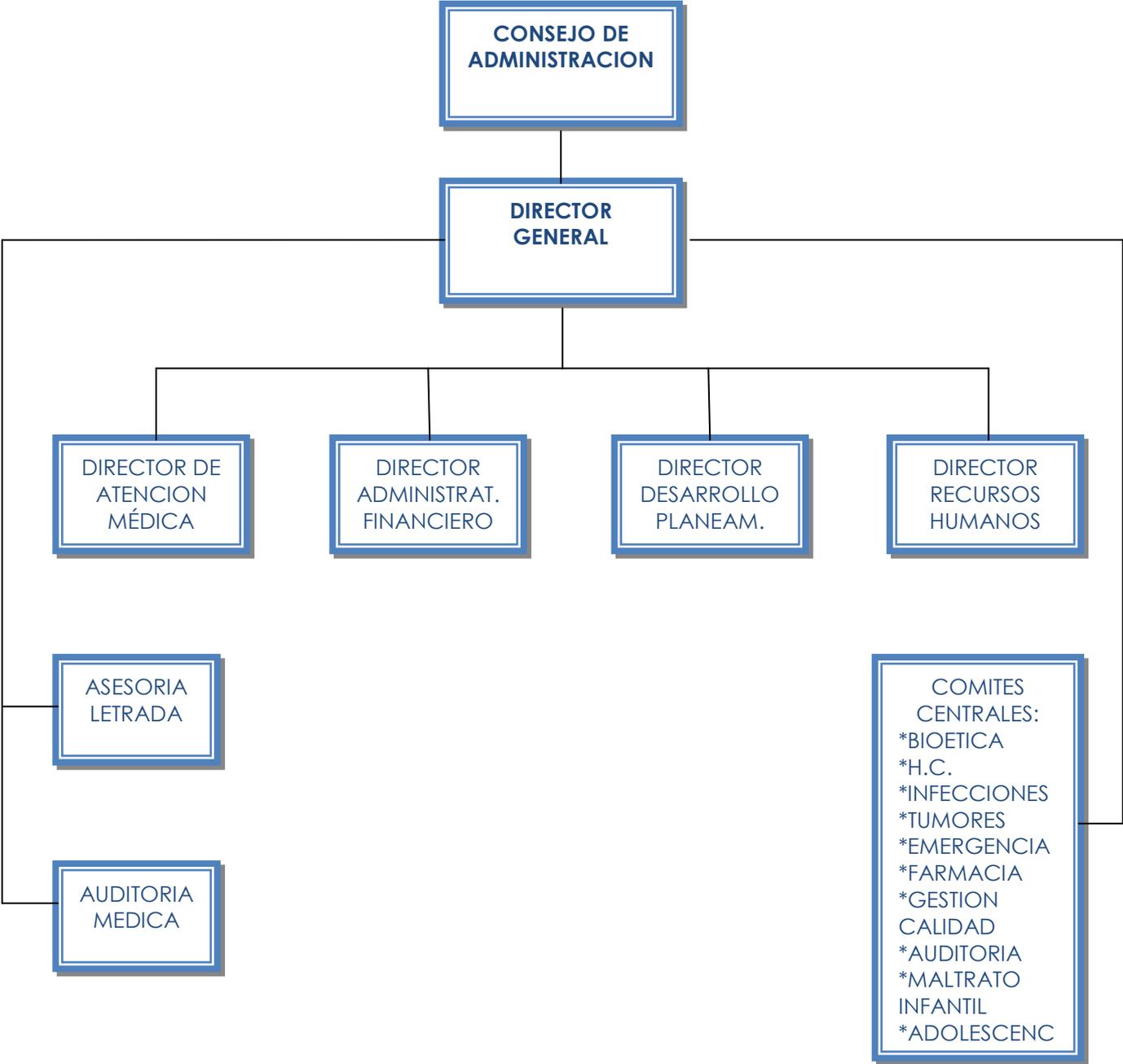
AUDITORIA MEDICA: Eduardo De Gaetano

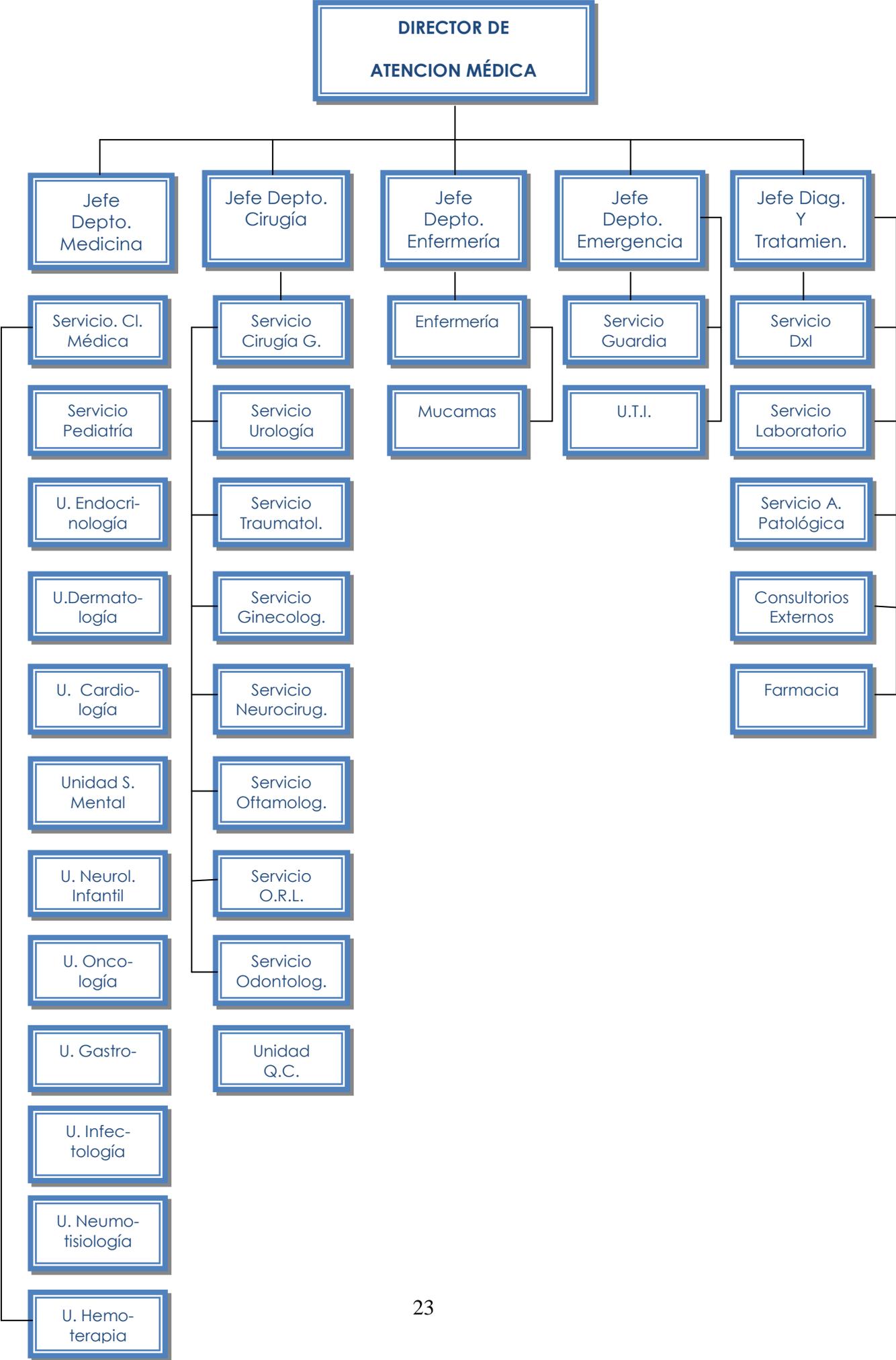
Juan Garcia

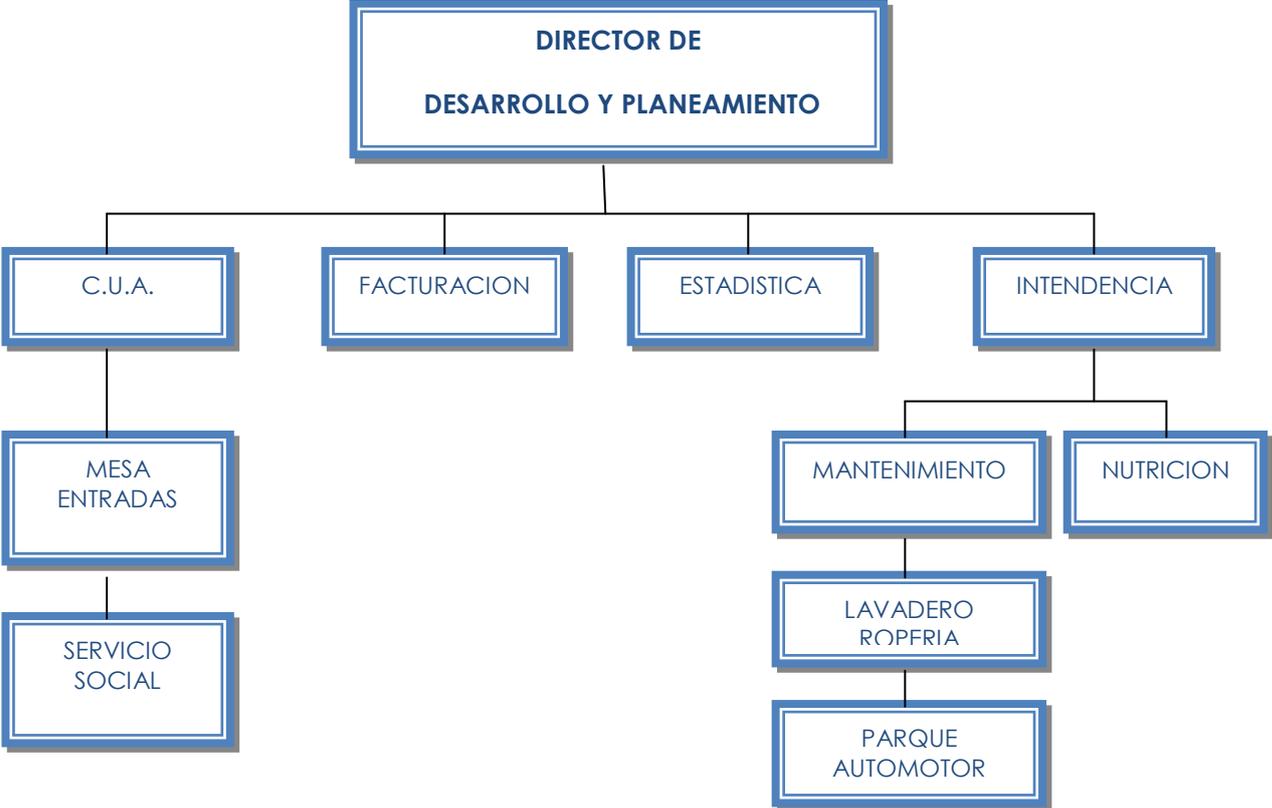
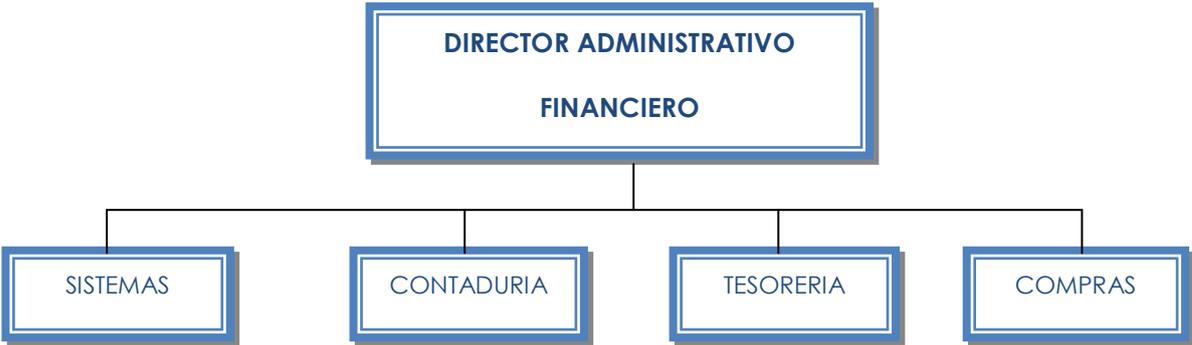
SECRETARIA ADMINISTRATIVA: Telma Holzmann

- **Estructura:** Vigente desde el año 1995 Según Ordenanza 8.950

**ORGANIGRAMA CENTRAL**







## - **Planta Física:**

Actualmente el Hospital cuenta con una Planta Física con necesidades de adecuación. Hoy en día (como puede verse en la página web del hospital) los hospitales tienden a extenderse en superficie y no en altura.

El Hospital Municipal de Agudos Dr. L. Lucero, cuenta desde 1990 con un Plan Director. Este programa, elaborado hace ya 24 años se basa en las siguientes pautas:

- Reconstrucción de la totalidad de los sectores.
- Incorporación de sistemas y prestaciones en función de la demanda y según las pautas del Plan Médico.
- Materialización de dos circulaciones (técnica y pública) claramente diferenciadas.

Dada la flexibilidad del anteproyecto se podría adecuar la infraestructura a su nuevo rol como centro de derivación, atención de especialidades y emergencias. Esto significa un ordenamiento del volumen de personas que concurren actualmente a los consultorios externos y un aumento de las consultas en el Servicio de Medicina de Emergencias.

En este punto la reforma está pendiente y el desarrollo del área situada sobre la calle Bravard permitirá ir resolviendo la necesidad de implementación de un nuevo modelo de atención de las urgencias y las emergencias.

## - **Modelo Administrativo:**

La reforma administrativa implementada a partir del año 1996 que incluía entre otras cosas:

- Sistema de Costos
- Sistema de Compras
- Gestión de Cobros
- Centro único de Admisión
- Informatización
- Oficina de Gestión y Planeamiento
- Gestión de Recursos Humanos
- Convenios con Hospitales

Forma parte de cuestiones que no admiten a esta altura ningún retroceso, pero si probables reformas y mejoras. Actualmente además en la gestión administrativa se ha incluido la reforma impuesta por el gobierno Provincial a los municipios, conocida como Rafam (*Reforma de la Administración Financiera en el Ámbito Municipal de la Prov. de Buenos Aires*).

El Decreto 2980/00 Reglamentario de la Ley Orgánica de las Municipalidades inicia del proceso de reforma de la Administración Municipal, que recoge los postulados nacionales vigentes desde 1992 con la sanción de la Ley 24156, y las principales definiciones incluidas en el diseño conceptual de la reforma elaborada para el sector público de la Provincia de Buenos Aires.

La RAFAM introduce una modificación conceptual sustancial en la planificación y gestión municipal , basada en el desarrollo presupuestario descentralizado a nivel de las unidades ejecutoras de las diferentes tareas que se cumplen en el ámbito Municipal y sus Entes Descentralizados. En este sentido, requiere del compromiso de las autoridades de cada área en la realización oportuna y programada de las etapas presupuestarias previas a la ejecución.

El objetivo que se persigue es el seguimiento de los programas de acción previstos para el período presupuestario, la eficiente utilización de los recursos públicos mediante la correcta asignación de funciones y responsabilidades y como consecuencia y principalmente, la evaluación sistemática de la gestión y del cumplimiento de las políticas globales.

La reforma viene acompañada por el software de aplicación desarrollado por el Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires que requiere un equipamiento informático de última tecnología, y posibilita el acceso en línea de la información contable, presupuestaria y operativa, con la ventaja que esto reporta en la toma de decisiones, además de posibilitar el cumplimiento de la finalidad de consolidación de la información de todos los municipios mediante mecanismos informáticos que trabajen sobre bases homogéneas y adecuadas a la norma legal.

Ha sido implementado progresivamente a partir del año 2005, y en algunos sitios como nuestro Hospital aún está pendiente la incorporación de la parte concerniente al personal.

- **Producción hospitalaria**

<b>AÑOS</b>	<b>EGRESOS</b>	<b>PORCENTAJE OCUPACIONAL</b>	<b>PROMEDIO DIAS DE ESTADA</b>	<b>TASA DE MORTALIDAD</b>
<b>1996</b>	5.084	61.61 %	5.1	<b>7.80</b>
<b>1997</b>	5.279	62.94%	5.4	<b>7.8</b>
<b>1998</b>	6.326	64.51%	4.4	<b>6.7</b>
<b>1999</b>	6.640	72.44%	5	<b>7.4</b>
<b>2000</b>	7.218	73.89%	4	<b>7.3</b>
<b>2001</b>	7.291	70.30%	4	<b>6.</b>
<b>2002</b>	7.269	77.44%	4	<b>6.6</b>
<b>2003</b>	7.698	80.17%	3.5	<b>6.5</b>
<b>2004</b>	7.733	77.83%	3.94	<b>6.66</b>
<b>2005</b>	7.464	76.60%	4.08	<b>6.14</b>
<b>2006</b>	7.684	70.06%	3.83	<b>5.40</b>
<b>2007</b>	7.432	72.14%	2.75	<b>6.20</b>
<b>2008</b>	7.353	70.97%	4.04	<b>5.65</b>
<b>2009</b>	7.560	68.95%	3.80	<b>5.02</b>
<b>2010</b>	7.692	74.50%	3.94	<b>5.12</b>
<b>2011</b>	8.004	75.82%	4.05	<b>4.90</b>
<b>2012</b>	8.051	75.75%	4.37	<b>4.07</b>
<b>2013</b>	8.124	75.85%	3.99	<b>4.25</b>

Fte.: Departamento de Estadística del HMALL

Podrá advertirse rápidamente en esta tabla que a través de los años se han mejorado la mayor parte de los índices, aunque el porcentaje ocupacional aún no es el óptimo. Nótese que el período 1996-1999 ha sido, proporcionalmente el de mayor crecimiento en números de egresos y en mejoría del porcentaje ocupacional.

<b>AÑOS</b>	<b>CONSULTAS CONSULTORIO EXTERNO</b>	<b>CONSULTAS URGENCIAS</b>
1996	100.256	44.107
1997	97.402	41.654
1998	94.374	50.527
1999	95.595	48.424
2000	102.437	89.194
2001	99.020	98.690
2002	104.453	104.991
2003	120.953	105.796
2004	116.188	103.945
2005	124.225	96.153
2006	109.854	94.473
2007	94.534	100.828
2008	87.598	108.825
2009	83.484	90.288
2010	87.624	95.400
2011	84.695	104.488
2012	78.934	91.905
2013	72.866	96.106

Fte.: Departamento de Estadística del HMALL

En esta tabla se podrá apreciar el importante crecimiento en el número de consultas por emergencias a partir del año 2000, lo que seguramente está ligado al aumento de la oferta realizado con la puesta en funcionamiento del nuevo Servicio de Emergencias. Asimismo en los últimos años se observa una disminución en el número global de consultas externas probablemente ligado a la mayor oferta en el área de APS.

### - Evolución de la Planta de personal:

En el período en análisis que se desarrolla en la Tabla siguiente será posible advertir que en los últimos doce años el crecimiento de la planta de personal ha sido de aproximadamente un 30 % , contabilizando en total 238 cargos más en el plantel aprobado por el H.C.D.

En el año 2008 debido al traslado desde el Municipio, al HMA del Servicio de Emergencias Prehospitalarias "911" el incremento inmediato fue de 20 agentes.

A su vez en el año 2010 para la inauguración de las nuevas instalaciones del Servicio de Terapia Intensiva con 5 camas nuevas, fue necesaria la incorporación de 21 agentes temporarios: 3 Médicos 14 Enfermeros 4 Mucamas.

El resto del incremento ha sido en diversos sectores y ligados seguramente a la mayor variación en el tipo de problemática asistida y en el aumento de las mismas en algunos casos.

GRUPOS OCUPACIONALES / AÑO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>PLANTA PERMANENTE</b>	<b>562</b>	<b>559</b>	<b>566</b>	<b>584</b>	<b>603</b>	<b>603</b>	<b>640</b>	<b>652</b>	<b>660</b>	<b>666</b>	<b>656</b>	<b>655</b>	<b>655</b>
<b>SUPERIOR</b>								1	1	1	1	1	1
<b>JERARQUICOS</b>	9	8	11	10	10	10	10	9	9	11	11	11	13
<b>PROFESIONALES NO DE CARR.HOSP.</b>	12	12	11	11	11	11	7	7	8	9	6	6	5
<b>TECNICOS</b>	73	71	72	74	75	75	75	75	75	64	69	67	47
<b>ENFERMEROS</b>	136	137	138	151	156	156	143	147	149	159	164	147	157
<b>ADMINISTRATIVOS</b>	75	75	77	79	80	80	83	81	80	78	78	76	75
<b>OBREROS</b>	16	16	13	14	14	14	13	13	13	13	12	11	10
<b>PERSONAL DE SERVICIO</b>	93	92	97	96	95	95	112	114	114	112	108	108	104
<b>CARRERA PROFESIONAL HOSPITAL</b>	148	148	147	149	162	162	169	177	183	192	207	228	243
<b>ENFERMEROS C.PROFES.HOSPIT.</b>							28	28	28	27			
<b>RESIDENTES</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>42</b>	<b>51</b>
<b>TEMPORARIOS</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>27</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>31</b>	<b>43</b>	<b>72</b>	<b>62</b>	<b>106</b>	<b>114</b>	<b>142</b>
<b>PROFESIONALES NO DE CARRERA HOSP.</b>											2	2	6
<b>TECNICO ( incluye enfermeros temporarios)</b>							6	10	24	23	13	14	20
<b>ADMINISTRATIVO</b>							2	4	7	5	8	13	17
<b>OBRERO</b>											1	2	2
<b>SERVICIO</b>							9	16	26	26	38	39	40
<b>ENFERMERIA</b>											37	49	63
<b>CARRERA MÉDICO</b>							14	13	15	8	41	37	45
<b>PLANTEL APROBADO POR EL H.C.D.</b>	<b>610</b>	<b>603</b>	<b>620</b>	<b>633</b>	<b>638</b>	<b>638</b>	<b>705</b>	<b>727</b>	<b>763</b>	<b>760</b>	<b>796</b>	<b>811</b>	<b>848</b>
<b>PLANTEL OCUPADO AL 31/12 DE CADA AÑO (excepto 2011)</b>	<b>610</b>	<b>603</b>	<b>620</b>	<b>633</b>	<b>638</b>	<b>638</b>	<b>705</b>	<b>727</b>	<b>758</b>	<b>751</b>	<b>786</b>	<b>806</b>	
<b>DIFERENCIAS</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>5</b>								



AÑOS	EGRESOS	CONSULTAS CONSULTORIO EXTERNO	CONSULTAS URGENCIAS	PLANTEL PERSONAL
2004	7.733	116.188	103.945	620
2005	7.464	124.225	96.153	633
2006	7.684	109.854	94.473	638
2007	7.432	94.534	100.828	638
2008	7.353	87.598	108.825	705
2009	7.560	83.484	90.288	727
2010	7.692	87.624	95.400	758
2011	8.004	84.695	104.488	751
2012	8.051	78.934	91.905	786
2013	8.124	72.866	96.106	806

Fte.: Departamento de Estadística del HMALL

En la presente Tabla se pretende comparar el crecimiento de la productividad hospitalaria con el crecimiento de la planta de personal.

#### - Presupuesto Hospitalario:

Desde el 2004 hasta ahora ha habido una importante asignación presupuestaria al área de recursos humanos, con un pico máximo en el año 2008, probablemente en relación a la incorporación del personal del Servicio de Emergencias Prehospitalarias. Actualmente este porcentaje ha disminuido, incrementándose de este modo el presupuesto de funcionamiento.

En forma esquemática la relación del presupuesto ejecutado con el presupuesto en personal puede verse en la siguiente tabla:

EJERCICIOS	PRESUPUESTO EJECUTADO	PRESUPUESTO EN PERSONAL	%
2004	15.557.805,98	11.740.306,65	75
2005	19.586.488,79	15.381.226,24	78
2006	25.001.269,32	20.400.371,68	81
2007	30.066.409,85	24.348.508,79	80
2008	40.011.276,46	34.566.741,18	86
2009	54.144.242,08	44.978.641,74	83
2010	71.797.456,84	59.411.438,06	82
2011	99.384.324,59	78.563.163,47	73
2012	139.047.120,55	112.836.749,27	77
2013	168.672.071,29	134.934.946,40	75

Fte.: Dto. De Contaduría del HMALL

### - Seguridad Social

#### EVOLUCION DE LOS RECURSOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

AÑO	FACTURADO	COBRADO
2004	1.496.969,47	1.332.919,62
2005	1.402.270,73	1.511.004,48
2006	2.423.112,81	1.591.213,22
2007	3.090.659,85	2.875.232,90
2008	4.439.886,42	3.973.740,27
2009	5.431.926,92	4.543.019,26
2010	6.039.161,68	5.855.920,66
2011	7.421.215,74	6.905.649,13
2012	9.576.990,23	8.906.723,89
2013	13.398.979,95	10.558.053,64

Fte.: Dto. De Contaduría del HMALL

En la presente tabla podrán advertirse dos cuestiones, la primera es que nunca ha sido posible cobrar valores iguales a los facturados. En segundo lugar, mientras en el 2004 la recaudación representaba algo más del 8 % en relación al presupuesto global del hospital, para el año 2013 el porcentaje es del 6 %. Una caída de alrededor de dos puntos que seguramente tiene múltiples razones y que será necesario modificar.

- **Áreas Especiales:**

**DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION:**

Formalizado en el año 1986, viene cumpliendo actividades y funciones inherentes a la capacitación del recurso humano en las siguientes áreas:

**1.- Docencia:**

**-Pregrado y Grado:**

- ESCUELA DE ENFERMERIA: Fundada en 1989. Es la Institución bahiense que más profesionales ha forjado en el área de la Enfermería, una profesión que se encuentra en estado crítico en todo el país. Siendo reconocida su trayectoria en distintos ámbitos de la salud local y nacional.
- CARRERA DE MEDICINA : En funcionamiento desde el año 2005, ha mejorado el perfil institucional en el área académica y de desarrollo de investigación y ciencia, por un lado, y por otro lado el hecho que los alumnos desarrollen sus actividades en todo el sistema de salud de Bahía Blanca, aporta una mirada más holística y menos centrada en el Hospital y en la enfermedad y más en la promoción y prevención.

**- Posgrado:**

- RESIDENCIAS: Creadas en el año 1986 durante la gestión del Dr. Juan C. Cafasso, han sido muestras de formación y desarrollo humano, reconocida en diferentes ámbitos nacionales. Solo basta mencionar que el 32% de los médicos del Hospital Municipal, son ex residentes del mismo
- OTRAS MODALIDADES DE CAPACITACIÓN: Concurrencias, Pasantías, Practicantados, e internados rotatorios.
- OTRAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTE DE POSGRADO: Campus Virtual, Cursos, Ateneos, Convenios con otras Instituciones, Realización de Sistemáticas y Protocolos de Atención de los Servicios.

**2.- Investigación:**

A partir del año 2006 se comienza a trabajar con el modelo de Comité de Investigación incorporando a distintos profesionales con antecedentes específicos en este área, de manera de sectorizar y profesionalizar mejor cada actividad.

## C. RESUMEN

A lo largo del diagnóstico podrán observarse algunos datos muy importantes en lo que hace al contexto, como por ejemplo, que el gasto de salud en la Argentina parecería suficiente como para poder contar con un sistema de salud de mayor accesibilidad y universalidad, y que además permita revalorizar los recursos humanos y la capacitación y el desarrollo científico.

Por otro lado nos encontramos con una gran cantidad de personas con altos índices de pobreza y de desocupación y sin seguridad social. La situación en nuestra ciudad no parece ser muy diferente y lamentablemente no conocemos cual puede ser actualmente el gasto en salud. Sí sabemos por las estadísticas hospitalarias que día a día crecen enormemente el número de consultas por emergencias, principalmente a partir del año 1999, lo que ha dado un mayor perfil emergentológico a nuestro Hospital.

En relación con el diagnóstico hospitalario hay que señalar que un buen análisis de situación no se basa sólo en estadísticas sino también en el reconocimiento de aspectos organizacionales a mejorar, detección de necesidades, contactos con el personal y otras cuestiones que propendan a optimizar la gestión.

En ese sentido existen una serie de necesidades sobre las cuales se planteara el Plan de Acción:

- 1- Necesidad de desarrollar herramientas de gestión, que promuevan la participación del personal en los procesos de toma de decisiones
- 2- Necesidad de desarrollar herramientas que permitan vincular la política de remuneraciones con la responsabilidad y el desempeño
- 3- Necesidad de profundizar el control de los procesos, tanto asistenciales como administrativos
- 4- Necesidad de mejorar la comunicación interna y externa

- 5- Necesidad de avanzar en la Informatización como herramienta de gestión, tanto en la optimización del uso de la red como en la calidad de la carga de datos.
- 6- Necesidad de posicionar al HMALL como un Hospital-Escuela que lleve adelante tareas asistenciales, docentes y de investigación.
- 7- Necesidad de continuar y reevaluar el Plan Director.
- 8- Necesidad de formalizar un Organigrama que concuerde con la dinámica de la organización.
- 9- Necesidad de un aprovechamiento mayor de los recursos existentes.
- 10- Necesidad de recuperar el liderazgo interno y externo
- 11- Necesidad de mejorar la actual escasez de participación colectiva
- 12- Necesidad de recuperar la mística perdida y de terminar con la desazón.
- 13- Necesidad de cumplir con las normativas legales en tiempo y forma.
- 14- Necesidad de mejorar la protección de nuestro Hospital.
- 15- Necesidad de mejorar la construcción colectiva.

## **II- DESARROLLO**

## **MISIÓN**

### **- Misión del Hospital (\*):**

***“El Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero, con un perfil de emergencias desarrollará actividades sanitarias y asistenciales para la población en términos de universalidad, accesibilidad y equidad con el claro propósito de asegurar una prestación de calidad, impulsando también la complementación de los efectores tanto de gestión Pública como Privada con el fin de optimizar los recursos de Salud”.***

*\* Pag. Web del Hospital*

## **OBJETIVOS:**

En base a lo expuesto resulta necesario delinear nuevos Objetivos:

### **➤ OBJETIVOS GENERALES:**

- Introducir y mantener una cultura de mejora continua como medio para alcanzar un grado óptimo de calidad y dar respuesta a las expectativas del ciudadano en materia sanitaria.
- Promover el compromiso con la organización, a través de una cultura basada en el trabajo en equipo, la implicación en una visión estratégica común y el reconocimiento del esfuerzo de los profesionales para alcanzarla.
- Mantener al HMALL en una posición de liderazgo, adaptándolo a los cambios organizativos y tecnológicos que se están produciendo dentro del sector sanitario.
- Inserción del hospital en un sistema de salud que contemple el derecho a la salud de las personas por su condición de integrar la sociedad.

➤ **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Constituir un centro innovador en la Gestión de Servicios de salud, que aborde desde una perspectiva integral, interdisciplinaria, intersectorial y consensuada la resolución de los problemas de salud de las personas y la comunidad optimizando la asignación de los recursos, constituyéndose en un referente del sector capaz de articular asistencia con docencia e investigación.
- Fomentar y profundizar la formación de pregrado, grado y postgrado, que facilite la Integración de los contenidos teóricos desde la práctica y el trabajo, y que fortalezca las actividades docentes dirigidas al desarrollo de las competencias requeridas por las distintas disciplinas.
- Desarrollar un campo de investigación interdisciplinaria que genere su propia información, dirigida al abordaje de problemas epidemiológicos, de investigación clínica y de gestión sanitaria, constituyéndose en un centro de referencia que facilite la consulta e intercambio con otros centros asistenciales.
- Impulsar el perfeccionamiento y disposición de técnicas y recursos más adecuados para el cumplimiento de la misión.
- Motivar a la totalidad del personal profesional y no profesional a través de la participación en el diseño e instrumentación de los procesos y de la capacitación
- Optimizar los recursos económicos de manera de incrementar los servicios a la comunidad, buscando una mayor responsabilidad en el gasto.
- Estimular el desarrollo de la investigación básica y aplicada.
- Asesorar a los poderes públicos pertinentes en temas de desarrollo del equipo de salud.
- Mantener relaciones interinstitucionales nacionales y extranjeras.
- Realizar comunicaciones específicas en centros afines.
- Promover la realización de sistemáticas de atención.

## **PLAN DE ACCION**

El plan de acción incluye una serie de actividades en cada una de las áreas reseñadas en el diagnóstico y que parten de los objetivos descriptos. Respetando los siguientes PRINCIPIOS RECTORES del hospital:

- Público y con obligatoriedad de atención: orientado al ciudadano.
- Hospital Escuela o Universitario: máximo nivel docente e investigador.
- Excelencia clínica: alta calidad científico-técnica e innovación tecnológica.
- Atención a las necesidades de los pacientes: amplia cartera de servicios.
- Eficiencia organizativa: flexible, descentralizado y responsable.
- Seguridad y respeto por el medio ambiente.
- Los profesionales: su activo principal.

Con el objeto de seguir un orden práctico, se describen a continuación las propuestas y acciones en cada una de las áreas:

### **1.- AREA DE ACCIONES INMEDIATAS:**

#### **➤ RESTABLECIMIENTO DEL MODELO DIRIGENCIAL ORGANIZATIVO-ORGANIGRAMA:**

Como hemos visto en el diagnóstico de situación el actual Organigrama no se adapta ni siquiera a las normativas que han sido implementadas con posterioridad. En un plazo inmediato y ligado al llamado a concurso para las Direcciones Asociadas (Director de Atención Médica y Director de Desarrollo y Planeamiento del H.M.A.), y a la implementación del Sistema Departamental, se formalizará, un Organigrama que concuerde con la dinámica de la organización, modificando el histórico modelo de departamentalización basado en la orientación de las especialidades médicas y de las categorías profesionales hacia una organización que privilegie la racionalidad centrada en la integración del proceso de trabajo asistencial y con el nuevo modelo de internación por cuidados progresivos. Departamentos que por otra parte ya han sido creados con anterioridad y al que solo habrá que agregar el área de Medicina Crítica.

➤ **CONSEJO TECNICO ASESOR Y COMISIONES O EQUIPOS ESPECÍFICOS:**

Se pondrá en funcionamiento el Consejo Técnico Asesor, que como su nombre lo indica tendrá funciones únicamente de asesoría y que tendrá una integración dinámica que respete los distintos estamentos hospitalarios y las capacidades propias necesarias a juicio de la Dirección General, que cumplan con el rol específico planteado.

Asimismo se crearán Comisiones o Equipos Específicos multidisciplinarios para la discusión y puesta en marcha de las propuestas incluidas en este proyecto y de cualquier otra que surja en el desarrollo de la gestión.

➤ **CREACION DEL COMITÉ DE AUDITORIA:**

Una de las primeras acciones tendientes a auditar todas las actividades, incluidas las que se realicen desde la cúpula directiva será la creación del Comité Central de Auditoría.

Esta creación permitirá profundizar el control de los procesos, tanto asistenciales como administrativos y tendrá la intención de transparentar y mejorar la gestión.

Su creación y funcionamiento se realizará a partir de lo descrito en el punto anterior con la creación de un Equipo Específico.

## **2.- AREA DE RECURSOS HUMANOS:**

➤ **MEJORAR LA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA:**

Bajo la misma modalidad planteada en los puntos anteriores y a través de los Equipos Específicos se buscará desarrollar herramientas de gestión, que promuevan la participación del personal en los procesos de toma de decisiones.

Este aumento de la participación no debe ser considerado como una concesión de las autoridades hospitalarias, sino que surge de las palpables necesidades del personal propio, de manera de recuperar la "mística" hospitalaria perdida y de

poder regresar de la desazón y la desidia que en muchos casos se ha apoderado de las personas, y que los ha llevado a una decreciente participación colectiva.

➤ **PROGRAMA DE COMUNICACIÓN:**

Una de las grandes quejas del personal es la dificultad en la comunicación. Se pondrá en funcionamiento un programa tendiente a mejorar la comunicación interna y externa. Normalmente el nuevo posicionamiento estratégico se transmite externamente (proveedores medios de prensa y opinión pública en general) sin escatimar esfuerzos, y no tanto puertas adentro. No transmitir internamente el nuevo posicionamiento supone arriesgarse a su fracaso, porque al final son las personas de las organizaciones las que, para bien o para mal, se convierten en los mejores (o peores) defensoras de su lugar de trabajo. Este programa también incluirá actividades más concretas de desarrollo cotidiano.

➤ **PROGRAMA DE LIDERAZGO:**

Es necesario recuperar el liderazgo interno del personal propio. Para lo cual desarrollaremos un nuevo Programa de Liderazgo, desde el Departamento de Capacitación y Desarrollo. El objetivo estará orientado a formar personal profesional que puedan dirigir y ser gestores eficaces en un entorno de salud constantemente cambiante.

A su vez intentaremos con el crecimiento científico y tecnológico, y la mejora comunicacional posicionar externamente al Hospital, de manera de recuperar también el liderazgo institucional.

### **3.- AREA DE ATENCION DE LA SALUD:**

#### **➤ INTERNACION POR CUIDADOS PROGRESIVOS:**

En el modelo actual se observa que, en ocasiones, a pesar de no ser alto el porcentaje de ocupación de camas hospitalarias, o sea, índices generales inferiores al 75%, igualmente faltan camas. En realidad están ocupadas las camas de algunos servicios. Y otros en menor proporción. Es por ello que el proceso de producción asistencial experimenta un verdadero cuello de botella que impide la utilización correcta del recurso cama hospitalario, como así también el retraso en las interconsultas y en la utilización no adecuada del recurso de enfermería en relación con el nivel de cuidados requeridos por los pacientes. Se observan entonces algunas cuestiones a modificar del sistema tradicional:

- Privilegio de la oferta de servicios por sobre la necesidad de los usuarios.
- Gestión de camas fragmentada por servicios.
- Desigual porcentaje ocupacional de cada uno de los servicios.
- Organización compartimentalizada y formalizada en sus procesos.
- Recursos duplicados en los distintos servicios del hospital.

Según Miguel Schiavone y col. implementar un sistema de cuidados progresivos y atención interdisciplinaria en los hospitales generales del subsector público representa un desafío para el sistema de atención de la salud. El modelo, ya presente en un importante número de establecimientos del subsector privado y en algunos del subsector estatal, ubica a los pacientes en sectores de internación según sus necesidades de cuidado y dependencia, y no según las especialidades médicas tradicionales.

En nuestro caso, ya hubo un intento de implementación a partir del año 2002, pero solo se llegó a avanzar en algunas cuestiones.

Este modelo busca optimizar el recurso físico y humano, a la vez que se privilegia la calidad de atención al paciente, agrupándolo en su internación por áreas de complejidad (Alta, mediana y baja) según patología, factores concomitantes y factores de riesgo.

Esta modalidad permite entonces mayor flexibilidad / disponibilidad de camas de acuerdo a necesidades y posibilita afectar al personal más entrenado al paciente con mayor grado de dolencia.

La coordinación progresiva y la continuidad de los cuidados son una exigencia terapéutica y de eficiencia hospitalaria. Los cambios epidemiológicos, demográficos, tecnológicos y las nuevas terapéuticas con abordajes multidisciplinarios exigen de los profesionales conocimientos que exceden sus especialidades, con la concepción de no tratar enfermedades, sino personas, no desempeñarse solo en lo asistencial, sino también en la gestión del cuidado.

El hospital público tiene varios factores limitantes: El factor humano, el presupuesto, los costos, las camas y la productividad de su organización. Mejorar la productividad de las organizaciones hospitalarias como lo impone el aumento de la demanda propone el desafío de cambios fundamentales. Esos cambios deben apuntar a dos pilares fundamentales: la gestión del factor humano con políticas de motivación, incentivos y capacitación y la gestión de las camas. El cuidado progresivo involucra ambos aspectos.

Quien define el nivel de cuidado es el médico que interna al paciente y la supervisión de enfermería basándose en el nivel de cuidado que requiere el paciente, tanto en la enfermería como el médico, definiendo en forma clara el médico de emergencia o quien decide su internación donde se internará el paciente. Para ello es evidente que en las indicaciones médicas debe precisar el sitio de internación del hospital, en cuidado mínimo, medio, intermedio e intensivo. Los pacientes de emergencias no deben ser internados prematuramente, deben ser estabilizados en la guardia así no rotarán por los niveles de cuidado, prematuramente.

Un paciente agudo, en general, altera las rutinas asistenciales, por ello es necesario darles suficiente tiempo de control en las salas de observación y emergencia, y eventualmente con el agregado de la Unidad de estancias cortas, como veremos más adelante.

Los lugares donde se internará al paciente se definen, entonces, como niveles de cuidado y no como servicios tradicionales. Los servicios existen pero sin áreas de internación definidas. Entonces, un paciente se internará por un servicio como asistencia principal, pero en el sector correspondiente al cuidado que se le debe brindar inicialmente y en el transcurso de la internación. El tamaño de esos niveles

de cuidado es dinámico, no es fijo puede, además, modificarse de acuerdo a las características epidemiológicas de la población que requiere de este hospital y disponibilidad de enfermería.

Este modelo prestacional, requiere de la participación de los médicos y la enfermería, pero lo que debe mejorar sustancialmente, y sobre lo cual hay que trazar un objetivo general, es la interacción entre los servicios finales y los intermedios, cómo éstos utilicen, empleen y realicen la utilización de los recursos asistenciales. Si éstos no están convencidos, su implementación será infructuosa. Si no se entiende que los pacientes deben ser evaluados integralmente o que el servicio de enfermería debe participar activamente, no se puede ejecutar este proceso.

- Ventajas de la internación por cuidados progresivos:
  - Mejora la accesibilidad al sistema.
  - Flexibiliza la utilización de los recursos físicos.
  - Racionaliza la utilización del recurso humano de enfermería.
  - Favorece el uso adecuado de la tecnología.
  - Mejora en la calidad de atención.
  - Estimula el trabajo en equipo.
  - El paciente es considerado un todo biopsicosocial.
  - Racionaliza tiempos de internación.
  - Toma de decisiones costo-efectivas.
  - Mejora la confección de la historia clínica.
  
- Requisitos para desarrollar un sistema de internación por cuidados progresivos:
  - Sistema de información ágil, confiable y valido para identificar los pacientes, sus diagnósticos y camas.
  - Normatización de los criterios de internación.
  - Médicos de cabecera suficientes en cantidad y formación de excelencia.
  - Secretaria de sala y registros médicos acordes al nuevo modelo.
  - Vencer la resistencia al cambio.

Se establecerá una modalidad de trabajo que permita implantar este nuevo modelo con una cuestión central dentro del desarrollo de la gestión, realizando una intensa labor para vencer la probable resistencia a su implementación, formando un Equipo Específico que motorice el cambio, y trabajando intensamente en el logro de consensos.

➤ **UNIDADES DE ESTANCIAS CORTAS:**

Es una Unidad adscripta al Servicio de Emergencias con una pequeña disponibilidad de camas. Constituyéndose en una alternativa de hospitalización, con un rol muy definido. Funciona como una sala de observación de Urgencias ampliada en espacio y tiempo (habitación, dieta, visitas médicas regladas, pauta de tratamiento, informe de alta, etc.) Puede situarse entre la consulta a Emergencias y el ingreso convencional sin perder la agilidad necesaria de todo un Servicio de Emergencias.

Durante la gestión y evaluando el nuevo modelo de internación se estudiará la incorporación de esta modalidad que podría permitir evitar internaciones innecesarias y que podría asociarse al sector de cuidados mínimos y al actual Hospital de día.

➤ **MODELO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS:**

Sin dudas el volumen y la complejidad de los pacientes que asisten al Servicio de Emergencias, por momentos dificultan el proceso de asistencia habitual de la emergencia propiamente dicha. Esto resulta de este modo dado que un porcentaje alto de la atención en el Servicio está relacionado con problemas de salud no vinculados con la emergencia y que podrían ser atendidos en un consultorio externo de horario prolongado o en las Unidades Sanitarias.

En este marco implementaremos un modelo de reforma que contemple el uso racional de la infraestructura y personal destinado a la atención de las emergencias, lo que permitirá que se trabaje de mejor manera y con menor grado "intoxicación" laboral.

Este modelo a implementar deberá ser evaluado y consensuado con las partes intervinientes y con las autoridades municipales de salud, dado que requieren invariablemente de una activa participación del sector de Unidades Sanitarias. El modelo deberá tener en cuenta lo manifestado anteriormente en el desarrollo del Plan Director y en el nuevo sistema de internación por cuidados progresivos.

## **4.- AREA DE DESARROLLO Y PLANEAMIENTO:**

### **➤ PLAN DIRECTOR:**

Se continuará y reevaluará el Plan Director edilicio vigente intentando un aprovechamiento mayor de los recursos existentes. No obstante deberán estudiarse con los recursos económicos ya programados que alternativas de crecimiento edilicio se pueden dar. Asimismo se intentará la búsqueda y participación de Instituciones u Organizaciones que quieran colaborar con el desarrollo hospitalario. Una de las premisas será avanzar con la finalización de las obras de la calle Bravard.

En ese caso se analizará en base a las prioridades y funcionamiento actual en que orden se intentará construir la planta superior de consultorios externas, la planta superior del servicio de Emergencias destinada originalmente al Unidad de Terapia Intensiva y la segunda planta destinada a Quirófanos.

De todas formas cada una de estas decisiones permitirá liberar algunos espacios imprescindibles para dar cumplimiento con otros objetivos Hospitalarios, como puede ser la planta baja sobre Calle Charlone, que estará destinada a todo el área de docencia, lo que implicará el traslado de la Escuela de enfermería a ese sector con la consiguiente liberación de parte del sector histórico del Hospital.

Estos sectores edilicios liberados serán utilizados para la redistribución de las oficinas administrativas, evaluando paralelamente otras necesidades emergentes

Asimismo y considerando lo que veremos más adelante respecto al nuevo modelo de internación y a la necesidad de mejorar el sistema de admisión y de atención por Emergencias y por consultorios externos, se planteará como una necesidad la construcción del sector que une la Guardia actual con los Consultorios externos de manera de facilitar la circulación de las personas, facilitar la función administrativa y cambiar el modelo de atención externa.

## **5.- AREA ADMINISTRATIVA- LEGAL:**

### **➤ REFORMA EN EL MODELO DE TURNOS:**

La dificultad actual con la existencia de colas interminables para conseguir turnos de atención debe ser modificada.

Indudablemente esta modificación tiene lazos con lo planteado anteriormente para la reforma del Servicio de Emergencias, con el Plan Director y con la actividad de las Unidades Sanitarias.

Además hay que reevaluar el sistema de turnos telefónicos, turnos por internet, turnos desde la Unidad Sanitaria u otras iniciativas que puedan surgir de los Equipos Específicos.

Es necesario tener en cuenta que se deberá:

- Reforzar el rol del hospital en lo que al segundo nivel de atención
- Activar mecanismos de mejoría de la accesibilidad en Unidades Sanitarias
- Mejoras en el sistema administrativo de turnos
- Campaña de educación comunitaria
- Reformas edilicias necesarias

### **➤ INFORMATIZACION:**

Es necesario avanzar en la Informatización como herramienta de gestión, tanto en la optimización del uso de la red como en la calidad de la carga de datos.

Programa: Línea de sistemas de información:

Se deberán mejorar los sistemas de información buscando que la misma sea confiable, consistente y oportuna, a los efectos de contribuir a la toma de decisiones por medio de:

- Implementar definitivamente el proyecto HC única informatizada y codificada.
- Puesta en marcha del desarrollo que permita automatizar el monitoreo de enfermedades de control epidemiológico
- Perfeccionar la reserva autogestionada de turnos desde Unidades Sanitarias (U.S.)

- Implementar el desarrollo que permitiría que médicos de U.S. consulten resultados de prácticas de diagnóstico realizadas en el H.M.A.L.L. Vía Internet.

Programa: Página Web

Es necesario efectuar en forma acelerada la actualización de la misma de manera que:

- Proporcione información del Hospital a la población de la ciudad de Bahía Blanca, acerca de servicios que ofrece el hospital y como acceder a ellos.
- Proporcione información estadística y de producción a los agentes municipales que trabajan diariamente en el Hospital.
- Desarrolle un FORO A LA COMUNIDAD que proporcionará al visitante de la página información acerca de patologías prevalentes o temas de la salud de alto interés general y una dinámica de consulta con profesionales del hospital que permitirá acercar el hospital a la población.

➤ **PROGRAMAS EN FUNCIONAMIENTO:**

- Banco de insumos especiales de cirugía: En funcionamiento desde el 2012, permite evitar demoras en la provisión de los mismos, evitando internaciones prolongadas e innecesarias.
- Banco de prótesis traumatológicas: En funcionamiento desde el 2013. Cumple con la misma finalidad que el anterior.
- Depósito de farmacia: Es necesario incorporar la prolongación horaria de atención interna de la Farmacia, de manera de unificar los stocks de medicamentos e insumos, evitando los almacenamientos internos de los Servicios, con el consiguiente riesgo de vencimientos y la falta optimización de los recursos.

➤ **RECUPERO DE COSTOS:**

Este ítem incluye la facturación a la seguridad social y el recupero de los gastos incurridos por las prestaciones ligadas a los protocolos de investigación. Tal como se puede observar en el Diagnóstico de este proyecto el recupero del cobro a la seguridad social ha decaído en los últimos años en relación al presupuesto global, llegando actualmente al 6 %. En Hospitales de similares características en otros puntos del país el mismo va de un 11 a un 15 %. Se implementará un programa de acción inmediata a fin de mejorar esta dificultad.

➤ **ASPECTOS LEGALES:**

La aparición, en los últimos años, del fenómeno de la judicialización de la medicina, con la consiguiente problemática penal y civil, las nuevas cuestiones legales-administrativas, sin dudas condicionan la práctica cotidiana y en definitiva el normal funcionamiento institucional.

A lo que se suma la necesidad de adherir a las normativas legales vigentes, como el cumplimiento de llamados a concursos en tiempo y forma, o las nuevas normativas (algunas vigentes y otras de protección de nuestro personal como el régimen de insalubridad o las patologías laborales (síndrome de Burnout)).

Toda esta compleja trama administrativo-legal-judicial, hace que la actual estructura legal del hospital sea insuficiente para cumplir con la tarea. Será necesario agregar personal profesional y administrativo, remodelando la actividad propia.

## **6.- AREA DE DOCENCIA E INVESTIGACION:**

Con la finalidad de mantener y acrecentar el posicionamiento de la Institución como HOSPITAL-ESCUELA, que lleve adelante tareas asistenciales, docentes y de investigación, será necesario mantener lo hecho en el área en los últimos años e incorporar nuevos programas y actividades que permitan seguir creciendo.

### **DOCENCIA:**

#### **- GRADO Y PREGRADO:**

**Carrera docente:** La dificultad histórica en el reconocimiento de las tareas docentes y la posibilidad de ofrecer una estructura docente formalizada hizo pensar ya desde hace algún tiempo en crear un Carrera Docente Interna que vaya aún más allá del reconocimiento que pueda brindar la Carrera Profesional Hospitalaria.

**Carrera de Medicina:** Hoy los estudiantes que cursan en nuestro Hospital pertenecen únicamente a la Universidad Nacional del Sur.

**Escuela de Enfermería:** No es necesario realizar cambios sustanciales. Aunque sí se cree que es oportuno, el fortalecimiento de la integración docente asistencial

La problemática en común de estas tres instancias de formación es la falta de disponibilidad de espacios físicos equipados para el dictado de clases y para el resto de las actividades: En el presente proyecto se vuelve a proponer, como está dicho anteriormente, la ampliación hacia la planta baja de la calle Charlone.

#### **- POSTGRADO**

##### **➤ Residencias:**

El sistema de residencias médicas se considera 'el mejor' sistema de formación para la práctica de una especialidad. Actualmente tenemos Residencias en seis especialidades médicas (Clínica Médica, Pediatría, Clínica Quirúrgica, Ortopedia y Traumatología, Emergentología y Terapia Intensiva) y también para la práctica de la medicina general.

Recientemente se han incrementado los planes de estudio a 4 años y más recientemente hemos obtenido la posibilidad que nuestros Residentes egresen directamente con títulos de especialistas, reconocidos por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires.



### **Programa de Capacitación Permanente de Postgrado:**

Se continuara con la realización de actividades de capacitación como Cursos, Ateneos, Jornadas, Talleres y otras actividades propuestas por los Servicios.

#### **- CAMPUS VIRTUAL HMABB**

El campus virtual <http://www.campushmabb.com.ar> es una propuesta de capacitación a distancia a través de internet realizada por el Departamento de Docencia e Investigación del HMABB, a partir del año 2013. Su función primordial es la formación del recurso humano del equipo de salud con el objetivo de contribuir con los fines del Sistema de Salud Municipal y de las ciencias de la salud en general. Actualmente brinda una oferta de capacitación destinada al personal municipal. En los próximos meses se promoverá la incorporación de usuarios y público en general a través del un menú de capacitación interactivo mediado por el uso de las nuevas tecnologías.

#### **INVESTIGACIÓN:**

En esta área se ha logrado avanzar sobre aspectos reglamentarios ( ver Anexo), y sobre la conformación del Comité. Se ha pensado no obstante que el tema de fondo es el del desarrollo de la Investigación interna el cual no está lo suficientemente instalado y para lo cual será necesario buscar nuevas modalidades de estímulo para poder lograrlo, principalmente en aquellos profesionales jóvenes de los que se nutre el Hospital, ya que es fundamental que en los Hospitales se realice investigación porque es la única forma que mejore y progrese la asistencia médica de los ciudadanos y que los profesionales puedan tener un futuro más estimulante e intelectualmente más rico.

Uno de los objetivos principales de esta área estará destinado a transformar al Comité de Investigación en un Centro de Referencia en la materia. A tal efecto se estimulará el desarrollo de la investigación clínica a través de distintas actividades:

- Creación de la una Unidad Docente Hospitalaria con una Cátedra destinada a fomentar y estimular la actividad investigativa capacitando a sus profesionales para tal finalidad.
- Implementación de un Curso Anual sobre Metodología de la Investigación, que comenzará este año.
- Implementación del Programa de Minibecas destinado a colaborar con aquellos que trabajen en Investigación.

## **RESPONSABILIDADES ASOCIADAS AL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES PROPUESTOS EN ESTE PROYECTO**

Cada una de las actividades, programas, propuestas, proyectos y disposiciones enunciadas tendrá responsables que coordinaran cada aspecto a desarrollar.

Asimismo se irán asignando responsables para cada actividad específica a medida que se determinen su implementación dentro del plantel profesional.

### **RECURSOS PRESUPUESTARIOS NECESARIOS:**

En el diagnóstico se puede apreciar el presupuesto de gastos y el cálculo de recursos, con que contaremos para el año 2014.

Todas las actividades y proyectos, al menos en la etapa correspondiente a lo que resta de este año deberá afrontarse con el presupuesto ya asignado, a partir del próximo año se podrá reevaluar el mismo.

## **III - DIAGRAMA**

## **IV- BIBLIOGRAFÍA**

- ✓ *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*. ABRAMZON, Mónica Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. 2005.
- ✓ Curso de Organización y Administración de Servicios de Salud. Dr. Francisco Carbajal.
- ✓ El gasto en salud de Argentina - Daniel Maceira. XIº Congreso Argentino de Salud - ACAMI - Provincia de Salta. 2008
- ✓ Curso de Gestión y Organización de Servicios de Salud. Universidad Maimónides- Consur.
- ✓ Datos Demográficos de Bahía Blanca. [www.gba.gov.ar/ms\\_infor\\_sist/reg\\_001\\_bahia\\_blanca.htm](http://www.gba.gov.ar/ms_infor_sist/reg_001_bahia_blanca.htm)
- ✓ INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. <http://www.censo2010.indec.gov.ar/> <http://www.indec.mecon.ar/>
- ✓ Informe sobre salud en El mundo 2008. <http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>
- ✓ PAG WEB DEL Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero"
- ✓ Plan de Salud- Municipalidad de Bahía Blanca -
- ✓ Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leonidas Lucero" - Proyecto 2009-2013- Dr. Mario Raúl Machiavelli.
- ✓ Propuesta metodológica para su implementación en un hospital general de agudos Miguel Ángel Schiavone y col - Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 124 Número 3 de 2011 / 21.
- ✓ Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino.- Federico Tobar | Sofía Olaviaga | Romina Solano
- ✓ La gestión del cambio al nuevo hospital. Orihuela Pérez, I Biblioteca Las casas, 2007; 3
- ✓ El sistema de salud argentino.- Susan López
- ✓ Hacia donde va el hospital? - Desafíos y dilemas en la gestión de hospitales Federico Tobar
- ✓ OTEO, Luis Angel. Gestión clínica: Gobierno Clínico. Madrid. Diaz de Santos.2004.
- ✓ Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud. 2012