



DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN Y NEGOCIOS

Trabajo de Investigación Final

Management post-catástrofe aplicado a Hospitales

Autores:

- Aletti Sabato, Francisco José LU: 1020198
- Moreno, Santiago LU: 1020225
- Sgro, Fabrizio Sergio LU: 1020365
- Valdez, Felipe LU: 1020016

Profesora: De Arteche, Mónica

Aula: 423

Turno: Mañana

Programa conjunto “Administración de empresas y comercio internacional”

Universidad Argentina de la empresa (UADE)

Índice Temático

1	Agradecimientos	2
2	Resumen	4
3	Abstract	5
4	Alcance	6
5	Justificación	6
6	Marco Teórico	8
6.1	Administración Hospitalaria	9
6.2	Administración Hospitalaria bajo condiciones de desastre	42
7	Metodología	63
8	Trabajo de campo	68
8.1	Análisis de entrevistas	68
8.2	Análisis Focus Group	83
8.3	Diferencial semántico de Osgood	87
8.4	Análisis Testimonio	92
9	Conclusión e implicancias	94

Índice Figuras

1	Marco Teórico: Capítulo 1: “Administración Hospitalaria”	
1.1	Reingeniería de procesos hospitalarios	16
1.2	Funciones de las Áreas	18
1.3	Esquema tripartito	22
1.4	Legislación vigente	39
1.5	Obligaciones básicas y comunes de las empresas de salud	41
2	Marco Teórico: Capítulo 2: “Administración hospitalaria bajo condiciones de desastre”	
2.1	Efectos en la salud pública de las inundaciones	44
2.2	Consideraciones generales ante inundaciones	46
2.3	Efectos en infraestructura	49
2.4	Método Matress-Sheet	58
3	Metodología	
3.1	Triangulación	66
3.2	Cuadro de Metodología	67
3.3	Comparación de las respuestas de los entrevistados	82

Agradecimientos

El presente Trabajo de Investigación Final es un resultado del esfuerzo de un grupo de estudiantes que han sabido transitar este camino acompañados por la predisposición y el aporte de distintas personas. Dichas personas han participado, ya sea en forma directa o indirecta, brindando información, dando ánimo, apoyando en los momentos más difíciles y en aquellos otros de alegría.

Agradecemos a la Dra. Mónica De Arteché por habernos guiado en el camino recorrido, brindándonos todas las herramientas necesarias para llevar a cabo nuestra tarea como así también la paciencia para evaluar cada una de las instancias transitadas, devolviéndonos las atinadas correcciones.

Agradecemos a todos los catedráticos que a lo largo de estos cuatro años han aportado su granito de arena en la formación académica de cada uno de nosotros, además de la confianza depositada y el ejemplo brindado por cada uno.

Agradecemos también al excelso jurado por haber asumido su rol con seriedad y la exigencia acorde para la corrección y el perfeccionamiento del Trabajo Final de Investigación.

Agradecemos al Dr. Pedro Belloni, Director Médico del Hospital Español de la Ciudad de La Plata, por el tiempo y la información de relevancia brindada para enriquecer el Trabajo en sí mismo, siendo una eminencia en la materia.

Agradecemos al C.P.N. Daniel F. Reija, Gerente del Hospital Español de la Ciudad de La Plata, por abrirnos las puertas del Hospital y hacernos sentir a gusto, facilitándonos todos los canales de comunicación dentro del mismo.

Agradecemos al Lic. Pablo Navajas, Subgerente del Hospital Español de la Ciudad de La Plata, por la infinita predisposición para brindar información y material que enriqueciera la investigación emprendida, además de la asistencia profesional.

Agradecemos a un integrante del Comité de Crisis (Ex-Director de la Institución) del Hospital Español de la Ciudad de La Plata, quien en forma desinteresada nos ha recibido en su hogar, brindándonos innumerables herramientas para llevar a cabo la investigación.

Agradecemos al licenciado Sebastián Samprón, Jefe de Facturación e Internación del Hospital Español de la Ciudad de La Plata, el tiempo otorgado para brindar su testimonio considerado de relevancia para el trabajo.

Agradecemos a Armando Parenza, Jefe de Personal del Hospital Español de la Ciudad de La Plata, por las facilidades brindadas para reunir a los integrantes de la Brigada, otorgando tiempo valioso de su trabajo.

Agradecemos a los integrantes de la Brigada de Emergencias, representados por Juan Antonio Martin (miembro del Equipo de Instalaciones y Mantenimiento), Ezequiel Sotelo (miembro del Equipo de Vías Exteriores-Vigilancia), Ana Di Luca (personal de internación), Facundo Torres (miembro activo del Equipo de Primera Intervención) por el tiempo brindado para llevar a cabo el Focus Group, transmitiendo vivencias que no han sido fáciles de sobrellevar.

Agradecemos al resto del personal del Hospital Español de la Ciudad de La Plata que en todo momento nos han hecho sentir a gusto en cada una de nuestras visitas.

Agradecemos a las siguientes instituciones que contribuyeron con el aporte de información de manera desinteresada: el Hospital Español de la Ciudad de La Plata, además de la Universidad Favaloro.

Agradecemos a la Universidad Argentina de la Empresa por formarnos no solo como profesionales sino también como personas de bien, aptos para comenzar a edificar nuestro futuro en un mercado laboral cada vez más competitivo.

Agradecemos a nuestros compañeros que nos supieron apoyar y tender una mano en los momentos en que se precisaba.

Agradecemos a nuestras familias que no solo nos acompañaron a lo largo de toda la carrera sino que además nos contuvieron y estuvieron siempre al pie al del cañón en lo que necesitábamos. La atención y el ánimo brindado resultaron invaluable para el desarrollo de nuestro trabajo y de nuestras vidas.

Sin mediar más palabras,

Gracias a todos.

Resumen

Dados los cambios climáticos, los desastres naturales se han convertido en parte de nuestra vida diaria. Catástrofes que nunca hubieran ocurrido en algunos territorios están actualmente destruyendo ciudades, edificios, casas e incluso familias. Una de las instituciones más afectada tras un desastre natural son los hospitales por diversas razones. En ellos, se tiene que lidiar con la difícil tarea de mantener a la gente con vida, mientras servicios como la electricidad y el agua empiezan a escasear. Además, también se debe proteger a los médicos así también como a la tecnología necesaria para seguir funcionando. Pero, por sobre todas las cosas, el hospital debe estar dispuesto a servir a la comunidad después de sufrir un daño de gran magnitud.

Por otro lado, es imperativo destacar el prominente rol que tienen los centros de salud para la comunidad. Siguiendo esta línea, creemos que es extremadamente importante analizar la tarea de administrar un hospital después de un desastre, para encontrar la mejor manera de disminuir los daños, evacuar los pacientes de una forma adecuada, y, finalmente, restaurar el servicio lo más pronto posible.

Vamos a focalizar nuestro estudio en la tragedia que ocurrió el 2 de abril en la ciudad de La Plata. Con base en nuestra investigación, trataremos de encontrar si existe un modelo de planificación, una manera de asignar recursos o de neutralizar futuras amenazas que los centros de salud puedan utilizar para sobreponerse de manera exitosa ante un desastre natural.

Para concluir, queremos resaltar la importancia de nuestra investigación porque creemos que este trabajo de análisis nos ayudará a encontrar nuevas técnicas del management, que están actualmente en pleno desarrollo y trataremos de estudiarlas desde una perspectiva diferente. También será de ayuda para las instituciones médicas y sus administradores, quienes podrán utilizar los resultados de esta investigación para reconsiderar su modelo de gestión, así como para lidiar, de forma exitosa, con desastres naturales.

Abstract

Due to climate changes, natural disasters have become part of our daily lives. Catastrophes that could have never happened in some territories are now destroying cities, buildings, houses, and even families. Some of the most damaged institutions after natural disasters are hospitals because of several reasons. Firstly, they have to deal with the hard task of keeping patients alive, while they have run out of services like electricity or water supply, they also have to protect their physicians and technology in order to continue working, but above all, they must be willing to keep serving the community after suffering extensive damage.

Furthermore, it is imperative to highlight the prominent role that health centers play in the community. According to this, we believe it is very important to analyze the duty of managing hospitals after a disaster, in order to find the best ways to lessen the damages, evacuate patients properly, and last but not least, try to restore the service as soon as possible.

We are going to focus our investigation on the tragedy that occurred at the Hospital Español in La Plata on April 2nd. Based upon our research we will try to find out if there is a planification model; a way to assign resources or to neutralize future threatens that health centers could use to successfully overcome a natural disaster.

To conclude, we want to emphasize the importance of our investigation because we think this research work will help us to learn new ways of management, which are not fully developed and we will try to study them from a different perspective. It will be also helpful to health care institutions and their directotrs, who will be able to use the outcomes of this investigation to reconsider their management model so as to be prepared to deal with natural disasters successfully.

Alcance

La investigación emprendida cuyo objeto reside en el management post-catástrofe aplicado a hospitales, se centra en el análisis del caso específico del Hospital Español de la Ciudad de La Plata.

De esta forma, el estudio contó con una serie de limitaciones. La primera y la más importante radica en que no se contemplaron casos relativos al management post-catástrofe de otras instituciones que no sean las sanitarias. El ámbito de aplicación se concentra particularmente en los hospitales.

Otra limitación reside en no considerar casos de hospitales que excedan al que hemos hecho mención anteriormente, más allá de que pudieran existir casos semejantes.

De esta forma, hemos contextualizado la investigación con los fines de generar una mejor comprensión de la temática abordada.

Justificación

Problema:

El Management post-catástrofe se establece como un tema relevante para el estudio en los países sub-desarrollados que sufren las inclemencias climatológicas o naturales, ocasionando grandes problemáticas o pérdidas no solo en lo material sino también en lo humano. En este sentido, nuestro interés radica en analizar las decisiones llevadas a cabo por las organizaciones, ya sean privadas o públicas, y así determinar o detectar alternativas que permitan optimizar los procesos de recuperación, con la sola finalidad de retomar las actividades normales. Para ello, hemos decidido tomar como objeto de análisis un caso particular que nos ha tocado de cerca como fue la inundación del Hospital Español de la ciudad de La Plata.

Pregunta de investigación:

- ¿Qué modelo o mecanismo de planificación, asignación de recursos y neutralización de futuras amenazas se ajusta mejor a aquellos centros de salud que se ven afectados por la ocurrencia de desastres naturales?

Hipótesis:

Los centros de salud que sufren catástrofes logran sobreponerse de manera exitosa aplicando un modelo de planificación, asignación de recursos y neutralización de futuras amenazas que resulta específico.

Objetivos:

- Diagnosticar las falencias acarreadas por las organizaciones (centros de salud) que posibilitaron o magnificaron los daños ocasionados por la catástrofe.
- Detallar el plan de acción para hacer frente a situaciones adversas (catástrofes o desastres climatológicos o naturales) que imposibiliten la continuidad de las operaciones para una organización (centros de salud), orientado a reestructurar las actividades de la forma más rápida posible.
- Comprender y analizar los errores como a su vez también los aciertos propios de cada organización (centros de salud) inmersa en una situación de catástrofe como producto de un factor exógeno, como un medio para mejorar en el futuro.
- A partir de un análisis pormenorizado de las acciones llevadas a cabo por las diferentes organizaciones (centros de salud) en cada situación particular de desastre, proponer una alternativa que optimice dicho proceso, o bien, reconocer la validez y el acierto de los planes implementados.

Índice del Marco Teórico:

1) Administración hospitalaria

- a) Estructura y diseños organizacionales
- b) Gestión Clínica
 - i) Modelo de Gestión por Procesos
 - ii) Regulación de la Gestión Clínica
- c) Control organizacional de la calidad y medidas de rendimiento
 - i) Medidas de rendimiento institucional – Benchmarking
- d) Sistemas de Información
- e) Gestión presupuestaria
- f) Recursos Humanos
- g) Marketing y Comunicación
- h) Aspectos jurídicos-legales

2) Hospitales inmersos en situaciones de crisis

- a) Desastres
- b) Inundaciones
- c) Desastres dentro de los hospitales
 - i) Daños estructurales
- d) Etapas de planificación
- e) Formulación del plan de contingencia
 - i) Simulacro
- f) Evacuación de pacientes
- g) Comunicación en situación de emergencia
- h) Recuperación post-desastre
- i) Triage: Aplicación y técnica

1) Administración hospitalaria

a) Estructura y diseños organizacionales

A la hora de analizar la tipología organizacional de un hospital, existe un debate en torno a la definición que resulta más acorde con tal institución. En este sentido se plantea un interrogante: el hospital, ¿es una burocracia profesional o una meritocracia?

La característica que diferencia a la burocracia profesional del resto radica en que su núcleo operativo se encuentra conformado por profesionales altamente especializados, a los cuales se le otorga suficiente control sobre su labor. Dicha independencia se pone de manifiesto en las relaciones con los colegas, cosa que no sucede con los pacientes dado que se precisa del desarrollo de una estrecha relación. Tal como lo define Mintzberg (2000), la esencia burocrática de esta estructura se fundamenta en la generación de normas por fuera de sus límites y se enfatiza la autoridad de naturaleza profesional. Los productos del trabajo profesional no se prestan a la estandarización dado que no pueden ser medidos con facilidad. La burocracia profesional se puede entender como un repertorio de programas estándar ensamblados, que son aplicables y aplicados a situaciones predeterminadas llamadas contingencias, también estandarizadas. De esta idea se dependen dos tareas básicas de los profesionales: clasificar la necesidad del cliente y aplicar o ejecutar el programa en cuestión. El núcleo operativo se define como la parte clave o crucial de la estructura. Esta relevancia se traduce en elevados costos, obligando a respaldarlos. Este respaldo se sustenta en el apoyo del staff para ejecutar el trabajo que puede estandarizarse. El staff de apoyo en los hospitales suele personificarse en el departamento de enfermería principalmente, además de los servicios complementarios. Por su parte, la tecnoestructura y la línea media no se presentan demasiado elaboradas. Esto se debe fundamentalmente por dos razones: la dificultad de estandarizar el trabajo, junto con una línea media angosta (poca necesidad de supervisión directa). Los analistas de la tecnoestructura implican un papel de relevancia dado su influencia dentro de la organización, tal como se desprende de las palabras de Mintzberg (2000). Estos participan del enfrentamiento de poder, a pesar de contar con un status parecido, de la línea media versus la asesoría especializada: los primeros se caracterizan por la autoridad formal, mientras que la autoridad de los

especialistas de la tecnoestructura se establece como no directa (poder producto de sus habilidades especiales). El objetivo de cada uno de los grupos es el mismo: controlar las decisiones. Existen dos formas de alcanzar el objetivo en cuestión: como consejeros o como diseñadores. Los analistas de la tecnoestructura tienen la libertad de moverse con facilidad entre los niveles más altos, recurriendo por lo general a una estrategia de la ropa sucia. Otra de las diferencias radica en que los analistas que se encuentran fuera de la jerarquía tienen la facilidad de acceder directamente a la dirección para presentar sus planes en busca de apoyo, mientras que la línea media no cuenta ni con la posibilidad de ponerse en contacto con sus superiores.

Amparado en sus lineamientos generales, se sugiere que la burocracia profesional es una estructura democrática, pero es mejor definirla como una meritocracia. La misma cuenta con un sistema técnico complejo orientado de forma definida a la cualificación de los agentes. La burocracia profesional se reconoce como una meritocracia de índole federativo. Dicha concepción se fundamenta en el hecho de que los expertos cuentan con apoyo administrativo para realizar su trabajo pero conservando ellos mismos suficiente control sobre sus actividades. La delegación del control se justifica en la complejidad de las tareas como para ser controlada por los directivos. Este poder de los expertos se muestra en ascenso dado que sus habilidades son muy requeridas en el mercado, manteniendo latente la posibilidad de dejar la organización. Continuando con esta línea, el sistema de autoridad de las meritocracias suele ser débil. El poder por su parte, no suele distribuirse siguiendo un criterio equitativo, por el contrario, se hace en función de las habilidades que son consideradas críticas para la organización.

Un esquema básico de división del poder dentro del ámbito de un hospital permite definir los diversos actores poderosos, entre los cuales encontramos:

- Propietario: por más que cuenta con el poder formal de la institución, precisa del compromiso y la aceptación del resto de los actores que participan en la toma de decisiones para el óptimo desarrollo del establecimiento.
- Consejo de Administración: este cuerpo es característico de los hospitales de comunidad y cuenta como rasgo distintivo su capacidad para desenvolverse y comprender tanto con los empleados que conforman la nómina del hospital como a su vez también los agentes que tienen gran influencia como los accionistas.

- Director: bajo la figura de un director médico, se define como el máximo responsable de la acción médica en un hospital. Por lo general, dicho cargo es ocupado por un profesional de la salud avocado enteramente a la gestión, dejando de lado su actividad asistencial. Sus funciones básicas radican en la personificación de roles de diferente índole. En primer instancia encontramos los roles interpersonales, donde el director puede asumir la figura de: figura destacada (se establece como la cabeza de la unidad, el símbolo para la institución y, a su vez, asume responsabilidades protocolares), líder (motiva, dirige, capacita, define el clima organizacional y ejerce la autoridad y el poder), y enlace (se caracteriza por su rol de nexo a la hora de establecer vínculos). Luego, encontramos los roles informacionales cuyas actividades principales lo definen como monitor, portavoz y difusor. Finalmente hayamos los roles decisionales, en los cuales se caracteriza por su carácter emprendedor, por su capacidad para el manejo de conflictos y por su habilidad tanto para negociar como para asignar recursos.
- Jefes de servicio: esta figura se consolida como el máximo exponente para cada una de las especialidades, siendo, a la hora de la selección del mismo, priorizada su experiencia profesional junto con su calidad asistencial, en desmedro de su capacidad para las actividades relacionadas con la administración (a pesar de que debería poseer los conocimientos suficientes como para ejercer una autoridad holística durante todo el proceso).
- Médicos: operarios altamente calificados que se caracterizan por su sentido clase y su lucha laboral.
- Enfermería: siendo parte del staff de apoyo, se caracteriza por contar con una relación más íntima con el paciente, una mayor disponibilidad y cohesión que los médicos.
- Asociaciones y sindicatos: dichas agrupaciones posibilitan que los trabajadores se nucleen con la sola finalidad de obtener relevancia o peso específico dentro de la organización.

Una de las particularidades que definen este tipo de organizaciones radica en una concepción de la pirámide invertida donde los operarios profesionales se sitúan en la parte superior, mientras que los administradores que los atienden en la parte inferior. A su vez,

aparece en escena el concepto de “jerarquías paralelas”, tanto para profesionales como para staff de apoyo.

El hospital se caracteriza por constituir una estructura que resulta ser altamente compleja o supercomplejas, como suele ser definida por Lemus JD, V Aragües y Oroz (2008).

b) Gestión Clínica

El presente de los sistemas sanitarios se encuentra caracterizado por la presencia de diversos ámbitos deficitarios: crecimiento del gasto sanitario, la seguridad de los pacientes, los cambios en la sociedad tanto a nivel demográfico como estructural, la calidad de la atención, entre otros. En este contexto, aparece en escena el concepto de la “gestión clínica” como una nueva modalidad que ha llegado para quedarse. La gestión clínica tiene por finalidad garantizar la correcta atención de los pacientes teniendo en consideración el necesario control del uso de recursos. Esto se traduce en resultados acordes con cada situación, en costos, la satisfacción del cliente y el compromiso del personal médico. Facilita un proceso de readaptación laboral mutuo, en el cual cada una de las partes persigue el aumento de la eficiencia del sistema sanitario. El profesional aporta el conocimiento y las habilidades, asumiendo la responsabilidad. Por su parte, el gestor, se establece como un medio para lograr la correcta organización del sistema. De esta forma, la gestión clínica debe conjugar dos aspectos: las demandas de la población y el uso racional de los recursos. En lo que respecta a su planeamiento, encontramos una serie de puntos que se deben tener en cuenta, entre las cuales debemos destacar: establecimiento claro de una cartera de servicios acorde con la situación específica del sistema, planteamiento de una estrategia de futuro clara, desarrollo de sistemas de información que actúen como un medio de comunicación, concepto de trabajo multidisciplinar (se le da relevancia a la función de todos los profesionales que de una u otra forma realizan un aporte en el proceso), y el establecimiento de un contrato que especifique los objetivos (asistenciales, de calidad y de seguridad). Para que todo esto sea posible, es necesario el desarrollo de una unidad de gestión clínica.

El análisis minucioso de cualquier proyecto de gestión clínica que se pueda llegar a implementar presenta ventajas como así también inconvenientes. Respecto a las primeras, y

tal cual como lo establece J.L. Temes (2007), debemos hacer referencia a que: no precisan cambios normativos de importancia, no despierta rechazo político, es un proceso paulatino y voluntario, conlleva autonomía de gestión, mejora la relación médico-paciente, mejora la motivación del personal y, por último, proporciona más y mejor información. En lo relativo a las críticas que se le pueden hacer a este modelo, podríamos considerar: la presión sindical, la desestructuración del modelo de organización actual y puede que su planteamiento no genere unanimidad entre los profesionales sanitarios.

La nueva concepción predominante ha modificado el paradigma tradicional. De esta forma, la sociedad contemporánea coloca al paciente como centro indispensable de nuestro sistema, dejando de ser actores pasivos para transformarse en sujetos que demandan información, calidad y atención que colme las expectativas. Inmersos en este contexto, los profesionales “representan la cara del sistema” dado que concentran la toma de decisión y reúnen tanto el conocimiento como las habilidades que sustentan dicho proceso.

La realidad del sistema se encuentra enmarcada por la convivencia entre médicos y gestores. Suelen ser tradicionales los desencuentros que se generan en este tipo de relaciones, y las razones de los mismos pueden centrarse en la ausencia de un lenguaje común como a su vez también la falta de reconocimiento a los valores administrativos. Esta dualidad de visiones entre los gestores y los profesionales se cristaliza en un marcado riesgo de desconocimiento de autoridad. Los gestores deben tener como premisa básica la adaptación al contexto asistencial con la finalidad de integrar, dentro de las diferentes áreas médicas, los conceptos de responsabilidad social en la asignación de los recursos, la evidencia como un medio para la mejora de la calidad, y la necesidad de que los médicos logren ver su cuota de responsabilidad en la gestión para todos los niveles.

De acuerdo a lo establecido por White (1997), “existe una gran discordancia entre la planificación de gestión y financiera, y la práctica clínica. Ambas son legítimas pero a veces parecen incompatibles”. Dicha afirmación se sustenta en el supuesto que establece que los profesionales dudan de la gestión dado que sostienen que puede costarles la pérdida de libertad clínica. Entendemos por libertad clínica a la responsabilidad de tipo personal de los médicos con el diagnóstico y el tratamiento de sus pacientes, con ausencia total de responsabilidad ante compañeros, gerencia o autoridad sanitaria por sus decisiones clínicas,

llegando a considerarse sus propios gerentes. Por este motivo, es menester establecer límites.

Cada vez resulta más difícil, dado el contexto económico actual, determinar quien posee la autoridad para definir la asignación de los recursos ante una clara limitación de los mismos. Esto desencadena numerosos conflictos entre los gestores y médicos. Entre las razones más comunes de estas discrepancias, que no son más que una lucha de poderes, encontramos: la irrupción por parte de los gestores en un espacio que era propio del ámbito médico, la demanda de mayor conciencia y responsabilidad en el uso de los recursos por parte de los médicos, y por último, la desestimación de la eficiencia como concepto clave a la hora de desarrollar su trabajo. Por otra parte, se buscan planteamientos que posibiliten una perfecta conjugación de: el ejercicio profesional con base científica, la interiorización del costo de oportunidad y la orientación al usuario. En este sentido, ningún profesional debe resultar ajeno a la realidad socio-económica y política. El desafío radica en delimitar que costos deben ser tenidos en cuenta por los profesionales y cuáles no. La necesidad de controlar la libertad clínica difiere para el gestor según el ámbito en el que se maneje: en el ámbito privado, a mayor control, mayor beneficio económico; en el ámbito público, a mayor control, mayor volumen de servicios.

La pérdida de la libertad clínica se asoma como un interrogante para algunos profesionales mientras que existen otros exponentes que sostienen su desaparición. En sintonía con esta última posición, debemos citar las palabras J.R. Hampton (1983) quien sostuvo que “la libertad clínica murió accidentalmente atrapada entre las nuevas formas de investigación y tratamiento y los límites inevitables de una economía que no puede expandirse indefinidamente”. Se percibe en el ambiente de los profesionales sanitarios el temor de verse corrompidos por una mentalidad empresarial, dejando en el camino los valores clásicos de su profesión. Sin embargo, resulta evidente los papeles que juegan los actores dentro de la realidad de la asistencia sanitaria, y esto se vislumbra en las palabras de Jeremy Lee-Potter que sostenía que “en una compañía bien gestionada los mejores, los más brillantes, los líderes son los gestores... en los servicios asistenciales, esta posición tan destacada la ocupan los médicos”. De esta forma, se comprueba que aquella gestión clínica totalmente orientada a reducir costos está destinada al fracaso.

Modelo de gestión por procesos

Según Vargas (2004), un proceso de servicios clínicos es “una secuencia de acciones clínicas y administrativas dirigidas a mejorar el estado de salud del paciente sobre la base de un fundamento científico con una utilización adecuada de recursos económicos y no económicos”. Una adecuada coordinación de los procesos asistenciales que se ejercen sobre el paciente permite garantizar un nivel de servicio de categoría y que implique una solución integral. De esta forma, observamos las ventajas de un modelo de gestión por procesos, las cuales son sintetizadas por Temes (2005) en los siguientes puntos: se centra en el usuario, favorece el cambio de actitud de los profesionales, aumento de la satisfacción de los pacientes, mejora la continuidad de la asistencia, mejora en tiempos de atención, se basa en la implicación de los profesionales, mejora la efectividad de las actuaciones, optimiza el uso de recursos, y por ultimo facilita la identificación de la falta de calidad de las actuaciones. Aparece en escena el concepto de reingeniería de procesos, el cual nos permite plantear alternativas que impliquen mejoras en los procesos.

Reingeniería de procesos hospitalarios	
Utilización del personal	Necesidad de proceder a una descentralización de los servicios de la organización.
	Auspiciaban, asimismo, una necesidad de reducción del tamaño de la nómina de personal existente.
	Propiciaban también la creación de equipos en los que las actividades se repartieran en función de la cualificación, realizando por tanto tareas que requieren escasas habilidades y personal con una menor cualificación; obviamente esto plantea unas implicaciones claras en cuanto a la reducción de costos.
Diseño del servicio	Propugnaban una agrupación de los pacientes en función de las necesidades de cuidados; esta ha sido una idea que ha generado un gran debate por cuanto quizás tenga su razón de ser en la industria manufacturera pero con dudosos resultados operativos en las instituciones sanitarias.
	Necesidad de optimizar el uso de los recursos clínicos para lo que resulta imprescindible el análisis del flujo de actuación que se llevan a cabo en el proceso de atención.
Estructura de la organización	Abogan en su estudio por la necesidad de aplanar la estructura jerárquica de la organización, demasiado compleja y costosa. Un aplanamiento de esta estructura reporta beneficios en aspectos tan claros como la mejora de la transmisión de la información y la descentralización y corresponsabilización en la toma de decisiones.
	Buscar formas de reducción de costos en aspectos no fundamentales ni relacionados con la actividad principal que constituye la razón de ser de nuestra empresa sanitaria.

Cuadro 1.1: Componentes básicos de la reingeniería de procesos hospitalarios según Waltson y Kimberly (1997). Fuente de elaboración propia.

Continuando con la línea de Waltson y Kimberly (1997), observamos una serie de criterios que propician el éxito de este proceso en organizaciones sanitarias:

- El plazo necesario para su puesta en marcha y la garantía de su éxito resulta ser prolongado.
- La formación e información del personal como factor clave de éxito

- La concepción de equipos multidisciplinares, resultando indispensable el involucramiento de todos.
- Cronograma preciso y clara de las actividades a llevar a cabo.
- El conocimiento del grado de responsabilidad de los miembros.
- Sensación de transición, no de ruptura.
- Consciencia de la relevancia que tiene el sentido colectivo médico en el proceso.

Todos los esfuerzos estarán orientados a componer un mapa de procesos que reflejara los pasos a seguir por parte de la organización. Resulta indispensable considerar las expectativas del paciente para llevar a cabo cualquier proceso, haciendo foco principalmente en la calidad, la posibilidad de elegir, la accesibilidad, entre otros. Cualquier proyecto de gestión por procesos cristaliza las expectativas del paciente en cuatro fases: una fase estratégica, otra de desarrollo, la implantación, y finalmente la evaluación general del proceso ejecutado.

Regulación de la gestión clínica

Mediante la misma, se pretende compatibilizar el necesario equilibrio entre la responsabilidad organizativa y un adecuado uso de los recursos sanitarios. Este modelo organizativo tiene como eje y razón de ser al paciente. Así, se intenta pasar de un modelo de gestión basado en el servicio hacia otro mucho más flexible orientado al proceso y al paciente. La regulación a implementar se efectuara sobre la estructura y el funcionamiento de las Áreas Clínicas y Unidades Clínicas de Gestión en el marco del Sistema Sanitario. La creación de estas áreas o unidades de gestión tienen como propósito la de alcanzar una atención sanitaria de calidad.

Funciones de las Áreas o Unidades Clínicas de Gestión	
1. Prevención	Colaboraran de forma activa con la autoridad sanitaria y con los dispositivos asistenciales pertenecientes al Servicio de Salud en el planeamiento previo, diseño y puesta en funcionamiento de los programas de prevención propios de su ámbito de funcionamiento, así como su posterior desarrollo y evaluación de los niveles de cumplimiento.
2. Atención sanitaria	Prestación de asistencia sanitaria propia de su característica a la población de su ámbito de influencia dentro del marco de los objetivos clínicos y asistenciales que sean establecidos por las autoridades sanitarias.
	Promover y divulgar consensos técnicos con todos los profesionales del área o unidad así como con los profesionales de otras áreas o unidades de conocimiento del centro, desarrollando en todos los ámbitos vías clínicas orientadas al cliente.
	Analizar los flujos y procedimientos de derivación de pacientes, responsabilizándose de la autorización de la derivación de aquellos para los que se estime necesario.
	Garantizar la formación de los profesionales asignados al área o unidad, fomentando la toma de decisiones sustentada en evidencia científica.
3. Rehabilitación	Establecer los procedimientos de participación entre las áreas o las distintas asociaciones o movimientos sociales del área de influencia.
	Desarrollar acciones necesarias propias de cada área o unidad, colaborando con el desarrollo de programas de rehabilitación y reinserción laboral y/o social de los pacientes.
4. Investigación	Garantizar la adecuada formación pregrado de estudiantes de medicina, enfermería y otras disciplinas mediante la adecuada colaboración de la Universidad.
	Garantizar la formación de especialistas de acuerdo a los programas docentes establecidos para cada una de las especialidades.
	Elaborar programas de formación tanto del propio personal como de los profesionales de Atención Primaria para las áreas de conocimiento propias de dichas áreas o Unidades Clínicas de Gestión.
5. Docencia	Incorporar la investigación como uno de los ejes fundamentales dentro de las actividades.
	Participar en ensayos y estudios multicentro en líneas de investigación predefinidas y consideradas de interés de acuerdo a la estrategia marcada en el área.
6. Otras funciones	Todas aquellas adicionales que pudieran ser encomendadas por la correspondiente autoridad sanitaria.

Cuadro 1.2: Funciones correspondientes a las Áreas o Unidades Clínicas de Gestión según 'Administración hospitalaria', Lemus, Aragües y Oroz, 2009.

Las Áreas o Unidades Clínicas de gestión mencionadas se encuentran siendo gestionadas, bajo la Dirección del Centro Sanitario en el que se encuadren, por determinados órganos:

Director de Áreas Clínicas, Coordinador de Unidades Clínicas de Gestión y la Comisión de Dirección del Área o Unidad.

c) Control organizacional de la calidad y medidas de rendimiento

La calidad en la atención médica suele ser definida por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un medio que permite:

“asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria optima teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (2006, p.24).

En este sentido, se identifican cuatro componentes básicos en la atención médica, los cuales se establecen como los objetos del control de calidad: la práctica profesional, la utilización de recursos, la gestión del riesgo y la satisfacción del paciente.

Históricamente, la calidad en la atención de la salud ha sido definida por los proveedores de tales servicios. Uno de los primeros modelos pregonados establecía que la manera correcta de hacer medicina se sustentaba en ocho *artículos de fe* (Lee y Jones, 1933): practica de una medicina racional basada en las ciencias médicas; enfatiza la prevención; requiere la cooperación inteligente entre el público y los profesionales de la medicina científica; trata al individuo como un todo; mantiene una relación estrecha, personal y continuada entre médico y paciente; está coordinada con el trabajo y la asistencia sociales; coordina todos los tipos de servicio médico; implica la aplicación de todos los servicios de que dispone la medicina científica moderna a las necesidades de toda la gente.

Por otra parte, también se planteó que “los estándares de calidad deben basarse en el grado en el cual la asistencia está disponible, es aceptable, comprensiva, continua y documentada, y asimismo en el grado en que la terapia adecuada se basa en un diagnóstico exacto y no solo en la sintomatología” (Esselsstyn, 1958). En simultáneo, dos referentes de la época como Myers y Slee sugirieron que la calidad es el “grado en que se cumplen las normas, en relación con el mejor conocimiento medico existente en cada momento, de acuerdo con los principios y practicas generalmente aceptadas”. Con la finalidad de resultar útiles, dichas

normas deben ser de origen local y deben resultar acordes con el contexto circundante. Asimismo, el Institute of Medicine (1991) entiende a la calidad como el grado en que los servicios de salud para individuos o poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y a la vez consistentes con el conocimiento profesional corriente. En forma contemporánea, Melum y Sinioris (1992) plantean que la calidad es el proceso de administración que implica una mejora continua, un proceso que siempre busca exceder las expectativas del paciente.

Finalmente, llegamos a la figura de Avedis Donabedian conceptualiza a la calidad dentro de un significado que implique cualquier cosa que uno quiera que signifique, siempre contextualizando correctamente. Esta idea se sustenta en la imposibilidad de arribar a un consenso respecto a la definición. Donabedian asevera que los servicios de salud deben ser analizados desde tres planos distintos: la perspectiva de los prestadores, la de los usuarios y la de la sociedad en general. A partir de su obra, se produjo una transformación en el ámbito de los servicios de salud, más precisamente dentro de su campo específico que fue el de la calidad de la atención médica.

Dado que la calidad califica a la atención médica, Donabedian expuso que la misma hace referencia al tratamiento que aplica un médico o cualquier profesional de la salud a un episodio de enfermedad o lesión claramente identificado, considerando que la misma posee diversos componentes: un aspecto técnico, y otro interpersonal. La calidad técnica consiste en el correcto balance entre beneficios y riesgos, amparándose en el supuesto que establece: primero no dañar, usualmente lograr algún tipo de beneficio e idealmente el mayor beneficio posible. Por su parte, la calidad interpersonal se mide por el nivel de aceptación a los valores, normas, expectativas o aspiraciones socialmente definidos. En este contexto, la calidad se relaciona con diversos aspectos de forma singular. El primer caso de análisis es el de la relación existente entre cantidad y calidad de atención donde la atención insuficiente como excesiva no contribuye a lograr el bienestar del paciente desde la perspectiva donabediana. De esta forma, la idea de atención médica óptima no implica que más atención sea sinónimo de mayor calidad. Por su parte, la relación entre calidad y costo monetario se basa en un simple precepto: si bien la calidad cuesta, las acciones derivadas por la falta de calidad siempre cuestan más. El modelo unificador de Donabedian considera tanto la cantidad de servicios, sus beneficios, la utilidad de los mismos, como sus costos y

riesgos para el paciente. A su vez, también considera que las expectativas y valoraciones individuales junto con el costo de las prestaciones pueden entrar dentro de la definición de la calidad de atención.

La evaluación de la calidad nos permite llevar adelante los objetivos de la mejoría de la calidad. El objetivo principal se vincula a compromisos con la sociedad y con los individuos concretos, haciendo foco en las cuestiones relativas a la mejoría de la equidad y eficiencia del sistema de salud. En segunda instancia, encontramos el resguardo de la salud de las comunidades reduciendo la variación interindividual en la práctica de los profesionales en el uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; resulta de relevancia la introducción de nuevas tecnologías como la eliminación de procedimientos innecesarios. Finalmente, también entra en juego la consecución de objetivos educacionales, los cuales cimientan las bases para la investigación y establecen tanto el rol como la responsabilidad del paciente en el proceso de atención (De Geyndt, 1995). Asimismo, la evaluación que hace el paciente, cristalizada en satisfacción o insatisfacción, suele basarse en diversos factores que abarcan desde cualidades del entorno hasta aspectos técnicos. Sin embargo, su valoración sufrirá de una serie de limitaciones: el paciente tiene un conocimiento limitado de la ciencia y técnica médica; muchas veces el paciente demanda cosas que resultan poco éticas e incluso incorrectas que le brindara el profesional.

En 1966, Donabedian introduce el esquema tripartito de estructura, proceso y resultado que se estableció como su obra central.

Esquema tripartito		
Estructura	Proceso	Resultado
<p>Conjunto de características más estables de: los proveedores de atención, los instrumentos y los recursos que tienen a su alcance y que incluye número, calificación y distribución de personal, que se precisan para proporcionar atención médica. El seguro de salud junto con la forma en que los médicos desempeñan sus tareas y son recompensados, se establecen como aspectos de relevancia de la estructura. Según las propias palabras de Donabedian, es un instrumento romo dado que solo se traduce en tendencias generales. Una estructura óptima posibilita la protección y la promoción de la calidad en la atención. Desde la perspectiva de la fuente de formación, la evaluación de la estructura resulta de menor importancia que el proceso y el resultado.</p>	<p>Se conceptualiza como una serie de actividades que se establecen entre pacientes y profesionales. Se suele decir que constituye la base para el análisis sobre la calidad. Dicha calidad es definida como un comportamiento normativo y representado por normas o criterios disponibles. Existen determinados procesos que se identifican o asocian con situaciones particulares y suelen ser asociados con buenos resultados. De esta forma, su sola presencia puede significar una evidencia de calidad.</p>	<p>Como una medida indirecta de la calidad. Tiene una correlación directa con el proceso dado que este último no se presume como una garantía de calidad por sí solo. Las ventajas de utilizar los resultados para evaluar la calidad radican en: su validez (a pesar de que no resulta ser absoluta), su robustez y concreción, además de posibilitar una medición más precisa. Asimismo, se perciben marcadas restricciones en su uso tales como la no pertinencia de algún resultado, la posible injerencia de factores ajenos al ámbito, y la posible necesidad de grandes periodos de tiempo para que los resultados se vuelvan evidentes.</p>

Cuadro 1.3: Esquema tripartito de Avedis Donabedian. Fuente: elaboración propia.

Luego de definir hasta el hartazgo el concepto de calidad dentro del ámbito médico, procederemos a analizar detalladamente el término comúnmente conocido como “Auditoria Medica”.

La visión clásica provista por Virgil Slee (1950) establece que: “la Auditoria Medica es la evaluación hecha por los médicos de la calidad de la atención médica en todas las ramas de la medicina y revelada por la documentación clínica”. En forma contemporánea, Lambecke (1956) adiciona a la definición antes desarrollada que su finalidad radica en tener la certeza

de que todos los beneficios del conocimiento medico se aplican en efecto a las necesidades de los pacientes.

Un parámetro importante para conceptualizar la Auditoria Medica es aquel desarrollado por el Servicio de Salud inglés, otorgando una visión más contemporánea para la época, que lo pregona como: *el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo los procedimientos utilizados para el diagnóstico y tratamiento, el uso de los recursos y el desenlace resultante y calidad de vida para el paciente* (Secretaries of State, 1989). Esta última definición considera los tres componentes del esquema tripartito de Donabedian, siendo elementos necesarios para conceptualizar el compromiso de los profesionales. A su vez, propugna otras dos características claves de la auditoria: la necesaria focalización en el paciente y el desarrollo de una cultura de evaluación y educación médica continua. Por último, se destaca la confidencialidad de la evaluación efectuada.

Tal como lo establece Marinker (1990), la Auditoria Medica es *“el intento de mejorar la calidad de la atención medica midiendo el rendimiento de los que brindan servicios de salud en relación con estándares deseados y mejorando continuamente”*. En sintonía, Crombie *et al.* (1993) sostiene que es un *proceso de revisión de la atención medica identificando deficiencias que pueden ser remediadas*. Estas dos últimas declaraciones no se acentúa la atención sobre aspectos esenciales como que la evaluación debe efectuarse sistemáticamente y el compromiso personal de los profesionales. Fraser (1982) resume su aporte a la idea de que la auditoria es el *proceso de evaluar crítica y sistemáticamente nuestra propia práctica profesional con el compromiso de mejorar el rendimiento y, en última instancia, la calidad de la atención y el costo-efectividad en el cuidado del enfermo*. Luego de analizar las diferentes definiciones desarrolladas con anterioridad, observamos que las mismas presentan lineamientos generales o componentes unificados: la evaluación de la calidad de la atención médica o profesional; la relación directa con normas o procesos de atención; la impersonalidad del proceso evaluativo; la invocación de un espíritu de auto educación en forma sistemática; la referencia a patrones como evidencia de una buena atención; el compromiso de los profesionales como una necesidad de vital importancia.

En lo que respecta a la terminología en sí misma, el término de *auditoria médica* es considerado por algunos especialistas en la materia como obsoleto, debiendo utilizar

preferentemente el de *auditoria profesional* (dado que resulta ser más abarcativo, refiriéndose no solo a los profesionales del arte de curar). Una segunda evolución establece el término de gestión clínica o *clinical governance*. A su vez, se suele proponer un concepto más amplio y abarcativo sin resultar excluyente de las anteriores denominaciones, como es el de *auditoria sistémica* (como un sistema de información organizacional).

Por otra parte, si observamos el organigrama de un hospital, esta disciplina se corresponde con un órgano consultivo o asesor de staff, que resulta estar separado de la línea media y sin operatividad ejecutiva, dependiendo de los niveles de conducción (Aranguren-Rezzonico, 1996). De esta forma, se edifican como un ente fiscalizador o evaluador, el cual no puede ubicarse por debajo de los niveles de línea que podría llegar a evaluar. Varo, en sintonía, ubica a la auditoria médica o comité hospitalario de auditoria en la tecnoestructura organizativa (funcionando como asesora directa de la alta gerencia). Se suele decir que estos asesores de la tecnoestructura se mueven con libertad entre los niveles más altos de la jerarquía, aplicando en determinadas ocasiones la estrategia de la ropa sucia. Dicha estrategia se sustenta en la idea de que sus investigaciones en los diferentes departamentos pueden descubrir ineficiencias e incompetencias de otros, con la finalidad de utilizar este conocimiento en contra de sus eventuales rivales.

A su vez, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) conceptualiza a un indicador como una medida cuantitativa puede ser usada como guía para monitorear y evaluar la calidad del cuidado médico significativo y dar soporte a las actividades asistenciales.

d) Sistemas de Información

A partir del análisis de la estructura de los hospitales, encontramos de vital importancia el desarrollo óptimo de los sistemas de información. Tanto el diseño de los sistemas como la producción de información constituyen aspectos relevantes en la gestión hospitalaria. La gestión moderna de hospitales afronta el desafío de continuar introduciendo cambios institucionales que permitan modernizar y adaptar la organización, estructura y función de los mismos.

Los sistemas de información de los hospitales denotan diversas limitaciones y deficiencias, no solo debido a restricciones económicas sino también a modos de gestión inadecuada, a limitaciones de la eficiencia y la efectividad hospitalarias, y al bajo soporte de la información o del uso que se hace de ella. Sin embargo, la información no es suficiente para asegurar una buena gestión. El principal desafío reside en brindar asistencia a los directivos del hospital en su papel de estrategias y líderes que buscan efectuar acciones, organizar los medios para lograrlo y, motivar y evaluar el accionar de los recursos humanos.

Un verdadero sistema de información organizacional se establece como un conjunto coherente de componentes interrelacionados, humanos y tecnológicos, dispuestos de forma interdependiente, que se define como una unidad funcional sistémica o un todo orgánico focalizado en una actividad o una necesidad concreta y común. De esta forma, se suele comprender como una micro-organización dentro de la macro-organización. Su función básica reside en generar el proceso informativo a partir de reflejar razonablemente la realidad, aumentando el conocimiento de la situación actual a través de los datos.

Tal como lo establece la OPS (Organización Panamericana de la Salud), asegurar los recursos resulta ser una prioridad para poder brindar un mejor servicio. Por su parte, la mejora de la calidad se logra a partir de optimizar los procesos que combinan dichos recursos. Esta concepción basada en el mejoramiento permite que las organizaciones se vuelvan más eficientes y capaces de proporcionar una atención de calidad con mayor acceso, optimizando los recursos y los gastos.

Asimismo, el liderazgo se define como una variable adicional que denota su relevancia en la actualidad como un conjunto de competencias y habilidades que permiten darle un marco estratégico a la organización, fomentando la confianza, el dialogo y el trabajo en equipo. Los ámbitos de acción del líder se concentran en: la influencia gerencial, el sentido de misión, la capacidad de generar condiciones para el aprendizaje, y la edificación de una cultura organizacional.

Por otra parte, debemos establecer la distinción entre la información sobre salud y la información médica, donde la primera de ellas “está directamente relacionada con el deseo de que tienen las poblaciones actuales y futuras de mejorar las condiciones de salud individuales y colectivas” (Kerr White).

De esta forma, la información se presenta como una herramienta de apoyo a la función hospitalaria, con una marcada incidencia en la calidad del servicio que se presta. La información permite mejorar tanto el control como la evaluación de la gestión, y así poder alcanzar estándares de calidad que promuevan la eficiencia. En el marco de la descentralización, el foco de las decisiones reside en los hospitales, necesitando el fortalecimiento de las gestiones autónomas.

El valor estratégico de la información en lo referido a la gestión y a la función del hospital, se orienta a luchar contra la incertidumbre y la subjetividad que pueda llegar a presentar la misma. Para ello, resulta imperioso desarrollar procesos operativos para generar información a corto plazo y garantizar su fiabilidad a mediano y largo plazo. En este sentido, sus características se encuentran supeditadas a: las necesidades de la gestión hospitalaria y a los recursos disponibles.

Los elementos que se destacan en el desarrollo de los sistemas de información dentro de los hospitales se centran en: la intensa dinámica de los cambios tecnológicos; la complejidad y los cambios en la organización de los servicios de salud y la provisión de servicios de salud; la complejidad de la información en hospitales y servicios de salud; diferentes objetivos de las fuentes orientadas a proveedores o procedimientos; las necesidades de políticas y estrategias nacionales.

e) Gestión presupuestaria

La gestión financiera no resulta ajena a la administración integral de los servicios de salud, muy por el contrario, la relevancia que adquiere es incluso de mayor magnitud de lo que se prevé en la mayoría de los casos. Dicha importancia radica en la propiedad de los recursos financieros, los cuales se definen como la base para el desarrollo de las actividades pero a su vez también como el factor limitante de las acciones que se pueden ejecutar. De esta forma, es menester cuantificar los recursos necesarios para la implementación de las actividades a desarrollar por los hospitales, en su interior. El objetivo global de la administración financiera se basa en brindar soporte económico a la ejecución de los programas que resultan de necesidad para la población, siempre en términos eficientes. Dicha gestión incluye desde la gestión de ingresos, pasando por la asignación de los

recursos y la gestión presupuestaria, hasta llegar a la evaluación financiera, previa fijación de los precios. En conclusión, la administración financiera en los servicios de salud se define como el resultado de la interacción o combinación de diversas variables endógenas y exógenas a la organización.

Sabiendo que la información financiera se establece como un pilar fundamental en la toma de decisiones, es usual que los médicos no tengan una formación desarrollada en este aspecto. El Dr. Penna se erige como una clara excepción, habiendo demostrado su preocupación en torno a los costos generados por los pacientes hospitalizados o atendidos en urgencias (aplicada en su caso al Hospital Argerich). Su intención radicaba en generar conciencia, sin perder la esencia de su profesión. Penna sostuvo que “siendo el hospital ante todo una estación de socorros médicos y primeros auxilios en caso de urgencias, al efectuarse el cálculo del costo parcial de cada enfermo hospitalizado, debe hacerse tomando como base el total de enfermos atendidos no solo dentro sino fuera del hospital porque no habría razones para no computar los auxilios en la vía pública o a domicilio” (Penna, Madero, op. cit.). El análisis de sus palabras, denota la necesidad de contar con un sistema de información que actúe como soporte de la administración, minimizando el error en la toma de decisiones.

Por lo general, se divide al hospital en centros de costos, a partir de un patrón que otorgue homogeneidad al mismo. De esta forma, un centro de costo puede ir desde una unidad hasta un servicio integro. Se lo define como “la piedra fundamental de la estructura de la contabilidad analítica”. El número de centros de costo se puede definir en función del propósito del hospital al aplicar la contabilidad analítica.

El hospital moderno presenta una estructura organizativa singular dado que la toma de decisiones es llevada a cabo por el personal de contacto, el cual establece la relación con el cliente externo. Esto genera la necesidad de dar soporte a los profesionales (base de la pirámide) de forma más amplia, ya que los mismos no solo dirigen las expectativas sino también constituye el servicio e induce la demanda de prestaciones. De esta forma, se genera valor a partir del grado de conocimiento.

A partir del momento en el que el hospital pasa a ser considerado como una empresa de servicios, resulta necesario definir su producto, es decir, lo que produce. Así, aparece en escena el concepto de “case mix” que define al producto hospitalario como una medida de

eficiencia. La finalidad de optimizar los esfuerzos de gestión en un auténtico producto final hospitalario, desata la necesidad de organizarse en función de grupos homogéneos, manejables. Una clasificación basada en el volumen y la tipología de pacientes atendidos solo resulta viable si se cuenta con un sistema de clasificación de pacientes. Dicho sistema guarda un cierto paralelismo con la gestión por línea de producto, pero en este caso, directamente aplicada al ámbito hospitalario. De esta forma, se tiene en cuenta la composición de casos (case mix) a la hora de medir la producción hospitalaria. Estos sistemas se encuentran elaborados en función del propósito específico por los que se desea utilizar cada uno.

Cada grupo presenta una característica determinada, que permite identificar a todos sus elementos por igual. De esta forma, encontramos diferentes criterios de clasificaciones. El primero de ellos hace referencia a los grupos isodiagnósticos, los cuales utilizan el diagnóstico principal como criterio de clasificación. Por su parte, los grupos de isocomplejidad se basan en los diferentes grados de afectación para clasificar a los pacientes con el mismo diagnóstico principal. Otro criterio es aquel que reside en la etiología, generando de esta forma la clasificación internacional de enfermedades, lo que permite al hospital diferenciar a los pacientes a través del diagnóstico clínico al momento del alta. Este criterio denota notorias carencias para medir la producción hospitalaria.

El comportamiento del paciente en su relación con el dispositivo asistencial se encuentra condicionado por la relevancia que adquiera una serie de rasgos que le son propios o que están relacionados con él. Dicho dispositivo asistencial elabora tantos productos finales como pacientes son atendidos.

Feldstein se presenta como el responsable de introducir el concepto de “case mix” en el análisis de los costos hospitalarios. Dicho término hace referencia a la composición de casos o diversidad de tipo de paciente que son tratados y diagnosticados en el hospital. De esta forma, puede definirse como el catálogo de diagnósticos de enfermedades que resulta de la combinación de las diferentes enfermedades y problemas de salud, específicos de una determinada institución.

El “case mix management” aporta un nuevo estilo de gestión basado en la medida del producto que se obtiene de la actividad asistencial, sin abandonar la gestión por servicios o departamentos. En este sentido, se define como la gestión del hospital en función de la

diversidad de pacientes o mezcla de casos. El principio que rige se sustenta en el establecimiento de grupos homogéneos de pacientes con respecto a una o varias características relevantes, y esta homogeneidad queda reflejada a través de técnicas que utilizan la clasificación como base de medida del “case mix”.

f) Recursos Humanos

Un hospital debe entenderse como un conjunto de personas que sirve a personas, lo que implica que todos los complejos procesos son el resultado de la voluntad, la inteligencia, el conocimiento y las emociones de quienes participan en dichos procesos. Esta concepción permite definir la relevancia del recurso humano en la construcción de cualquier proceso de cambio, denotando su importancia estructural dentro del sector de la salud.

Los recursos humanos del hospital se suelen estimar como un conjunto de personas que trabajan o prestan servicios para dicha institución. Se percibe una doble dimensión: por un lado, como factor estructural (dado por el carácter de sujetos pensantes y activos que conforman las practicas, definen las formas en que se relacionan, determinan los valores, y organizan y desarrollan el proceso de trabajo; el recurso humano funciona como un sistema abierto capaz de aprender y reorganizarse), y por el otro, como factor productivo (se articula con los restantes factores para proveer servicios de salud y constituirse como el principal recurso del proceso productivo). Dentro de un hospital, el personal se puede clasificar en distintas categorías. La primer categoría serían los médicos (aquí podemos incluir a los médicos cirujanos, clínicos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, especialistas, generales y residentes, internos y estudiantes de medicina), luego están los para-médicos (profesionales o trabajadores especializados en realizar funciones u oficios relacionados con la medicina; aquí podemos incluir a enfermeras generales, especialistas, trabajadores sociales y jefes de archivo), personal administrativo y por último el personal de intendencia (que son los trabajadores considerados manuales como cocineras, lavanderas, jardineros, vigilantes, motoristas, etc).

Resulta fundamental el papel que desempeña el profesional (medico) justificado en el hecho de que es quien define o bosqueja el producto final. Se lo puede definir como un proveedor de servicios demandados, un generador simultaneo de demanda y oferta. La

gestión de los recursos humanos del hospital apunta a la capacidad de tomar decisiones y desarrollar acciones concretas y cotidianas, que permite que funcione correctamente. Dicha gestión presenta una dualidad en su naturaleza: la operación diaria cuyos resultados se miden en el corto plazo, y la planificación y la negociación estratégica tanto interna como externa en el mediano y largo plazo.

Las tendencias predominantes en la gestión del recurso humano se centran en la flexibilización, la descentralización y la autonomía de gestión. Esto se traduce en las exigencias del mercado de trabajo donde predominan los cambios en los sistemas de carreras en el área de salud hacia sistemas basados en la capacitación, el énfasis en los procesos de profesionalización, los cambios en los regímenes laborales, salariales y en los marcos regulatorios del mercado de trabajo hacia la desregulación. En este sentido, con miras a alcanzar el objetivo orientado a la productividad y a la competitividad, la relación personalizada hace a la esencia del servicio y de la calidad.

El contexto actual se caracteriza por la vorágine en la que se encuentra inmerso el sector de la salud, fruto de una marcada modificación en las relaciones y las condiciones laborales. De esta forma, aparecen nuevas relaciones de poder que suelen sustentarse en tres dimensiones: económica, político-ideológica, y en la organización de la producción de servicios, derivada de la división del trabajo. La naturaleza de la negociación laboral se ve alterada dado que la descentralización latente en los servicios de salud y la tendencia de convertir a los hospitales en empresas exige mayor fortaleza a las representaciones locales de los gremios o sindicatos. Otro factor de cambio de las relaciones radica en la determinación de sistemas de medición de indicadores de productividad en función de los costos del personal. Sin embargo, la modificación más notoria se produce a partir de la introducción de nuevas formas de vinculación al mercado de trabajo, cambiando la concepción establecida de la condición estable del empleo como derecho adquirido. El nuevo escenario plantea la necesidad de contar con un mecanismo de diálogo fluido, cuya finalidad está orientada a conseguir beneficios tanto para el trabajador, la institución como para la sociedad, estableciéndolo como un derecho de la ciudadanía.

Tal como lo establece O.Bosch (1984), el sistema de formación de recursos humanos debe ajustar su producción cuantitativa y cualitativa, adaptándose siempre al contexto de la reforma sectorial: en términos cuantitativos, se debe tratar de producir aquello que se

estima que precisara el proceso; en termino cualitativos, la intencionalidad radica en superar los concepciones tradicionales que interfieren en la subordinación del interés profesional al colectivo.

Según la OMS, el hospital se puede conceptualizar como “parte integrante de la organización médica social cuya función es la de proporcionar a la población atención medica completa tanto preventiva como curativa y cuyo servicio de consultorio externo alcanza a la familia en el hogar; es también, un centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud y campo de investigación biosocial”. Los hospitales son regidos por procedimientos los cuales implican guías para la ejecución permanente de una misma tarea que suele precisar de explicaciones complementarias. El contexto actual del sector caracterizado por la restricción presupuestaria omnipresente, las marcadas falencias en la organización y gestión, sumado a la pérdida del poder adquisitivo de la sociedad, generan que la figura del hospital se replantee su funcionamiento. De esta forma, se percibe una clara tendencia de transición del tradicional funcionamiento a la autonomía hospitalaria. Este nuevo paradigma se sustenta en la búsqueda de una articulación de los mecanismos que permitan universalizar la atención, aprovechando la capacidad instalada, sobre la base de esquemas de aseguramiento, y separación de funciones entre financiamiento y provisión. Resulta ser necesaria una modificación de los principios de organización hospitalaria ante las necesidades de prestar servicios de calidad orientados al usuario, lograr autonomía, responsabilidad y compromiso del profesional, disponer de estructuras aplanadas y ágiles, y alcanzar un equilibrio entre las perspectivas gerenciales y clínicas, entre las más relevantes. En este contexto, mejorar la capacidad de respuesta implica un factor clave, y esto se traduce en las propuestas presentadas.

La gestión del recurso humano en este marco general denota marcadas particularidades tales como:

- Ausencia del recurso humano en la conducción de los procesos de cambio.
- Inadecuada distribución en el hospital sobre la base de una organización y división del trabajo fragmentada en función de la oferta y organizada según las posibilidades de trabajo del médico asistencial, que convive con el trabajo liberal.
- Influencia exagerada del criterio profesional en el funcionamiento del hospital.

- Condiciones jurídicas para la gestión administrativa, financiera y de recursos humanos rígidas, generadas fuera del hospital y, por tanto, sin control por parte del gerente.
- Excesiva centralización de las decisiones en materia de recursos humanos.
- Sistema incapaz de competir y con separación total entre rendimientos en el puesto de trabajo y retribución.
- Débil control social sobre el servicio de salud y la relación directa paciente-profesional de la salud.

El reto que deben enfrentar los gerentes radica en administrar los valores y las capacidades de las personas y adaptarlos a las exigencias de la demanda en un clima organizativo favorable, más precisamente a una visión de servicios orientados a interactuar con el usuario en la medida de lo posible. La política institucional de recursos humanos engloba todas las decisiones y acciones que determinan los procesos de selección, contratación, distribución y gestión de los recursos humanos del hospital.

g) Marketing y Comunicación

Tal como lo establece la OMS (1998, p.18), la Comunicación en Salud se establece como:

“una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y los multimedia aumenta la concientización sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo”.

La finalidad radica en producir un cambio significativo en la conducta de los individuos que permita prevenirlos y protegerlos de cualquier tipo de daño potencial. A su vez, también puede ser definido como “un proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva interesante y atractiva que de por resultado comportamientos individuales y sociales sanos”. De esta manera está compuesto por cuatro elementos: el primero de ellos se refiere a un análisis de situación que conlleva a un trabajo de investigación de diagnóstico, concreto y situacional; luego encontramos un elemento que hace referencia a

la segmentación de la audiencia; el tercer componente se traduce en la teoría de la persuasión; y finalmente, el último de los elementos, se sustenta en un proceso sistemático de desarrollo del programa. Por otra parte, encontramos la presencia de las áreas programáticas, planos de acción en que se manifiesta el trabajo en comunicación social, entre las que debemos resaltar: comunicación organizacional, educación en los medios, periodismo especializado en salud, marketing social, y comunicación social.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define promoción de la salud como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”. De esta forma, la promoción de la salud se establece como un proceso político y social global, permitiendo a las personas aumentar su control sobre los determinantes de la salud, resultando indispensable la participación.

En lo que respecta a las estrategias que se pueden adoptar en la promoción de la salud encontramos:

- La abogacía por la salud: combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud. Puede adoptar diversas formas. Abogar por la salud es mediar a favor de esta, cuando existan intereses enfrentados. Se suele decir que se presenta la abogacía por la salud cuando se legisla a su favor. Estas tácticas no comunicacionales, promocionan la salud de un modo tangencial, pudiéndose denominar como tácticas legales. A su vez, también encontramos tácticas económicas que son aquellas que se sustentan en leyes que reglamentan un impuesto determinado para la acción en cuestión.
- El estímulo del desarrollo personal: implica facilitar el desarrollo del potencial de salud de las personas.
- La mediación positiva: significa que, en casos o situaciones de desacuerdo o intereses encontrados, se media a favor de la salud.

Tomando como referencia las estrategias antes definidas, podemos determinar cinco áreas de acción prioritarias en lo relativo a la esfera de la Promoción de Salud: establecer una política pública saludable, crear entornos que protejan la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, promover el desarrollo de habilidades personales, y reorientar los

servicios sanitarios. La utilización combinada de estas cinco estrategias resulta más eficaz que aquellas ópticas basadas en una sola visión. La Declaración de Yakarta plantea las prioridades en lo relativo a la promoción de la salud para el futuro, centrándose en la promoción de la responsabilidad social para la salud, la expansión de la colaboración y la capacidad de la sociedad, y la garantía de una infraestructura que posibilite tales objetivos.

La Carta de Ottawa establece que “la promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria, asegurando la igualdad de oportunidades y proporcionando los medios que permitan el máximo desarrollo potencial de la salud para la sociedad”. Esto exige la coordinación de todos los actores implicados. A su vez, tanto las estrategias como los programas, deben adaptarse al contexto de cada país o región, tomando en cuenta los distintos sistemas económicos y, por sobre todo, culturales. La política de Promoción de Salud implica, a su vez, la superación de las barreras que no permitan la aplicación de medidas que impulsen la salud. Esta orientación favorece el desarrollo personal y comunitario, incrementando las herramientas para ejercer un mayor control tanto sobre su salud como sobre el medio ambiente. La responsabilidad de la acción ejercida por los servicios sanitarios está diseminada entre los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales, las instituciones y los gobiernos.

Como conclusión, “promocionar la salud es hacerla un producto deseable que satisface necesidades y el paso previo a su restauración”.

Por su parte, los hospitales, como cualquier organización, necesitan de las herramientas del marketing para poder mantener el normal funcionamiento del mismo. Es decir, se necesita que la población conozca el hospital, confíe en él, y lo elija por sobre otras entidades sanitarias de la comunidad. Pero aquí se plantea la primera problemática con respecto al marketing hospitalario, al tratarse de entidades prestigiosas y de nivel y cuyos profesionales deben completar una extensa y ardua carrera para poder formar parte del mismo, la gente presupone que la calidad es buena y que los doctores son altamente competentes, entonces, ¿Cómo se puede diferenciar un hospital estratégicamente frente a otros? Según las corrientes del marketing hospitalario actual, una de las mejores estrategias para que las personas que desconocen la institución logren inclinarse por ella es hacer publicidades o anuncios en los cuales quienes hablen sean pacientes que, no solo hayan quedado satisfechos, sino que su experiencia los haya deslumbrado, con lo cual van a generar una

sensación de confianza en otras personas. Además, con el rápido avance de las tecnologías y los medios de comunicación, es muy recomendable la utilización de las redes sociales (Facebook, Twitter, Youtube y demás) para comunicar las características del hospital, generar beneficios para personas suscriptas, ofrecer reservación de turnos online y otro tipo de ventajas que faciliten la experiencia de las personas en el Hospital. Un ejemplo de estas tácticas de marketing se pueden observar en el Alegent Health System (Omaha, Nebraska, USA) que tiene su propio canal de Youtube y lo utiliza para mostrar presentaciones de los propios médicos y personal sanitario del centro, videos tutoriales de prácticas saludables y también algunos métodos que se realizan en el centro para tratar enfermedades. Otros hospitales optan por realizar campañas para celulares a través de la utilización de códigos QR (o códigos de respuesta rápida). Este código QR es un código de barras que los celulares pueden escanear a través del cual pueden crear aplicaciones, que los usuarios pueden descargar con facilidad y a partir de allí obtener información de la entidad o realizar trámites en línea, tal como lo utilizo el Middle Tennessee Medical Center (Murfreesboro, Tennessee, USA).

Finalmente, aparecen en escena los Programas de Promoción de la Salud (PPS). Los mismos son un conjunto de tácticas dirigidas a un grupo determinado de individuos con características similares que conforman una estrategia planificada de acción para alcanzar un objetivo determinado. Hacen referencia a subgrupos de población con características especiales o enfermedades o problemas específicos. La salud utiliza a la comunicación para promover estilos de vida saludables y, de este modo, prevenir enfermedades. Se promueven actividades de:

1. Diseminación de información de comunicación masiva y educación relacionadas con las ventajas de estilos de vida saludables y los riesgos asociados a estilos de vida no saludables.
2. Movilización de recursos para promover la toma de conciencia y la participación de personas y organizaciones públicas y privadas.
3. El entretenimiento de los trabajadores de la salud y de otros sectores para que empleen metodologías preventivas y participativas.

Una de las tácticas que componen la PPS es la constituida por los Programas de Comunicación en Salud. Los PPS, a través de los Programas de Comunicación en Salud

(PCS), articulan los medios disponibles en todos los niveles sociales que pueden transmitir efectivamente mensajes de salud a diferentes sectores de la población para informar, persuadir, fortalecer y educar. Tanto los PPS como sus PCS trabajan con teorías, modelos en educación para la salud, comunicación de masas y comercialización social. Ambos se basan en prácticas empresariales. Este proceso de persuasión permitirá a un PCS ubicar necesidades y modificarlas para lograr el cambio de conducta. A su vez, los PCS está compuesto por una serie de elementos, entre los que se destaca la campaña publicitaria. Entre las alternativas a dicho componente predominante encontramos subtácticas como los movimientos promocionales y los manejos de prensa.

h) Aspectos jurídicos-legales

El contexto actual en el que se encuentran los profesionales de la atención médica está caracterizado por la despersonalización de la medicina actual, la explotación de la figura del médico por los sistemas de salud, la ausencia de estabilidad médica en la gran mayoría de los centros de salud, las precarias condiciones de trabajo de la gran parte de los hospitales dentro del territorio nacional, así como también, la carencia de garantías para el profesional del sistema. A su vez, se observan cambios en las relaciones con el paciente: la pérdida de una carga afectiva que caracterizaba las relaciones médico-paciente, la concepción del paciente como un cliente. Esta tendencia se presume que tiene su origen en el temor a las demandas por parte de los profesionales. En simultáneo, también se establece como fundamento de la situación actual, la tendencia a demandar mayores resultados al médico, como a su vez también otorgarle mayores responsabilidades.

A raíz de esta situación, el mejor resguardo con el que cuentan los profesionales para cubrir el vastísimo campo de la responsabilidad médica está dado por el Código de Ética Médica, desarrollado por la Asociación Médica Argentina. Sostiene que la conducta del médico debe resultar el objeto de análisis, ante la presencia de cualquier tipo de demanda. Sin embargo, se denota la necesidad de una revalorización de la tarea de los profesionales de la atención de la salud como tales. Este mecanismo de defensa implica una revalorización de los médicos y por los médicos, sosteniendo que “el medico no trabaja de médico, sino que es médico”.

Según lo afirma Bueres (1992):

“la doctrina tradicional entendía que la culpa médica, desde el punto de vista científico, era diferente de la culpa corriente en la que podía incurrir cualquier persona al causar daño. Se aducía que la Medicina no era una ciencia exacta, y que ello dejaba en libertad al facultativo para obrar con una dosis de personalismo no susceptible de ser captado. De tal forma, se separaba la culpa médica y la culpa material”.

Esta concepción es suplantada en la actualidad, a partir de la perspectiva jurisprudencial moderna, por lo que el médico deberá “responder cuando cometa un error científico objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase”. Así se acaban con los beneficios que otorgaba la alusión a una potencial culpa profesional. En conclusión, el profesional debe responder obligatoriamente (reparar dinerariamente) todos aquellos actos en que, ya sea por acción u omisión, se origine un daño y cuando los mismos sean producto de acciones calificadas como impericia, imprudencia o negligencia.

El Profesor Bueres sostiene que “... la culpa profesional es la culpa común y corriente emanada en lo esencial del contenido de los art. 512, 902 y 909 del Código Civil. La comparación corresponderá al obrar de un profesional prudente y diligente de la categoría o clase a la cual pertenezca el deudor en el caso concreto”. La culpa corresponde a una falla en la conducta, que no colma las expectativas de lo que médicamente debió haberse hecho por el profesional. En aquellos casos, donde no se percibe la presencia de dolo, se denomina culpa culposa, la cual podrá adoptar las formas antes mencionadas: impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia de las obligaciones y deberes a su cargo.

Por otra parte, encontramos otros tipos de responsabilidad, donde se destaca el error médico. Esto se cristaliza en lo dictaminado por la Cámara Nacional Civil, Sala A, 29/07/77, ED, 74-563, “el error de diagnóstico no es imputable si se han tomado todas las medidas para evitarlo y no se ha puesto de manifiesto una ignorancia en la materia”.

La figura del auditor cobra relevancia nuevamente en este aspecto, cumpliendo una doble función: fiscaliza el cometido de médicos y personal con la finalidad de comprobar la eficiencia y calidad de las prestaciones; conceder o denegar autorizaciones para el suministro de una prestación determinada. El listado de prestaciones está basado en el Programa Médico Obligatorio (PMO), el cual a su vez, presenta un listado adjunto para los

casos de emergencias económicas o de otra índole, denominado Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE). La limitación o eliminación de determinadas prestaciones puede implicar un ataque contra la integridad de la persona, en el caso de que coarte con las posibilidades de mejora de una enfermedad de un paciente. El control de este tipo de acciones resulta ser potestad del auditor, el cual deberá dejar constancia de cada una de sus obras. Aparece en escena la figura de la Historia Clínica, la cual tiene implicancias para el médico auditor dado que es la herramienta más fiel que posee el médico para dejar constancia de su correcto desempeño. Se suele decir que la historia clínica es la mejor fuente de información para evaluar la calidad de la atención médica brindada al paciente. Algo similar ocurre con los certificados, ya que acreditan fehacientemente a través de la historia clínica, que realizó todas aquellas medidas y cuidados que la obligación exigía.

El sustento de una medicina óptima se construye sobre una postura ética ante el paciente. Inmersos en esta situación, se pone de relevancia una concepción legal y cultural actual que establece que tanto la vida como la salud son bienes jurídicamente. Tal como lo afirma El Código de Ética de la Confederación Médica Argentina (1989), “respetar las reglas de la moral será el mejor antídoto contra los reclamos de responsabilidad civil, penal, administrativa o disciplinaria”.

Se plantea el conflicto relativo a la expresión de la voluntad del paciente, es decir, el consentimiento del mismo. En este sentido, se sostiene el derecho a morir como una garantía implícita del artículo 19 de la Constitución Nacional. El Dr. Lorenzetti (1997) asevera que:

“la ética médica va perfilándose hacia la admisión de algunas pautas favorables a la eutanasia pasiva, cuando el paciente decida libremente que no quiere empezar o detener un tratamiento, debiendo el médico hacerle caso y comenzar un tratamiento para aliviar el dolor del enfermo, aun cuando esto acelere la muerte”.

La Ley 17.132, en el Art.19 pone de manifiesto la necesidad de la debida autorización para realizar operaciones mutilantes, la que deberá ser conformada por escrito por el paciente, o en su imposibilidad, por lo familiares. La Ley 24.193 de Trasplante de órganos, en su Art.13, también establece la obligación de informar a cada paciente y su grupo familiar, de manera suficiente, clara y adaptada a su nivel cultural, sobre los riesgos de la operación. El

dictamen de la Cámara Nacional Civil, Sala I, 25/09/90, LL. 05/08/90 sentó jurisprudencia sosteniendo que:

“El médico debe tener en cuenta los riesgos o secuelas que deriven del tratamiento o intervención a efectuar y hacer conocer al paciente dichos riesgos, siendo su consentimiento indispensable para justificar las consecuencias graves de una atención médica, y su ausencia torna ilegítimo el hecho médico”.

De esta forma, y a partir de diversos fallos de la Suprema Corte Nacional, se ratifica que pesa sobre el médico el deber jurídico de obrar con prudencia, ateniéndose a las normas impuestas por el Código Civil, como así también como consecuencia del deber de asistencia al enfermo. En este sentido, las legislaciones que rigen, dentro de los parámetros éticos que hacen a la profesión, se destacan: la Ley 17.132, el Art.106 del Código Penal, y el Art.1074 del Código Civil.

Legislación vigente	
<ul style="list-style-type: none"> • Ley 17132, Art. 19 	<p>“Los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a: ... 2) Asistir a los enfermos cuando la gravedad de su estado así lo imponga y hasta tanto, en caso de decidir la no prosecución de la asistencia, sea posible delegarla en otro profesional o en el servicio público correspondiente...”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Código Penal, Art. 106 	<p>“El que pusiere en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado, será reprimido con prisión de seis meses a tres años. La pena será de reclusión o prisión de 6 meses a 6 años, si a consecuencia del abandono, resultare un grave daño en el cuerpo o en la salud de la víctima. Si ocurriera la muerte, la pena será de 3 a 10 años de prisión.” Existe un deber legal de asistencia denominado obligación jurídica de actuar.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Código Civil, Art. 1074 	<p>“Toda persona que por cualquier omisión hubiere ocasionado un perjuicio a otro, será responsable solamente cuando una disposición de la ley le impusiere la obligación de cumplir el hecho omitido.” La obligación más que de atención, es de asistir.</p>

Cuadro 1.4: Legislaciones que rigen la profesión. Fuente: elaboración propia.

La vinculación del médico con su responsabilidad para con el paciente se logra a través del contrato médico. De tal forma, se establece como un marco contractual para el desarrollo de la relación médico-paciente. Se dice que adopta una forma atípica, dado que esta figura no se prevé ni en el Código Civil, ni en ningún otro ordenamiento superior, sino que es la

jurisprudencia es quien establece el peso específico de la misma. A través de este contrato médico, se pretende obligar al médico, en términos de medios o diligencia, de resultados y de seguridad.

En lo que respecta a las instituciones de la salud, su implicancia es más extensa de lo que se presume, erigiéndose como co-responsable de la garantía de la calidad médica que ofrece el sistema. La jurisprudencia sostiene que los sistemas de salud deben garantizar y asegurar (Lorenzetti, 1998), un par de obligaciones básicas respecto a la aceptación del riesgo que debe asumir el sistema de salud: brindar un servicio adecuado mediante la elección de buenos médicos; la empresa es responsable por los perjuicios que sufre el paciente derivados de la mala elección por parte de esta de médicos y/o sanatorios que ofrecerá en la cartilla médica. De esta forma, no se puede absorber la libertad de elección sin asumir también los riesgos que ella acarrea. La responsabilidad se extiende a la falta de prestaciones consideradas necesarias y de elección en los casos específicos que sirvan para dar una oportunidad a la cura, mejoría o alivio que el paciente necesite. Las falencias en la administración del sistema también entran dentro de las responsabilidades de los entes de salud.

La ley establece que las prestaciones deben ser igualitarias, integrales y humanitarias, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones, delimitando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva (Art. 2° Ley 23.661).

Obligaciones básicas y comunes de las empresas de salud	
1. Habilitación de establecimientos	Requiere autorización de la Secretaria de Salud. Detalla estructura, personal, entre otras cosas, específico para cada servicio en particular. Se establecen sanciones que pueden llegar a la clausura si no se cumple con ello.
2. Dirección Técnica del Establecimiento	La propiedad debe ser de profesionales de la salud. Esto les permitirá tener incidencia en la dirección de índole técnica. El Directo Técnico debe ser médico, y resulta responsable del cumplimiento de normas y obligaciones legales (la responsabilidad profesional por su accionar también es parte).
3. Restricciones de publicidad	Establecidas en el Art. 10 de la Ley.
4. Prohibiciones de objeto	Los entes destinados a tareas de higiene y estética de las personas no pueden realizar ni promocionar actividades de tipo médico.
5. Prohibiciones relacionadas a ciertos actos jurídicos	Contratos de sociedad entre: médicos y farmacéuticos, odontólogos y farmacéuticos, odontólogos y mecánicos dentales.
6. Auxiliares afines	Parteras: prohibición de contar con instrumental ajeno a su campo de acción.
7. Registros especiales	Libro Registro Cirugía; de Anestесias; Libro de Atenciones en Guardia, de Bancos de Sangre; de Hemoterapia; entre los más importantes.

Cuadro 1.5: Ley 17132 – Obligaciones básicas y comunes de las empresas de salud.

Fuente: elaboración propia.

Las instituciones privadas se encuentran compenetradas en dar calidad al máximo como señuelo y garantía para la captación de clientes. Aquí reside su valor agregado, justificado en el precio que los pacientes deben pagar de su bolsillo, que se conoce como medicina con garantía de calidad.

2. Administración hospitalaria bajo condiciones de desastres

a) Desastre

Antes que nada, debemos hacer una distinción entre emergencia y desastre. El primer término, refiere a cualquier situación extraordinaria que requiere una rápida respuesta, que puede ser mantenida y controlada con los recursos existentes. Por otro lado, un desastre posee una magnitud muy superior a la de una emergencia, considerándose como un evento o situación en la que aparece de forma repentina e inesperada, causando una sumatoria de cambios sobre los elementos dañados, representados por las pérdidas de vidas y salud de la población, perjuicios al medio ambiente, entre otros. Al darse una catástrofe, se da una situación de desorganización de los patrones de vida, lo que genera sentimientos de desamparo, adversidad y sufrimiento en las personas, efectos sobre la estructura socio económica de una región o un país y un cambio en el medio ambiente, a su vez es de suma necesidad ante una situación de estas características la asistencia humana y la intervención con inmediatez.

Existen distintos orígenes de los desastres, estos pueden ser:

- Por la aparición de un fenómeno natural
- Provocados por el hombre
- Como consecuencia de una falla de carácter técnico en sistemas industriales.

En el caso de un desastre natural estos en su mayoría corresponden a amenazas que difícilmente puedan ser neutralizadas, solo en algunos casos se podrán controlar en forma parcial. Citando algunos ejemplos podemos encontrar a los sismos, huracanes, tsunamis como desastres que no pueden ser reducidos en la práctica. En cambio las inundaciones, sequias, deslizamientos pueden llegar a controlarse y disminuir su perjuicio con la implementación de distintas medidas.

Un desastre puede causar diversos efectos dependiendo de las características propias de los elementos expuestos y de la naturaleza del evento mismo.

Estos se clasifican en pérdidas directas e indirectas. Las primeras están relacionadas con el daño físico (víctimas fatales), daños a la infraestructura de servicios daños en las edificaciones, el espacio urbano, y el deterioro del medio ambiente.

Si consideramos las perdidas indirectas se divide en efectos sociales, como la interrupción del transporte, de los servicios públicos, de los medios de información y la desfavorable imagen que puede tomar una región con respecto a otras; y en efectos económicos, reflejados en la alteración.

b) Inundaciones

Efectos de las inundaciones en la salud publica

Las inundaciones poseen un impacto directo en la salud pública, afectándola de distintas formas:

- Inesperado número de muertes, lesiones
- Incremento de las enfermedades transmisibles
- Afectación de la infraestructura física
- Interrumpiendo servicios públicos y vías de acceso
- Generación de demanda de recursos básicos
- Desabastecimiento de insumos médicos
- Riesgo de trastornos psicológicos en la población

Efectos en la salud pública de los desastres relacionados con las inundaciones		
Efecto	Inundación progresiva	Inundación súbita
Defunciones	Pocas	Muchas
Lesiones graves que requieran tratamiento complejo	Pocas	Pocas
Mayor riesgo de enfermedades transmisibles	Riesgo potencial después de todo fenómeno de magnitud (dado el deterioro de las condiciones sanitarias)	
Daños en los establecimientos de salud	Graves	Graves
Daños en los sistemas de abastecimiento de agua e infraestructura sanitaria	Leves	Graves
Escasez de alimentos	Común	Común
Grandes desplazamientos de población	Común	Común

Cuadro 2.1: Hospitales seguros ante inundaciones, OPS, 2006

Implicancias económicas de las inundaciones

A partir de la metodología multisectorial empleada por el CEPAL para la evaluación de desastres naturales, se deja entrever que estimar el impacto que posee una inundación en el sector de salud resulta una tarea engorrosa, dada la cantidad de efectos primarios y secundarios producto de ésta.

Los efectos primarios podemos definirlos como aquellos que impactan directamente sobre los establecimientos de salud y todo lo inherente a ellos. En cambio, los secundarios, generalmente se suscitan posteriormente a la inundación y son los relacionados con los costos que implican los servicios adicionales de salud (cuidado y vivienda provisoria a los inundados, transporte inter-hospitalario, estaciones de salud momentáneas, etc.) y los consecuentes costos de recursos (alimento, agua potable, vacunas, asistencia psicológica, etc.)

La organización panamericana de la salud (2006) ha determinado una serie de parámetros para evaluar la vulnerabilidad de la cual disponen los centros de salud que son expuestos a inundaciones, identificando las causas en 3 grandes componentes:

- **El entorno** → ubicación, suelo, topografía, y condiciones geográficas del ambiente circundante.
- **El componente físico** → Parte estructural y no estructural del edificio

- **El componente funcional** → Se estudian aspectos de organización y distribución física de los servicios, los recursos humanos, financieros e insumos disponibles, así como la capacidad organizativa y la respuesta de la institución.

La importancia del análisis basado en dichos parámetros radica en la posibilidad de generar mapas de peligro, los cuales sirvan de fuente primaria de información para el posterior armado de planes de contingencia y, de esta manera, reducir los riesgos y daños ocasionados por este tipo de desastres. El siguiente cuadro, elaborado por la entidad recientemente nombrada, sirve a modo de guía ya que considera los aspectos relacionados con la edificación y su análisis integral.

Información General	
Establecimiento	Denominación, entidad administradora, nivel de complejidad tecnológica
Ubicación	Calle, distrito, ciudad, teléfono, correo electrónico
Influencia	Geográfica, política, población.
Entorno inmediato	Localización, características del entorno físico, social y medio ambiental. Ubicación de sistemas alternos de abastecimientos de servicios básicos.
Características geotécnicas	Tipo de suelo, topografía, capacidad de soporte del suelo de cimentación.
Aspectos estructurales	
Características estructurales de la edificación	Tipo de edificación, materiales de construcción, estado de la estructura, calidad de materiales, alteraciones que haya sufrido.
Aspectos no estructurales	
Características de los servicios básicos	Estado y ubicación de los componentes de los sistemas básicos (agua, alcantarillado, electricidad). Evaluar el funcionamiento de la red de agua. Evaluar el funcionamiento de las redes de desagüe y ventilación. Evaluar el funcionamiento de las redes de desagüe pluvial y verificar el diseño de canaletas y tuberías.
Características arquitectónicas	Criterios ambientales: Iluminación, ventilación, protección de vientos y lluvias. Material y estado de los tabiques interiores, muros, revestimientos, pisos, coberturas y techos falsos
Características del equipamiento	Ubicación del equipamiento, anclaje del mismo Protección ante descargas eléctricas.
Otros elementos	Material y estado de las puertas, ventanas y mobiliario.
Aspectos funcionales	
Circulación interior	Accesos, circulación o transporte horizontal y vertical según tipo de usuario.
Atención de salud	Áreas de atención y/o servicios del establecimiento. Cantidad y tipos de cama, horarios de atención. Porcentaje de ocupación.
Capacidad instalada	Por áreas críticas Reserva de insumos, medicina y alimentos Recursos humanos disponibles
Transporte y comunicaciones	Ambulancias operativas y tipo de equipamiento Radiocomunicación, unidades tipo y frecuencia. Telefonía.
Antecedentes de desastres	Registro de desastres anteriores que hayan afectado al establecimiento, teniendo en cuenta la respuesta física y funcional al mismo.
Capacidad de respuesta	Existencia de planes de contingencia ante inundaciones socializado con el personal del establecimiento. Director capacitado, con sala de situación, coordinando para instalarse y operar en emergencia Periodicidad de los simulacros ante inundaciones Planteamientos funcional ante emergencias Soluciones temporales: disponibilidad de elementos para edificaciones provisionales. Área del terreno, área construida y porcentaje de áreas libres disponibles.

Cuadro 2.2: Hospitales seguros ante inundaciones, OPS, 2006

c) Desastres dentro del hospital

Si bien la bibliografía es extensa a la hora de tratar un tema tan delicado como lo es la administración de catástrofes, poco se sabe cuándo dichos hechos ocurren dentro de los hospitales. Estos edificios son tan vulnerables a incendios, inundaciones y problemas eléctricos como cualquier otro. Mucho se ha escrito acerca de cómo los centros médicos deben organizar sus recursos para responder ante desastres externos. En ciertas situaciones las catástrofes involucran tanto al exterior del hospital como su interior. En estos casos, no solo se debe actuar para minimizar el daño interno ya que es muy probable que, dadas las condiciones externas, se incremente el número de pacientes. Esto genera problemas por la falta de personal, los solapamientos en el ejercicio de tareas y, a un nivel más psicológico, el stress que sufren los profesionales de la medicina en relación al temor que sienten porque comienzan a pensar cómo deben estar afrontando la situación sus afectos. Es por eso que los establecimientos médicos deben tener, necesariamente, un plan interno de preparación en caso de desastre. Dicho plan debe estar en congruencia con aquel que se posea en caso de catástrofes externas.

La mayoría de los hospitales poseen planes de contingencia en caso de eventos extremos pero que no involucran los incidentes que pudieran llegar a ocurrir internamente. Richard Aghababian et al (1994) define desastre interno como “un incidente que interrumpe la rutina de servicios diaria dentro de un establecimiento medico” La discusión que nos compete abarca como las instituciones médicas deben diseñar y periódicamente actualizar un plan que minimice los posibles inclemencias en caso de desastre interno. Esta discusión no puede ir más allá cuando la catástrofe ocurrente daña el edificio estructuralmente.

Existen varios puntos a tratar en el caso de una emergencia interna. Se deben hacer exhaustivos análisis previos de cada área funcional dentro del hospital para determinar con rapidez eventuales necesidades específicas. Richard Aghababian et al (1994) establece que la falta de equipamiento crítico en situaciones de catástrofe es la causa que mayor contribuye a amplificar los daños en situación de emergencia. A su vez, la falta de comunicación, luces eléctricas de emergencia, linternas y adecuadas señalizaciones en el edificio, puede contribuir a generar pánico y ansiedad, con sus consecuentes acciones

impulsivas que lleven a producir una atmosfera de caos en donde reine la confusión y el miedo. Otro aspecto a considerar son los derrames que pudieran llegar a ocurrir dentro de los laboratorios del hospital, hecho que puede contribuir a la diseminación de sustancias que pongan en peligro la vida humana.

Daños estructurales

Refieren tanto a la cimentación del establecimiento como a los demás integrantes de la superestructura, siendo ellos, vigas, techos, escaleras, etc. A modo de ejemplo, expondremos los efectos que se pueden suscitar en las estructuras hospitalarias a causas de una inundación. Su determinación depende de una multiplicidad de factores entre los que podemos destacar:

- El tipo de evento que origina la inundación
- La resistencia y estabilidad del establecimiento
- Su tecnología constructiva y su ubicación.

A continuación se exhibe un cuadro explicativo que indica los deterioros que pueden presentarse en distintas edificaciones

Efectos que podrían presentarse en infraestructuras de salud según la tecnología de construcción ante inundaciones y lluvias intensas.

Tipo de Construcción	Fenómeno	
	Lluvias intensas	Inundaciones
Construcciones de hormigón armado, con diseño sismorresistente	Inundación en los sótanos o en los primeros niveles. Techos deteriorados y pandeados por filtraciones. Deterioro en enlucidos exteriores.	Posible debilitamiento de la cimentación por asentamientos diferenciados, socavación y erosión.
Construcciones de mampostería de ladrillo, albañilería	Inundación de los primeros niveles. Humedad en los muros. Techos deteriorados y pandeados por filtraciones. Deterioro en enlucido de muros.	Debilitamiento de la cimentación por asentamientos diferenciados, socavación y erosión. Fisuras o grietas en muros y columnas por asentamientos diferenciales del terreno, desprendimiento de revoques.
Construcciones de adobe, tapial	La humedad prolongada puede producir el colapso de la edificación. Techos deteriorados, filtraciones.	Según el tiempo de exposición a la humedad, ocasiona la destrucción y el colapso total de la edificación.
Construcciones de caña y madera	Humedad de la caña o madera, deformaciones en la madera. Techos deteriorados, filtraciones.	Humedad de la caña o madera, hasta un caso extremo de destrucción total.

Cuadro 2.3: Hospitales seguros ante inundaciones, OPS, 2006

A raíz de lo expuesto en el cuadro anterior, existen distintas medidas preventivas que pueden evitar el deterioro de la integridad física del establecimiento. Estas acciones están orientadas a responder de forma eficaz en caso de desastres de distintos tipos. Ellas son:

- Construir un adecuado drenaje pluvial periférico.
- Reforzar estructuras de las zonas identificadas como vulnerables.
- Ampliar los aleros de los techos para proteger a la edificación de la humedad.
- Impermeabilizar las estructuras que lo requieran.

- Proteger e impermeabilizar los techos.

d) Etapas para planificación de desastres.

Un plan de emergencias presenta las siguientes etapas: mitigación, preparación, respuesta y recuperación. La relación entre las fases puede ser descrita como interdependiente, con una fase que se presenta de forma más visible que las tres restantes. El plan de emergencia actualizado establece las cuatro fases siguientes en caso de la ocurrencia de un desastre.

- *Mitigación de los desastres*

La primera fase está diseñada para disminuir la probabilidad del desastre o su efecto dañino en el hospital. Es de imperiosa necesidad llevar a cabo un análisis de vulnerabilidad a los peligros cada año.

- *Preparación de Desastres*

La segunda fase es la de preparación ante emergencias e incluye actividades tales como mantener el plan actualizado y hacer simulacros las veces que se crean pertinentes; revisiones anuales, el desarrollo de proyectos de mejora de la gestión de desastres como guía para los esfuerzos de mitigación; registros de mantenimiento, desarrollo y mantenimiento de un programa de formación para los empleados del hospital, mantenimiento de suministros adecuados, el mantenimiento de la comunicación con los hospitales regionales y locales, estatales y nacionales con respecto a las actividades de preparación para emergencias, y mantener listas de contactos precisos y corrientes.

- *Respuesta ante los desastres*

La tercera fase es claramente el desafío y la etapa más visible, sin embargo, su éxito es directamente dependiente de la mitigación y las fases de preparación. La respuesta incluye la activación real del plan y el funcionamiento del hospital durante el desastre. También incluye la preparación para la llegada, la clasificación, y la distribución de los pacientes, así como la asignación de la atención médica a los pacientes.

- *Etapa de recuperación. Post desastre*

La última fase encierra a todas las actividades encaminadas para la restauración del hospital a la condición original, antes del desastre, que incluye la reposición de los suministros utilizados relacionados con los desastres, la evaluación de eficacia y eficiencia de la respuesta, y el interrogatorio del estrés postraumático causado en el personal si así se lo considera necesario. A pesar de que la recuperación no es la fase más importante, es vital para el hospital en pos de regresar a su estado original de funcionamiento.

e) Formulación del plan de contingencia

Habiendo expuesto solo algunos de los posibles problemas es necesario preguntarse; ¿Por dónde comienza un hospital a formular un plan de desastres que se adecue a las necesidades reinantes? Paul V. Richter (1997) asegura que semejante responsabilidad se le debe encomendar a un comité de seguridad que incluya representantes en todos los departamentos del hospital. Este comité debe trabajar bajo la modalidad de equipo deteniéndose en los distintos tipos de catástrofes que puedan afectar el edificio, fundamentando este hecho en la certeza que cada tipo de desastre tiene una naturaleza única. De esta forma, las preguntas constructivas y la escucha activa toman un rol fundamental: ¿Cómo una inundación afectará el área de radioterapia? ¿La maquinaria que opera en el centro quirúrgico, posee una fuente de energía alternativa en caso de corte de luz prolongado?, etc.

Un punto importante en lo que respecta a la formulación del plan tiene que ver con el establecimiento de autoridades. Aquí la pregunta esboza una clara diferenciación ¿Debe el director general del hospital mantener su autoridad individual en caso de emergencia o es necesaria la figura de una persona como referente en el caso de desastres? Weigelt JA y Klein JS (1991) afirman la necesidad de crear dos puestos separados, uno administrativo y otro médico. De esta manera le permite al segundo enfocarse en las necesidades específicas de los distintos pacientes debidamente clasificados, así como la asignación de recursos sin preocuparse de los temas administrativos.

Por si sola, la formulación de un plan para eventuales catástrofes no garantiza el suceso ni la eficiencia del mismo. Todos los involucrados en el mismo, y con eso nos referimos a aquellos quienes integran el hospital, desde enfermeros y médicos hasta el personal de seguridad y limpieza deben conocerlo. Para ello, la capacitación en este tema se presenta como absolutamente necesaria. Dentro de ella, la utilización y análisis de casos pasados en distintos establecimientos médicos puede resultar una herramienta de gran utilidad. Además, para facilitar la comprensión del plan durante el proceso de capacitación, en la medida de lo posible, se podrá hacer en forma de lista por puntos (checklist).

Simulacro

Por otro lado, el uso de simulacros periódicos ayuda a identificar las fortalezas y debilidades del plan, así también como sus posibles deficiencias, logrando revisiones para una mejor ejecución en caso de ser necesario.

Estos se presentan como distintas representaciones de situaciones de la manera más aproximada posible a un hecho de la realidad. Estas prácticas ponen a prueba la capacidad de respuesta de los individuos, a través de situaciones de ensayos de cómo se deberá actuar en situaciones inesperadas de emergencia, en el cual se deberá seguir un plan de acción siguiendo distintos procedimientos de seguridad y protección.

A su vez es de vital importancia remarcar que el mejor simulacro es la realidad misma, en dichos casos es sumamente relevante determinar el grado de preparación del hospital, y de las personas involucradas para hacer frente a la situación de desastre.

Durante el simulacro se realizan diversas emulaciones que intentan ser lo más acertadas posibles. Para llevarlo a cabo, es necesaria la correcta utilización de los espacios en los cuales se va a desarrollar, así como de los equipos usados. El compromiso de los involucrados es imperante. Su interacción debe ser en el contexto situacional, siguiendo un guion diseñado previamente, cuya meta principal es poner a examen la respuesta institucional y que grado de preparación se alcanzó.

Antes que nada, se detallan diversos objetivos en la realización de un simulacro, como son la población, la organización y por último los instrumentos y actividades. En cuanto a la gente, se debe conocer cuál es el nivel de preparación, aceptación, cooperación y confianza

para enfrentar una situación de desastre. En el caso de la organización se realiza para poder incrementar el desempeño y llevar un análisis detallado de la capacitación y actualización. Por último, en lo que refiere a los instrumentos, el simulacro servirá para controlar los funcionamientos de alarmas, señalizaciones, como así también la coordinación de los equipos de rescate.

Al llevar a cabo un simulacro, se alteran las situaciones normales y rutinarias del funcionamiento del hospital, con el fin de lograr el objetivo del mismo se debe llevar a cabo diversas simulaciones que tiendan a lograr el involucramiento afectivo de los participantes, además se deberán incorporar diversos aspectos como el realismo, las víctimas, la escena del simulacro y por último las consideraciones de seguridad.

- **Etapas de un simulacro**

Es necesario resaltar 4 etapas principales en la realización de estos ensayos.

1. Etapa de planificación:

Aquí se deberán especificar las actividades a realizar en el corto y mediano plazo. En esta etapa se realizan los distintos diseños, estructuración de programas de preparativos ante desastres. Es conveniente institucionalizar diversas fechas en el año en las cuales se realicen los simulacros, con la finalidad de volver rutinario dicho proceso, de poder coordinar y lograr una preparación psicológica y una colaboración entre todo el personal del hospital. Se debe remarcar que lo más viable en dichas instituciones es realizar mínimamente dos simulacros en forma anual, dividiendo los mismo en, un primer ensayo de evacuación y el otro ensayo de atención en masa de víctimas.

Para llevar a cabo un simulacro es necesario cumplir con distintos requisitos como son:

- a) Existencia de un comité hospitalario de preparación ante desastres.
- b) Evaluación de riesgos internos, externos al hospital, la vulnerabilidad frente a los mismos.
- c) Elaboración del plan hospitalarios para atención de víctimas, y su posterior difusión a los funcionarios hospital.
- d) Organización de distintos grupos de rescate, tal como brigadas anti desastres.

- e) Definir rutas de evacuación para diferentes áreas del hospital, la correcta señalización de dichas áreas.
- f) Trabajo de un comité hospitalario especialmente creado para estas situaciones, en conjunto con la cúpula directiva con el objetivo de encontrar áreas críticas y dificultades y ejercitar el liderazgo y la toma de decisiones.

2. Etapa de organización

Este momento es crucial en todos los simulacros para la óptima realización del ejercicio de ensayo, esta se debe adaptar a distintos requisitos que demandan los hospitales.

Se deberán llevar a cabo actividades como la definición de la magnitud del simulacro, ya sea para determinar los participantes del mismo o el tipo de prueba a realizar. A su vez, el comité hospitalario determina la conformación del grupo de coordinación, y quien será el responsable general del simulacro.

En todo ensayo será importante que todos los participantes conozcan sus papeles para que puedan seguir instrucciones, y tomar decisiones. Por lo tanto en la organización del mismo es necesario establecer un escenario, realizar un ejercicio de gabinete y por último la difusión del mismo a todos los participantes.

En cuanto al establecimiento de un escenario debemos remarcar que todos los presentes tendrán que ser avisados de las conductas a representar y que deberán cumplir con los procedimientos detallados en el plan de emergencia. Se deberán delimitar como serán las funciones tanto de los brigadistas, equipos de emergencia, como así también de los participantes externos (bomberos).

Siguiendo con el mismo procedimiento, se deberán realizar diversas reuniones de preparación para el personal involucrado con el fin de describir actividades y ubicaciones cruciales, según el plan de atención de desastres, para así poder determinar las inquietudes, necesidades específicas y actualizar conocimientos.

En última instancia antes de la etapa de ejecución del simulacro se tendrá que informar a los medios de comunicación, como así también a vecinos e instituciones aledañas con el objetivo de no generar pánico en la población y para remarcar la importancia de la participación de la comunidad en la prevención de desastres.

3. Etapa de ejecución

Llegado a esta instancia se debe llevar a la práctica todo lo detallado en el plan de emergencia. Además se deben seguir determinados aspectos, como la aplicación de lineamientos, mecanismos y normas. A su vez se deberán aplicar a los distintos objetivos del ensayo, como así también solucionar los problemas que surjan en la emergencia.

1er paso	Orden de inicio del ejercicio por el jefe del comité hospitalario
2do paso	Comunicación de la ocurrencia del hecho simulado por parte de la persona encargada, lo que activa el plan hospitalario, sea de evacuación o atención de víctimas en masa.
3er paso	Convocatoria por los medios previstos en el plan, del comité hospitalario personal de atención y apoyo involucrado y las demás instituciones participantes.
4to paso	Desarrollo del procedimiento de simulacro según el plan de acción
5to paso	Reunión de los evacuantes en las diversas áreas de seguridad.
6to paso	Orden de finalización del ejercicio por parte del jefe del comité hospitalario.
7mo paso	Vuelta de los participantes (los pacientes) a su zonas evacuadas. Finalización del operativo de seguridad. Convocatoria a los participantes a la reunión evacuatoria del simulacro.

4. Etapa evaluativa

Es el momento post simulacro, se da inmediatamente después de la ejecución. Aquí, se evalúa y se califica como se desarrolló el personal y como fue el desempeño de la institución a partir del plan que se ejecutó. Se realizará mediante la observación y el seguimiento de toda la fase de ejecución, y se anotará en un formato especial.

Este proceso deberá ser documentado con el fin de su utilización posterior en los ajustes necesarios de los planes de contingencia.

Debemos remarcar, diversas actividades al llevar a cabo esta actividad como son distintas reuniones entre los participantes, ya sean empleados, pacientes u observadores que

intervinieron en el simulacro. Dichos encuentros se realizan con el fin de debatir la respuesta esperada con la obtenida realmente, se determinara como fueron las acciones de los brigadistas y demás participantes. A su vez se deberá analizar los resultados del mismo y recoger opiniones o sugerencias que sirvan para mejorar el plan de emergencias y la organización de futuros simulacros.

Para concluir esta sección, podemos citar a Patricia A. O'Neill (2005), quien asegura que dados los efectos climáticos cambiantes, la necesidad de formular un plan de contingencia no debe ser aislada. "In an ideal situation, the hospital's response plan should be integrated with that of local EMS (Emergency Medical Services), law enforcement, and other regional health-care facilities" (Patricia A. O'Neill, 2005, p. 263) Por otro lado la consecución de acuerdos de ayuda mutua entre los distintos hospitales debe incluirse en los planes de contingencia. Durante una catástrofe, se pueden suscitar las más diversas necesidades. Los recursos que dispone un solo hospital son limitados, es por eso que poseer dichos acuerdos conllevará a una planeación más integrada, haciendo foco en la recuperación del estado normal con mayor rapidez y precisión.

La tarea de elaborar un plan que se adecue a los distintos escenarios que se pueden llegar a presentar no debe ser vista como una simple tarea rutinaria. Dicho plan no es una mera extensión de los servicios ofrecidos por un hospital. En él, radica la eficiencia con la que se responde frente a una catástrofe y, en última instancia, define la consecución de múltiples vidas humanas.

f) Evacuación de pacientes

"Traditionally, hospitals have been viewed as sources of medical treatment. However, as has been repeatedly proven, they are also vulnerable to disasters: the hospital becomes the patient" (Schultz et al, 2005, p. 331) Aquí entra en juego una decisión crítica que debe ser cuidadosamente tratada en el plan de contingencia: ¿La situación amerita una evacuación? ¿Ésta debe ser total, o, dada la magnitud del hecho, debe ser solo parcial?

Distintas razones pueden conllevar una evacuación, tanto internas como externas. Aquellas que se consideran externas incluyen las relacionadas con el clima, particularmente

inundaciones, terremotos, huracanes. Las internas, entre otras, tienen que ver con derrames de líquidos tóxicos, incendios, pérdida de energía o ventilación.

Cuando tratamos con una evacuación queda en evidencia que semejante tarea no puede realizarla únicamente el staff médico: La comunicación con dotaciones de bomberos y rescatistas, cuya experiencia está basada en esta especialidad es estrictamente necesaria. Aquí, debemos tener en cuenta con qué tipo de desastre nos enfrentamos ya que no todos ellos requieren el mismo tratamiento y, por sobre todo, algunos requieren mayores recursos en términos humanos que otros. Richard Zane et al (2010) claramente indica que la cantidad de gente empleada tiene una relación directa con el tipo de desastre. Es por eso que será muy útil estimar el ratio de gente necesaria para evitar que los mismos rescatistas se vean sobrepasados por la situación y se vuelvan víctimas del desastre.

Es de extrema importancia tener los materiales adecuados en caso de que la evacuación se dé a causa de una pérdida general de energía en el edificio. Además, la mayoría de los desastres naturales que se pueden suscitar como lo son las inundaciones y los incendios seguramente traigan aparejado cortocircuitos, lo que deja incomunicados los pisos superiores. Bajo este contexto los medios mecánicos y eléctricos como lo son los ascensores y los montacargas dejan de funcionar. Entonces, la cuestión a resolver sale a la luz rápidamente: ¿De qué manera los rescatistas transportan los pacientes de los niveles más altos? Uno de los métodos utilizados para evacuar pacientes que no pueden moverse por sus propios medios son los colchones que poseen cinturones para atar al paciente y manijas en sus extremos para facilitar el descenso por las escaleras. Otro mecanismo más primitivo para deslizar pacientes, es la utilización de mantas con nudos en sus extremos para no entorpecer el agarre. Este último medio es muy efectivo pero solo útil para trasladar pacientes en un mismo piso, brindando la imposibilidad de bajarlos por escaleras.

La literatura consultada coincide en que buscar métodos de evacuación innovadores que requieran gastos adicionales de recursos monetarios son descartados dado a que consumen mucho tiempo en su preparación. Kenneth Iserson (2012) afirma en que es necesario alcanzar los resultados con eficiencia y no depender de métodos elegantes y caros para hacer el trabajo. La evacuación de hospitales puede ser un proceso lento, que incluye mucha organización y gran cantidad de gente involucrada como grupos de rescatistas y bomberos.

Método mattress – sheet (colchón – manta)

Este método propuesto por Iserson puede ser utilizado improvisadamente en casi cualquier situación. Se presenta como más rápido, precisa de menos gente y no requiere personal especializado ni equipamiento específico. La desventaja que posee dicho método es cuando la evacuación se hace en sentido ascendente, siendo necesario el uso del techo del hospital como helipuerto. El mecanismo aquí mostrado sirve para cualquier tipo de paciente excluyendo aquellos que necesitan un tratamiento especial o sus dimensiones son extremadamente superiores a las promedio, dificultando el tráfico de pacientes. Durante un simulacro llevado en los pisos superiores en un hospital de Tucson, Arizona en 2008 este mecanismo fue utilizado probándose exitoso y respondiendo a la necesidad imperiosa de rapidez en su consecución para la evacuación de pacientes en los pisos superiores. Como resultado, solo se necesitó un minuto por piso para evacuar en forma fluida y constante todo el edificio, sin la presencia de gente con experiencia en rescates y evacuaciones. En contraste, durante un simulacro utilizando métodos tradicionales empleados por dotaciones



Cuadro 2.4: Kenneth Iserson, *Improvised medicine: Providing Care in Extreme Environments* (2012)

de bomberos se necesitó de 3.75 minutos por piso para realizar el trabajo.

El método incluye dos partes:

- Un equipo prepara a los pacientes para la evacuación envolviéndolos en las mantas, atando las puntas para formar un nudo con firme agarre. Si es necesario, se deben utilizar dos mantas, para brindar mayor soporte.
- Otro equipo despeja las escaleras para ser utilizadas como “toboganes” utilizando los colchones de los pacientes para su fácil deslice.

De esta manera, los pacientes pueden ser cargados a través de las escaleras. Una persona debe agarrar los nudos hechos en una punta de las mantas y otra en el extremo opuesto, brindándoles mayor control a la hora de deslizarlos por los improvisados “toboganes”

Las personas realizando este tipo de evacuación deben ser muy cuidadosas de dejar las escaleras libres para no interrumpir el flujo de pacientes que son llevados. Disponer de una persona en los distintos descansos de las escaleras puede solucionar este problema, además de brindar mayor comunicación con los improvisados rescatistas en el nivel inferior. Los colchones deben cubrir las escaleras en su totalidad, dejando un espacio reducido para poder caminar a través de su extensión.

Otro hecho importante que debe ser cuidadosamente tratado en el caso de una evacuación son los cuidados necesarios para transportar los distintos pacientes. Aquí se presenta una disparidad de opiniones en la bibliografía. ¿Quiénes deben ser evacuados primeros, los más enfermos o los más sanos?

- Al evacuar a las personas que se encuentran más graves primero se logra utilizar la mayoría del staff médico para que la salida del hospital se realice de una forma más rápida y segura, ya que estos pacientes son quienes necesitan mayores recursos.
- La ventaja que acarrea el segundo grupo radica en la posibilidad de desplazarse por sus propios medios. De esta manera es posible la evacuación de un gran número de pacientes en poco tiempo. Además, al no necesitar de tratamiento médico intensivo, establecen la posibilidad de utilización de recursos para aquellos pacientes con mayor necesidad.

La decisión no solo tiene que estar basada en la condición de los pacientes. Temas estructurales relacionados con los distintos lay-out de los hospitales pueden favorecer la evacuación de unos u otros. Es por eso que el estudio minucioso de las disposiciones de las distintas áreas que integran la unidad no debe, bajo ningún concepto, dejar ser librado al azar.

Sea el grupo que se defina para su prematura evacuación hay una cosa que los distintos textos consultados no difieren. La imperativa necesidad de analizar y clasificar grupos de pacientes asignándoles niveles de riesgo en base a su condición de salud. De esta manera se busca priorizar la rapidez en estados de emergencia. Richard Aghababian et al (1994) incluso afirma que el uso de colores o números a la hora de clasificación de áreas y pacientes se presenta como una forma eficaz y sencilla para facilitar los movimientos durante eventos extraordinarios.

g) Comunicación

El flujo de la comunicación en una situación de catástrofe está entre los puntos más críticos y sin duda puede llegar a ser un obstáculo que impida el correcto desarrollo del plan formulado. Es muy probable que en el desarrollo del evento extraordinario, las líneas de teléfono se vean colapsadas o incluso dejen de funcionar producto del desastre en sí. Es por eso que es imperativo poseer líneas de teléfono de respaldo exclusivas para este tipo de situaciones. También el uso de celulares, radios o walkie-talkie tiene que estar contemplado por el plan de contingencia propuesto.

h) Recuperación

Una vez sucedida la catástrofe, comienza una etapa clave. La recuperación y reconstrucción es conceptualizada y diseñada para que un hospital regrese a las condiciones de desarrollo normal, de las que gozaba antes de la ocurrencia del desastre. En cuanto tiempo el hospital volverá a operar con normalidad y cuál es el monto que se deberá abonar para incurrir los gastos que generaron las pérdidas ocasionadas por la catástrofe parecen ser las preguntas más importantes a responder a fin de poder delinear una estrategia adecuada. Antes que nada, el edificio debe ser inspeccionado para verificar su integridad y se deberá reportar sobre los daños estructurales que haya sufrido. Posteriormente, se debe realizar un relevo área por área anotando las pérdidas no estructurales como pueden ser los faltantes de materiales e insumos, maquinarias inutilizables y equipamiento médico. Listas de inventarios y un archivo fotográfico de las áreas pueden ser de gran utilidad para facilitar este trabajo. Una vez hecho este relevamiento y determinado todos los costos que se van a tener que afrontar para que la entidad sanitaria pueda volver a su normal funcionamiento, se deberá definir principios, objetivos y líneas de acción que delimiten como va a ser la puesta en marcha del plan de recuperación. Asimismo, es de vital importancia identificar de qué manera se va a financiar el plan de acción, ya sea a través de fuentes privadas como también públicas, como pueden ser organismos del Estado. Conseguido el financiamiento,

va a ser de vital importancia realizar informes periódicos del plan de acción evaluando los resultados del mismo de acuerdo a objetivos planteados previamente. Hay una premisa vital en esta etapa de recuperación y reconstrucción que dice que no hay que reconstruir las vulnerabilidades, es decir, se debe aprender de lo que se hizo mal anteriormente para no cometer los mismos errores y quedar expuestos nuevamente a la destrucción ante la ocurrencia de una catástrofe.

Como conclusión a esta etapa, es importante señalar una frase muy utilizada en el ámbito de la medicina que dice “más vale prevenir que curar”, ya que, tal como lo establece la ONU en su Campaña 2008-2009 Para la Reducción de Desastres: Hospitales Seguros Frente a los Desastres, la incorporación de medidas de mitigación en el diseño y en la construcción de un hospital nuevo representará menos del 4 por ciento de la inversión total inicial. Por lo tanto, estas inversiones iniciales no son nada comparativamente con los daños y pérdidas, materiales como humanas, que generan las catástrofes.

i) Triage: Aplicación y técnica

El método Triage es utilizado por los médicos en el proceso de toma de decisiones durante una eventual catástrofe. Su aplicación va desde la descripción inicial que una enfermera debe hacer durante una emergencia hasta la clasificación de víctimas durante un siniestro. Este método debe ser aprendido por los médicos y ejecutado con un criterio uniforme ya que es un ámbito de la toma de decisiones donde se debe saber que se está haciendo, porqué se lo está haciendo y que acciones se deben tomar para conseguir un resultado satisfactorio.

Este método tiene sus orígenes en el ejército Napoleónico, en el cual, el médico de campaña desarrolló un programa cuyo objetivo era clasificar a los soldados entre los que pueden volver al campo de batalla, aquellos que necesitan asistencia antes de volver al combate y aquellos que ya no podrán seguir en servicio. Dicho uso militar se probó altamente aplicable a situaciones con desastres civiles. En estos casos, el objetivo radica en buscar el bien superior para el mayor número de personas. Otro antecedente del moderno uso del Triage se encuentra hasta la década de 1970 en EEUU, donde la técnica denominada “Scoop-and-Run” dominaba la escena. Esta técnica simplista, solo consistía en transportar

al paciente hasta el centro médico más cercano, sin ningún tipo de criterio ni cuidado preventivo durante el traslado.

El proceso de Triage, dada su importancia por la severidad del tema que se trata, debe ser un proceso dinámico en el cual los parámetros aplicados para la clasificación de víctimas deben estar definidos de antemano. Estos criterios, son diferentes basándose en el objetivo médico que posean los ejecutantes del método. No se debe dejar de lado que para su correcta y ordenada aplicación, el proceso de Triage debe presentarse simple y fácil de aprender para el momento en que se lo necesite. De esta forma, se evitará el sesgo en la clasificación de víctimas (una víctima mal clasificado son recursos desperdiciados). Katharyn Kennedy y Lucille Gans (1996) coinciden en la siguiente afirmación: “for the tool to be useful it should be user independent, should yield useful results and should be consistently accurate”

En su aplicación, el método debe reunir una serie de criterios estrictamente necesarios para la correcta clasificación de los pacientes. Estos van desde una combinación de factores psicológicos como factores anatómicos, así también como la capacidad de tratamiento de los centros de salud a los cuales se va a derivar los pacientes. Durante una catástrofe, la situación se puede volver caótica y es ahí donde encontraremos el éxito de un método simple y bien aplicado.

En primer lugar, las víctimas son categorizadas en grupos para determinar su prioridad en la atención requerida y eventual transporte a un nuevo centro médico. Para dicha clasificación se han utilizado las más variadas formas como lo pueden ser los colores, los números o distintos símbolos, dividiendo a las víctimas desde aquellos con mayor prioridad (los que necesitan tratamiento médico inmediato) hasta las de menor (aquellos cuya atención puede esperar a que los pacientes más urgentes sean atendidos). La literatura trata también una clasificación para los denominados “DOA” (Death on Arrival) los cuales son rápidamente descartados con el objeto de no malgastar recursos en su atención.

Cualquiera sea el criterio aplicado para la utilización del Triage, este método no puede dejar de ser conocido por el personal del hospital, tanto como del que clasifica los pacientes así tampoco como el que los recibe.

Metodología:

Un aspecto fundamental en el desarrollo de cualquier investigación radica en la definición del paradigma predominante. Dicho paradigma, tal como lo asevera Khun (1970), se establece como “una matriz disciplinaria que abarca generalizaciones, supuestos, valores y creencias, y ejemplos compartidos de lo que constituye el interés de la disciplina”. De esta forma, el paradigma que implementaremos resultara de índole mixta, dado que reúne atributos tanto del paradigma cualitativo como del cuantitativo. La ventaja de tal definición se centra en la posibilidad de brindar percepciones o puntos de vista que de otra forma no lo lograría, corrigiendo los sesgos inevitables de cada método por separado.

Por otra parte, en lo relativo al tipo de investigación que llevaremos a cabo, observamos que en ella confluyen diversas alternativas. De esta forma, no debemos centrar el análisis en término de una sola clasificación, definiendo a la investigación como descriptiva-explicativa. El fundamento esencial que sintetiza la elección del tipo de investigación a emplear radica en que no solo se lleva a cabo una interpretación de lo que es, sino que también busca una explicación que justifique la ocurrencia de los fenómenos.

Tal como lo establece Best (1988), en términos descriptivos, nos centraremos en “interpretar lo que es”. En este sentido, el estudio estará directamente relacionado con las condiciones existentes, los procesos en marcha, y las tendencias que se desarrollan. Analizar y conocer en detalle la situación actual nos permite determinar la ascendencia que tuvo algún evento pasado particular del pasado en dicho resultado. Si trazamos un paralelismo con la afirmación anterior, observaremos que la catástrofe (la inundación del 2 de Abril del 2013) representa el evento que tuvo incidencia en la situación actual del hospital. Según la tipología de estudios descriptivos, el estudio de casos emerge como la opción que reúne la mayor cantidad de requisitos en relación directa con la investigación emprendida.

En simultáneo, respondiendo a las palabras de Sampieri (2000), la aplicación de estudios explicativos posibilita ir más allá de la simple descripción. De esta forma, se centra en explicar las causas que dieron origen al fenómeno en cuestión y bajo qué condiciones se da el mismo. Para ello, resulta vital analizar la correlación de distintas variables. Esto se pone de manifiesto en el análisis que emprenderemos de las acciones empleadas por el hospital ante la contingencia ocurrida (la inundación del 2 de Abril del 2013), con vistas a

comprenderlas, para luego poder aseverar si dicho plan de acción resulto adecuado (siendo conscientes del contexto en el que se situaban inmersos).

Finalmente, y luego de definir los aspectos más macro del trabajo de investigación que se llevara a cabo, definiremos los instrumentos que nos posibilitaran edificar el mismo:

- Entrevistas: a través de las mismas se obtiene información en forma directa del interlocutor, en una situación cara a cara. De esta forma, las entrevistas que se ejecutaron estuvieron orientadas fundamentalmente a profesionales que se hayan encontrado inmersos en una situación semejante. Siguiendo esta tendencia, el criterio de selección de los entrevistados se focalizo en el caso de análisis (inundación del hospital Español de la ciudad de La Plata) sobre el cual se edifica el estudio. En este sentido, los entrevistados fueron: Dr. Pedro Belloni (Director Médico de la institución), C.P.N. Daniel F. Reija (Gerente), Lic. Pablo Navajas (Subgerente), Sebastián Samprón (Jefe de Facturación e Internación), y el ex director de la institución quien fuera parte del comité de crisis (identidad reservada). En lo relativo a la justificación de la elección personal de cada uno, debemos establecer que:
 - Dr. Pedro Belloni (Director Médico de la institución): emerge como la máxima responsabilidad médica del hospital, con lo cual su relevancia dentro de la realidad de la institución es preponderante. Asimismo, el mismo se encontraba en el lugar el día de la catástrofe, desempeñando un rol vital en el manejo médico de la situación.
 - C.P.N. Daniel F. Reija (Gerente): se establece como la principal referencia en términos administrativos, en el día a día. Su perspectiva otorga un mayor nivel de detalle en lo relativo a la toma de decisiones durante y posteriormente a la catástrofe.
 - Lic. Pablo Navajas (Subgerente): aparece en escena como el principal apoyo a la figura del Gerente. Debemos destacar que asume las responsabilidades del mismo cuando este se encuentra fuera del país, cosa que sucedió el día que ocurrió la catástrofe.
 - Sebastián Samprón (Jefe de Facturación e Internación): su relevancia viene dada por el rol desempeñado durante la catástrofe. Su figura fue destacada y

reivindicada por el resto del personal que estuvo presente. Asimismo, su posición resulta muy importante en términos de la administración de los recursos generados.

- Ex director de la institución (identidad reservada): integrante crucial en el desarrollo del comité de crisis. Dicho comité se encargó de la toma de decisiones tanto operativas como estratégicas relacionadas con la recuperación del hospital.

A su vez, gracias a la predisposición de las principales figuras administrativas de la institución, hemos contado con la facilidad de acceder a los presupuestos confeccionados por el Comité de Crisis relativos a la reconstrucción del área afectada (subsuelo + maquinaria). Dichos documentos nos permitirán llevar a cabo un análisis minucioso de los flujos de dinero necesarios para poder volver a funcionar con las mismas comodidades que se disponían al momento de la catástrofe, e incluso de mayor calidad. Este análisis complementara la información recabada de los entrevistados.

- Focus Group: la elección del “Focus Group” como técnica de recolección de datos se justifica en términos de los diversos puntos de vista que se pueden abarcar, sin dejar afuera ningún tipo de opinión. De esta forma, los miembros elegidos para conformar el grupo en cuestión respondían a un único criterio o patrón: ser integrantes activos de la brigada de emergencias del hospital, los cuales ante la solicitud realizada accedieron sin ningún tipo de problema a llevar a cabo esta entrevista grupal. Los miembros de la Brigada que formaron parte fueron: Armando Parenza (Jefe de Emergencia), Juan Antonio Martín (miembro del Equipo de Instalaciones y Mantenimiento), Ezequiel Sotelo (miembro del Equipo de Vías Exteriores-Vigilancia), Ana Di Luca (personal de internación), Facundo Torres (miembro activo del Equipo de Primera Intervención). Siguiendo con los lineamientos generales de esta actividad, se reunió a todos integrantes en una misma habitación (comedor del hospital), y se les anunciaron los objetivos planteados. Una vez que se evacuaron todas las dudas existentes por parte de los participantes, uno de los mediadores suscita el diálogo, introduciendo algún tema específico. De esta forma, va dosificando los temas de interés, manteniendo siempre una posición neutral; debe abstenerse de opinar al respecto dado que de lo contrario se puede

correr el riesgo de sesgar los resultados de la actividad. Una vez que se concluye la sesión, habiéndose abordado todos los temas definidos como relevantes inicialmente, se procede a llevar a cabo el análisis de las reacciones, los argumentos y los comportamientos de los participantes.

Asimismo, gracias a la predisposición y disponibilidad de los miembros de la Brigada, hemos obtenido documentos relativos a la estructura y organización de dicho cuerpo, los cuales definen no solo las funciones básicas sino también los parámetros mínimos para formar parte de la misma.

- Testimonio de expertos: dada la imposibilidad de tener un contacto personal con determinadas eminencias en los ámbitos de relación al tema abordado, hemos definido la necesidad de llevar a cabo una recopilación de distintos testimonios brindados por tales personajes. La finalidad reside en abarcar diferentes puntos de vista altamente calificados y con sustento que posibiliten darle un salto de calidad y prestigio a la investigación emprendida. De esta forma, nos hemos focalizado en la figura de: Dr. Alberto Crescenti (titular del SAME).

Triangulación:



Cuadro 3.1: Triangulación

Cuadro de Metodología:

Variables	Dimensión	Índice	Instrumentos
Administración hospitalaria	Gestión	Tipo de Modelo de Gestión	Entrevistas a Gerente y Subgerente; Ex-Director de la Institución: Pregunta N°8
	Recursos Humanos	Grado de calificación del personal	Focus Group + Análisis de documentos de la Brigada
Hospitales en situación de desastres	Planificación	Tendencia a poseer plan de contingencia ante desastres	Entrevistas Pregunta N°1
		Utilización y eficiencia simulacros	Entrevistas Pregunta N°2
	Estructura y Tecnología	Nivel de pérdidas	Entrevistas Pregunta N°3 + Análisis del Presupuesto para la reconstrucción del Subsuelo
Administración durante el desastre	Toma de decisiones	Grado de centralización	Entrevistas Pregunta N°4 + Testimonio de Expertos
	Evacuación de pacientes	Grado de eficiencia	Entrevistas Pregunta N°6; Focus Group + Análisis de documentos de la Brigada; Testimonio de Expertos
		Porcentaje de pacientes evacuados	
Manejo de pacientes de alta complejidad			
Recuperación post desastre	Financiero y gestión presupuestaria	Porcentaje de facturación del hospital	Entrevistas Pregunta N°5
		Endeudamiento	Entrevistas Pregunta N°3 + Análisis del Presupuesto para la reconstrucción del Subsuelo
	Recuperación	Grado de recuperación	Entrevistas Pregunta N°7
		Productividad	
		Nivel de restructuración operativa	
Cambio Modelo de Gestión (rotación día-cama)	Entrevistas Gerente y Subgerente; Ex-Director de la Institución: Pregunta N°7 y 8		

Cuadro 3.2: Metodología

Trabajo de campo

Análisis de la entrevista con los gerentes del hospital

Una vez ocurrida la catástrofe, como lo indica Richard Aghababian, existen numerosos puntos a tratar para intentar minimizar el impacto del desastre. Si bien, se pueden tomar precauciones generales para los distintos tipos de catástrofe, la realidad indica que hay ciertas cuestiones extremadamente variables y características de cada situación hacia las cuales no se puede hacerle frente con solo contar con un plan de contingencia. Siguiendo la línea de este autor, podemos trazar una similitud con nuestro caso de estudio en cuanto a aspectos muy marcados como lo son:

- **Comunicación** → Durante la catástrofe ocurrida el 2 de abril, todas las líneas de teléfono quedaron inutilizables. Esto contribuyó a la ansiedad y confusión de la situación, ya que no se podía saber a ciencia exacta los pasos a seguir, y las autoridades que se encontraban en el lugar debieron organizar la situación en las primeras horas. Algo extremadamente rescatable de este hecho, así como lo esbozan Weigelt JA y Klein JS en el punto 2 E fue el doble puesto de mando llevado a cabo por el director médico del hospital, quien se encargó de las necesidades inmediatas de los pacientes y el jefe de guardia conjunto al vicepresidente de la institución, quienes tomaron las riendas de las decisiones administrativas.
- **Luz central** → El tablero eléctrico que abastecía a todo el hospital se encuentra en el subsuelo y quedó bajo agua, dejando sin luz a las instalaciones. Si bien se contaba con un grupo electrógeno capaz de brindar servicio de emergencia (de hecho posee el doble de la capacidad necesaria para todo el hospital), dicho generador estaba conectado al tablero central, de modo que lo que pudo haber sido una solución, terminó siendo un problema mayor. En este caso, creemos necesario el almacenamiento de luces de emergencia portátiles para su utilización al poco tiempo de ocurrido el siniestro, así también como el armado de una infraestructura lumínica de apoyo que sea independiente del tablero central.
- **Necesidad de agua y comida** → Dada la rareza de este hecho, jamás se previó el contar con agua de reserva así tampoco como con comida para atender a la gente que se encontraba en el hospital. Las necesidades inmediatas fueron evacuadas

con los últimos recursos que el hospital disponía. Esta fue una de las razones por las cuales se ordenó la evacuación total del edificio. Es así como se puede ver, la indiscutible necesidad de contar con una reserva de agua potable para situaciones de contingencia como la vivida.

Otra cosa interesante que es conveniente analizar es el tema de los roles que se definen antes, durante y posteriormente al hecho.

En el caso puntual de estudio, el hospital no contaba con un plan de contingencia especialmente diseñado para tratar inundaciones. Este hecho emana del sentido común: La ubicación del mismo, (casco urbano de la ciudad de La Plata) no está catalogada como zona de desastres de este tipo. Es lógico que, dados los recursos que conlleva elaborar un plan, no se lo haya previsto. De todas formas, el hospital cuenta con la presencia de una brigada anti incendios la cual está capacitada para actuar frente a estos hechos. Los conocimientos que se poseían fueron adaptados a la situación, consiguiendo buenos resultados en términos organizativos. Es así, como se deja entrever la necesidad imperiosa del plan de contingencia de la que se hace mención en el punto 2 C. En nuestro caso, la existencia de la brigada, así también como de procedimientos y procesos a seguir por sus integrantes, permitió al hospital responder de una forma más eficaz frente a la contingencia de la inundación. El plan realizado no era específico pero sí aplicativo.

En las primeras horas de ocurrida la inundación, y como ya fue comentado anteriormente, se utilizó el doble mando para llevar a cabo las decisiones tanto medicas como administrativas. En simultáneo, la brigada se ocupó de brindar apoyo a la gente que se acercaba al lugar en busca de refugio a la tormenta y de asegurar la integridad física de todas las personas en el edificio.

Uno de los puntos a marcar durante la realización de la entrevista, fue la constante importancia que se le dio al factor psicológico en las personas involucradas al hospital en las horas posteriores a la catástrofe. Tal como se indica en el capítulo 2 A, sentimientos de desamparo y desazón comenzaron a rondar la mente de los empleados del hospital. Preguntas como, ¿De qué manera se sale de esto? O ¿Volverá el hospital a ser operativo? reinaron en el ambiente por varios días.

Una vez pasada la tormenta, el miércoles 3 de abril se encontró plagado de desafíos. Con el subgerente ya restablecido, se tomó la primera decisión: Evacuar por completo el hospital, tarea que fue llevada a cabo por la brigada con una atenta participación medica

en cuanto al orden de evacuación. En cuanto a esto, se tomó el método Triage descrito en el punto 2 I, probándose extremadamente eficaz. Al cabo del día todo el hospital había sido evacuado.

Por otro lado, con el objetivo de reestablecer el servicio en el menor tiempo posible, la prioridad fue limpiar el subsuelo, lugar totalmente inundado por la catástrofe. Es aquí donde la falta del plan encontró las primeras fisuras en la organización: ¿Qué criterio tomar para llevar a cabo una limpieza eficaz? Es así como la incapacidad de encontrar un líder o referente que organice la situación produjo varios choques de voluntades por solapamientos de tareas. Esto es un claro ejemplo de lo expuesto en el punto 2 C el cual clarifica como la falta de organización lidera, insoslayablemente, a una atmosfera de caos que, en definitiva, no contribuye en nada al cumplimiento del objetivo. A su vez, la situación llevó a un cambio de tareas por parte del personal. En el caso de estudio se puede ver cómo, paradójicamente, es el jefe de facturación quien termina tomando la posesión del liderazgo para la organización de equipos de limpieza no por términos formales sino que por legitimación de los voluntarios. A modo de opinión, un plan de contingencia frente a inundaciones en hospitales debe considerar la disposición de escuadrillas de limpieza, equipadas con la vestimenta necesaria, dadas las áreas de alta complejidad que posee un hospital.

Una vez calmados los ánimos de la inundación como hecho en sí, comenzó la etapa más difícil de todas: La inminente recuperación. Comentado en el punto 2 H, el comité de crisis comenzó a determinar aspectos de pérdidas materiales así como de restablecimiento de servicio. Se realizó un intenso análisis de los daños que la catástrofe había ocasionado, dejando asentado, con material fotográfico, las primeras estimaciones de pérdidas. La pregunta que debía responder el comité ahora era como iba a conseguir fondos para lograr restablecer el servicio. Si bien el caso de estudio tiene tintes especiales por tratarse de una inundación que afectó a toda la zona aledaña al hospital, hubo un factor determinante que hizo que la institución pudiera conseguir el apoyo tanto de entidades públicas como privada de manera relativamente rápida. Y ese factor, que se aplica a todo tipo de organizaciones, es la relación que posee tanto con clientes como con proveedores. Este principio básico de la administración llevó a todas las partes involucradas a acudir a la ayuda del restablecimiento del hospital, dada su importancia en la cadena de valor del mismo.

Análisis de la entrevista con el ex-director de la institución y miembro del comité de crisis

Sin dudas que una catástrofe representa una situación que altera los patrones de vida, produciendo sentimientos de distinta índole, como el desamparo o el sufrimiento en las personas. Este tipo de acontecimientos ponen a prueba la capacidad de reacción que presentan los seres humanos, dado que implican situaciones donde la necesidad de intervención y asistencia es imperante.

De esta forma, las inundaciones no son la excepción a la regla. Debido a su carácter natural, constituyen amenazas que difícilmente puedan ser neutralizadas, pese a que en ciertos casos se puede llegar a controlar en forma parcial. Siguiendo las palabras del Ex-Director de la Institución, el escenario de la inundación no es uno de los que se suele preparar en el caso específico de análisis, desatando su consecución diversas fatalidades, las cuales se ven reflejadas en el punto 2.B: obstaculiza el desplazamiento, y genera un grave problema en la evacuación de los edificios porque el problema persiste por fuera de los mismos. Continuando con su relato, termina atentando con la operatividad de cualquier hospital ya que se puede llegar a prever la posibilidad de recepcionar un número de pacientes alto en caso de catástrofes regionales externas, pero no se suele preparar para una catástrofe interna. Estas palabras son claramente visibles en el punto 2.C.

Tal como lo establece el Ex-Director de la Institución, las personas que se encontraban en el interior del hospital emergieron como los primeros responsables en la toma de decisiones, las cuales, lideradas por el buen criterio del director médico, decidieron aguantar la situación las primeras 12 horas. De esta forma, se desata la etapa de Respuesta ante los desastres comentada en el apartado 2.D. El límite de esta primera decisión estaba dado por el agotamiento de los recursos que se disponían. Asimismo, se debía aguantar a que el nivel del agua bajara para proceder a la evacuación de los pacientes de mayor gravedad que se encontraban en el hospital. En este sentido, se procedió a clasificar los pacientes con anterioridad a dicho proceso de evacuación con la finalidad de optimizar los tiempos y definir un plan de acción inmediato. Esta decisión es tomada por el órgano ad-hoc creado para conducir toda la operatoria dentro del hospital como es el Comité de Crisis. De esta forma, se verticaliza la conducción, se profundiza la cadena de mando. Inmersos todavía en la etapa de respuesta (2.D.), se toman diversas decisiones pasadas las 12 primeras horas, cuando la situación se

normalizaba: se entabla un contrato con una empresa que dispone de ambulancias para el transporte relativo a la evacuación de los pacientes, se organiza un programa de control domiciliario de médicos de la guardia para los pacientes ambulatorios, se solicita apoyo a otras instituciones sanitarias para la correspondiente derivación de los pacientes. Una vez dadas estas condiciones se procede a la evacuación. Tal como se hizo mención anteriormente, se aplica el método Triage (apartado 2.I.). El criterio aplicado en dicho método para la clasificación de los pacientes estuvo dado por el grado de complejidad o riesgo de los mismos. Así, se ponen de relevancia las palabras de K.Kennedy y L.Gans (1996), estableciendo que dicho proceso debe resultar simple y fácil de aprender, siguiendo el criterio que mejor considere el médico a cargo. Todo este proceso conlleva diversos procesos legales, debiendo solicitar autorización a las autoridades ministeriales, previo consentimiento de las instituciones sanitarias donde se derivaran los pacientes. Se pone de manifiesto la necesidad de armar una estructura de soporte administrativo y jurídico, que cumpla con la legislación vigente, sobre todo con el Art. 106 del Código Penal (establecido en el apartado 1.H. del Marco).

Una vez que se logra evacuar el último paciente y se normaliza la situación, se entra instantáneamente en la etapa de Recuperación post-desastre (2.D.). Dicha etapa constara específicamente de dos momentos: la evaluación de daños y la posterior planificación estratégica para salir adelante.

Para dicha evaluación de daños, el Comité de Emergencia se reparte funciones entre los grupos que lo conforman. Todo se centraliza en su figura y se arma una estructura administrativa que va dando órdenes de lo que se tiene que hacer amparados en el conocimiento y la experiencia que ostentan sus integrantes. Inmersos en este contexto, se toman diversas decisiones relacionadas: se consiguen diversas bombas industriales para sacar el agua del subsuelo que estaba inundado (se hace en tiempo record), una vez que se fue el agua se solicita asesoramiento a la convención de energía atómica (por la maquinaria que se disponía en el lugar), para luego si poder bajar y registrar el daño. Aquí entra en juego el concepto de valor de rezago, es decir, determinar si la tecnología conserve su valor, pero fue en vano, con lo cual resultado nulo.

En lo referido a la planificación estratégica, se disponen de diversas alternativas pero termina primando aquella que parecía más utópica. La misma se sustenta en: continuar funcionando, conservando las fuentes de trabajo; se demuestra que la Institución se encuentra “golpeada pero de pie”; se basa en una modificación del paradigma sobre el cual se edifica el modelo de gestión. Para todo ello, era necesario demostrar diversas

cosas. Todo esto implicó una amplia y diversa reingeniería en los procesos hospitalarios. De esta forma, se reivindican los preceptos definidos por Waltson y Kimberly (1997) relacionados con los procesos hospitalarios (I.B.).

En una primera etapa, se debieron reducir las camas al 50 % de la capacidad, dado que se precisaba de una reestructuración relacionada con la pérdida del subsuelo (muchos de esos lugares se reubicaron cerca de la escalera para facilitar las tareas de los servicios ambulatorios). Por esta razón, y con la finalidad de poder llevar a cabo la alternativa definida anteriormente, se debieron asegurar los soportes más básicos del primer nivel de la tecnología (el laboratorio, hematología, y bacteriología). Entre las medidas adoptadas, debemos destacar que la guardia se orienta hacia adentro solamente.

Luego de este reacomodamiento inicial que posibilita lograr una operatividad mínima, las tareas se orientaron hacia la consecución de toda la reingeniería de producción, financiera, y arquitectónica (tecnológica) de la configuración hospitalaria:

- Reingeniería de producción: el modelo de gestión se sustenta sobre el factor quirúrgico, desplazando el concepto clínico que caracterizaba a la institución. De esta forma, se toma la decisión que cirugía produzca la curva de ingresos que sostenga los costos fijos invariables. En la curva de producción de este sector, solo el 50% produce el 80% de los ingresos, con lo cual se decide comenzar a operar. Al tomar este nuevo perfil, se logra aumentar el giro día-cama. De esta forma, la rotación aumenta elevando la curva de ingreso. Asimismo, la rentabilidad se logra optimizando los costos fijos y variables. La rentabilidad con mayor giro día-cama es más directa, mientras que la generada por el perfil clínico se pierde y hay que subsidiarla. Actualmente, la curva de producción se encuentra en un 80% de la facturación del año anterior con el 50% de la capacidad de internación.
- Reingeniería financiera: simultáneamente a la decisión de empezar la curva productiva, se deciden utilizar los restos financieros que disponía el hospital para pagar los salarios hasta lograr un punto de equilibrio a los 6 meses, entre la curva de costos fijos y variables con la curva de ingresos de producción. Así, se deja sin pérdida financiera durante este periodo de recuperación. Una vez que se logre dicho equilibrio financiero, está previsto aumentar la producción para que dicha curva pague, en el momento del aumento, los costos de la inversión realizada. Por otra parte, también se destaca el aporte realizado por diversos organismos públicos en concepto de subsidios.

- Reingeniería tecnológica: se establece la idea de aprovechar la crisis para salir mejor posicionado. Esto se traduce en una inversión de riesgo total con una variación financiera del pago de esa deuda con los ingresos, una variación mensual de cómo van los ingresos, y por último, también debemos decir que la tecnología que entra debe ser igual o mejor que la que se tenía.

Todos estos procesos conducen a la consecución de una meritocracia, es decir, una burocracia profesional muy fuerte, tal como lo asevera Mintzberg en el apartado 1.A. del Marco. Esto posibilita la creación de servicios, contando con una cúpula de conducción más profesionalizada, con más asesores laterales y mayores niveles de producción en el medio. En el caso específico del Hospital Español, se tradujo en la conformación de diversos departamentos especiales, y se comienza a trabajar sobre lo que es soporte. De esta forma, se evita una planificación lineal y se orienta a una planificación de índole más indicativa. Esto implica una “reacción espejo que va a empujar al resto de las áreas”, partiendo siempre de la esencia del nuevo modelo de gestión basado en el aspecto netamente quirúrgico.

A modo de resumen, la institución se encuentra en la etapa más difícil de la crisis que es aquella donde se debe acentuar el modelo de gestión. La dificultad reside en que en el ambiente, sobre todo en el personal, reina una sensación de que la crisis ya pasó, perdiendo el temor y distendiéndose hacia adentro. Asimismo, la plantilla desea cobrar más con lo cual suben los costos fijos, potenciado por una inflación mayor, con problemas de tipo de cambio para los insumos y costos variables que están muy dolarizados. Este escenario precisa de una conducción más verticalizada en lo referido a la toma de decisiones. Se precisa de más liderazgo y mayor motivación. La comunicación representa un factor clave. Se pasa de una planificación de crisis a una planificación de cambio.

El principal cuestionamiento reside en la decisión de volver a poner la tecnología en el subsuelo, donde fuera objeto de la catástrofe. Sin embargo, resultaba inviable rever tal decisión desde el punto de la planificación. De esta forma, se tomaron todos los recaudos necesarios: el costo de oportunidad es mínimo, se colocaron 6 bombas industriales que actúan en forma instantánea ante el ingreso de agua, se produjo un sellado nuevo para que las estructuras no cedieran. Este proceso se denomina “reconversión arquitectónica”.

En lo relativo al plan de contingencias, el Ex-Director de la Institución (miembro del Comité de Crisis) asevera que, tal como se establece en el apartado 2.E, su formulación no asegura la eficiencia del mismo. Asimismo, el plan desarrollado por el Hospital se encontraba orientado hacia incendios pero resulto adaptable a la situación vivida. A pesar de ello, se prevén revisiones con la finalidad de actualizarlo a las circunstancias reales.

Por último, debemos destacar dos aspectos importantes para la rápida recuperación: el recurso humano y la comunicación empleada. Respecto al primero de ellos, los médicos de guardia tuvieron una alta calificación en atención de Emergentología y en la resolución de la clasificación de los pacientes. De esta forma, se ponen de manifiesto la clara tendencia actual a la prestación de servicios de calidad orientados al usuario, junto con la autogestión en el desempeño dentro del hospital, todo ello afirmado en el apartado 1.F. En lo que respecta a la comunicación, se concentra en una única persona, el de mayor jerarquía, con la sola finalidad de evitar los potenciales desvíos de la información. Esto resulta visible en el punto 1.G del Marco.

Análisis de la entrevista con el Dr. Pedro O. Belloni (Director Médico Hospital Español)

En primer lugar, la catástrofe afectó de manera determinante el normal funcionamiento del hospital. Una fuerte corriente de agua irrumpió en el subsuelo donde estaban los tableros eléctricos que proveían de energía a todo el hospital además de todas las maquinarias de alta complejidad. Todo esto quedó inmediatamente en desuso y el hospital quedó sin fuentes de energía. Aunque el hospital contaba con grupos electrógenos para utilizar en situaciones de emergencia, éstos estaban preparados para darle energía al tablero principal. En consecuencia, como el tablero quedó totalmente destruido, los grupos electrógenos eran inútiles en esa situación.

Por otra parte, Belloni resalta la relevancia que tuvo en lo sucedido el hecho de que se haya inundado la zona aledaña al hospital. Esto resultó haber sido un agravante muy importante ya que imposibilitó la entrada y salida de personas, profesionales y ambulancias al hospital. Este hecho debe ser tenido en cuenta a la hora de la formulación de un plan de contingencia, ya que no sólo se debe estar preparado para que la inundación cause la menor cantidad de daños posibles y preservar la salud de pacientes y trabajadores, sino también para la posterior evacuación de pacientes que será necesaria si el hospital queda inhabilitado para su funcionamiento debido a la catástrofe. De esta manera, el doctor Pedro Belloni hace referencia al sistema médico de Venezia, Italia, en el cual una forma común de trasladar pacientes a través de los canales es utilizar las lanchas sanitarias. Como conclusión de esta comparación, obtenemos que, según él, si bien el hospital no cuenta con un plan de contingencia frente a inundaciones, por más que si lo hubiese tenido, la única forma de evacuar pacientes en el momento del desastre hubiera sido a través de lanchas sanitarias o helicópteros, cosa con la que no se cuenta en los hospitales argentinos. Sin embargo, el director explica que es de vital importancia el diseño y la implementación de un plan de contingencia frente a este tipo de catástrofes debido a que, citando al director de la OPS en una charla que tuvo con Belloni luego de la inundación, “el cambio climático está, y esto va a volver a pasar, sobre todo a hospitales que están cerca del río, como el Hospital Español de La Plata”.

En concordancia con lo establecido en el marco teórico punto 2.i según los autores Katharyn Kennedy y Lucille Gans (1996), Belloni explica que el sistema de evacuación de pacientes fue el Triage, el cual consiste en una clasificación según la gravedad de los

mismos, utilizando colores (código rojo, amarillo o verde) para establecer la prioridad de evacuación, comenzando por los pacientes de neonatología, luego los pacientes de terapia y cardiología y por último los internados.

Para la etapa de recuperación, lo primero que se hizo fue hacer un relevo de los daños que sufrió el hospital, tanto estructurales como en maquinaria, y luego se hizo un plan de reestructuración operativa y funcional planteando objetivos tanto el corto como en el largo plazo, tal como se establece en el punto 2.h del marco teórico. Estos objetivos se fueron controlando a medida que transcurrió el tiempo y se pudo observar que, gracias a la reestructuración, el hospital hoy en día trabaja a un 60% de operatividad en comparación con la situación antes de la inundación pero pudo alcanzar el 80% de la productividad que se tenía en dicho periodo. Finalmente, según Belloni y alineándolo a lo establecido en el punto 1.f del marco teórico, el factor clave que hizo que la recuperación sea rápida y efectiva fueron los médicos del hospital (recursos humanos) y la relación que éstos crean con sus pacientes en su trabajo diario. Esta relación médico-paciente, que es el motor productivo del hospital, es tan estrecha en esta institución que generó una confianza muy fuerte en los pacientes que los hizo volver a atenderse en el hospital rápidamente, sin importar lo que había pasado.

Análisis de la entrevista con el Jefe de facturación

A partir de lo investigado en el marco teórico acerca de los diferentes temas relevantes en cuanto a instituciones que se enfrentan a diversas situaciones de catástrofes vemos como en nuestro caso de acuerdo a lo comentado por Sebastián Sampron, jefe de facturación y de internación del hospital tomó decisiones críticas como que los empleados dejen sus funciones normales para abocarse en todo su esfuerzo a la recuperación de la institución. Aquí se puede observar que el hospital de acuerdo a lo expuesto en el marco teórico, punto 2.E, es necesario llevar a cabo una planeación ante la ocurrencia de algún desastre natural. Por otro lado, en ningún momento se tomaron medidas tales como establece Paul V. Rithcher que ante una situación de estas características se deberá encomendar a un comité de emergencia. En el caso del hospital no se poseía con un plan de contingencia propiamente dicho ante inundaciones, sumado a la poca experiencia que tenían los empleados debido a que poseían solamente un plan de emergencia frente a incendios, se logró organizar grupos que pudieron ir resolviendo las distintas problemáticas que se le presentaban en el momento. Esto de alguna manera causó que los empleados tengan que enfrentar situaciones en la que no estaban preparados, teniendo que realizar todas las actividades mediante ensayo y error.

Evacuación de los pacientes

De acuerdo a lo expuesto en el marco teórico en el punto 2.F se observa que el hospital ha llevado a cabo una satisfactoria evacuación de los pacientes. Esto se condice con las diferentes técnicas esbozadas en base a los parámetros utilizados en todas las instituciones a nivel mundial. El método utilizado por el hospital y cargo de Sebastián fue desarrollado en lapso de un día primeramente trasladando a los pacientes de neonatología y posteriormente a los adultos utilizando la técnica Triage tal como se establece en el marco teórico en el capítulo 2.I, dándole prioridad a los más graves, definiendo como parámetros 3 colores según la gravedad del paciente. Esto permitió que pasado un día de la tormenta el hospital se encuentre evacuado por completo.

Otro factor determinante que se observa en el análisis, es lo referido a la recuperación del hospital (ver marco teórico capítulo 2h). Mediante el trabajo de médicos, enfermeros, gerentes, y todo el personal del hospital lograron poder poner en marcha el funcionamiento de los consultorios externos el 22 de abril, logrando de esta manera demostrar a la ciudad y sus empleados que la institución iba a salir adelante. También no debemos dejar de mencionar que se denota claramente un factor emocional tal como

se aprecia en el marco teórico, capítulo 2A ante algunas sensaciones que se veían por parte de empleados, la preocupación del qué va a pasar, si se quedarían sin trabajo y demás cuestiones que fomentaban un ambiente de angustia y congoja. Por eso, se ve muy positiva la decisión rápida que tomaron los directivos de reabrir parte de las actividades del hospital para demostrar que estaban de pie y que tenían futuro.

Se puede apreciar que una vez pasado lo peor, se observa un claro optimismo en los integrantes del hospital debido a que a partir de la tragedia surgen nuevas oportunidades como cambios en la infraestructura, equipos totalmente renovados, una reingeniería también en lo que respecta al layout del mismo que permitirá agilizar tiempos, tanto al personal como a los pacientes. Todas estas modificaciones no se podrían haber realizado por problemas de tiempo y espacio, por eso ante esta tragedia surgieron muchas oportunidades para mejorar.

Ante esta situación vemos la necesidad de que toda la institución presente un plan de contingencia no solo ante incendios sino también frente a inundaciones a pesar de la poca periodicidad de las mismas.

Por otro lado, se deberá realizar simulacros ante las posibles ocurrencias de nuevas catástrofes, y será necesario a partir de la falta de experiencia del personal ante este tipo de hechos, diagramar cursos de capacitación y entrenamiento ante la posibilidad de que surjan nuevas catástrofes.

Análisis del Presupuesto del Subsuelo

A partir de la información provista por el presupuesto en cuestión, obtenemos un detalle preciso relacionado con los distintos componentes necesarios para llevar a cabo la total reconstrucción del subsuelo. Como sabemos, el subsuelo se constituye como la principal área afectada por la inundación ocurrida el 2 de Abril del presente año, en la ciudad de La Plata.

Debemos destacar la salvedad que el presupuesto en cuestión se limita solo a las condiciones estructurales del subsuelo, dejando de lado la tecnología que se ubicará en el mismo. De esta forma, el documento arroja que la Sub-Estación eléctrica se presenta como el gasto más oneroso, alcanzando un 14,2173 % del valor total del presupuesto. Debemos destacar que el monto final de la presupuestación correspondiente oscila los 11 millones de pesos.

La relevancia de la Sub-Estación excede el valor que representa sobre el total, dado que resulta una necesidad básica en el funcionamiento de cualquier institución sanitaria. De esta forma, las acciones a realizar en dicho aspecto se encuentran orientadas a evitar “tropezar dos veces con la misma piedra”. Esta afirmación se sustenta en la previsión y división del Tablero Eléctrico teniendo en cuenta la posibilidad de que uno falle.

Análisis del Presupuesto del Equipamiento

El listado detallado en el presupuesto permite conocer con minuciosidad los artefactos que se vieron afectados por la catástrofe sufrida por la ciudad de La Plata del 2 de Abril. Este análisis pone de relevancia que el valor de rezago de los equipos hallados en el subsuelo del Hospital Español fue nulo.

La tecnología mencionada resulta de primera necesidad para una institución de la magnitud del Hospital Español, el cual cuenta con elevado prestigio a nivel regional. Entre la maquinaria incluida en el listado desarrollado por el hospital, el Equipo de Hemodinamia emerge como el de mayor relevancia no solo en términos económicos sino también en relación a la utilidad misma. (Hemodinamia es el estudio de la dinámica de la sangre en el interior de las estructuras sanguíneas)

Asimismo, la figura del Resonador se presenta como un artefacto de primera necesidad dado las características que definen la orientación del hospital. Su valor oscila los 368 mil pesos.

Todos estos montos determinados precisan de la definición de un plan de financiación para poder llevar a cabo tales erogaciones. Cabe resaltar que la determinación de las

prioridades para el abastecimiento de los equipos es organizada por los médicos profesionales que componen el Comité de crisis.

	Gerente (Daniel Reija); Subgerente (Pablo Navaja)	Director Médico (Pedro Belloni)	Jefe de Facturación (Sebastián Sampron)	Ex director del hospital (Identidad reservada)
Pregunta 1 El hospital, ¿cuenta con un plan de contingencia?	Posee un plan de contingencias ante incendios el cual no estaba previsto para inundaciones.	El hospital cuenta un plan de contingencias frente a incendios. Funcionarios de la OPS visitaron el hospital remarcando la necesidad de contar con un plan de emergencia frente a este tipo de catastrofe dado el inminente cambio climático. Este plan debe hacerse en comunicación con las autoridades municipales y provinciales.	El hospital no cuenta específicamente con un plan de contingencia frente a inundaciones. Solo fue previsto ante la ocurrencia de incendios. La poca experiencia que teníamos era un curso de Seguridad e Higiene.	Al ser un hospital de alta complejidad se prepara ante posibles incendios. También se prepara ante la posibilidad que ocurra una catastrofe por fuera como un choque de trenes. No estábamos preparados para una inundación.
Pregunta 2 ¿Se realizan los simulacros correspondientes?	Realizamos simulacros ante incendios, pero se dificulta que el personal este presente por completo. No se puede hacer mucho ruido por los pacientes. Lo realizamos cada 6 meses.	Llevamos a cabo simulacros en caso de incendios. Al ser un hospital nos vemos imposibilitados de realizarlos con gran frecuencia.	Los simulacros los realizamos cada 6 meses. Igualmente no se compara con lo que paso en la inundación.	Nosotros hacíamos bastante que no probábamos el simulacro de evacuación del hospital, sin embargo respondí como si lo hubiéramos entrenado cada 6 meses.
Pregunta 3 ¿Cuáles fueron las implicancias económicas?	Subsuelo totalmente inundado. Allí se encontraba el tablero central y servicios que quedaron inutilizados. Hospital inutilizado sin facturar por falta de condiciones básicas.	El hospital dejó de funcionar por una semana por lo tanto su facturación afectada en su totalidad. Subsuelo completamente anegado e inutilizable.	Los tableros eléctricos generales quedaron totalmente inutilizables debido a que se encontraban en el subsuelo. Al encontrarse sin luz, no se podía facturar y había que pagar los sueldos de los empleados.	El hospital completamente operativo en sus pisos superiores. Vulnerado el subsuelo, toda la tecnología pesada destruida e inutilizable. Los tableros de control inundados (luz, gas, oxígeno). La facturación se vio reducida a 0.
Pregunta 4 ¿De que manera la inundación afectó el normal funcionamiento del hospital?	El hospital estuvo paralizado por completo durante 6 días. Evacuación total de pacientes. Cambio de roles al no poder cumplir con sus tareas normales. Guardia del hospital totalmente cerrado.	Zona aledaña al hospital inundada, impidiendo la entrada y salidas del establecimiento. Hubo una reestructuración en el funcionamiento dada la reducción de la capacidad. Se limitó el tipo de patología que se atendía con el objetivo de lograr una mayor rotación.	Al encontrarse el subsuelo inundado hubo que trasladar áreas como laboratorio, hemoterapia a los pisos superiores, resignando capacidad disponible. Empleados del subsuelo fueron trasladados a otras áreas.	Se formó un gabinete de crisis para la toma de decisiones. Se produjeron daños en lo económico, en lo tecnológico, en lo material y en las escuelas que pueda dejar al personal. La productividad nula. Reubicación de las áreas más dañadas. Se realizó una reingeniería de producción, ubicación y arquitectónica. Se redujeron las camas al 50%.
Pregunta 5 ¿Han alcanzado el nivel de facturación promedio del hospital?	Debido a que el subsuelo sigue en obra, todavía no hemos alcanzado el nivel de facturación habitual. Según nuestras estimaciones el hospital se volverá 100% operativo para fin de año.	Muy cerca del 100% vuelta progresiva. Se espera que para principios de diciembre vuelva a niveles normales.	En la actualidad no hemos alcanzado el nivel de actividad previa a la catástrofe. Hoy donde internábamos pacientes, tenemos oficinas administrativas. Tenemos previsto que en 1 mes y medio cuando se reingrese el subsuelo, con la capacidad completa llegaremos a facturar el 100%.	Aumentamos la rotación, de esta manera se incrementó la curva de ingresos. Estamos desde la inundación a ahora con el 80% de la facturación del año anterior con el 50% de la capacidad de internación. En un mes con la reapertura del subsuelo se estima alcanzar el 100%.
Pregunta 6 ¿Cómo se desarrolló la evacuación de los pacientes?	Fue dirigida por la brigada de incendios. Pablo (subgerente) solo ayudó en lo que fue indicado. Daniel (gerente) se encontraba de viaje.	Se utilizó la metodología triage clasificando a los pacientes según su gravedad por colores. Se evacuó primero a los pacientes que presentaban mayor gravedad. Se utilizaron las escaleras de emergencia (prevista para incendios) para la evacuación de los pisos superiores.	La evacuación de los pacientes al no tener luz se hizo por las escaleras de emergencia situadas fuera del hospital. Se utilizó el método triage para la misma, los médicos lo iban diagramando. Primero se trasladó a pacientes de terapia, coronarias.	Se clasificó a los pacientes en tres grupos según su gravedad. En primer lugar se evacuaron los chicos de neonatología y posteriormente los adultos. Se adecua el plan de evacuación ante incendios a una inundación. Dificultad para conseguir transporte y camas en otros hospitales debido al colapso de la ciudad.
Pregunta 7 ¿Cómo fue la recuperación del hospital?	Plazos difíciles de estimar dadas las características de la catástrofe. Se lograron fondos mediante subsidios a nivel nacional y provincial. En el ámbito privado, GE contribuyó con la reposición de equipos sin estipular plazos de pago. Apoyo por parte de las cooperativas de trabajo.	La recuperación fue paulatina y progresiva, en primer lugar se organizó la limpieza. Luego se dispuso a reparar los tableros eléctricos con el trabajo de las cooperativas. En la primera semana se reabrieron los consultorios externos y a las tres semanas se comenzó con cirugías de baja complejidad. Se reestructuró internación para mantener la calidad con menor número de camas.	La recuperación fue muy costosa. Igualmente ante el desastre surgieron nuevas oportunidades. Se reorganizó y reubicaron distintas áreas del hospital. El papel de los directivos fue determinante para llevar a la institución mediante la obtención de fondos privado y estatales.	Se dio en tiempo record. Se plantearon varias hipótesis acerca del futuro del hospital. Tres etapas para la recuperación. 1ra Evacuación de pacientes; 2da Evaluación de los daños; Reingeniería del hospital. Contactamos proveedores de tecnología que puedan colaborar. Las cooperativas llevaron a cabo la limpieza. Hoy en día ubicamos tableros de control fuera del subsuelo.
Pregunta 8 ¿En que se vio modificado el modelo de gestión de la institución?	Se revisó el plan estratégico para hacer las adecuaciones y reprogramar las actividades. Contar con un PE permitió conocer las restricciones y hacer las adecuaciones a tiempo para poder brindar un servicio de calidad.	No aplica	No aplica	Se plantea modificar el modelo. Se lo dinamiza hacia un modelo más moderno, con una cúpula de conducción más profesionalizada. Mayores niveles de producción. Se arman nuevos departamentos especiales: clínicas; quirúrgico; apoyo y logística; emergentología.
¿De que manera influyó el factor psicológico? (Dentro de la 4)	Había un sentimiento de desamparo general, tanto de la comunidad como de los empleados ante la imposibilidad del reestablecimiento del servicio. El objetivo durante los primeros días fue generar actividad para intentar "ocupar la mente de las personas involucradas".	Fue vital dado el vínculo de las personas para con el hospital. Esta relación contribuyó a la rápida recuperación de la institución.	Tanto el personal del hospital como vecinos de la ciudad dudaban si el mismo podía seguir funcionando. Para lograr una motivación en el personal se decidió reabrir a la semana consultorios externos. El día de la reapertura de la internación, nos cambió el ánimo a todos. El clima dentro del hospital era esperanzador.	Los médicos de guardia tuvieron una alta calificación en atención de emergentología y en la resolución de la clasificación de los pacientes. A su vez, era el recurso humano más joven.

Cuadro 3.3: Comparación de las respuestas de los entrevistados

Análisis del Focus Group con la Brigada de Emergencias

Tal como lo establece Richard Aghababian *et al* (1994), todo desastre interno emerge como “un incidente que interrumpe la rutina de servicios diaria dentro de un establecimiento médico”. De esta forma, la necesidad de contar con un plan de contingencia se define como una prioridad para las instituciones médicas, dado que cualquier interrupción en su servicio puede poner en riesgo tanto la vida como el empleo de muchas personas. Pero esta cuestión, no debía ser llevada a cabo por algún departamento en particular sino más bien que, tal como lo sostuvo Paul V. Ritcher (1997), semejante responsabilidad debería ser encomendada a un comité de seguridad que incluya representantes de todas las áreas del hospital. Este comité orientado a la organización de emergencias, en el caso específico del Hospital Español de la ciudad de La Plata que hemos estado analizando, se terminara materializando en la constitución de la Brigada de Emergencias. Dicha Brigada, al igual que lo aseveran sus miembros, se encuentra constituida por personal de todas las áreas y pisos, divididos en dos turnos. Tal como lo establece el documento institucional redactado en relación a la estructuración de dicha Brigada, los miembros son seleccionados en función de una serie de criterios o parámetros: aptitud física, aptitud psíquica y demás condiciones complementarias. De esta forma, cada brigadista elegido para formar parte de este cuerpo complejo desempeñara una función bien definida:

- Jefe de Emergencia: emerge como la figura del máximo responsable del centro de trabajo. Resulta de vital importancia que sea una persona habitual en el hospital y que disponga de un sustituto. Entre las atribuciones que posee debemos destacar: la definición de acciones a tomar, incluyendo la evacuación; debe velar por el mantenimiento de las instalaciones; se encarga de la coordinación con los servicios de ayuda externa; le transferirá la responsabilidad a la Policía en cuanto arribe al lugar. Armando Parenza (jefe de personal) es quien encarna este personaje durante el turno mañana.
- Jefe de Ataque o Intervención: encarna a aquel acude al lugar del siniestro y dirige la actuación; actúa como asesor del Jefe de Emergencia e incluso puede llegar a sustituirlo. Entre las funciones debemos mencionar: la gestión de las necesidades de personal y materia a su cargo; la coordinación de las acciones durante la emergencia del equipo; se encarga de velar por el mantenimiento de la zona determinada.

- Equipo de Primera Intervención o Ataque: se establecen como quienes controlan el siniestro en una primera etapa. Depende del Jefe de Zona, contando entre sus responsabilidades: el conocimiento de los riesgos asociados y la dotación de medios para actuar; debe indicar las anomalías detectadas; debe estar alerta ante la presencia de nuevos focos de emergencia; a su vez, ante un caso de evacuación, debe despejar las vías necesarias.
- Equipo de Segunda Intervención o Ataque: atacan el siniestro en un estado avanzado. Las funciones específicas que le competen incluye la actuación ante la ineficiencia del Equipo de Primera Intervención y el apoyo a los servicios de ayuda exterior. De esta forma, únicamente se corresponderá a su conformación cuando la emergencia adquiera una magnitud desmedida que demande el involucramiento de un equipo profesional.
- Equipo de Evacuación o Salvamento: revisa la zona a evacuar. Entre sus acciones exclusivas encontramos: ordenar la evacuación por las vías establecidas y revisar la zona asignada, asegurando la evacuación total, informando siempre al Jefe de Zona.
- Equipo de Primeros Auxilios: administra una mínima atención sanitaria. Necesariamente estará conformado por personal que cuente con conocimientos de primeros auxilios y socorrismo. Sus funciones son: conocer los riesgos inherentes a la emergencia, controlar el traslado de los heridos, estar familiarizado con las vías de evacuación, brindar primeros auxilios, llevar a cabo los registros de los trasladados.
- Equipo de Instalaciones y Mantenimiento: desconecta las instalaciones generales del edificio.
- Equipo de Vías Exteriores o Vigilancia: orienta a los evacuantes en el exterior y tiene contacto con los organismos de emergencias.

Siguiendo el protocolo definido, la cadena de mando se mantuvo. Sin embargo, en tales situaciones de desastre emergen determinados personajes, ya sea por su impronta o por su personalidad. Este ha sido el caso del jefe de facturación quien asumió un rol preponderante, al igual que el director y el cuerpo médico. De esta forma, el proceder se corresponde con las palabras de Weigelt JA y Klein JS (1991), afirmando la necesidad

de diferenciar las áreas médicas de las administrativas, siendo estos últimos los encargados de ayudar (actuando como la mano ejecutora) en las decisiones que toma el personal médico profesional. La colaboración de todo el personal del hospital resulta no solo necesaria sino clave en el desarrollo de las acciones. Para ello, y con la finalidad de facilitar la comprensión del plan, es importante destacar la relevancia de la capacitación tanto para aquellos que forman parte de la Brigada como para aquellos que no lo son.

Debemos destacar que el plan de contingencia fue desarrollado por las autoridades con una clara orientación hacia el control de situaciones de incendio en el interior del establecimiento. Pero dada la magnitud de la inundación que afectó al Hospital Español, la Brigada se vio obligada a adecuar dicho plan de contingencia para tal eventualidad. De esta forma, la formulación de un plan para potenciales catástrofes no garantiza el suceso ni la eficiencia del mismo respecto a un hecho puntual sino que más bien define lineamientos generales y formas de proceder que permiten minimizar el margen de error en cuanto a las decisiones que se toman para contrarrestar la situación.

Por otra parte, y tal como lo afirman los diferentes miembros de la Brigada, la evacuación no era una posibilidad sino más bien una obligación. La ausencia de condiciones necesarias para desempeñarse de forma correcta implicaba tomar tales decisiones. Al igual que se afirma en el punto 2 F, semejante tarea no puede ser realizada únicamente por el staff médico. Para ello, se precisara que todo el personal se encuentre abocado a tal actividad, algo que realmente sucedió en el caso del Hospital Español. La falta de energía emerge como la principal barrera y el principal motivo para decidir la evacuación: se pone en riesgo la vida de los pacientes más delicados dado que las máquinas de alto complejidad dejan de funcionar, muchas de las cuales incluso no pueden ser reemplazadas por las mecánicas. Asimismo, al tratarse de un edificio imponente (cuenta con más de 5 pisos), los pisos superiores se establecen como los más perjudicados en términos de evacuación, dado que no se dispone de ascensores o montacargas, quedando totalmente incomunicados. Los mecanismos utilizados para llevar a cabo la evacuación se corresponden con lo establecido en el punto 2 F. De esta forma, podríamos trazar un cierto paralelismo con el Método mattress-sheet explicado en el apartado antes mencionado, dado que muchos de los pacientes fueron envueltos en mantas, atando las puntas para darle firmeza, para luego ser evacuados a través de las escaleras de incendios por personal del hospital como por vecinos voluntarios de la zona (este método no requiere de personal especializado ni de equipamiento específico), supervisados por algún miembro del cuerpo médico. Para ello, resulta de vital

importancia mantener despejadas las escaleras para no interrumpir el flujo de los pacientes transportados. Además de mantas, se utilizaron tablas y camillas para los pacientes más pesados, y en algunos casos de movilidad reducida, en sillas de ruedas entre varios brigadistas.

Sin dudas, la práctica de simulacros posibilita generar experiencia entre el personal, más allá de que sea una experiencia que dista mucho de la realidad, es por ello que se dice que el mejor simulacro es la realidad misma. Pero sobre todo sirve para identificar fortalezas o debilidades del plan. De esta forma, se busca crear conciencia y fomentar el trabajo de equipo, poniendo a prueba la capacidad de respuesta de los individuos. Al igual que lo establece el apartado 2 E, el compromiso de los involucrados es imperante. El Hospital Español se caracteriza por llevar a cabo simulacros contra incendios, la cual es ejecutada por enfermeros y en menor medida por algún paciente. La capacitación de la Brigada gira en torno a cómo deben ser colocados los pacientes sobre las camillas, y su posterior traslado hacia el exterior, medidas de precaución y puntos de encuentro. La premisa, en el caso específico de los hospitales, se basa en no interferir en el normal funcionamiento del hospital dadas las realidades de determinados pacientes.

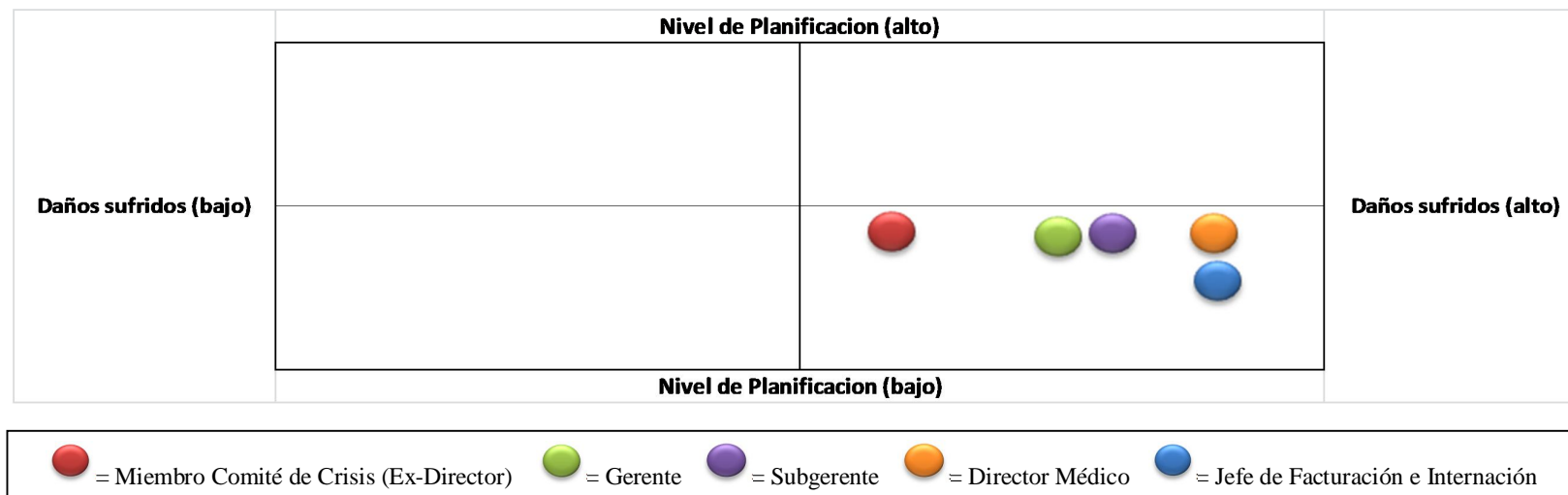
Para finalizar, debemos resaltar las palabras de Patricia O'Neill (2005) quien establece que dados los efectos climáticos cambiantes, existe una marcada necesidad de contar con un plan de contingencia que se logre adecuar a diversos escenarios (incendios, inundaciones, entre otros).

Las reacciones de los integrantes fueron variando en función del tema tratado. Sin dudas que las personas de mayor edad, como es el caso de Ana Di Luca, se mostraron más sentidas o afectadas cuando se recordaron las vivencias de los momentos más duros de la tragedia. Todos reivindicaron la relación médico-paciente como el factor determinante para poder volver a empezar y continuar con este proceso de recuperación. De esta forma, se busca regresar a su estado original de funcionamiento, aprovechando la situación para reestructurar o redefinir los procesos que se mostraban deficientes anteriormente.

Diferencial Semántico de Osgood

El análisis Osgood tiene como propósito principal la determinación de una estimación cuantitativa de variables definidas que resultan importantes para nuestra investigación. A través de su comprensión, podemos visualizar el impacto y la orientación de las mismas gráficamente. De esta forma, utilizaremos esta herramienta en cuestión para reducir el sesgo en las respuestas otorgadas por los entrevistados, unificando criterios.

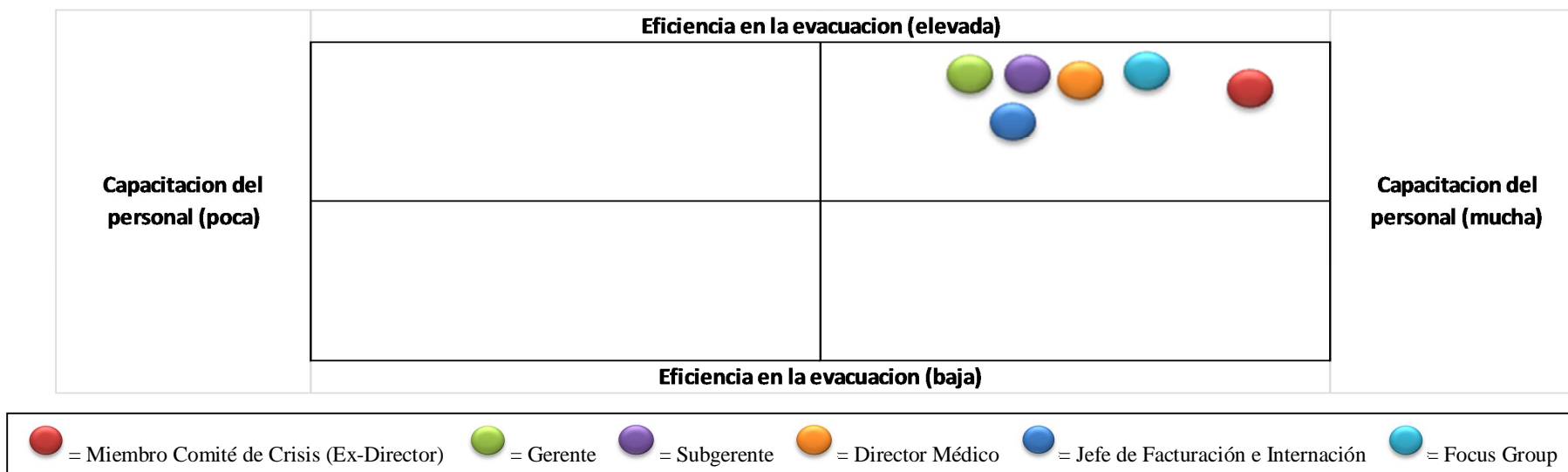
1)



Podemos observar una clara concordancia en las opiniones de los entrevistados, variando mínimamente su nivel de respuestas. Según los mismos, el hospital contaba con planificación contra catástrofes pero relacionada únicamente con la ocurrencia de incendios. A su vez, los daños

sufridos por el centro de salud fueron altamente graves en materia de tecnología y estructura, lo que demanda una costosa recuperación e inversión. Esto nos permite llegar a la conclusión de que el alto nivel de daños sufridos por el Hospital Español de La Plata se debió en gran parte al poco nivel de planificación que tenía esta institución con respecto a inundaciones. Creemos posible que, de haber contado con una planificación contra inundaciones, la magnitud de los daños ocasionados hubiera sido inferior. Por lo tanto, resulta de vital importancia contar con una planificación contra este tipo de catástrofe tanto a nivel estructural como de lay-out operativo del hospital que permita reducir el riesgo al mínimo.

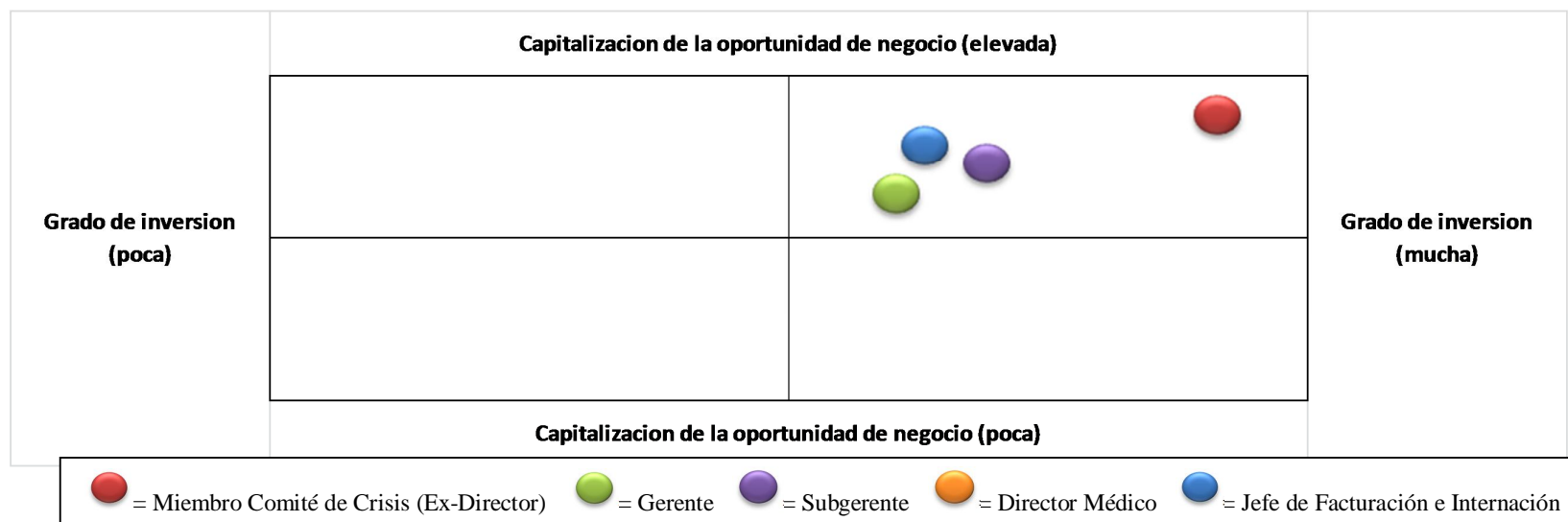
2)



Cruzando estas dos variables, podemos observar una paradoja. Si bien las personas encargadas de la evacuación de los pacientes tenían una cierta preparación, capacitación y organización en este tipo de situaciones (solo relacionada con incendios), los mismos no contaban con experiencia

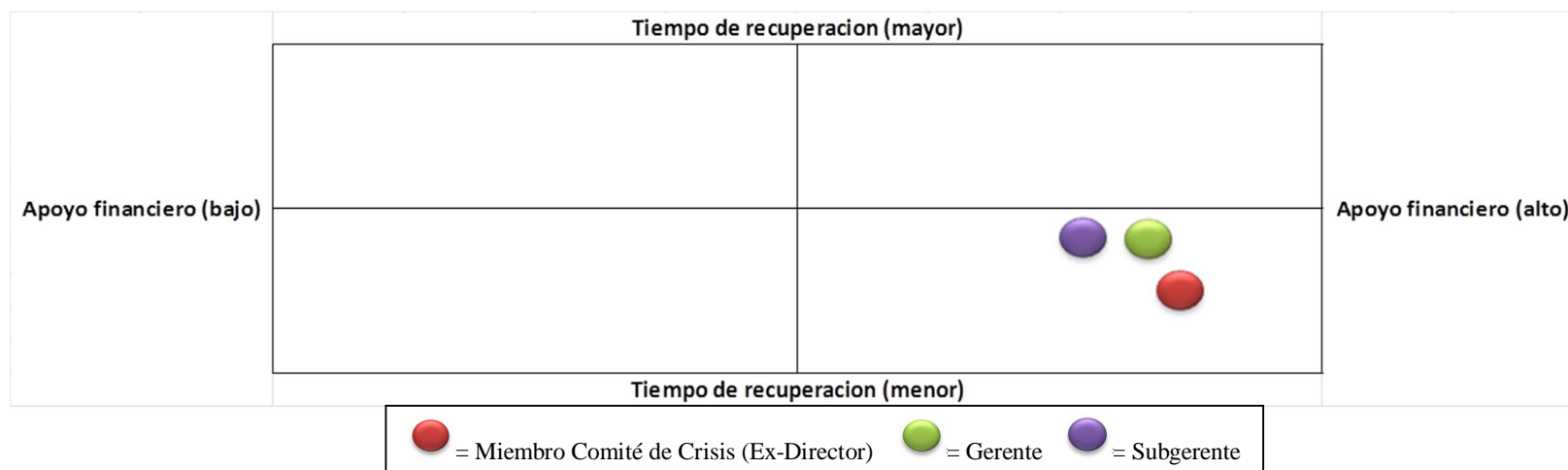
alguna en una situación de semejantes características. Sin embargo, todas las respuestas de los entrevistados coinciden enérgicamente en que el resultado de la evacuación fue excelente. Se pudo evacuar a todas las personas de manera correcta, haciendo uso del conocimiento que habían adquirido y por supuesto también de mucho coraje y determinación. Esto nos demuestra que, más allá de que los responsables de la evacuación nunca hayan sido parte de situaciones de esta índole, es muy importante contar con personal apto físicamente, capacitado en materia catástrofes y tener una brigada de contingencias en cada turno. Estos son factores que ayudan y posibilitan que la evacuación de pacientes sea 100% efectiva.

3)



A partir del análisis de esta herramienta, buscamos comprender si el grado de inversión del hospital luego de la inundación influyo o jugó un papel preponderante en la capitalización de la oportunidad de negocio que se presenta ante este nuevo escenario. Más allá de implicar un hecho que genera una crisis masiva en todos los niveles, se puede ver como una oportunidad para cambiar cosas que se venían haciendo de manera incorrecta, para mejorar procesos, estructura, equipamiento, y demás. Cabe resaltar para este análisis que el hospital Español es una organización sin fines de lucro, lo que le permite reinvertir toda su rentabilidad. Los entrevistados concluyeron que, el hospital pudo renacer luego de la inundación en varios sentidos. Por ejemplo, se reestructuro a nivel organizativo y operativo, generando una mejor utilización de sus recursos y por lo tanto una mayor rentabilidad, que usan mes a mes para reinvertirla en la reconstrucción del subsuelo. También aprovecharon esta situación para mejorar todas las maquinarias y tecnologías de diagnóstico, factor que los posiciona mejor en el mercado. A modo de conclusión podemos indicar que el grado de inversión del hospital fue alto con el fin de aprovechar esta situación para mejorar y poder salir adelante rápidamente, y quedar posicionados frente a la competencia de una mejor manera.

4)



Consideramos que ante un hecho de estas dimensiones es vital contar con apoyo financiero, tanto de instituciones públicas como privadas, para poder salir adelante y que el tiempo de recuperación sea el menor posible. En lo que respecta al caso de análisis del Hospital Español de la Ciudad de La Plata, los entrevistados resaltaron lo vital que fue el apoyo de la comunidad, gobierno nacional, provincial, municipal y empresas privadas, que le permitieron reducir de manera significativa el tiempo requerido estimado para volver al normal funcionamiento del hospital. La ayuda se tradujo en aportes financieros, por ejemplo subsidios del gobierno o líneas de créditos blandos por parte de las empresas proveedoras de tecnología, como así también a través de la prestancia de cooperativas que ayudaron a limpiar y reordenar el hospital. Dichas cooperativas implicaban una mayor cantidad de mano de obra, con un costo reducido (era subvencionada).

Análisis del testimonio Dr. Alberto Crescenti

Para concluir lo relativo al análisis de los diferentes instrumentos empelados, consideramos pertinente destacar la importancia de la palabra de una eminencia en la materia como es la figura del Dr. Alberto Crescenti. La Emergentología se encuentra orientada a desarrollar la capacitación de los médicos y la especialidad como tal, lo que se traduciría en un beneficio para la sociedad. Su reconocimiento radica en considerar las diferentes capacidades específicas que se requieren en la atención de las emergencias. Las mismas resultan ser cada vez más necesarias, no solo en el ámbito hospitalario o prehospitario, sino también en escenarios de desastre naturales.

Siguiendo las palabras del Dr. Crescenti, la pasividad no emerge como una opción ante los escenarios planteados, dado que tal como lo establece el mismo “la peor decisión es no tomar ninguna”. La capacidad de respuesta se define como un factor clave para la contención de situaciones de cualquier índole porque “en Emergencias no hay revancha ni segundos tiempos”. Para ello, resultara necesario contar con orden, organización y conocimiento como los tres pilares fundamentales. Asimismo, la experiencia también implica un rasgo de relevancia dado que otorga templanza y tranquilidad para saber manejar este tipo de situaciones.

El concepto de protocolo se destaca por sobre el resto de las palabras del titular del SAME. Implica uno o varios procedimientos destinados a estandarizar un comportamiento frente a una situación específica. En este sentido, se debe contar con un esquema definido para contrarrestar cualquier acontecimiento o fenómeno que se suscite. Dicho esquema se edifica sobre tres premisas básicas: el cordón de seguridad, una única voz de mando, y una unidad de comunicación destinada exclusivamente para catástrofes. De esta forma, se puede dar respuesta y contención a un escenario de lo más caótico.

A su vez, se desprende de sus palabras la relevancia del triage. De esta forma, al igual que se expresa en el punto 2 I, el Dr. Crescenti se encarga de remarcar en cada ocasión que este método debe ser aprendido por los médicos y ejecutado con un criterio bien definido con la finalidad de conseguir un resultado satisfactorio. Asimismo, debe ser un proceso dinámico siguiendo los parámetros antes mencionados, los cuales varían en función del profesional que lo ejecuta. Asimismo, se reivindican las palabras de K.Kennedy y L.Gans (1996) que establecen que “un paciente mal clasificado es un

recurso desperdiciado” .La finalidad reside en evitar el sesgo en la consecuente clasificación de las víctimas. Tal como lo asevera el Dr. Crescenti, este método o mecanismo debe ser conocido por toda la plantilla del personal. Su aplicación abarca desde el diagnóstico inicial hasta la consecuente clasificación final para su posterior derivación.

Para concluir, sus palabras emergen como un esbozo de sabiduría, que se debe saber capitalizar en planes y acciones concretas en el futuro que posibiliten una mejor previsión y/o preparación frente a hechos de las magnitudes de la inundación sufrida por la Ciudad de La Plata el día 2 de Abril del 2013.

Conclusión e implicancias

Luego de haber utilizado diversas herramientas de investigación a lo largo de nuestro trabajo, hemos llegado a la conclusión de que no existe un mecanismo de planificación, como así tampoco una asignación de recursos que se ajuste mejor a todas las situaciones de eventual contingencia frente a desastres naturales dentro de hospitales. A pesar de que no existe un modelo único de contingencias, debemos destacar la presencia de una serie de medidas o herramientas que deben estar en la mente del administrador para poder hacer frente a la posible ocurrencia de catástrofes, que lo ayudarán a encauzar la situación y a minimizar las implicancias, tanto económicas como humanas.

Lo ocurrido el 2 de Abril en la ciudad de La Plata no emerge como un caso atípico o controversial. El Hospital Español actuó conforme a un protocolo improvisado que se probó extremadamente efectivo y que, sin haberlo planeado previamente, sigue algunos conceptos enunciados por autoridades reconocidas en el ámbito como lo indica el marco teórico.

De esta forma, debemos discernir el momento en el cual se llevará a cabo la consideración de tales medidas con el solo objetivo de paliar la situación a la que se podrían llegar a enfrentar. Siguiendo estos lineamientos, en la faz preventiva, se deberá destacar la relevancia de factores tales como: la conformación de una brigada de emergencia, creación de organismos ad-hoc frente al desastre, la definición de un criterio específico de evacuación de pacientes, como así también el establecimiento de medidas estructurales.

La definición de un criterio específico de evacuación de pacientes no debe considerarse como una medida a desestimar. Su relevancia reside en el diagnóstico y la clasificación de los pacientes al momento de una situación de catástrofe. Es de extrema importancia que exista un criterio unificado y compartido por todos los miembros de la institución con la finalidad de evitar interpretaciones erróneas que conlleven a una aplicación ineficiente. La simpleza y la facilidad en su aplicación emergen como caracteres preponderantes. Cabe resaltar el papel que desempeñan los simulacros en su efectiva aplicación, generando experiencia y brindando capacitación a los potenciales encargados de realizar esta tarea, tal como se establece en el apartado 2.E del marco teórico. También se deberá contar con la infraestructura necesaria, materializada en salidas o escaleras de emergencia, para poder facilitar la aplicación del plan definido.

Asimismo, la conformación de una brigada de emergencias emerge como un factor que posibilita atenuar y contrarrestar las consecuencias generadas por una situación de las características antes mencionadas. Este cuerpo permanente deberá estar respaldado por integrantes de todas las áreas del hospital, que permita tener una mayor capacidad de respuesta ante los diversos escenarios que se puedan presentar. La capacitación de sus miembros frente a diferentes tipos de catástrofes, se traduce en un aspecto importante para optimizar las acciones que deberán llevar a cabo.

La creación de organismos ad-hoc encuentra su justificativo en la necesidad de centralizar la voz de mando en situaciones donde reina la incertidumbre y el caos. El carácter distintivo de este tipo de organismos radica en el nivel de preparación y la experiencia de sus integrantes, los cuales deben destacarse por encima de la media.

En lo que respecta a las medidas estructurales, debemos reivindicar el fortalecimiento de la estructura (sellado de las paredes), como así también la previsión y división del tablero eléctrico teniendo en cuenta la posibilidad de que uno falle, evitando que el hospital quede sin electricidad. Por último, se considerara la incorporación de bombas de achique industrial que se activarán en el momento que se empieza a inundar el edificio, lo que permitirá preservar la tecnología allí presente.

Luego de llevar a cabo el análisis de las diversas herramientas que se deben tener en cuenta en la etapa preventiva, es tiempo de contemplar cuales son aquellas medidas que aplican para la etapa reactiva.

En primera instancia, debemos destacar la preponderancia que tiene el concepto de reingeniería en el proceso de recuperación, establecido en el punto 1.B del marco teórico. La finalidad de la aplicación de este concepto reside en la mejora continua tomando siempre como parámetro la situación anterior. Dicha reingeniería, aplicable a distintos aspectos de la realidad de una organización, afecta el modelo de gestión de la institución sanitaria. De esta forma, se procede a evaluar las acciones efectuadas anteriormente con vistas a capitalizar el escenario de desastre planteado como una oportunidad de negocios y de crecimiento. Este concepto puede traducirse en acciones que incluyen la búsqueda de un incremento en la rotación día-cama orientada a potenciar la curva de ingresos en menor cantidad de tiempo, para cubrir los costos asociados. Un claro ejemplo de lo que decimos es nuestro caso de análisis, donde el Hospital Español ha mutado de un perfil clínico a otro netamente quirúrgico, con tal finalidad.

En forma simultánea, resulta relevante verticalizar la toma de decisiones a partir del organismo de emergencia antes mencionado (Comité de crisis). Esta medida se profundizara hasta que se restablezca la situación inicial, para dar paso luego a la descentralización lógica de una empresa de servicios, que se va aplanando con el paso del tiempo. Entre los distintos planes de acción que se disponen, encontramos un amplio abanico de posibilidades debiendo destacar determinadas alternativas: el cierre del hospital en forma definitiva, dejar un hospital pequeño, el llamado a convocatoria preventiva de acreedores, el cierre del hospital por un tiempo prudencial hasta que se encuentre en condiciones para volver a funcionar, y por último, seguir en funciones previa modificación del paradigma del modelo de gestión.

La motivación y el liderazgo emergen como factores indispensables en el manejo del recurso humano, permitiendo llevar a cabo la profundización de la unidad de mando antes comentada. Siguiendo esta línea podemos afirmar que la motivación se materializa en la visión definida en base al nuevo paradigma determinado por la organización. El liderazgo permite transformar el convencimiento en persuasión, afianzando no solo el compromiso sino también el sentido de pertenencia de la plantilla.

Por otra parte, los conceptos de inversión- reinversión, se encuentran estrechamente relacionados dado que tienen una finalidad en común: volver al normal funcionamiento lo antes posible pero de una mejor manera. Los flujos generados se destinan a agregar valor al proceso de recuperación a través de la incorporación de tecnología de punta. Esto es claramente visible en el caso de análisis, dada la concepción del Hospital Español materializada en una organización sin fines de lucro. Para ello, se considera relevante establecer relaciones de confianza en el tiempo con los diversos proveedores, materializándose en facilidades y beneficios a la hora de negociar nuevos contratos luego de una catástrofe.

Por último, debemos hacer mención a un factor intangible que resulta ampliamente preponderante en el proceso de recuperación analizado como es la relación médico-paciente. Dicho concepto otorga amplias facilidades, dado que se cristaliza en el respaldo de un actor que resulta indispensable como es el paciente, permitiendo que la institución se posicione de otra manera a partir del lazo generado.

De esta forma, hemos llegado a la conclusión de que la industria de servicios sanitarios se presenta como un caso de análisis atípico. Esta afirmación se sustenta en la problemática de la administración del recurso máspreciado, las personas, debiendo convivir con un riesgo muy alto en la toma de decisiones, como a su vez también, un

marcado componente social. Asimismo, a diferencia de otras industrias, en la producción de servicios se da una evaluación constante de la satisfacción del cliente en todas las etapas de la cadena de valor. Por esta razón, la figura del administrador emerge como el responsable para asegurar la satisfacción del paciente en todos los eslabones de la cadena, profundizando su tarea o rol ante la consecución de una catástrofe.

Es por eso que no debemos dejar de destacar la importancia de las decisiones que se toman en este tipo de situaciones. Puesto en palabras de un experto como lo es el Dr. Alberto Crescenti, “en emergencias, la peor decisión es no tomar ninguna”.

Índice Anexos

1	Cuestionario Guía	99
2	Entrevista Ex-Director (integrante del comité de crisis)	101
3	Entrevista Gerentes	117
4	Entrevista Director Medico	121
5	Entrevista Jefe de Facturación e Internación	124
6	Focus Group	134
7	Testimonio experto	138
8	Documento de la Brigada	142
9	Documento del presupuesto del subsuelo	148
10	Documento del presupuesto del equipamiento	157
11	Bibliografía	158

ANEXOS

Cuestionario Guía

1. El hospital, ¿Cuenta con un plan de contingencia?
 - ¿Plan para catástrofe interna?
 - ¿Quién lo determina? (comité? Autoridades?)
 - ¿Cada cuánto se actualiza?
 - ¿Cómo se determina?
 - ¿Fases?
 - ¿Lo conocen todos dentro del hospital? → ¿Capacitación?
 - Equipamiento crítico
 - ¿Plan para catástrofe externa?
 - Como están distribuidas las tareas bajo una emergencia
 - Las autoridades, ¿Se mantienen o existe una figura especialmente creada para este tipo de situaciones?
2. ¿Se realizan los simulacros correspondientes?
 - ¿Cómo está diagramado? ¿Se analizan los resultados? (Frecuencias, Áreas claves, etc.)
3. ¿Cuáles fueron las implicancias económicas?
 - Implicancias primarias (Daños sobre infraestructura material en sí) ¿Se aplicaron medidas preventivas para proteger la estructura?
 - Implicancias secundarias (Efectos posteriores a la inundación, costos, transportes inter-hospitalarios de pacientes evacuados, reconstrucciones, etc.)
4. ¿De qué manera la inundación afectó el normal funcionamiento del hospital?
 - Tiempo de recuperación
 - Maquinaria y equipamiento
 - Capacidad
 - Funcionamiento de servicios básico
 - Distribución física de los servicios ofrecidos por el hospital
 - ¿RR HH mantuvieron funciones?
 - ¿De qué manera influyó el factor psicológico?
5. ¿Han alcanzado el nivel de facturación promedio del hospital?
6. ¿Cuál es el criterio aplicado en la Evacuación de pacientes que posibilita la optimización de dicho proceso?
 - ¿Qué parámetros se emplean para determinar el grado de la evacuación? (En cuanto a si debe ser total, parcial)
 - ¿Se evacuan primero los más enfermos o los más sanos? ¿Por qué?
 - Comunicación durante la evacuación

- Métodos aplicados para evacuar distintas situaciones: subsuelos, pisos superiores, pacientes con dificultades motrices, pacientes en estado crítico. (¿Teoría de clasificación triage?), etc.
 - Material utilizado
 - ¿Cuán eficiente fue?
7. ¿Cómo es el proceso de recuperación?
- Tiempo
 - Costos
 - Financiamiento
 - Organización
8. ¿En que se ha visto modificado el modelo de gestión de la institución?
- Modelo de gestión anterior
 - Modelo de gestión después del desastre.
 - ¿Cuál es la rotación día-cama?

Entrevista a ex director y profesional del Hospital Español de La Plata

El hospital ¿cuenta con un plan de contingencia?

El hospital al ser de alta complejidad se prepara habitualmente para catástrofes como incendios y construye una escalera de incendios para salir, tiene planes de ensayo para evacuar el hospital en caso de incendio o la posibilidad de recepcionar un número de pacientes alto en caso de catástrofes regionales, como choques de trenes, choques en cadena de micros, incendios en otros lugares, se prepara para recepcionar planes de emergencia que aumentan la demanda bruscamente, se prepara para muchas cosas pero lo que no está muy previsto es prepararse para una inundación porque la inundación genera 3 problemas, no permite el acceso del propio personal de hospital, genera un problema muy serio para evacuar a lo que está dentro o para tomar decisiones adentro para generar contingencias de crisis y además no permite utilizar tecnología de soporte para las evacuaciones como en el caso de ambulancias, salvo que tengas helipuerto que por los costos es muy difícil tener helicóptero, pero además esto fue una cosa inédita porque el hospital queda completamente operativo pero fue vulnerado en el corazón del hospital que es lo que se llama los puestos de todos los servicios, porque al inundarse abruptamente el subsuelo ahí es donde se tiene toda la tecnología pesada pero además están todos los tableros de control, los de luz, gas, oxígeno central pero además disparan esos tableros todas las contingencias de emergencias que son las alternativas de energía que son los grupos electrógenos que están conectados al tablero, y si fracasa el tablero no tienen circuito los grupos, por lo tanto esta situación inédita hace que se plantee una situación diferente de crisis en un hospital grande. En primer lugar, la gente que queda adentro es la primer responsable en tomar decisiones y en este caso el hospital español por suerte estaba con una capacidad productiva reducida porque era un fin de semana largo, entonces de la posibilidad de tener 200 pacientes solo tenía 89, 90 pacientes y estaba con 7 pacientes de unidades críticas y 12 pacientes de neonatología. Por lo tanto cuando se está ante catástrofes de esta naturaleza, la gente que estaba adentro utilizó un buen criterio que era, la dirección, un grupo de personal reducido que era el que había llegado al hospital y los directivos que estaban, tomaron una primera contingencia que es aguantar la situación las primeras 12 horas. Esto se produce toda una noche que quedan atrapados adentro del hospital más la contingencia que la gente de los alrededores busca refugio en el mismo hospital porque cree que es un lugar seguro

porque estamos alto, pero la situación esa tenía un tiempo límite para resolver porque durante la noche nos íbamos a quedar sin energía, y sin la luz del día, y sin insumos ni nada, y ya no había manera de abastecer entonces se toma la decisión de darle soporte con los respiradores que tienen un tiempo automático de dos o tres horas más con batería, de hacer un plan de evacuación de los pacientes que se clasifican en tres niveles de críticos, entonces se busca la alternativa de cómo sacar a los pacientes críticos en primer lugar, se los clasifica por gravedad y se decide externar o mandar a su casa a todo aquel paciente que puede ser atendido ambulatoriamente. Por lo tanto se hacen 3 listados para eso, se van sacando rápido los pacientes que van a domicilio, pero el problema es que la inundación alrededor estaba hasta las 11 de la mañana.

¿Se realizan los simulacros correspondientes?

Nosotros hacia bastante que no probábamos el de evacuación del hospital, sin embargo respondió como si lo hubiéramos entrenado cada 6 meses. Pero fue por una cosa que pocos supieron, que es porque los médicos de guardia tuvieron una alta calificación en atención de emergentología y en la resolución de la clasificación de los pacientes.

Cuáles fueron las implicancias económicas?

Lo que sucede aquí es que llegado el momento vino la etapa de evaluación de daño económico y con eso a su vez tenés que soportar la presión del ambiente, de la disputa del escenario donde se desarrolló la inundación del hospital, que el escenario es la ciudad de La Plata con un intendente que estaba de viaje, con un gobernador que quiere participar del socorro, de la jurisdicción nacional, de la provincial, se hace un escenario de competencia sobre la crisis, entrar a funcionar distintos actores sociales que también hay que administrar porque todos quieren volcar una solidaridad pero que tiene intencionalidades de tipo político que se enriendan. Lo tercero es la evaluación propia del daño entonces uno sabe que perdió la tecnología, no sabe lo que va a servir, después tiene que valorar si la tecnología cuando se va el agua, cuando ve una masa de agua en un subsuelo que tiene 2200m² se saca el cálculo que es como evacuar 500 piletas, entonces se hizo una análisis de ingeniería, de los cálculos de lo que íbamos a tardar, el primer análisis parecía que se iba a tardar un mes en sacar el agua por lo tanto se decía que el hospital iba en el primer escenario estar sin operatividad 6 meses hasta evaluar los daños para después pensar cuando iba a funcionar o no, entonces uno de los ingenieros de las empresas constructoras que estaban atrás que es de la comisión directiva evaluó que trayendo 5 bombas industriales se baja el plazo con las bombas comunes a menos de 48hs, el problema es que eso es un cálculo después hay que

conseguir las bombas. Un grupo se dedicó a buscar las bombas y se llegó a la conclusión que en el mercado era imposible tenerlas porque estaban todas utilizadas, las empresas no las tenían previstas para el mercado ni aun pagándolas caro no las entregaban, entonces se consigue a través de una empresa consignataria de YPF que tenían bombas trabajando hace mucho tiempo en otro lugar y se dispuso que se trajeran 4 bombas industriales, con las mismas se planificó la pérdida del agua y se mide por la altura por hora de cuándo va bajando, se saca la métrica de cuanto las bombas te van a sacar el agua. Efectivamente se sacó en el tiempo mínimo que tenía previsto y cuando el agua se había ido, hay que entrar al subsuelo a evaluar los daños, todo el mundo quería colaborar pero la conducción tiene que tener previsto que no puede entrar todo el mundo de entrada, en primer lugar tenés que registrar el daño, sacar fotografías, evaluar los daños por los seguros, tenés que saber en qué situación real te encontrás y donde se provocó el daño que fue el derrumbe de una pared que estaba ubicada en el subsuelo, la causa del daño y además de eso es porque pocos sabían que nosotros tenemos una gama cámara que tiene soto por radiactivos en el subsuelo por lo tanto si vos la cámara donde estaba sellada lo que es otro por radiactivo fue violentada por agua la dispersión de efecto radiactivo es mayor así que se le pidió asesoramiento a la convención de energía atómica, nos dieron la directiva, bajamos con contadores geiger corroboramos que no había ninguna situación para no exponer a nadie, cuando se autorizó eso bajamos al primer grupo de trabajo y se dio cuenta que la tarea era como voltear toneladas de escombros de 2200m² por el agua y te queda inutilizado prácticamente el 100% de las cosas, y después se piensa si hay valor de rezago en eso, es decir si hay tecnología que se puede desarmar o tenga valor y entonces hay que consultar a las empresas proveedoras de insumos pesados para que te manden ingenieros que den asesoramientos sobre esos temas. Bueno terminado esto lo que se hace es finalmente lo que es la evaluación del daño, se evalúa económicamente en forma aproximada y se transmite cual fue el daño aproximado, supónganse 6.000.000usd, entre 6 y 10 millones de dólares que después eran corroborados por las empresas evaluadoras de la situación, lo grave es que las empresas aseguradoras de riesgo no tienen asegurado la tecnología para contingencia, catástrofe para una inundación porque el seguro que se usan son de productividad, para asegurar por productividad una empresa de servicio sanitario hay que pagar un seguro muy caro que habitualmente no lo tiene ninguna empresa sanitaria porque el costo fijo sería muy alto. Esto es la etapa del de daño, se termina todo esto y se comienza con la pregunta ¿qué hacemos?

¿De qué manera la inundación afectó el normal funcionamiento del hospital?

Primero hay que remarcar que el hospital tiene capacidad tecnológica considerado de nivel 4 por el nivel de complejidad que puede afrontar y resolver, eso hace que sea un hospital que produce servicios muy diversos, por lo tanto tiene una cartera de servicios muy amplia, y eso lo hace una industria de mano de obra intensiva muy importante porque el hospital es de mano de obra dependiente, cada cosa que se incorpora necesita de mano de obra no solo cada vez mayor sino que además cada vez más calificada porque se necesita además que esa mano de obra este adecuada a las incorporaciones tecnológicas que se realiza. El otro problema es que en un hospital grande la cadena de valor se puede alterar fácilmente en cualquiera de las etapas porque la cadena de valor es desde la entrada de un paciente en atención en un servicio puede estar bloqueada en alguna de las partes, porque te atiende mal la mucama, la enfermera, los insumos, los fármacos, es intensiva en costos variables porque cada vez que aumenta la producción aumentan los costos variables, costos fijos muy altos.

Además se dio todo en un escenario, de la ciudad, la disputa, los jueces que dicen que se murieron tres, otros que no se murió nadie, los medios de comunicación que quieren toda la información, tenés que disponer de gente para que les dé información, en general en la crisis se concentra la información en dos personas, el que mayor jerarquía tenga, el director médico habitualmente u él u otro más autorizado para evitar los desvíos de la información que son problemas de especulación jurídica luego. Entonces en esa situación luego el comité de crisis se reúne con el comité ejecutivo, con el comité directivo, la gerencia y demás y grupos médicos, ustedes recuerden que un hospital de estos trabajan 580 personas y 280 profesional que tienen una movilidad de recursos mensuales en pago de sueldos, insumos muy grandes mensuales y que hay que valorar entonces los movimientos financieros futuros de este mismo hospital que se queda con productividad 0, entonces ahí empiezan las hipótesis de planificación estratégica de la salida de una catástrofe. Estas fueron: El hospital lo cerramos es una hipótesis que fue presentada, si lo cerramos el hospital se quedan 500 personas sin trabajo y 280 profesionales que se tienen que reubicar el mercado de trabajo más el daño que queda para la institución dueña que es una identidad sin fines de lucro . Dejar un hospital pequeño es otra hipótesis que es con una productividad muy mínima ambulatoria con poco personal que atiende consultorio externo nada más, reducción completa del personal, esto significa que el hospital había quedado dañado todo el subsuelo pero teníamos sana toda la operatividad de todos los lugares pero eso no podía funcionar sin

apoyo tecnológico. La tercera opción es una convocatoria preventiva de acreedores del no pago, de una reingeniería financiera de lo queda con los recursos hasta salir de la crisis, cerrarlo 6 meses al hospital ponerlo en orden y luego volverlo a funcionar fue la cuarta hipótesis y una última que la colocamos nosotros que era decir no el problema es como mantenemos las fuentes de trabajo, como mantenemos la fuentes operativas del hospital y que cosa podemos bancar alternativa sin tecnología, se decidió entonces después de grandes discusiones de todas estas hipótesis triunfo esa última, fueron 5, 6 alternativas muy marcadas y de distintas características y puesta por distintos perfiles e intereses, entonces para justificar esta última hipótesis había que demostrar varias cosas que la parte más operativa que necesitábamos del subsuelo era el laboratorio, hematología, bacteriología es decir los soportes más básicos del primer nivel de la tecnología ecografía y rayos por lo que se consulta a los grupos de trabajo de este lugar que condiciones tenemos de volver operativo estos lugares, el grupo de laboratorio nos dicen que ello podían pedirle a las empresas un leasing en menos de una semana, el de hematología nos dice que con la estructura que había compartida con el laboratorio se podía armar hematología y el banco de sangre, ecografía había que traer dos ecógrafos, y equipo de rayos se dispone en dos semanas nos dicen que nos pueden traer con un portátil poderoso con revelado de tecnología rápida digital. Resuelto eso hay que reubicar a los lugares esos por lo tanto se analizó la planta de consultorios, esta se pasó a habitaciones del segundo piso consultorios de clínica médica y se dejaron los de cirugía donde estaban, y los de clínica médica se utilizaron para tecnología y se usaron los lugares del centro del hospital cerca de la escalera para servicios ambulatorios cosa que se pudiera utilizar las escaleras y los ascensores en servicios ambulatorios, hematología, se redujeron las camas en un 50% pero bueno había que lograr luego de toda la reingeniería de producción, ubicación y arquitectónica de la configuración hospitalaria una operatividad mínima de lo que se toma como decisión que es que cirugía toma la decisión de volver a la actividad rápidamente y producir la curva de ingresos para sostener los costos fijos invariables, cuantos profesionales tiene cirugía 16 pero operativamente con las otras especialidades son 20 y pico pero en la curva de producción solo el 50% produce el 80% de todos los ingresos por lo tanto se consulta a los líderes productivos, se hacen varias reuniones y cirugía general toma las decisiones de empezar a operar en segundo y tercer nivel de complejidad con la tecnología mínima, se reordena todos los quirófanos, la internación de nuevo, se hace la reingeniería de eso, entonces se toma la decisión de empezar la curva productiva, pagar los salarios con los

restos financieros del hospital hasta lograr un punto de equilibrio a los 6 meses entre la curva de costos fijos y variables con la curva de ingresos de producción y se deja sin pérdida financiera todo este periodo de recuperación, esa es la reingeniería más importante la financiera porque la otra de los 6 meses de cerrar, bancar todo los costos fijos sin saber que puede pasar cuando arrancas. Por otro lado la planificación estratégica si vos salís del mercado volver a entrar de 0 se hace más difícil que sostenerte en el mercado, sostenerte en la competencia. Finalmente lo cierto es que la utopía de la planificación estratégica era decir podemos salir de la crisis pero además de salir tenemos que aprovechar la crisis para salir mejor por lo que se hace una planificación estratégica de recambio tecnológico es decir inversión de riesgo completa de los 6 a 8 millones de dólares con una curva de variación financiera del pago de esa deuda con los ingresos, una variación mensual de cómo van los ingresos y decir que la tecnología que entra tiene que ser igual o mejor que la que se tenía y además si la configuración del hospital estaba trazada y cirugía ponía la banca financiera el perfil del hospital se transforma en netamente quirúrgico que era lo que ya se había definido que se iba a ser una torre atrás porque este hospital estaba construyendo una torre que se paró cuando paso todo y se decide que cuando se logre el equilibrio financiero, poner los quirófanos en el último piso y aumentar la producción para que la curva entonces en el momento del aumento paguen los costos de la inversión que se hicieron.

En ese escenario había que probar que esta hipótesis era cierta. Por lo tanto, un grupo de líderes de cirugía decide comenzar a operar con distintas modalidades y luego, cuando vieron, porque hay que disminuir el riesgo, que no te pasen contingencias graves, tenés que tener previsto un montón de cosas, se decide optar por la internación, y cerrar la emergentología en primera instancia, porque la emergentología es demanda abierta que sin tecnología te aumenta el riesgo de problemas. De esta forma, se orienta la guardia hacia adentro solamente, y solo se acepta la emergentología para lugares que estaban bancando la producción interna: terapia intensiva, unidad coronaria, y lentamente neonatología. Se cierran los planteles porque la conducción es más rígida, no se le permite volver a entrar a aquel que no pertenezca a algún plantel que se encuentre comprometido con la planificación estratégica, se le transmite a la gente esto en la producción, y al personal se le comunica que esta es la mejor opción que, aunque ganan menos porque no cobran horas extras y demás, no pierden la fuente de trabajo y en el largo plazo percibirán la remuneración acorde si se sale de la crisis. Justo el hospital se encuentra en la etapa en que esta pronto a negociar los contratos laborales (sueldos).

En otro punto se debe destacar que el factor clave no fueron los médicos de planta, que no alcanzaban llegar al hospital, y los propios que se quedaron adentro, se les estaba inundando el auto afuera y ellos estaban abocados al tema del hospital. A su vez, era el recurso humano más joven, con lo cual eso se valoró mucho, teniendo un reconocimiento fuerte a ese grupo porque si no parece todo lo mismo y que surgió de la nada pero no. Cada cosa tiene su valoración. El personal de las unidades de cuidados críticos fue maravilloso como trabajo porque es lo más difícil de evacuar, evacuar respirando gente. Esto quiere decir que si no tenías mano de obra muy calificada previamente eso te podía hacer fracasar por lo tanto el valor de tenerla antes cuando estás en tiempos normales es un valor potencial para muchísimas circunstancias. Asimismo, también podemos destacar la labor de los cirujanos que se atrevieron a operar con mínimos recursos y tecnología obsoleta. Tuvimos niveles de complicación más bajo de la historia del hospital. Funcionaron con una eficacia y eficiencia superior en la reapertura del hospital en la actividad quirúrgica que la que ya estaba en curso. Hubo gente que se corrió porque no se animaba, y los que se animaron demostraron su alta calificación.

¿Han alcanzado el nivel de facturación promedio del hospital?

Bueno cirugía comenzó a hacer una curva de producción, la cual se sigue mes a mes, y estamos desde la inundación a ahora con el 80 % de la facturación del año anterior con el 50% de la capacidad de internación. La razón de esto se encuentra en que al basarse en la cirugía, desplazando la internación clínica que es la que más demora la salida, lo que se hizo fue aumentar el giro día-cama. Así, la rotación aumento para aumentar la curva de ingreso que es el multiplicador de la internación. Y la rentabilidad se hizo optimizando los costos fijos y variables, al mínimo de lo necesario, entonces la rentabilidad con mayor giro día-cama es más directa, mientras que la de clínica se pierde y hay que subsidiarla. Y además se analizan los subsidios internos, cada una de las cirugías de alta complejidad que se hace, que consume muchos costos variables, se tiene que hacer una curva de producción que debajo de rápida rotación, bajos costos variables y mucha rentabilidad para subsidiar al que pierde arriba. Esto es lo que sucedió.

El otro tema es que hay que construir un subsuelo nuevo, donde hay que hacer toda la parte eléctrica nueva, se hacen 2200 m², cuyo 60% se logra en un lapso de 6 meses. Para ello, se utilizó mano de obra subsidiada (las cooperativas de trabajo), en este caso por gobierno nacional, que en una primera etapa resulta ampliamente ventajosa dado

que acude una gran cantidad de mano de obra para sacar todas las cosas que se encontraban, todos desechos, la etapa más difícil. Luego, se debe recolocar las puertas de entrada de servicio, que son los tableros nuevos, y rediseñar nuevamente cual es la mejor contingencia, con la finalidad de que no suceda lo mismo, de que se te inunde el tablero en el mismo lugar. En esta etapa, de lo que paso hasta ahora, ya se colocaron todos los ecógrafos, los equipos de rayos, el tomógrafo, porque el otro problema es la política de restricción de importaciones, con lo cual hay una reingeniería que está vinculada a la tecnología propiamente dicha. El hospital tiene una ventaja por sobre el resto de las instituciones dado que es una entidad sin fines de lucro, por estar muy bien posicionada en el mercado producto de su valor agregado que es el prestigio, entonces el poder político facilita más en políticas de restricción en una situación de estas. De esta forma, se logra entrar la tecnología, el resonador ya está para colocar al igual que los mamógrafos, es decir que ya se encuentra todo, solo faltan unos metros donde se está edificando una cocina mucho más moderna para todo el hospital ubicada en el subsuelo, además del equipo de hemodinamia.

Así se logra que el hospital vuelva a tener el corazón, igual nuevo, de cero, con mayor tecnología. En lo relativo a los proveedores de tales maquinarias, el criterio de selección de los mismos se rige en función de: la mejor tecnología dentro de los grupos monopólicos, la de mejor soporte tecnológico, el mejor plan financiero, oportunidad de negocio, la que te garantice la entrada de la tecnología más rápido junto con los software de soporte, además de saber si el proveedor es disperso o es único, es decir, un proveedor que pueda garantizar más de una tecnología o si es un proveedor que solo me puede proveer una maquinaria pero no otras.

¿Cuál es el criterio aplicado en la Evacuación de pacientes que posibilita la optimización de dicho proceso?

Se adaptaron los planes de evacuación de contingencias de 3 categorías a una situación inédita. Se adecua un plan de evacuación de contingencia de incendio a un plan de evacuación de contingencia por inundación. El principal problema es que en las primeras horas no había posibilidad de evacuarlos porque el agua seguía subiendo por lo tanto esas horas se toma la decisión de aguantar, de hacer la atención correcta a todos los pacientes que estaban que eran casi 90. Hubo una discusión sobre si había fallecido alguien o no, había fallecido una persona el día anterior pero fue por causas naturales. En terapia intensiva se ponen los respiradores en manual y toda la gente los asiste a todos los respiradores, igual que en neonatología y unidad coronaria. Los respiradores

tienen baterías de emergencia pero que tienen una duración limitada de 3 o 4 horas y si tenés que seguir, tenés que seguir manualmente la asistencia. Se le da prioridad a eso, se le da prioridad a la clasificación de los que se van a sacar rápido, y luego se busca una alternativa de transporte ante la eventual evacuación, que hasta las primeras horas de la tarde no se había tomado la decisión de la evacuación porque no se había evaluado la gravedad del daño de la inundación entonces se hace una segunda sesión de evaluación de daños a las 12 horas. A las 11 de la mañana del otro día puede entrar gente, empiezan a llegar los colaboradores profesionales, personal que pudo, que no tenían sus casas inundadas y se constituye un gabinete de crisis que conduce toda la operatoria dentro del hospital y se verticaliza el hospital a la conducción. Había un integrante de la gerencia, la dirección, el consejo directivo y algunos médicos más prestigiosos que han tenido funciones, yo forme parte de ese gabinete. Entonces a las 11 de la mañana se evalúa si a la tarde se va a evacuar o no el hospital, para lo cual la ciudad estaba devastada, era muy poco probable conseguir transporte, entonces se buscan las situaciones alternativas porque las empresas de emergencia tenían también inundadas las unidades, las empresas, había muy poca operatividad en la ciudad, entonces se decide por un contrato directo de una empresa tercerizada que es de sepelios en primer lugar pero que tiene ambulancias y está cerca del lugar del hospital español y que decide prestar colaboración con el hospital. Resuelto el tema del transporte, se decide luego de la clasificación, mandar a la casa a través de los familiares cuando el agua baja con un programa de control domiciliario de médicos de la guardia que anotan todas las contingencias, que durante 10 días tienen que controlar a los pacientes ambulatorios. Se le solicita apoyo a otras instituciones, y prestan colaboración 4 hospitales públicos y 2 privados para las camas de derivación y con las ambulancias se comienza la evacuación en primer lugar de los lugares críticos, la neonatología es lo más sensible porque son chicos recién nacidos se consiguieron dos unidades que prestaron atención que son privadas y con ambulancias de neonatología propias se evacua la neonatología. Después se evacuo la terapia intensiva los enfermos críticos al igual que la unidad coronaria. Después con los pocos pacientes que quedaban y se terminaba el horario diurno se decide a las 7 de la tarde colocar, finalmente, en hospitales públicos, que vino el director de un hospital público que es el Gutierrez y ahí se colocaron los últimos enfermos. Cuando se termina esto se resuelve la primera gravedad de una crisis que es el daño en vidas humanas, luego queda lo del daño económico y operatividad pero se resuelve el primer problema que es el de darle prioridad a los pacientes. El personal no sufrió daño

ninguno adentro, y se empiezan a tomar las medidas de prevención hacia el personal, porque en una inundación el daño no se sabe hasta dónde llega, el daño en lo económico, en lo tecnológico, en lo material y en las secuelas que pueda dejar al personal así que el grupo de psicología y psiquiatría prepara un plan de soporte para el personal que está trabajando en la crisis, porque la gente tiene que seguir trabajando durante varios días, el primer día es el de la evacuación pero si todo el mundo no responde luego no tenés alternativa de decidir ningún plazo de planificación, entonces hay que hacerle entender a la gente que esto no es un problema del día a día sino que es más complejo. Evacuado el hospital se hace una evaluación del daño, donde se empieza a tomar conciencia de que teníamos hasta la planta baja inundada del hospital por lo tanto no sabíamos que pasaba.

Aquí comienza la segunda etapa que es la de evaluación de daños, además el personal también estaba inundado en sus casas entonces contábamos con la mitad del personal, entonces teníamos que evaluar el seguimiento de los pacientes que habíamos derivado, los que habíamos derivado a unidades críticas a otro lugar y los que habíamos enviado a la casa, con los problemas legales que genera una situación como esta, porque un hospital para hacer una evacuación tiene que pedir permiso a otro hospital para derivar un paciente, tiene que estar registrado que te lo dieron eso, tenés que tener autorización de las autoridades ministeriales para poder realizar una evacuación. Entonces también en las primeras 24 hs se arma la estructura de soporte administrativo y jurídico de la situación que vos estas determinando. Es muy importante registrar todo eso, porque después que pasan, las cosas que te sucedieron se olvidan y después no tienen la cronología histórica adecuada. En el comité de emergencia se reparten funciones distintos grupos se encargan de distintas cosas, unos están en el tema operativo, otros en la evacuación, otros en la búsqueda de transporte, todo se centraliza en el comité de crisis y arman una estructura administrativa que va dando las ordenes de lo que se tiene que hacer por lo tanto tiene que tener conocimiento el que está ahí de que cosas hay que hacer, no puede ser cualquiera. Excede a lo meramente médico, bueno eso se hizo.

¿Cómo es el proceso de recuperación?

Estamos a mitad de camino en estos momentos pero se logró en un tiempo record y no hay un ejemplo en todo el mundo que lo haya logrado. Porque la inundación fue en abril y nosotros habremos puesto un análisis en diciembre y antes del análisis de diciembre ya estamos creando el servicio de cirugía, estamos al 100% de capacidad de quirófano, y con la mitad de las camas tenemos el 80% de los ingresos que teníamos el año pasado.

Por lo tanto la competencia se quedó con las ganas. Todos creían que salíamos del mercado.

Como todo fue tan rápido todos creen que salimos de la crisis, y la crisis recién empieza. La crisis tiene 3 etapas, y la 3ra es la más difícil. Porque es la de acentuar el modelo de gestión y saber que tenés todos los problemas financieros (por ejemplo pedimos adelanto de pagos de IOMA y de OSDE para financiar esto que te digo). La gente cree que ya pasó todo por lo que quiere cobrar lo mismo que antes, por lo que te suben de golpe los Costos Fijos, con una inflación mayor, con los problemas de tipo de cambio para los insumos y costos variables que están muy dolarizados y es un escenario nuevo, porque todos creen que ya está todo resuelto pero se necesita de más conocimiento para resolverse, que es la 3ra etapa. Por eso la discusión es esta etapa.

Existe un aumento de la demanda, eso genera una crisis, tenemos un problema hacia adentro, el personal cree que los costos fijos ya están resueltos, los costos variables determinan a la alza por inflación, por dolarización, y porque la sensación de la crisis y el temor se pierde y se distiende todo hacia adentro, necesita mayor conducción más verticalización de la toma de decisiones y más profundización de los cambios, se necesita más liderazgo y mayor motivación. Por lo tanto el problema es como transmitir y comunicar que la situación no está resuelta, hacia adentro y hacia fuera, y también poder seguir con la idea de la planificación que no es una planificación ahora de crisis sino que es de cambio. Se pasa de una situación de salida a una situación en la que hay que estabilizar las líneas de la direccionalidad y la planificación. Y esto es lo que no se ve. Para eso hay que estudiar mucho, no son estos modelos tan sencillos, son modelos de muchas variables y complejos. Son complejos en situaciones normales, en situaciones de crisis extremas, son mucho más complejos. Hay que tener cuidado con las decisiones que se toman porque influyen una con otra. Hasta ahora por cirugía, por las especialidades quirúrgicas, es un buen ejemplo de que el agiornamiento de la capacidad productiva hizo que la curva de ingresos se sostuviera, que eso te impide salir del mercado.

El periodo de recuperación que preveíamos era mucho más largo. Ahora estamos mucho más optimistas, seguimos con un escenario optimista para no bajar la utopía. Porque la motivación es la visión. El año que viene construimos la torre, invertimos más. Y los recursos los obtenemos de la curva de producción. Vamos a hacer ocho quirófanos y con los puentes, vamos a unir con la parte de cirugía del hospital y vamos a aumentar la capacidad de producción, profundizamos el modelo de gestión quirúrgico, y con esto

subsidiamos la construcción hacia abajo, entonces en vez de hacerla de abajo para arriba, la hacemos al revés. Cambiamos el plan de obra, lo modificamos en función a la planificación estratégica para aumentar los niveles de ingreso más rápido.

¿Que hicimos nosotros ahora? Nos regaló la fundación de Kreiselburg la recaudación de la cena de La Plata. Decidimos que el millón de pesos que recaudamos lo invertimos en tecnología de producción quirúrgica. Pero un millón de pesos son 100 mil dólares aproximadamente, pero un bisturí que queremos comprar para el área quirúrgica que es para cirugía de hígados cuesta entre 30-50 mil dólares. Los montos que se hablan en el mercado que parecen grandes en montos de flujos financieros, en la producción de una empresa de estos niveles, dolarizados de alta complejidad son habitualmente bajos. Es decir, que si vos tenés 10 millones de pesos de ingresos, la capacidad de inversión es baja. Tenés que tener una rentabilidad de 10 millones de 1 suponete, y es un bisturí y medio. Entonces hay que llegar a un nivel de ingresos que te de una rentabilidad mayor porque la rentabilidad se mide contra dólar, contra la tasa de interés, y entonces luego uno sabe qué capacidad de inversión, de ahorro, de recursos operativos y tenés que distribuir estratégicamente la rentabilidad. Este hospital tiene una ventaja, que puede disponer del 100% de la rentabilidad porque no divide por acciones. Si fuera empresa privada que hay que dar rentabilidad a las acciones. El hospital es una entidad sin fines de lucro, entonces toda la rentabilidad se puede reinvertir en el hospital. Porque una cosa es contable todo, hay que tener cuidado con lo contable, porque lo contable es exposto, y si te dicen te fue mal ya perdiste el hospital. Acá es en tiempo real, entonces es mucho presupuesto estratégico y financiero, mes a mes, con evaluaciones de estrategias mes a mes para hacer las correcciones. Porque si no haces las correcciones a tiempo, en cualquier desvío de tu estrategia puedes perder un montón de recursos. Si yo tengo que me internan 50 enfermos un mes que se me quedan 10 días, me bloquearon la capacidad, el giro cama y la curva de ingresos se me baja a la mitad. Por lo tanto discriminamos en forma positiva y negativa la demanda. Si no lo haces no persistís en el mercado. Entonces, es sutil, pero hay instrumentos de administración: no tengo cama para tal cosa, tengo para esto. Todavía tenemos las limitantes de que no pudimos bajar al subsuelo hematología, todo, para lograr tener la escala que teníamos anteriormente. Estamos con la escala restringida, estamos bien con la curva de ingresos pero con la escala restringida. Tenemos que hacer reingeniería de nuevo porque nos puede pasar una cosa negativa: que se nos llene eso con patologías y enfermos que consuman muchos costos variables y pérdidas. Entonces la rentabilidad que habíamos tenido la

perdemos toda, y lo tenemos lleno al hospital y parece que está trabajando bien. Pero en salud no puedo evaluar siempre rentabilidad, pero hay instrumentos de gestión para lograrlo. Cuando bajen hematología van a quedar las camas libres, con que se llena es el problema. Si no va con el mismo modelo de gestión y es muy duro, tengo un problema. Que ya lo tenía el hospital antes. Eso lo pudimos demostrar, la detección de que ya estaba con un problema, porque el modelo de gestión estaba mal. Entonces lo que aprovechamos es la crisis para demostrarle a un grupo que lo que estaban haciendo estaba mal, no importa quienes. Pero hoy en día se dieron cuenta y ahora están de acuerdo con nuestro modelo. Pero antes era muy difícil que se dieran cuenta, antes iba todo bien, con una baja rentabilidad. Pero esto fue una inercia de gestión. Parecía que estaba todo bien pero podía ir en un camino equivocado, daba la sensación de que podía ser peligroso. A muchas empresas les pasa eso en servicios, la mayoría funcionan mal y tienen estos problemas de no darse cuenta a tiempo.

La planificación optimista y la utopía de una planificación de máxima hicieron que los otros escenarios que probamos, que no me hubiera gustado que se probaran a mí pero bueno, demostraban que esto era el camino. Lo demás no podía demostrar esto, para mí. Esto se decidió por toma de decisión en el comité de crisis, la gente con mayor capacitación y más nivel de información. Se tomó la decisión de quienes participaban y quiénes no. No era un acceso abierto. Porque la crisis obliga a concentrar la conducción, la toma de decisiones. No puedes democratizar la información ni consultar a todo el mundo. Tenés que arriesgar más y ser más ágil, más dinámico, más rápido por lo tanto no puedes democratizar toda la estructura. Se profundiza la cadena de mando, la crisis hace que se haga más vertical. Porque si la haces más horizontal el tiempo no te da la respuesta para nada. Ahora hay que llevar a la tentación de la autocracia, a luego de la verticalización llevarla a la democratización correcta, que eso son las maduraciones de las empresas. Las empresas arrancan de una manera, una empresa de bienes es primero familiar, luego crece cambia la escala, se centraliza y luego termina entendiendo que hay que democratizar, bueno en esto hay que hacer lo mismo, pero con otras características. La producción de servicios tiene esto, es una cadena de valor constante, vos entras y donde te hacen una cagada en el camino el bulón no sale igual, el bulón sale defectuoso o no, y se ve en el control de calidad final y lo tiras. Acá ya está, el paciente se murió antes. Aparte el nivel de satisfacción es totalmente distinto, porque el bulón no tiene satisfacción, pero el paciente si tiene nivel de satisfacción.

Nos planteamos sacar toda la tecnología del subsuelo, pero había que hacer una torre nueva que nos impedía la planificación estratégica que estamos implementando ahora. Era inviable desde el punto de vista de la planificación. Entonces se tomó los recaudos al revés. ¿Cuántas oportunidades hay de que vuelva a suceder lo mismo? Costo de oportunidad. Segundo, si sucediera, le colocamos 6 bombas industriales e hicimos un subsuelo todo nuevo sellado de otra manera. Si volviera a suceder, cuanto tiempo nos daría para que no nos haga el daño que nos hizo. Se tomaron todas medidas preventivas al revés. ¿Cuánto hubiéramos tardado en hacer una torre para poner la tecnología? Me sacaba del mercado, entonces no era viable. Entonces esto se llama reconversión, vuelve la situación al lugar y luego se plantea la reconversión, esto es como reconstruir un hotel, vos lo compras, estaba todo para la mierda, estaba todo mal ubicado, ¿podes hacerlo todo de entrada? No puedes. Reconversión arquitectónica es etapas de construcción progresiva y donde vos sacas una cosa ese lugar hay que utilizarlo para otra correctamente y tiene que tener una planificación a largo plazo mucho más consensuada y rígida. Pocos saben porque se tomó esta decisión de no mover los aparatos tecnológicos, todos cuestionan, critican, pero nosotros no contestamos nada, si se inunda nos hacemos responsables. Aparte estamos con un riesgo bajo también, porque una inundación de estas características se produjo una sola vez en la historia de La Plata. ¿Por qué se produjo? Son causas todavía no comprobadas, hay múltiples hipótesis. Y además nosotros en ese momento no teníamos previsto una de las situaciones que ahora si tenemos prevista. Ahora no tenemos el tablero ahí, hicimos dos tableros divididos para cada torre afuera, asesorados con la empresa de energía y con alternativas. No nos podría volver a pasar lo mismo, no nos quedaríamos sin energía, y eso te cambia el escenario completamente. A parte si tengo 6 bombas colocadas que automáticamente arrancan nunca llega a pasar de 20 cm el agua. A parte esta sellado de otra manera todos los lugares débiles que tuvimos. Se selló inmediatamente, todo el mundo tenía miedo cuando llovía que iba a pasar y nosotros no, ya sabíamos que no. Y nos cayó mal en la obra porque fue un defecto, en el análisis final, entre la vieja construcción y la nueva porque el hospital esta alto pero nos hizo pileta sobre una pared que se había construido de comunicación de obras, que era más frágil. Que ahora como se hizo no es posible que pase. Entro por el bar del subsuelo el agua, es por el lugar que habíamos comunicado una obra con otra, se hizo pileta entre una obra y otra. Ahora que sellamos todo el subsuelo esto no puede volver a pasar, no hay pileta no hay nada. A parte, tenemos previsto dos contenciones de agua, una afuera, otra en el medio de las

dos obras y otra adentro. Entonces, ¿Por qué no coloco la tecnología en el subsuelo que es la mejor opción? Por otro lado pocos saben que vos cada vez que colocas una tecnología tenés que pedir la habilitación. Por ejemplo, en dos equipos tuvimos que cambiar los metros de los lugares, en la cámara gama la comisión de energía atómica nos pidió 5 metros más, y en el resonador, que es más grande y de mayor tecnología, necesitamos 10 metros más. De esta forma, tuvimos que hacer reingeniería estructural del propio subsuelo, ¿te imaginas hacer todo eso nuevo? Respecto al plan de contingencias que poseemos, se encuentra orientado a incendios pero dadas las circunstancias vividas hemos observado que es aplicable para otras situaciones. Sin embargo, vamos a actualizarlo con el aprendizaje de todas estas cosas, te obliga a revisar todos los aspectos que hacen al mismo. Por otro lado, los planes de contingencia lo más serio que tienen es que si no están entrenados y probados, por más que los tengas no funcionan si cada cosa no sale.

¿En qué se ha visto modificado el modelo de gestión de la institución?

Cuando uno está trabajando en esto, tiene que evaluar luego como se va a plantear el hospital con una nueva visión, si salimos con un perfil quirúrgico más fuerte, luego se toma la decisión en qué momento se sigue la obra, que se toma como una fortaleza, sin subsidios; encima, el personal puede no estar cobrando, y el reclamo salarial es proclive porque se enteran que el dinero se está destinando para otros fines. Lo otro es plantear un hospital diferente a partir de este momento. Por lo tanto hay que idear un modelo de gestión. Las etapas de planificación: estructurales (que son las arquitectónicas), las tecnológicas – científica (a donde lo orientamos, a quien, como, cirugía de alto nivel, etc.) modelo económico (como lo sustentas), modelo de auditoría, modelo de la calidad, entonces se plantea como discusión en la planificación estratégica modificar el modelo de gestión actual. Para esto se cambia un primer instrumento que es un reglamento que tiene el hospital que relaciona a los médicos con el hospital, se lo dinamiza hacia un modelo de gestión más moderno en el tratamiento hospitalario que Permite la creación de servicios (porque un hospital amorfo como se llama la configuración de Mintzberg que tiene una burocracia profesional muy fuerte) con una cúpula de conducción más profesionalizada más asesores laterales y con mayores niveles de producción en el medio, entonces, se dice de armar: un departamento especial de clínica, un dpto. Especial para el ámbito quirúrgico, un departamento de apoyo y logística, un departamento de emergentología, y se comienza a trabajar sobre el que es el soporte, porque la planificación no es lineal, no se hace toda al mismo tiempo. Se utiliza un

modelo de planificación indicativa donde se arma el servicio de cirugía, donde dicho servicio es un modelo de gestión a imitar. Teóricamente, por reacción espejo va a empujar a los otros. Esto fue una gran discusión porque con cirugía de entrada lo que hicimos fue ocupar un lugar físico. No dejábamos internar a nadie más que los de cirugía. Entonces los demás, por querer lo mismo quieren imitar el modelo. Eso fue lo que se implementó y dio resultados. Entonces como ven la planificación tiene reingenierías hacia adentro y los modelos de gestión se van a una etapa tecnológica de gestión superior. Se están colocando sistemas de soporte y atención de los servicios digitalizados hacia los pisos con sistemas de información computarizados de gestión hacia el proceso de atención con enfermerías que se van a profesionalizar según sus especialidades por departamento, con niveles de calidad y controles más efectivos y eficientes. Desde la limpieza, cocina que finalmente van a impactar en que la crisis nos va a llevar a un hospital mejor.

Entrevista con los gerentes

¿El hospital cuenta con un Plan de Contingencia?

El hospital posee un plan de contingencia frente a incendios. No estaba previsto para inundaciones. Ante los incendios, existe la brigada ante incendios cuya rol es fundamental para el restablecimiento del normal funcionamiento del hospital. Este plan es conocido por todos los brigadistas y determinado por ellos. Todos los integrantes poseen una capacitación brindada por la misma brigada que se renueva periódicamente. Existe un documento el cual detalla la estructura y funcionamiento del cuerpo de la brigada. Realizan simulacros periódicos. Por otro lado ni Pablo ni Daniel contaban con una formación específica para manejar este tipo de situaciones. La experiencia sirvió a modo de alerta para en el futuro contar con una mejor preparación. En ciertas situaciones, la falta de planificación para determinadas tareas generó choques de voluntades.

¿Se realizan los simulacros correspondientes?

Se realizan simulacros ante incendios, pero se dificulta que el personal este presente por completo. No se puede hacer mucho ruido por los pacientes. Su periodicidad es cada 6 meses.

¿Cuáles fueron las implicancias económicas de la catástrofe?

Daños primarios → Subsuelo totalmente inundado por 48 hs. Allí se encontraba el tablero central que brinda energía eléctrica a todo el hospital y la aparatología. Los grupos electrógenos de emergencia tenían la capacidad suficiente para alimentar la necesidad de energía del hospital. Pero, como el tablero estaba inundado, los generadores no servían ya que conducían la electricidad al agua. Además quedaron inutilizados los servicios de diagnóstico por imágenes, hemoterapia, hemodinámica, laboratorio, medicina nuclear, fisioterapia y la cocina. Las otras cinco plantas no sufrieron daños aunque debieron ser evacuadas por completo.

Daños secundarios → Hospital inutilizado sin facturar por falta de condiciones básicas. El director médico categorizó a los pacientes siguiendo la metodología Triage con lo cual las personas que podían ser dadas de alta se retiraron por sus propios medios del hospital. Aquellas que debían ser reubicadas en otros centros de salud fueron evacuadas por los brigadistas conjuntos a gente voluntaria. Actualmente se está llevando a cabo la reconstrucción del subsuelo.

¿De qué manera la inundación afectó el normal funcionamiento del hospital?

El hospital estuvo paralizado por completo durante 6 días. Una vez evacuados los pacientes el segundo día la prioridad se transformó en limpiar la suciedad que la inundación había dejado y el restablecimiento inmediato del servicio eléctrico. Faltaban insumos básicos, como agua para tomar. En esa falta de elementos básicos también radicó la decisión de evacuar el edificio. Dado que el tablero central se encontraba inundado se debía dar luz a los tableros intermedios ubicados en los pisos. Se priorizó darle luz al sector de facturación para poder cumplir con las obligaciones pertinentes y que de esa manera el personal pueda cobrar su sueldo. También se gestionaron los plazos de presentación para poder adecuarlos a la situación reinante, Los RRHH del hospital sufrieron variaciones en sus funciones al no poder cumplir con sus tareas normales. Guardia del hospital cerrada. En ningún momento se pensó recortar personal dada las implicancias de la inundación. El suspender gente hasta el restablecimiento del hospital no se tomó como una opción dado su inminente efecto negativo en la comunidad.

El comité de crisis, conformado tanto por una parte médica y una parte administrativa fue el medio por el cual se fueron resolviendo las cuestiones que surgían producto de los daños ocasionados. Se realizaron varios checklist para enlistar lo necesario.

Había un sentimiento de desamparo general frente a la situación. Se corrieron rumores acerca de que el hospital no se recuperaría de semejante golpe. Se tomó la decisión que el hospital debía generar actividad para “ocupar la cabeza de la gente” y de esa manera revertir el ánimo.

¿Han alcanzado el nivel de facturación promedio del hospital?

No. Debido a que el subsuelo sigue en obra, todavía no hemos alcanzado el nivel de facturación habitual. Según nuestras estimaciones el hospital se volverá 100% operativo para fin de año.

¿Cómo fue la evacuación de pacientes?

La evacuación de pacientes fue dirigida por la brigada de incendios. Pedro Belloni, el director médico, se ocupó de categorizarlos según su gravedad. Se necesitó de una gestión para conseguir lugares donde trasladar a los pacientes así también como el transporte necesario. Se destaca el correcto uso médico de la metodología del Triage. El agravante estaba en que la inundación no solo había afectado al hospital sino que a toda la ciudad. Pablo (subgerente) ayudó con los brigadistas en lo que fue indicado. Las escaleras de emergencia, previstas para el caso de incendios, sirvieron para evacuar los pisos superiores. Además, se remarca la importancia de la brigada como medida

preventiva para posibles contingencias. Daniel se encontraba de viaje al momento de la evacuación.

¿Cómo fue la recuperación?

Predominaron los cambios de roles en las primeras horas, cuando la prioridad era limpiar. Las decisiones fueron basadas en generar actividad lo antes posible. Dada la falta de planificación, los problemas con los elementos necesarios para llevar a cabo una rápida reconstrucción se fueron evacuando a medida que se presentaban.

Los plazos fueron difíciles de estimar dadas las características de la catástrofe. A modo de ejemplo se esboza el levantamiento de azulejos que no fue previsto. En cuanto a los fondos para el restablecimiento del subsuelo se tomaron varias medidas. Mediante reuniones se lograron subsidios a nivel nacional y provincial. Además la empresa General Electric se acercó y contribuyó con el otorgamiento de equipos sin estipular plazos de pago. A nivel organizativo, Pablo se ocupó de la parte operativa interna, mientras que Daniel se ocupó de gestionar el restablecimiento de la aparatología. Por otro lado se hace mención a la importancia de trabajar con el ánimo de la gente. Además del problema del hospital, el 20% del personal había sido afectado por la inundación en sus propios hogares. Una vez que se limpió el subsuelo, la prioridad pasó a ser el restablecimiento del tablero central. El cronograma que se planteó fue que el 8 de abril se comenzara dando consultoría externa a pacientes programados y el 22 se abriera el área de internaciones. Existieron diversos factores no previstos que pusieron en riesgo dicho cronograma. A modo de ejemplo se esboza la necesidad de una llave especial para el tablero central que paró todo el armado del mismo durante 72 horas. Cuando se reestableció el consultorio externo, el hecho de certificar calidad hizo que los procesos no se hayan alterado pudiendo brindar una calidad de atención de iguales características a las previas a la inundación.

¿Existió un modelo de gestión que se aplicaba antes de la inundación?

Si, se utiliza el Modelo de Gestión por Objetivos y Resultados (GOR), el cual se define como una manera de dirección y organización basada en la definición previa de logros y en la reorganización interna para conseguirlos. Esta forma de gestionar favorece la planificación y la fijación de los objetivos y “a dónde queremos ir” de manera anticipada así poder estar un paso adelante y basarse en los logros y en la consecución de aquellos objetivos para poder controlar y consecuentemente, en base a lo que se obtenga como feedback, poder corregir los desvíos.

La fijación de objetivos se dejó plasmada en el Plan Estratégico 2011-2020 (PE 2011-2020) donde se estableció los Ejes Estratégicos y se realizaron Actividades concretas para llevarlos a cabo,

Como indica la bibliografía, se necesita que la toma de decisiones este guiada por esta manera de gestionar las organizaciones y la asignación de recursos asociada a aquellas para dejar bien en claro que es lo que se pretende y como se deben alcanzar los objetivos.

¿En que se vio modificado el modelo de gestión de la institución?

Contar con un modelo permitió entender los desvíos que estaban ocurriendo y no perder la referencia a pesar de estar atendiendo a la emergencia. Una vez pasa la etapa “reactiva” de “la crisis”, se volvió a revisar el plan estratégico y hacer las adecuaciones y reprogramar las actividades. El hecho de tener un PE permitió conocer claramente las restricciones y hacer las adecuaciones a tiempo para poder brindar un servicio de calidad cada vez que se reinició cada actividad, tanto interna como externa.



Entrevista al Director del Hospital Español de La Plata Dr. Pedro O. Belloni

¿El hospital cuenta con un Plan de Contingencia?

El hospital cuenta con un plan de contingencia pero para incendios, no contaba con un plan de contingencia para inundaciones. Sin embargo, el cambio climático en esta zona obliga a tener un plan de contingencia en el futuro, y debe hacerse en comunicación con las autoridades de salud provincial y municipal, para que nos ayuden a construir un helipuerto para poder evacuar en situaciones de inundación. El Director de la OPS visitó el hospital luego de la catástrofe y nos dijo: “el cambio climático está, y esto va a volver a pasar, sobre todo a hospitales que están cerca del río, como el Hospital Español.” Así que a futuro vamos a contar con un plan de contingencia para inundaciones.

¿Se realizan los simulacros correspondientes?

Llevamos a cabo simulacros en caso de incendios. Al ser un hospital nos vemos imposibilitados de realizarlos con gran frecuencia.

¿Cuáles fueron las implicancias económicas de la catástrofe?

En un momento hubo un ingreso de agua masiva en el subsuelo, cuya superficie es de 2500 metros, y arrasó con todo lo que allí había. En el subsuelo se encuentra toda la aparatología de diagnóstico como por ejemplo rayos, tomografía, resonancias, medicina nuclear, ecografía, mamografía, radiología, también el laboratorio central, patología, hematología, cardiología, hemodinamia, odontología, la cocina y el auditorio, todo eso quedó bajo agua e inutilizable. Otra cosa muy importante que se encontraba allí era el tablero eléctrico que proveía a todo el hospital. Cuando eso dejó de funcionar, el hospital quedó sin luz, se trataron de utilizar grupos electrógenos, pero como éstos generaban energía y se la enviaban al tablero central, eran inútiles por completo. Entonces lo que debimos hacer fue reemplazar los aparatos electrónicos por aparatos por mecánicos para poder preservar la salud de nuestros pacientes. Todo eso fue en el momento de la catástrofe, pero también hubo otras implicancias económicas luego, como por ejemplo de merma en la productividad ya que el hospital dejó de funcionar por una semana y su vuelta al funcionamiento fue muy progresiva y no se quería dejar sin trabajo ni sin sueldo a casi 500 empleados con los que cuenta el hospital. Hoy en día, luego de una reestructuración debida, contamos con un 60% de disponibilidad de camas con respecto a antes de la inundación, pero gracias a una buena reestructuración pudimos llegar a casi el 80% de la productividad anterior, así que en puntos

comparativos creemos que en un futuro cercano, más precisamente principios del año que viene, vamos a volver a operar al 100% de la capacidad pero vamos a tener una mejora considerable en la productividad. Cabe destacar también, que para que esta vuelta al funcionamiento sea posible, fue muy importante la colaboración de la comunidad, gobierno nacional, provincial y municipal en lo que fueron tanto aportes económicos como no económicos como fue colaborar en la limpieza del subsuelo.

¿De qué manera la inundación afectó el normal funcionamiento del hospital?

En primer lugar se inundó toda la zona aledaña al hospital y eso impedía la entrada y salida de médicos o personal del hospital y también imposibilitando el trabajo de las ambulancias. Posteriormente, hubo un ingreso masivo de agua en el subsuelo que arrasó con todo lo que había allí y también prohibió el ingreso de gente a ese lugar. Como dije anteriormente, al inundarse el subsuelo el hospital quedo totalmente sin luz y también incomunicado con el exterior, solo se podía hablar a través de nuestros celulares pero se acabaron las baterías rápidamente. La mañana siguiente la preocupación principal fue la evacuación de los pacientes críticos, así que gestionamos donde derivarlos porque había que ver que otro hospital estaba en condiciones de recibir nuestros pacientes. Una vez resuelto este problema, y aprovechando que el agua había bajado, pudieron ingresar las ambulancias y derivamos a los pacientes a las diferentes instituciones de salud.

Para mí es muy importante destacar que el corazón productivo de un hospital son los médicos, y que en este hospital nos esforzamos por que la relación médico-paciente sea muy fuerte para poder crear un vínculo con nuestros pacientes, esto es el motor de nuestra rueda productiva. A mi parecer, esta relación fue un factor de vital importancia ayudó mucho a recuperar más rápidamente el hospital, ya que la gente volvió rápido a atenderse en el hospital por la confianza que tiene en los médicos que trabajan aquí.

¿Han alcanzado el nivel de facturación promedio del hospital?

Muy cerca del 100%, vuelta progresiva.

¿Cómo fue la evacuación de pacientes?

Bueno como ya te conté, la evacuación en un primer momento fue imposible por el tema de que la zona estaba toda inundada y las ambulancias no podían entrar o salir. Mientras el agua iba bajando, nos encargamos de gestionar las derivaciones. Para la evacuación de pacientes utilizamos la siguiente clasificación: primero evacuamos neonatología, luego los pacientes de terapia cardiología y por último los pacientes internados. En lo que respecta a los internados los clasificamos en código rojo, amarillo o verde de acuerdo con la gravedad del paciente y evacuamos en primer lugar los

códigos rojos que eran los de mayor gravedad. Es el único hospital de la ciudad que cuenta con una escalera de emergencia para incendios, la cual fue de gran ayuda para la evacuación de pacientes durante la inundación. Es muy complicado tener un plan de contingencia contra inundaciones ya que el problema traspone al hospital, ya que más allá de las medidas que pueda tomar el hospital, al inundarse toda la zona aledaña, el hospital queda aislado y se le imposibilita la evacuación. O sino la otra alternativa sería contar con lanchas sanitarias, o ambulancias acuáticas, como cuentan en Venecia en donde los hospitales están sobre los canales, y esa sería otra forma efectiva de evacuar en esas situaciones.

¿Cómo fue la recuperación?

La recuperación es muy paulatina y progresiva, es más, todavía seguimos con ese proceso. En primer lugar lo que hicimos fue la limpieza y recuperación del subsuelo, donde se sacaron casi 40 toneladas de mugre. Al mismo tiempo se comenzaron a reparar los tableros eléctricos y durante su reparación se utilizaron grupos electrógenos para que el hospital pueda funcionar mínimamente. Luego de la primera semana comenzamos a atender solamente a pacientes ambulatorios y recién a la tercera semana pudimos realizar algunas pocas cirugías de baja y mediana complejidad. Tuvimos que reestructurar internación y perdimos habitaciones ya que las utilizamos para que funcionen consultorios o el laboratorio por ejemplo. Tuvimos que cambiar el funcionamiento luego del desastre para tener la misma calidad médica con una menor cantidad de camas para mejorar la productividad y que el hospital siga funcionando. Hoy tenemos un 50% del subsuelo terminado, el tomógrafo en funcionamiento, el angiógrafo, resonador y mamógrafo están por llegar. Nuestro objetivo es, a principios del año que viene, volver a tener el mismo hospital pero con una organización.

Entrevista con el Jefe de Facturación, Sebastián Sampron

Yo cuando llegue a las 8.30 de la mañana, no sabía lo que había pasado en La Plata, como en mi casa no me inunde, me vestí para ir a trabajar. Empecé a ver todo cuando la lleve a mi esposa al trabajo, ahí veía un auto arriba del otro y pensaba en cómo debe estar el hospital. Deje el auto a 3, 4 cuadras del hospital y me vine caminando por el agua y cuando llego estaba todo inundado, no podías bajar al subsuelo porque el agua había lo había rebalsado. Ese día hable con el vicepresidente del Hospital, Luis Galdamez, porque, del personal jerárquico, el único que había llegado era el jefe de compras que había venido la noche anterior. Después estaba yo, el gerente estaba de viaje y el resto de los jerárquicos habían tenido problemas con la inundación, en sus casas o con sus familiares. Pablo (subgerente) no había llegado todavía porque estaba varado y bueno, había que tomar decisiones. El director del Hospital, Pedro Belloni estaba así que encomendó que había que empezar a derivar a los pacientes. Un poco por mi función, (yo soy el jefe de facturación y de internación del hospital), un poco por los contactos, (yo tenía contactos con ambulancias para que vengan a buscar a los pacientes) me encargue de ese tema. El problema que teníamos es que estábamos incomunicados, no teníamos electricidad, no teníamos teléfonos, nada. Tenemos un servicio de ambulancia que esta acá a dos cuadras, que es bastante confiable así que fui hasta allí y el hombre también estaba inundado pero igualmente me consiguió 3 ambulancias. Luego me fui a otro lugar contacte 2 ambulancias más, así que con 5 ambulancias comenzamos los traslados de los pacientes. El tema de los traslados y las derivaciones las organice yo con la colaboración de 3 médicos, esto médicos me hacían el triage de los pacientes, priorizando a los de más gravedad. Anteriormente se habían derivado todos los pacientes que era de neonatología. Conseguimos camas en otros hospitales como en el Hospital Italiano, en el Hospital San Martin, en el Sanatorio Argentino y en el Rossi. Entonces empezamos a derivar a los pacientes, había 3, 4 médicos que estaban en los pisos que me iban diciendo que pacientes había que trasladar y eso lo empecé a manejar yo. Habíamos armado una cuadrilla para bajar a los pacientes por las escaleras de emergencia, les íbamos diciendo que pacientes tenían que ir bajando, empezamos a trasladar y el último paciente que dejó el hospital fue a las 10.30 de la noche.

La mecánica del traslado ¿Fue realizada dándole prioridad a los pacientes de más gravedad?

Si primero terapia, coronaria, se mecho de un servicio del otro y después los de los pisos, es más, se había comentado que algún paciente se iba a quedar a pasar la noche acá pero se terminó decidiendo que no, que se trasladen todos y el ultimo se fue a las 10.30 de la noche. La verdad para la no experiencia que teníamos nosotros en esto, nos organizamos muy bien, anotamos todo, cada paciente en que ambulancia se iba, a que hospital fue derivado, en qué estado, etc.

Para no haber tenido un plan de contingencia ¿Cómo fue el trabajo realizado?

Excelente. Yo me considero una persona como cualquiera y lo pude hacer sin tener la experiencia necesaria, más allá de un curso de seguridad e higiene, que más que nada era de incendio. Consistía, básicamente en agarrar un matafuego y apagar un fuego. Por otro lado, en la parte organizativa se manejó como se pudo. Piensen que era un caos, primero llegar acá, el shock de ver gente que había pasado toda la noche, de ver el hospital y no saber si el día siguiente ibas a tener trabajo o no. Por otro lado, venían los empleados a preguntar en que podían ayudar, los médicos también preguntaban, los familiares de los pacientes preguntaban por sus familiares, era terrible escuchar gritos.

Desde el punto de vista de tu función, sacando el momento de la catástrofe, ¿Cómo fue el momento posterior que te toco vivir?

Bueno le dimos luz primeramente a administración ya que teníamos que cerrar la facturación. Si bien ese día no pudimos hacer nada, cuando se dio la luz puse a un grupo de empleados míos a trabajar en la facturación. Yo los coordinaba. La preocupación era, más que nada, ver el día siguiente como era la recuperación del subsuelo. Nos pusimos a trabajar, vino la luz que fue tirada desde afuera a la planta baja para que podamos sacar la facturación y se les pudo pagar a los empleados.

Después lo que había que hacer era esperar a sacar el agua del subsuelo así que el jueves se sacó el agua, yo me vine a sacar fotos de lo que era y después acá los directivos del hospital me pidieron que les haga el favor de encargarme de la limpieza del subsuelo

mediante el armado de las cuadrillas. Me pidieron que sea el nexo entre ellos y todos los empleados del hospital.

¿Cómo fue la organización de las cuadrillas de limpieza y reorganización del subsuelo?

Me junte con otros jefes para ver que disponibilidad de gente tenían. Los mandábamos a los hombres a sacar las cosas más pesadas, a las mujeres a limpiar, formando grupos de trabajo por turnos y sector. Todo eso que se sacaba, se tiraba en un container. El subsuelo del hospital es muy grande y tiene muchos recovecos. Había que trabajar con mucho cuidado, piensen que abajo está el laboratorio con muestras de sangre, virus y bacterias. Había que tener precaución que se pisaba, con que elementos se limpiaba.

Después por suerte vinieron las cooperativas y ellos, que estaban más acostumbrados, hicieron un trabajo bárbaro. Yo iba y le decía como tenían que trabajar porque había cosas que servían como los durlock de diagnóstico por imagen. Por otro lado ellos rompían las paredes y yo les dije que no lo hagan ya que están emplomadas por el tema de los rayos y el plomo es carísimo y recuperable. Es por eso que siempre una persona tenía que estar controlando abajo hasta que se terminó de limpiar que estuve yo, después la parte de construcción yo ya no tengo el conocimiento necesario.

Yo un mes estuve prácticamente desde las 6 de la mañana hasta la noche viviendo en el hospital, estaba muy sugestionado con todo, no era fácil manejar a la gente, piensen que gente no quería bajar, yo necesitaba a hombres y no los tenía o gente que prefería hacer otra cosa y era reacio a bajar, entonces te tenés que pelear, ponerte firme.

¿Existe un gran componente psicológico en esta relación?

Si, te ves afectado. Me pasó que discutí con un montón de gente porque te sentís con la carga emotiva que tenés y estar desde la mañana hasta las 10 de la noche acá y que te vengán a decir en esos momentos molesta. Me pasó con varias personas, una carga emotiva muy grande.

En tu caso, ¿te viste cuestionado por algún integrante de la institución?

No, por ahí no es lo que te cuestionen, porque capaz está bien, pero se trabajaba muchas horas y el cansancio era enorme. En ese contexto, te puedes equivocar, yo les soy sincero yo acá me mostraba duro pero cuando iba a mi casa lloraba, esa es la realidad. Cuando pasaron 20 días me llamo el vicepresidente y el gerente para felicitar me, me quebré me largue a llorar porque estaba con mucha carga emotiva.

Una vez culminado lo peor, ¿se siente el aporte del personal para la recuperación del hospital?

Si, totalmente. Por ahí no te das cuenta en el momento porque la misma vorágine te lleva a venir, no dormir, llegar bien temprano y por ahí mismo en casa tengo un nene chiquito que preguntaba: “y papa ¿Por qué viene tan tarde?” Y mi señora también, de hecho el gerente le agradeció que me haya bancado en esa situación a mí y también para el afuera, todo el mundo te preguntaba por el hospital, también está la gente que decía que el hospital está quebrado, que era inminente su cierre.

¿Lo importante fue salir adelante y arrancar con los consultorios externos?

Sí, eso fue una buena decisión que se tomó para demostrar que el hospital seguía en funcionamiento. Después arrancamos con la internación, donde para mi ese es el día en que volvimos. Cuando empezamos con la internación dije “ya paso, vamos para adelante” Lo de los consultorios fue un arranque, fue más simbólico, pero lo de la internación fue lo mejor. Realmente nos cambió el ánimo.

¿Alguna vez habías tenido un cambio de rol, de función como el que asumiste?

La verdad que nunca me había pasado esto, yo en la institución fui cambiando de sector, arranque trabajando en contaduría y tuve la oportunidad de ir ascendiendo hasta ser el encargado de la facturación y de la internación. La verdad que considero importante esta función dentro de una organización de salud, manejas todo, la facturación, consultorios externos e internación. El estar a cargo de eso para mí es excepcional.

Volviendo un poco a tu área de trabajo diario ¿cómo se vio afectada una vez que volvieron a trabajar?

Dadas las características del área de facturación, no tuve mayores problemas, el proceso administrativo siguió siendo el mismo, tal vez bajó en volumen de trabajo, pero el circuito fue el mismo. Otro problema que tuvimos fue el tema de la gente, muchos empleados se inundaron y no podían trabajar, entonces los que pudieron venir hacían el trabajo. Yo hablé mucho con la gente, les pedí que seamos solidarios entre todos, le decía que los que tuvieron problemas que no vengan, que solucionen lo suyo con su familia. Pero el que realmente no tuvo nada, pongámonos en el lugar del otro y salgamos adelante. En ese sentido tuve respuesta de mis compañeros y de mis empleados. Lo que si se me vio realmente afectado fue la parte de diagnóstico por imagen que estaba en el subsuelo, ahí si tuve un problema porque no tenía nada. Perdí mucha facturación que fue inundada.

La parte de archivos ¿se encuentra abajo también?

En parte sí. Lo que es diagnóstico por imagen se tenía todo ahí abajo. Se perdió un montón de cosas, otras se secaron. Hice todo lo que pude para que se pierda lo menos posible. Por otro lado gestioné con obras sociales, como IOMA, que es lo más grande, para que nos reconozcan ciertos estudios cuya documentación se había perdido.

Hoy en día ¿han alcanzado el nivel de facturación promedio del hospital?

No, todavía no ha llegado, piensen que nosotros estábamos trabajando al 100%, casi con la capacidad saturada y hoy no es así. Hoy donde internábamos pacientes tenemos oficinas administrativas, todo el subsuelo lo tuvimos que reubicar en planta y en los pisos superiores así que todo eso redujo la capacidad de camas y de internación. Nos quedamos sin tomógrafos, sin resonador, sin ecógrafos, medicina nuclear, sin un montón de cosas pero de a poco vamos volviendo.

¿Se aplicó algún tipo de decisión o política con la finalidad de generar una mayor facturación?

Si, esto si bien fue una catástrofe para nosotros, te permite arrancar con otras pautas, otros mecanismos. Uno de los aciertos de los directivos junto con la dirección médica fue arrancar un poco más con la parte quirúrgica del hospital. Un paciente que lo operás y se va al otro día depende del tipo de cirugía en cambio un paciente clínico como es una neumonía, lo internas y lo tenés acá en observación y tenés muchos costos de oportunidad. A partir de ahora, como hay menos camas, se le da prioridad a toda la parte quirúrgica, entonces existe mayor rotación, por ahí, en volumen, no es tanto, pero económicamente a fin de año en relación ventas - costos se va a ver reflejado. Capaz no se nota tanto en el día a día pero a fin de año si y ojala que siga esta tendencia.

Ustedes tienen previsto ¿cuándo podrían volver a facturar lo que se facturaban anteriormente?

En un mes y medio, 2 meses más con toda la capacidad porque se reinaugura el subsuelo. De hecho el tomógrafo ya está, estamos haciendo tomografías, ya está el ecógrafo, el equipo de rayos, hay que acomodar la parte edilicia pero se arrancarían la parte de diagnóstico por imagen y liberaríamos algunas habitaciones.

También se está mejorando mucho por el tema que decía yo de darle prioridad a lo quirúrgico. Otra cosa que aprovechamos es la mejoría en lo que es el diagnóstico por imágenes. Antes, tenía toda la parte administrativa abajo. Ahora, estoy aprovechando para cambiar todo el proceso de facturación, estamos perfeccionando.

¿Entonces se puede decir que ante lo malo surgieron nuevas oportunidades?

Sí, claro. Por ejemplo en diagnóstico por imagen venía un paciente y se tenía 2 puestos de atención, dos cajas, el paciente se acercaba y hacía un trámite administrativo y si tenía que pagar la misma persona le cobraba, ese empleado le hacía de cajero, de administrativo, de facturista y el mismo entregaba estudios. Eso generaba una cola donde los pacientes tenían que esperar media hora para que le entreguen un estudio. Ahora se tiró abajo todo esto y ese lugar se puso 3 empleados administrativos y la caja en otro lado. De esa forma el proceso se va optimizado. También armamos procesos administrativos, estamos viendo de digitalizar toda la documentación presentada, a las órdenes de internación le imprimimos un código de barra para poder escanear para que haya menos errores, que todo sea más ágil para la facturación. Además, estamos

imprimiendo etiquetas con códigos de barras para entregarles los estudios a los pacientes, disminuyendo el margen de error.

Al pasar este tipo de situaciones se pueden aprovechar algunas cosas que antes no se podían cambiar por diversas cuestiones (porque no te da el tiempo, porque no te da el espacio, etc.) No se puede pasar una semana para hacer un cambio porque es mucho dinero así que esto fue algo que no se pudo controlar pero que hay que aprovecharlo y ahora diagnóstico por imagen va a quedar mucho mejor.

Y la documentación que almacenaban anteriormente en el subsuelo hoy en día ¿lo continuaría guardando en el mismo lugar?

El papel lo vamos a tener que seguir presentando por que las organizaciones nos obligan a presentar el papel. Pero, de todas formas las digitalizaciones se están haciendo. Por ejemplo con OSDE yo les presento historias clínicas en un cd no les mando papel. Pero OSDE es la única obra social que ya tengo hablado que cuando arranque diagnóstico por imagen le mando el cd. Al resto le tengo que seguir mandando papel, entonces el archivo lo tengo que tener y lamentablemente lo tengo que poner ahí abajo porque no hay lugar, es la misma pregunta que todos nos hacen ¿y el tomógrafo lo van a poner otra vez en el subsuelo? Y otro lugar no tenemos. Por ahí la idea era cuando se termine la obra del edificio de al lado los equipos no van a ir en el subsuelo pero hoy en día si tenés que trabajar no tenés otros lugares para ponerlos. Piensen que los equipos son pesados, necesitas paredes anchas, tiene que estar todo emplomado por la radiación, hubiésemos tardado muchísimo más que uno o dos meses, en los cuales, teóricamente, estaríamos arrancado.

¿Consideras pertinente para el futuro considerar algún tipo de plan de contingencia como tienen el de incendio?

Sí, lo que hay que hacer es prevenir ahora, poner bombas de achique. Después, el tema para el rescate de los pacientes es que hay que capacitarse. De todas formas, para mí, se hizo muy bien, en tiempo record y con una prolijidad tremenda, me asombró por no haberlo vivido nunca. Fue un orgullo personal y en parte de la gente de acá. Acá trabajaron todos, no es que había uno que dijo yo me dedico a esto no, acá trabajaron

todos. El subgerente también ayudó a bajar pacientes, gente de mayor rango que el mío preguntándome en que podía ayudar, la colaboración fue muy buena.

¿Con cuántos pacientes contaba el hospital en el momento de la inundación?

Había 120 pacientes ese día. Los médicos de cabecera empezaron a dar altas a los pacientes que realmente se podían dar alta. Los que no, se quedaron acá y al día siguiente los empezamos a trasladar. El número de pacientes evacuados fueron 36, derivados a instituciones y 4 directamente al domicilio que podían irse pero que necesitaban traslados.

¿Cuáles fueron los factores claves que vos viste para que el hospital pudiera salir adelante?

Bueno yo creo que la gente que está atrás de todo, que empuja. Piensen que el hospital hace muchísimos años sufrió un incendio. Se recompuso y hoy el hospital tiene 79 años. Antes que nada, la disposición de la gente, vos escuchas hablar al presidente y te emociona, los directivos tienen todo acá ad honorem, te llevan para adelante, la gerencia también y a vos te dan ganas de laburar. Yo en ningún momento pensé en quedarme en mi casa. La prioridad era esta, y eso te lo transmiten ellos. Otro factor, es el empuje, hay algo que te mueve, no era una cuestión para mí de estar capacitado o no. Yo podía haber venido acá quedarme shockeado y ni saber qué hacer, como de hecho no lo sabía. El resurgir tiene que ver la gente maneja todo esto, te da el empuje y te hablan de una manera y se mueven y consiguen, te hacen sentir parte y te transmiten eso y vos le querés transmitir eso a la gente que tenés a tu cargo. A mí todos los meses viene el gerente que pregunta “¿cómo venís facturando?” y después te viene el mail de felicitaciones. Son detalles que te motivan y yo los felicito a los chicos y tratás de imitar algunas cosas. Motiva tener una camada de directivos de más de 80 años que vienen todos los días y vienen, te preguntan cosas, te controlan y está bien porque así te lleva adelante y se gestiona. Se consiguió todo lo que se consiguió por la gestión, hay mucha gente de la provincia de Buenos Aires que nos dio subsidios, de la presidencia y eso es de buena gente, el presidente de acá es ciudadano ilustre de la ciudad de La Plata, eso nos va marcando un camino porque los que vienen abajo también van viendo eso, yo creo que lleva a un buen futuro.

¿Estos tipos de eventos los fortalece como organización?

Si ahora no te achicas por nada, te da una seguridad no solamente institucional sino personal también para lo que lo vivimos tan de cerca

¿Tuvieron una gran capacidad para reinventarse, para lograr sobreponerse?

Si, totalmente. Lo sacas todo con trabajo, y, como les decía antes, con las oportunidades que se crean. Lo primero que hice fue hablar con la arquitecta de los cambios que quería realizar, se hacen cosas nuevas y van a quedar todo mejor que como estaban antes y esa es la característica que tiene el hospital. Fíjense que nosotros un mes antes habíamos hecho un acto anunciando la obra de al lado. Con estos nos metieron una trompada que nos tiraron, pero nos levantamos y la ganamos.

¿La mayor implicancia que tuvieron fue en el ámbito económico?

Esa fue la primera preocupación y hoy sigue siendo una preocupación porque piensen que nosotros somos casi 600 empleados y acá nunca se pensó en recorte ni suspensión, ni decir, “bueno toda la gente del subsuelo que no venga”. Acá se le pago el sueldo a todo el mundo, por eso mismo les digo ese es el ejemplo que te dan los directivos de acá, como no vas a querer a la institución de esa manera, que estuvo al borde del abismo y está acá, todos cobramos y lo hacemos del 1 al 5 y no hubo problema y como no vas a querer



un lugar así. En el hospital, el empleado estuvo siempre por encima de todo aunque siempre por ahí existe alguna queja pero son los menos. Lógicamente se tiene que estar agradecido. Por ahí lo que no se dio es que se pague alguna hora extra pero porque no se justificaba. En ese sentido había alguna queja pero bueno, era ínfima pero realmente con la gente que maneja esto te tenés que sacar el sombrero.

Focus Group con la Brigada o Equipo de Emergencias del Hospital

“Bueno ante todo muchas gracias por acudir y por su tiempo, a continuación plantearemos determinados temas tendientes a ser discutidos con la finalidad de ahondar en la mayor especificidad posible.”

- **En primera instancia, nos interesaría que nos cuenten más acerca de la brigada**

Armando Parenza (Jefe de Emergencia): “Los brigadistas son elegidos en función del rol que desempeñan en el hospital, debiendo ser aptos físicamente para realizar las tareas debidas. Cada brigadista tiene una función bien definida dentro del equipo. Se cuenta con un Jefe de Emergencia, que es el máximo responsable, que es A (Armando Parenza); un jefe de intervención, un equipo de primer ataque, un equipo de segundo ataque, un equipo de evacuación, un equipo de primeros auxilios, un equipo de mantenimiento y por último un equipo de vigilancia. De esta forma se cuenta con aproximadamente 40 personas que componen la brigada, divididas en dos turnos (mañana y tarde), con gente en todas las áreas y pisos.”

Juan Antonio Martin (miembro del Equipo de Instalaciones y Mantenimiento): “Es importante marcar que el hospital brinda la capacitación necesaria tanto para aquellos que forman parte de la brigada como para aquellos que no lo son.”

Facundo Torres (miembro activo del Equipo de Primera Intervención): “La función de la brigada es que estamos al servicio del hospital en todas las contingencias que puedan llegar a ocurrir, en este caso una inundación o un incendio. Igualmente hay gente que forma parte de la brigada pero al no estar en el momento de la inundación en el hospital después no se pudo ni acercarse al mismo o porque no podía llegar o porque se les había inundado su casa.”

- **¿Qué nos pueden decir acerca de los criterios de evacuación aplicados en la catástrofe desde su óptica?**

Armando Parenza (Jefe de Emergencia): “El hospital se evacuó por completo dado que no había energía y las máquinas de alta complejidad dejaron de funcionar. A su vez, debido a la subida del agua, las napas se encontraban contaminadas. Los pacientes se evacuaron a través de la escalera de incendios, entre grupos de 5 a 6 personas dado que los ascensores no funcionaban. Algunos fueron evacuados en silla de ruedas entre 3 o 4

brigadistas. Por su parte, los pacientes más pesados se evacuaron en tablas o camillas. Para esto fue necesaria la colaboración de todo el personal del hospital, dirigidos siempre por el director, el jefe de facturación, quien asumió un rol preponderante, y los médicos que orientaban al resto respecto a los cuidados que se debían tener con cada paciente. La cadena de mando se mantuvo. Esta evacuación fue realizada por piso, trasladando todos los pacientes de las plantas superiores hacia el primer piso, para que cuando lleguen las ambulancias puedan ser trasladadas lo más rápido posible.”

Ezequiel Sotelo (miembro del Equipo de Vías Exteriores-Vigilancia): “Todo el mundo se arremango y se puso a disposición de lo que hiciera falta. Tenemos que marcar también en todo esto la importancia que tuvo la ayuda brindada por los vecinos de la



Escalera de emergencia ubicada en uno de los laterales del hospital

zona, los cuales facilitaron diversos medios, como camionetas, para evacuar pacientes.” Facundo Torres (miembro activo del Equipo de Primera Intervención): “Cuando me entere de la situación en que se encontraba el hospital, me vine lo más rápido que pude y me encontré con nada, todo un caos. En ese momento me puse a disposición de lo que estaban haciendo. Empecé a evacuar grupos de pacientes, nos fuimos turnando en grupos de 6, 7 personas para realizar la evacuación por las escaleras de emergencia.”

- **Y para todo esto, ¿ustedes tenían experiencia previa en algún tipo de simulacro en caso de una catástrofe de estas características?**

Armando Parenza (Jefe de Emergencia): “La brigada realiza planes de evacuación y simulacros ante potenciales siniestros, más precisamente incendios. Esta práctica es llevada a cabo con enfermeros y en menor medida con pacientes, capacitando a los

miembros de la brigada acerca de cómo deben ser colocados los pacientes sobre las camillas, y su posterior traslado hacia el exterior, medidas de precaución y puntos de encuentro. A su vez, se debe ser consciente que el mismo debe ser efectuado sin interferir con el normal funcionamiento del hospital dado que existen pacientes de alta complejidad.”

Facundo Torres (miembro activo del Equipo de Primera Intervención): “Igualmente estos planes que haces mención, no abarcaban en ningún sentido lo que sucedió. Es por esto que fue necesario adaptar las condiciones desarrolladas para un posible caso de incendio, y ponerlas en práctica para una inundación de tal magnitud. De esta forma, se llamó a bomberos y grupos de rescate de la ciudad, pero como la situación se había desbordado, producto de que se estaban sucediendo diversos incendios en la refinería de YPF ubicada en Ensenada, todas las unidades estaban avocadas a esa situación dado que era muy riesgosa para toda la población.”

Juan Antonio Martin (miembro del Equipo de Instalaciones y Mantenimiento): “Yo trabajé 25 años en seguridad, hice muchos cursos, entonces trataba de ir dirigiendo o aconsejando desde la experiencia acumulada a través de los años. Trabaje en plantas nucleares, laboratorios, siempre realizando diferentes capacitaciones ante posibles contingencias. Sin embargo, esta fue mi primera experiencia en acción, al igual que para la brigada.”

-Tuvieron alguna vez ¿algún antecedente con una evacuación?

Ana Di Luca (personal de internación): “No, esto es lo primero, yo hace 28 años que trabajo acá y la primera vez que sucede algo de estas características.”

Facundo Torres (miembro activo del Equipo de Primera Intervención): “Tuvimos un caso de incendio en el hospital, pero debido a la rápida acción de los bomberos y de la gente de la institución el siniestro no paso a mayores y se pudo controlar rápidamente por lo tanto no fue necesaria la evacuación del hospital.”

- Y por último, ¿cuál les parece que fue el elemento sobre el cual se edificó la recuperación del hospital?

Armando Parenza (Jefe de Emergencia): “En mi opinión, la relación médico-paciente fue determinante para poder volver a empezar y continuar con este proceso de recuperación.”

Juan Antonio Martin (miembro del Equipo de Instalaciones y Mantenimiento): “Mucha gente se acercó a ayudar, nos brindaron colaboración en lo que respecta a limpieza,

también muchos empleados del hospital que se encontraban de vacaciones o de franco vinieron para dar una mano.”

Ezequiel Sotelo (miembro del Equipo de Vías Exteriores-Vigilancia): “Si eso fue increíble mucha gente de la ciudad se acercaba por curiosidad pero después se quedaron a ayudaron a sacar todo lo que se encontraba en el subsuelo.”

Armando Parenza (Jefe de Emergencia): “Se dio el caso que muchos chicos de la neo que fueron evacuados durante el desastre después cuando empezamos con las primeras internaciones volvían al hospital. Hoy en día hay 3 chicos todavía en la neo que estaban el día de la catástrofe.”

Ana Di Luca (personal de internación): “Mi mama es paciente del hospital cuando le dije que no se podía internar, le agarro la locura porque decía que tenía todos los médicos ahí, ¿Qué iba a hacer ahora?, así como esta ella mucha gente le sucedió lo mismo, nos preguntaban que iba a pasar con el hospital. Acá se ve reflejada la relación paciente-medico, la confianza en los mismo y hacia el hospital.”

Facundo Torres (miembro activo del Equipo de Primera Intervención): “La problemática de muchos pacientes eran donde reubicarse, encontrábamos muchos lugares de salud abarrotados por los pacientes que iban derivados de acá. Por eso mucha gente se acercaba queriendo colaborar económicamente, con mano de obra.”

Testimonio Dr. Alberto Crescenti

***Pregunta:* ¿Cómo se estructura el sistema de emergencia en nuestro país?**

Dr. Crescenti: “El sistema de emergencia argentino se crea en el año 1883, la vieja asistencia móvil que fue un desprendimiento de lo que habían hecho los hispanos nuestros en Europa. La primera ambulancia fue a caballo, carreta y la campana a modo de sirena. Este mecanismo fue creciendo en complejidad hasta llegar a 1963 donde se crea, en Bolívar 1, el CIPEC (Centro informativo permanente de emergencias y catástrofes). En el año '90, se le cambia de nombre por el de SAME (Sistema de atención médica emergencia). De esta forma, las ambulancias, los médicos, los choferes y los radio-operadores empezaron a formar parte de un mismo sistema. Hoy en día no se usa una ambulancia para cargar y correr, sino que se explica, se coloca un collar, una vía, algo que se aplica para todos los politraumatizados, y se llega en esa condición al hospital. Por eso tenemos una cifra de mortalidad tan baja del 0,04 % sobre doscientas mil personas.”

***Pregunta:* Cuando ocurre una catástrofe, ¿Qué es lo primero que se le viene a la mente?**

Dr. Crescenti: “Una de las premisas de la Emergentología es que uno nunca debe constituirse en la próxima víctima. Eso pasa cuando vos no usas protocolo, o cuando vos no tenés una zona segura, o no aseguras a tu equipo. Lo que se piensa siempre es en la familia, en que vos puedas volver a verlos, nada más. En lo que respecta a la situación en sí misma, la peor decisión es no tomar ninguna; en emergencias, el que duda se va a la casa. No hay grises, hay blancos o negros, y hay que poner el sistema a funcionar: cuando uno da una alerta roja, se convoca a todos los hospitales, todo el parque de ambulancia. Porque, ojo, nosotros el día de la tragedia del tren, nosotros evacuamos 270 heridos graves, pero todos diagnosticados en el hospital, entonces llegaron cartas de todo el mundo para saber cómo habíamos hecho. Pero en ese ínterin, hubo 88 accidentes de tránsito que se cubrieron igual. De esta forma, los hospitales cuando se les da alerta roja, se preparan todos: ahí tenés capacidad de respuesta. Si hay algún paciente que se puede ir a la casa, el director del hospital lo manda a la casa y ya tenemos camas

disponibles nuevamente. Vos tené en cuenta que si son 13 hospitales generales de agudos y vos reservas 50 camas, tenés 700 camas; no hay lugar en el mundo, sea donde sea, donde la primera unidad exceda los 300 heridos, y luego hay que parar y hacer triage”.

Pregunta: En medio de esta situación, ¿Cuál es el protocolo para actuar, si es que existe alguno predefinido?

Dr. Crescenti: “Todo se puede hacer pero con orden, organización y conocimiento. Nada debe dejarse librado al azar. Y menos en emergencias. Por eso, emergencia y urgencia intrahospitalaria tienen sus protocolos bien definidos. Para cualquier acontecimiento tenés que tener un orden preciso que es: el cordón de seguridad, una única voz de mando, y una unidad de catástrofes para las comunicaciones. Con estas tres premisas, se puede lograr manejar una situación de lo más caótica. Ahora bien, si no tenés estas tres premisas, sobre todo el cordón de seguridad, olvidate porque las cosas no van a salir bien.”

“Vos para llegar a un lugar tenés que tener un orden en tu cabeza, y de un solo vistazo, sin que te tome más de un minuto, reconocer la situación y darle una resolución. Pero yo siempre digo, entre dos decisiones, toma una, aunque sea mala; no dejes nunca de tomarla. En Emergencias no hay revancha ni segundos tiempos. Yo considero que la dirección general del SAME debe estar por fuera de la política, como sucede en otros lugares del mundo, con la finalidad de desarrollar la mejor operatividad hacia el fin último que es darle atención en emergencias y urgencias interhospitalaria que lo necesita.”

“Cuando llegas a la zonas donde se suceden catástrofes, te desubicas en tiempo y espacio. La experiencia en catástrofes otorga templanza y tranquilidad para saber manejar estas situaciones porque lo último que tenés que hacer es ponerte nervioso. De otra manera, sería muy difícil resolver situaciones.”

“De esta forma, encontramos una zona de impacto, una de influencia y otra de derivación. La primera es búsqueda y rescate. Entran bomberos, con casco y herramientas. El médico está en la segunda; es el bombero quien le dice a él cuándo puede entrar. El bombero trae al herido hasta la zona de influencia: es el que le saca el hierro o el auto de encima a la víctima.”

“Después de eso, podemos entrar con los equipos de triage. Colocamos suero, damos oxígeno, analgésicos y contención. En Once, cuando se destrabaron los cuerpos con aceite y vaselina, se iban acomodando y se iban de forma secuencial. El rojo (grave, en helicóptero); amarillo (necesita asistencia, pero no hay riesgo vital) y verde (no precisa atención inmediata; puede trasladarse a un hospital en vehículo particular).”

Pregunta: ¿Considera que Emergentología es una especialidad o debería formar parte de otra?

Dr. Crescenti: “No, esto es una especialidad. En la acepción del entrenamiento de los muchachos, es lo que les queremos demostrar porque vos puedes conocer muchas emergencias pero yo te saco ahora en víctimas múltiples y vos no me tomaste una decisión, porque son varias decisiones. Solo dispones de 5 segundos para pensar, ahí los libros te abandonaron. Vos tenés que pensar, tenés que tener un esquema a aplicar.”

“Aquel que se desempeña en Emergencias tiene una profesión particular. En muchos lugares del mundo, resulta denigrante para un médico subirse a una ambulancia, es por eso que aparecen los paramédicos. En nuestro caso, son médicos los que se suben a las ambulancias. Estos deben tener la capacidad de diagnosticar, deben saber hacer triage. Entonces el paramédico es un especialista, es un transmisor de datos, a través de cables a la central, pero nosotros queremos que cuando llegamos al lugar se haga un diagnóstico.”

“De esta forma, hemos creado dos grupos, muy buenos, que son los dispositivos de eventos especiales. Son médicos de triage, son especialistas en clasificación de víctimas en masa: se encuentran vestidos en forma distinta, con chalecos distintos, y llegan siempre cuando hay un incendio, una inundación, un tiroteo, con las ambulancias. Por el otro lado, encontramos el equipo de comunicación sanitaria satelital: es un equipo donde hay tres computadoras, que están conectadas con los hospitales, y que va atrás de víctimas múltiples, cargando los datos del paciente. De esta forma, va en ida y vuelta al hospital, entonces así, no se satura al hospital.”

“A lo que voy con todo esto es que Emergentología es la especialidad del futuro, dado que es donde más se pueden desarrollar los conceptos adquiridos en medicina, porque ahí hay cosas que los libros explican muy bien pero cuando uno va a la práctica, tiene (sobre todo el médico argentino que se caracteriza por ser muy revolucionario en lo relativo a las técnicas, siendo un inventor nato) eso para desarrollar esas capacidades.

Por lo menos, a partir de la misma ya va a saber reanimar, la sintomatología de un cuadro ya la va a conocer, como a su vez también, a quien deberá llamar ante el cuadro de situación que se presenta para que le dé una mano.”

***Pregunta:* ¿Qué aspecto que considera relevante debería profundizarse?**

Dr. Crescenti: “Hay que volver a humanizar la medicina, la relación médico-paciente hay que practicarla más que decirla.”

ORGANIZACIÓN DE EMERGENCIAS BRIGADA DE EMERGENCIAS

Estructura y funciones de la Brigada o Equipo de Emergencias

A continuación describiremos la estructura y funciones de una brigada compleja, del tipo de opción 4 ó 5:

Jefe de Emergencia (Máximo responsable del centro de trabajo)

El Jefe de Emergencias será la persona de mayor responsabilidad en la empresa. Es importante que sea una persona habitual en el edificio y que disponga de un sustituto. El plan de Actuación debe establecer un a norma de “asunción del mando” durante la emergencia, en la que se contemple la ausencia de los sucesivos responsables. Las funciones del Jefe de Emergencias son:

- Ostentar en las emergencias la máxima responsabilidad de la empresa y decidir las acciones a tomar, incluso la evacuación si fuera necesario, según la secuencia de acciones previstas en el Plan de Actuación y con el asesoramiento del Jefe de Intervención.
- Velar por el mantenimiento de las instalaciones y sistemas de protección existentes en el edificio, y que los medios humanos integrantes del equipo de emergencia estén debidamente adiestrados.
- Concertar los servicios de ayuda externa y coordinación con sus responsables.
- A la llegada de los Servicios Públicos de Extinción o Policía les informará de la situación, prestándoles su colaboración y les transmitirá la máxima responsabilidad.

Jefe de Ataque o Intervención (acude al lugar del siniestro y dirige la actuación)

El Jefe de Intervención es el asesor del Jefe de Emergencia durante las operaciones de control de siniestros, puede llegar a tener que sustituir al Jefe de Emergencia, por lo que debe aproximarse al perfil del máximo cargo. La funciones del Jefe de Intervención son:

- Gestionar con el Jefe de Emergencia las necesidades de personal y materia a su cargo, supliendo vacantes en el equipo de emergencia.
- Velar por el correcto mantenimiento de la zona asignada en colaboración con el Jefe de Emergencia.
- Coordinar durante la emergencia las acciones del equipo de emergencia a su cargo en función de las órdenes del Jefe de Emergencia.

Equipo de Primera Intervención o Ataque (controlan el siniestro en una primera etapa)

El Equipo de Primera intervención depende del Jefe de Zona y sus funciones son las siguientes:

- Conocer los riesgos específicos y la dotación de medios de actuación de la zona asignada.

- Indicar al Jefe de Zona las anomalías observadas en los sistemas de protección de su zona.
- Estar alerta ante la presencia de humos, olor a quemado, calentamiento anormal de las instalaciones, etc.
- Actuar sin demora eliminando las causas que suponen riesgos, en caso de incendio combatirán fuegos incipientes limitando su actuación al uso de extintores manuales.
- En caso de evacuación, despejar las vías de evacuación y sus accesos.

Equipo de Segunda Intervención o Ataque (atacan el siniestro en un estado avanzado)

Las empresas que requieran de la organización de un Equipo de Segunda Intervención establecerán al menos un equipo por cada turno de trabajo, en dependencia directa con el Jefe de Intervención y sus funciones son las siguientes:

- Conocer los riesgos específicos y la dotación de medios de actuación incluidos los especiales que se encuentran instalados en el edificio.
- Actuar cuando la emergencia no ha podido ser controlada por el Equipo de Primera Intervención y apoyar, cuando sea necesario, a los servicios de ayuda exterior.

Este equipo únicamente se organizará cuando la magnitud y severidad de los riesgos presentes en la empresa requiera, en situación de emergencia, de la actuación inmediata de un equipo de extinción de incendios profesional.

Equipo de Evacuación o Salvamento (revisa la zona a evacuar)

El Equipo de Salvamento depende del Jefe de Zona y sus acciones son las siguientes:

- Conocer los riesgos específicos y la dotación de medios de actuación de la zona asignada.
- Indicar al Jefe de Zona las anomalías observadas en los sistemas de protección de su zona.
- Estar alerta ante la presencia de humos, olor a quemado, calentamiento anormal de las instalaciones, etc.
- Ordenar la evacuación por las vías establecidas y revisar la zona asignada, asegurando la evacuación total e informar al Jefe de Zona.

Equipo de Primeros Auxilios (administra una mínima atención sanitaria)

El Equipo de Primeros Auxilios estará formado por personal con conocimientos de primeros auxilios y socorrismo y dependerá directamente del Jefe de Emergencia. Sus funciones son las siguientes:

- Conocer los riesgos específicos que se deriven de cualquier emergencia que se pueda producir en el edificio.
- Estar familiarizado con las vías de evacuación y sectores de incendio del edificio.
- Controlar el traslado de heridos y prestar los primeros auxilios.
- Anotar los datos personales de los lesionados que sean trasladados a centros sanitarios.

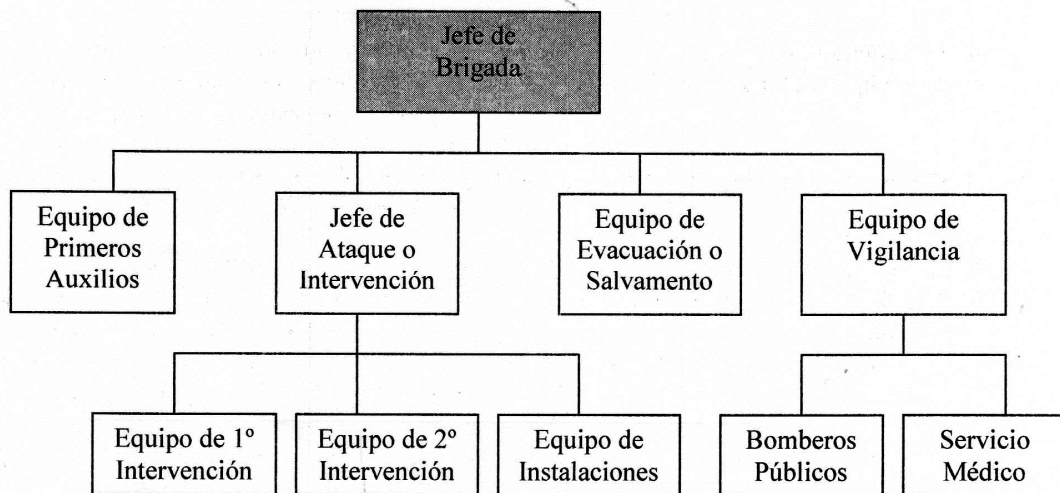
Equipo de Instalaciones y Mantenimiento (desconecta las instalaciones generales del edificio)

Dependerá directamente del Jefe de Intervención y se encargará del control de las instalaciones generales del edificio, cierre de válvulas y cualquier medida complementaria para el adecuado control de emergencia.

Equipo de Vías Exteriores o Vigilancia (orienta a los evacuantes en el exterior y tiene contacto con los organismos de emergencias)

En el caso de edificios de gran ocupación o situados en zonas urbanas se encargarán de orientar a los evacuantes hasta el punto de reunión exterior, impedir el acceso al edificio a toda persona ajena a la emergencia, despejar las vías de acceso de los vehículos de servicios de ayuda exterior, recibir a las ayudas exteriores y cuantas acciones sean necesarias para el control de la evacuación en el exterior.

A continuación mostramos un organigrama con los roles antes establecidos:



Criterios de selección del personal para la Brigada de Emergencias

Después de decidir la estructura de este equipo se debe seleccionar a las personas más adecuadas para desempeñar cada una de las funciones. Los integrantes, de ser posible voluntarios, deben reunir una serie de características.

CONDICIONES FÍSICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Libre de impedimentos físicos • Relación constitución-peso • Actitud deportiva • No padecer problemas cardiovasculares • No padecer problemas respiratorios
CONDICIONES PSÍQUICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad emocional • Capacidad de aprendizaje • Disposición • Capacidad de tomar de decisiones • No padecer claustrofobia, vértigo u otra afección similar
OTROS	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del edificio • Personal de mantenimiento, incorporando personal de todos los sectores • Tener en cuenta turnos de trabajo • No realicen funciones que durante la emergencia deban mantenerse • Personal habitual en el edificio, que no viajen • Categoría laboral superior y antigüedad en el cargo • Formación en primeros auxilios • Interés particular

Un problema muy serio es establecer diferentes equipos de emergencia en función de los turnos, días festivos y la rotación del personal debida a traslados. En esta tarea se debe contar con la ayuda de los servicios de vigilancia y procurar asignar responsabilidades específicas a puestos y no a personas. En estos casos es necesaria una buena planificación y realizar revisiones periódicas de los nombramientos de equipos de emergencia con objeto de restablecer las bajas.

Muchas de las grandes empresas proporcionan a los miembros del equipo de emergencia elementos de identificación como brazaletes, dorsales, prendas fluorescentes, etc. Esto no siempre es adecuado, a no ser que se disponga de lugares apropiados en los que se almacenen estos elementos hasta su uso. El problema de su utilización es que los ocupantes de empresas de plantilla estable se acaban acostumbrando a esa identificación y si por cualquier circunstancia el equipo de emergencia no se identifica se puede generar sensación de descontrol.

Equipo de Segunda Intervención

TURNO MAÑANA	TURNO TARDE
GONZÁLEZ, CRISTIAN	LOVERA, NORMA
MONTES DE OCA, NORMA	POGGIO, SOFÍA
SCHWEYDA, BRENDA	TARSITANO, JORGE
GARCÍA M., PABLO	GÓMEZ G., RUBÉN
LADD GARCÍA, ESTHER	COELHO, JUAN
FERREYRA, ALEJANDRO	BARBARÁ, ADRIÁN

Equipo de Primeros Auxilios

GUARDIA MÉDICA

Equipo de Instalaciones / Mantenimiento

TURNO MAÑANA	TURNO TARDE
REY, CARLOS	TILBE, WALTER
MEÑOS, JUAN CARLOS	CAMPO, HÉCTOR
CAÑETTE, DANIEL	MATTHEIS, NÉSTOR
FLORES, DAMIÁN	SOSA, LUIS MARTÍN
BAROUILLE, GASTÓN	SOTO, GABRIEL

Equipo de Vías Exteriores – Vigilancia

TURNO MAÑANA	TURNO TARDE
ARRUNATEGUI, CARLOS	ACIAR, VÍCTOR
MORÓN, JULIO	GUTIÉRREZ, ABEL
SOTELO, EZEQUIEL	GARCÍA, FERNANDO
ESCALADA, VÍCTOR	MARTÍN GÓMEZ, JUAN
RÍO LOZANO, MANUEL	MANZIONE, ALFREDO
MARONI, MARTÍN	

Equipo de Evacuación o Salvamento

TURNO MAÑANA	TURNO TARDE
FRANCO, NICOLÁS	VETERE, EZEQUIEL

Punto de Encuentro

El personal que no forme parte de la Brigada tendrá como punto de encuentro, en caso de evacuación, la entrada vehicular de calle 36 entre 9 y 10.

Evacuación parcial o total

El personal de Enfermería debe colaborar en la movilización de los pacientes.

OBRA: RECONSTRUCCION DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE LA PLATA

Calle 9, entre 35 y 36 . LA PLATA . Provincia de Buenos Aires

11.000.408,44

ITEM	DESCRIPCION DEL ITEM	Unidad	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total	Porcentaje
01.	TRABAJOS PRELIMINARES				\$ 252.000,00	2,29082%
01.01	Ingenieria de Instalaciones	gl	1,00	\$ 100.000,00	\$ 100.000,00	
01.02	Direccion de obra y administracion	meses	6,00	\$ 20.000,00	\$ 120.000,00	
01.03	Replanteo de los trabajos de cocina ,cocina buffet	m2	200,00	\$ 30,00	\$ 6.000,00	
01.04	Cerramiento y vallados	ml.	1,00	\$ 4.000,00	\$ 4.000,00	
01.05	Obrador y servicios temporarios	gl	1,00	\$ 10.000,00	\$ 10.000,00	
01.06	Cartel de Obra	gl	1,00	\$ 12.000,00	\$ 12.000,00	
02.	DEMOLICIONES				\$ 333.450,00	3,03125%
02.01	Demolicion de muros	m3	100,00	350,00	\$ 35.000,00	
02.02	Retiro de solados y revestimientos	m2	1585,00	170,00	\$ 269.450,00	
02.03	Retiro de carpinterias, artefactos,muebles	u	170,00	150,00	\$ 25.500,00	
02.04	Demolicion y traslado de escombros s/ proyecto aprabado	gl	1,00	3000,00	\$ 3.000,00	
02.02	Excavacion de fundaciones	m3	1,00	500,00	\$ 500,00	
03.	ESTRUCTURAS				\$ 11.000,00	0,10000%
03.01	Vigas, con cuantía 123 kg/m3 . 15 X	m3	1,20	5000,00	\$ 6.000,00	
03.02	Columnas, con cuantía 104 kg/m3	m3	1,00	5000,00	\$ 5.000,00	
04.	AISLACIONES				\$ 58.816,45	0,53468%
04.01	Aislacion hidrófuga vertical	m2	200,00	\$ 86,40	\$ 17.279,69	
04.02	Aislacion hidrofuga horizontal	ml	4,00	\$ 193,29	\$ 773,14	
04.03	Aislaciones termicas conductos de aire acondicionado	ml	180,00	\$ 200,00	\$ 36.000,00	
04.04	Aislaciones acústicas	m2	60,00	\$ 79,39	\$ 4.763,62	

05.	MUROS Y TABIQUES					\$ 521.900,00	4,74437%
05.01	De ladrillos huecos de 12x18x33	m2	80,00	\$ 320,00	\$ 25.600,00		
05.02	Tabiques de roca de yeso con aislacion	m2	964,00	\$ 450,00	\$ 433.800,00		
05.03	Revestimiento Durlock cementicio	m2	250,00	\$ 250,00	\$ 62.500,00		
06.	CIELORRASOS					\$ 398.100,00	3,61896%
06.01	Cielorraso de durlock	m2	450,00	\$ 250,00	\$ 112.500,00		
06.02	Cielorraso desmontable de durlock	m2	716,00	\$ 350,00	\$ 250.600,00		
06.03	Sistemas de tabiqueria modular	m2	10,00	\$ 1.500,00	\$ 15.000,00		
06.04	Planchas de Plomo de 1,5 mm	u	10,00	\$ 2.000,00	\$ 20.000,00		
07.	REVOQUES					\$ 154.600,00	1,40540%
07.01	Jaharro int. a la cal bajo revestimientos	m2	423,00	200,00	\$ 84.600,00		
07.02	Jaharro int. a la cal	m2	250,00	220,00	\$ 55.000,00		
07.03	Revoque exterior completo	m2	60,00	250,00	\$ 15.000,00		
08.	REVESTIMIENTOS					\$ 105.750,00	0,96133%
08.01	Cerámicos esmaltado semimate 20x20 satinado blanco	m2	423,00	\$ 250,00	\$ 105.750,00		
09.	CONTRAPISOS					\$ 86.400,00	0,78543%
09.01	De homigon pobre de cascotes e=0,12 sobre terreno natural	m2	300,00	\$ 288,00	\$ 86.400,00		
10.	PISOS					\$ 381.000,00	3,46351%
10.01	Mosaicos graniticos 40x40	m2	300,00	\$ 350,00	\$ 105.000,00		
10.02	Piso Vinilico según especificaciones	m2	230,00	\$ 400,00	\$ 92.000,00		
10.03	Porcellanato 60 x60	m2	100,00	300,00	\$ 30.000,00		
10.04	Pulido de pisos graniticos	m2	2200,00	\$ 70,00	\$ 154.000,00		
11.	ZÓCALOS					\$ 44.718,38	0,40652%
11.01	Zocalos graniticos 7cm idem solado	ml	200,00	\$ 126,60	\$ 25.319,08		
11.02	Zocalos porcellanato	ml	120,00	\$ 161,66	\$ 19.399,30		

12.	UMBRALES Y SOLIAS					\$ 28.800,00	0,26181%
12.01	Umbrales de granito reconstituido idem solado	m2	40,00	\$	480,00	\$	19.200,00
12.02	Solias de granito reconstituido idem solado	m2	20,00	\$	480,00	\$	9.600,00
13.	MESADAS					\$ 170.580,95	1,55068%
13.01	Piletones de lavado de manos de AºP	u	1,00	\$	8.080,95	\$	8.080,95
13.02	Granito natural con piletas de acero inox.	m2	50,00	\$	2.500,00	\$	125.000,00
13.03	Alzada del mismo material	m2	15,00	\$	2.500,00	\$	37.500,00
14.	CARPINTERÍAS Y VIDRIOS					\$ 689.400,00	6,26704%
14.01	De Aluminio color blanco , linea herrero pesada	u	20	\$	2.800,00	\$	56.000,00
14.02	Puertas de Acero inoxidable. Doble hoja. (0.80)	u	3	\$	8.000,00	\$	24.000,00
14.03	Puerta de Acero inoxidable de 0.90	u	2	\$	4.000,00	\$	8.000,00
14.04	Puerta madera placa 0.60	u	12	\$	3.900,00	\$	46.800,00
14.05	Puerta madera placa0.90	u	18	\$	3.900,00	\$	70.200,00
14.06	Puerta madera placa 0.70	u	70	\$	3.900,00	\$	273.000,00
14.07	Puerta madera placa 0.70 Plomo	u	6	\$	4.500,00	\$	27.000,00
14.08	Puerta madera Plomo 1,20 dos hojas	u	4	\$	4.500,00	\$	18.000,00
14.09	Puerta madera placa 0.90 Plomo	u	10	\$	4.500,00	\$	45.000,00
14.10	Puerta madera placa 0.60 box sanitario	u	4	\$	1.200,00	\$	4.800,00
14.11	Muebles bajo mesada en MDF revestidos en melamina	ml	112	\$	800,00	\$	89.600,00
14.12	Trabajos de herreria, rejillas, accesorios	gl	1	\$	3.500,00	\$	3.500,00
14.13	Vidrios 3+3 laminado paño fijo	gl	1	\$	20.000,00	\$	20.000,00
14.14	Espejos	m2	7	\$	500,00	\$	3.500,00

15.	INSTALACIONES SANITARIAS					\$ 392.496,00	3,56801%
15.01	Cloaca					\$ 80.000,00	
15.01.1	Sistema de evacuacion cloacal s/ plano c/c.PVC c/ u elastom.	ml	100	\$	400,00	\$	40.000,00
15.01.2	Camara de Inspeccion 0.60x0.60 completa	u	2	\$	3.000,00	\$	6.000,00
15.01.3	PPA c/ reja cromada 0.20x0.20	u	4	\$	375,00	\$	1.500,00
15.01.4	PPA corrida con reja de acero inox. 0.20x 0.25 s/ plano	ml	25	\$	440,00	\$	11.000,00
15.01.5	Boca de Acceso c/ tapa cromada 0.20x0.20	u	4	\$	375,00	\$	1.500,00
15.01.6	Camara de Decantacion de grasas	u	1	\$	20.000,00	\$	20.000,00
15.02	Agua fria					\$ 89.500,00	
15.02.1	Sistema de distribucion principal c/ CPP p/ termofusion s/plano	ml	150	\$	300,00	\$	45.000,00
15.02.2	Sist. De distribucion secundariac/ CPP p/ termofusion s/plano	ml	100	\$	300,00	\$	30.000,00
15.02.3	Enlace a instalaci3n existente	u	16	\$	625,00	\$	10.000,00
15.02.4	Llaves de paso segun corresponda	u	12	\$	375,00	\$	4.500,00
15.03	Agua Caliente					\$ 73.996,00	
15.03.1	Sistema de distribucion principal c/ CPP p/ termofusion s/plano	ml	150	\$	300,00	\$	45.000,00
15.03.2	Sist. De distribucion secundariac/ CPP p/ termofusion s/plano	ml	100	\$	250,00	\$	25.000,00
15.03.3	Llaves de paso segun corresponda	u	12	\$	333,00	\$	3.996,00
15.04	Artefactos y accesorios					\$ 129.000,00	
15.04.1	Inodoro pedestal , tipo mochila completo color blanco	u	10	\$	1.800,00	\$	18.000,00
15.04.2	Lavabos colgantes	u	10	\$	2.500,00	\$	25.000,00
15.04.3	griferia lavabos	u	10	\$	1.600,00	\$	16.000,00
15.04.4	griferias sobre mesadas	u	30	\$	2.000,00	\$	60.000,00
15.04.5	Accesorios	u	50	\$	200,00	\$	10.000,00
15.05	Instalaci3n contra incendio					\$ 20.000,00	
15.05.1	Boca de incendio completa incluye nicho, val. manguera, cañeria	u	4	\$	5.000,00	\$	20.000,00

16.	INSTALACIÓN DE GAS NATURAL					\$ 96.996,00	0,88175%
16.01	Tendido de cañería en Termofusion s/ plano	ml	150	\$	400,00	\$	60.000,00
16.02	Rejillas de ventilacion 20x20cm.	u	6	\$	166,00	\$	996,00
16.03	Llaves de paso y accesorios	u	10	\$	600,00	\$	6.000,00
16.04	Conexión y adaptacion a la cañería existente	u	1	\$	30.000,00	\$	30.000,00
17.	INSTALACION ELECTRICA					\$ 1.465.000,00	13,31769%
17.01	TSP 1 -Tableros seccionales	u	10	\$	40.000,00	\$	400.000,00
17.02	TSP 2-Tablero seccional principal	u	1	\$	35.000,00	\$	35.000,00
17.03	Recuperacion tableros electricos salas de bombas	u	2	\$	75.000,00	\$	150.000,00
17.04	Provision y colocacion de bocas luz y tomas	u	900	\$	300,00	\$	270.000,00
17.05	Tendido de cañería	ml	400	\$	1.375,00	\$	550.000,00
17.06	Prov. y coloc. Bombas de achique 3 hp 60.000 l/h	u	3	\$	20.000,00	\$	60.000,00
18.	SUB ESTACION ELECTRICA					\$ 1.563.962,00	14,21731%
18.01	Cámara transformadora a Nivel e instalación de equipamiento necesario y traslado de Generador	gl	1	\$	1.563.962,00	\$	1.563.962,00
19.	ARTEFACTOS DE ILUMINACION					\$ 406.980,00	3,69968%
19.01	Artefactos de iluminacion	u	323	\$	950,00	\$	306.850,00
19.02	Tendido y colocacion	u	323	\$	310,00	\$	100.130,00
20	CORRIENTES DÉBILES					\$ 366.897,00	3,33530%
20.01	Señalizaciones	u	10	\$	2.000,00	\$	20.000,00
20.02	Canalizaciones y cableado	ml.	1	\$	125.000,00	\$	125.000,00
20.03	Instalacion Red troncal y red horizontal completa	ml.	1	\$	127.897,00	\$	127.897,00
20.04	Instalación telefonia con central telefonica	ml.	1	\$	80.000,00	\$	80.000,00
20.05	Telefono Panasonic Kx-ts500 fijo mesa pared	u	35	\$	400,00	\$	14.000,00

21	GASES MEDICOS					\$ 40.900,00	0,37180%
21.01	Aparatos y Accesorios para hemodinamia	u	1	\$	10.900,00	\$	10.900,00
21.02	Cañerías de Oxígeno	u	1	\$	6.000,00	\$	6.000,00
21.03	Cañerías de Aire Comprimido	u	1	\$	6.000,00	\$	6.000,00
21.04	Cañerías de Aspiracion	u	1	\$	6.000,00	\$	6.000,00
21.05	Cañerías de N2O	u	1	\$	6.000,00	\$	6.000,00
21.06	Cañerías de CO"	u	1	\$	6.000,00	\$	6.000,00
22	INSTALACIONES TERMODINAMICAS					\$ 237.600,00	2,15992%
22.01	Autoclave Laboratorio	u	1	\$	39.600,00	\$	39.600,00
22.02	Reparaciones de equipos frio-calor ,split	u	20	\$	1.000,00	\$	20.000,00
22.03	Prov. y colocacion Calefactor equipo de aire de Hemoterapia	u	1	\$	40.000,00	\$	40.000,00
22.04	Prov. y coloc. Equipo frio -calor Laboratorio	u	1	\$	80.000,00	\$	80.000,00
22.05	Prov. y coloc. De equipos de frio calor , split de 600 frig.	u	4	\$	10.000,00	\$	40.000,00
22.06	Prov. y coloc. De extractores de aire	u	6	\$	3.000,00	\$	18.000,00
23.	PINTURAS					\$ 1.107.800,00	10,07054%
23.01	Latex	m2	178	\$	100,00	\$	17.800,00
23.02	Latex para cielorrasos	m2	2300	\$	100,00	\$	230.000,00
23.03	Esmalte sintético (carpintería metálica) y puertas	m2	371	\$	128,30	\$	47.600,00
23.04	Barniz (carpintería de madera en auditorio)	m2	120	\$	200,00	\$	24.000,00
23.05	Esmalte Satinado	m2	2180	\$	160,00	\$	348.800,00
23.06	Pintura Epoxi	m2	2198	\$	200,00	\$	439.600,00
24.	SEÑALETICA					\$ 25.000,00	0,22726%
24.01	Sectorizadores	u	100	\$	200,00	\$	20.000,00
24.02	Identificadores	u	50	\$	100,00	\$	5.000,00

25	GUARDACAMILLAS Y BARANDAS					\$ 217.732,09	1,97931%
25.01	Guardacamillas PVC	ml	350	\$	436,00	\$	152.600,00
25.02	Esquineros idem guardacamillas	ml	36	\$	180,00	\$	6.480,00
25.03	Barandas Interiores de acero inox.	ml	50	\$	1.173,04	\$	58.652,09
26	REPARACIONES DE ASCENSORES					\$ 123.917,00	1,12648%
26.01	Reparacion integral de 2 ascensores según especificaciones	u	2	\$	34.000,00	\$	68.000,00
26.02	Provision y colocacion de un montacarga en la cocina	u	1	\$	50.000,00	\$	50.000,00
26.03	Provision y colocacion de una puerta para ascensor	u	1	\$	5.917,00	\$	5.917,00
27	EQUIPAMIENTO COCINA Y BUFET					\$ 572.091,24	5,20064%
27.01	Campana bufett	u	1	\$	15.000,00	\$	15.000,00
27.02	Heladera con freezer en cocina buffet	u	1	\$	3.961,24	\$	3.961,24
27.03	Modulo anafe de cuatro homallas	u	1	\$	4.500,00	\$	4.500,00
27.04	Modulo homo bajo anafe	u	1	\$	13.000,00	\$	13.000,00
27.05	Cafeteras a filtro electricas con termostato de 9 litros	u	4	\$	1.950,00	\$	7.800,00
27.06	Anafes 6 homallas de 7500 cal.	u	2	\$	6.000,00	\$	12.000,00
27.07	Planchas bifera o.60x0.30	u	2	\$	500,00	\$	1.000,00
27.08	Cortadora de fiambre mod. Export 300mm	u	1	\$	4.980,00	\$	4.980,00
27.09	Bascula con plataforma de 80 kg. Cabezal a distancia	u	1	\$	2.980,00	\$	2.980,00
27.10	Carro para bandejas térmicas	u	5	\$	9.000,00	\$	45.000,00
27.11	Estantería inox. Estantes perforados 900 x 600	u	12	\$	3.400,00	\$	40.800,00
27.12	Estante simple de amurar 2400x400 a*/i/	u	4	\$	2.520,00	\$	10.080,00
27.13	Grifo duchador	u	1	\$	3.600,00	\$	3.600,00
27.14	Horno microondas x30l. Kevinator	u	2	\$	1.500,00	\$	3.000,00
27.15	Procesadora con 6 discos y un cutter Skimsen	u	1	\$	10.770,00	\$	10.770,00
27.16	Mamita volcable de mesa	u	1	\$	34.000,00	\$	34.000,00

27.17	Mesada lisa 2,40x0,75M c/patas de A ^{ap}	u	2	\$ 11.700,00	\$ 23.400,00	
27.18	Mesada lisa 1,55x0,75M c/patas de A ^{ap}	u	1	\$ 7.740,00	\$ 7.740,00	
27.19	Homo convector automatico c/ base	u	1	\$ 65.000,00	\$ 65.000,00	
27.20	Mesada con una pileta 2,00x0,75m	u	1	\$ 9.000,00	\$ 9.000,00	
27.21	Pelapapas	u	1	\$ 15.300,00	\$ 15.300,00	
27.22	Picadora de carne	u	1	\$ 9.000,00	\$ 9.000,00	
27.23	Mixer c/ varilla de 53 cm. HPOSB	u	1	\$ 7.500,00	\$ 7.500,00	
27.24	Refrigerador vertical con puerta de vidrio	u	1	\$ 27.000,00	\$ 27.000,00	
27.25	Refrigerador vertical con puerta de acero inox	u	1	\$ 27.000,00	\$ 27.000,00	
27.26	Cortadora de fiambres	u	2	\$ 3.200,00	\$ 6.400,00	
27.27	Heladera almacenadora mod. 44, 4 puertas med. 1.50x0.80x2.30	u	1	\$ 12.000,00	\$ 12.000,00	
27.28	Heladera en acero inox. De una puerta cramallera para bandejas	u	2	\$ 10.000,00	\$ 20.000,00	
27.29	Camara de frio verdura	u	1	\$ 60.280,00	\$ 60.280,00	
27.30	camara de frio carne	u	1	\$ 42.000,00	\$ 42.000,00	
27.31	heladera laboratorio	u	4	\$ 7.000,00	\$ 28.000,00	
28	MOBILIARIO Y EQUIPAMIENTO MEDICO DE APOYO				\$ 689.921,32	6,27178%
28.01	ESCRITORIO DE MADERA DE 1,20M	u	10	\$ 1.656,97	\$ 16.569,70	
28.02	ESTANTERÍA MODULAR	u	6	\$ 460,45	\$ 2.762,70	
28.03	ESTANTERÍA MODULAR INOXBUFFET	u	3	\$ 4.936,30	\$ 14.808,90	
28.04	GUARDARROPA METÁLICO 1 CUERPO 4 PUERTAS CORTAS	u	2	\$ 1.872,00	\$ 3.744,00	
28.05	MESA REDONDA CONFITERIA	u	10	\$ 400,00	\$ 4.000,00	
28.06	PIZARRA BLANCA AULA	u	2	\$ 1.470,15	\$ 2.940,30	

28.07	SILLA ALTA RODANTE GIRATORIA LABORATORIO	u	10	\$	600,00	\$	6.000,00	
28.08	SILLA CONFITERIA	u	15	\$	340,00	\$	5.100,00	
28.09	SILLA FIJA CON APOYABRAZOS	u	10	\$	307,41	\$	3.074,10	
28.10	SILLA FIJA SIN APOYABRAZOS	u	30	\$	258,34	\$	7.750,20	
28.11	TANDEM DE TRES CUERPOS	u	6	\$	600,00	\$	3.600,00	
28.12	TANDEM DE DOS CUERPOS	u	2	\$	400,00	\$	800,00	
28.13	CAMILLA DE OBSERVACIÓN ADULTOS	u	3	\$	800,00	\$	2.400,00	
28.14	CAMILLA DE YESOS CON EXTENSIONES	u	1	\$	11.000,00	\$	11.000,00	
28.15	CARRO DE CURACIONES	u	1	\$	1.029,88	\$	1.029,88	
28.16	CARRO PARA PREPARACIÓN DE YESOS	u	2	\$	2.876,49	\$	5.752,98	
28.17	NEGATOSCOPIO DE DOS PLACAS	u	3	\$	1.027,02	\$	3.081,06	
28.18	NEGATOSCOPIO DE UNA PLACA	u	1	\$	507,50	\$	507,50	
28.19	EQUIPO ODONTOLÓGICO	u	1	\$	30.000,00	\$	30.000,00	
28.20	IMPRESORAS	u	10	\$	7.000,00	\$	70.000,00	
28.21	SCANNER DE ESCRITORIO CANON	u	9	\$	10.000,00	\$	90.000,00	
28.22	FOTOCOPIADORA RICOH MP 1900	u	4	\$	7.000,00	\$	28.000,00	
28.23	CAÑÓN DE PROYECCIÓN	u	1	\$	7.000,00	\$	7.000,00	
28.24	LCD LED 32"	u	5	\$	4.800,00	\$	24.000,00	
28.25	COMPUTADORA CON MONITOR DE 19" CON ACCESORIOS	u	40	\$	8.000,00	\$	320.000,00	
28.26	UPS	u	20	\$	1.300,00	\$	26.000,00	
29	LIMPIEZA DE OBRA					\$	6.600,00	0,06000%
29.01	Limpieza final	u	1	\$	6.600,00	\$	6.600,00	
30.	CERRAMIENTO RESONADOR					\$	450.000,00	4,09076%
30.01	Cerramiento de protección de aislamiento de equipo (jaula)	u	1	\$	450.000,00	\$	450.000,00	
	MONTO TOTAL DE LOS TRABAJOS					\$	11.000.408,44	100,00000%

Listado de Equipamientos

cant	Descripción	Importe
1	Sistema de Mamografía marca General Electric modelo Alpha RT	48.000,00
1	Densitómetro Advance Full marca General Electric	50.000,00
1	Sistema de Resonancia Magnética marca General Electric	368.000,00
1	Equipo de Tomografía Computada marca General Electric	365.000,00
1	Equipo telecomandado	250.000,00
1	Equipo de Rayos Dinnan	50.000,00
1	Equipo de Rayos X Silhouette VR - General Electric	50.000,00
1	sistema de digitalizacion	120.000,00
1	Ecógrafo Logiq P5 marca General Electric	54.000,00
2	Ecógrafos Marca General Electric	76.000,00
1	Equipo de Hemodinamia	1.800.000,00
1	Ecocardiógrafo	145.000,00
1	Cámara Spect	450.000,00
	sub total	3.826.000,00

Bibliografía:

- Acosta, Edgardo. (1995) *Manual para simulacros de emergencia* Organización Panamericana de la Salud Washington, D.C. EEUU: OPS.
- Aghababian, R., Lewis, C. P., Gans, L., & Curley, F. J. (1994). Disasters within hospitals. *Annals of emergency medicine*, 23(4), 771-777.
- Aranguren E, R Rezzonico. *Auditoria Médica*, (Tomo 1,2 y 3). Buenos Aires: ed. Favaloro, 1996.
- Best W (1998) Como investigar en educación. Edit Morata. Madrid
- Bueres, A. *Responsabilidad Civil de los Médicos*. T. 1, Buenos Aires: ed. Hammurabi, 1992.
- De Geyndt, W. “Managing the quality of health care in developing countries”. *World Bank Technical Paper* N° 258. Washington: The World Bank, 1995. En: Lemus JD, Lucioni MC, Aragüez y Oroz V. *Auditoria Medica profesional integral: la calidad de la atención en los servicios de salud*. Rosario: Corpus, 2006.
- Fraser RC, Baker R, Lakhani. *Evidence based audit in general practice*. Butterworth Heineman: Plamnta tree, 1998. En: Lemus JD, Aragüez y Oroz V. *Auditoria Medica, una visión sistémica*. Buenos Aires: Universitaria de la Ciencia, 2004.
- Hampton, JR. (1983). The end of the clinical freedom. *British Medical Journal*. En: Lemus, JD; Aragues y Oroz, V; Lucioni, MC. “*Administración hospitalaria*”. 1er ed. – Rosario: Corpus Libros Médicos y Científicos, 2009.

- Iserson K. V. (2013) Vertical Hospital Evacuation: A New Method. *Southern Medical Journal*, Volumen 106, Número 1, 37 – 42
- Katharyn Kennedy, Richard V. Aghababian, Lucille Gans, C. Phuli Lewis (1996) *Triage: Techniques and Applications in Decisionmaking* recuperado el 5 de septiembre de 2013 de <http://deadlychoice.wikispaces.com/file/view/Triage+in+Decisionmaking+-+Kennedy.pdf>
- Klein J.S., Weigelt J.A. (1991) Disaster management lessons learned. *Surg Clin Am*, 71, 257 - 266
- Kristine M. Gebbie, Kristine Qureshi. (2002) *Emergency and Disaster Preparedness* recuperado el 25 de agosto de 2013 de http://www.aimcnet.it/data/allegati/2002_dp_nurse.pdf
- Kuhn (1970) *The structure of Scientific Revolutio*. Univ. de Chicago Press (1962) citado por Reichardt C. y Cook T. Cap. primero.: Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos en Cook T y Reichardt C (1986) *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Edic Morata. Madrid
- Lemus, JD; Aragues y Oroz, V. “*Hospitales, Universidades y Ministerios como paradigmas de la supercomplejidad organizacional*”. Asociación Médica Argentina, 2008.
- Lemus, JD; Aragues y Oroz, V. “*Investigación en Sistemas y Servicios de Salud*”. Rosario: Corpus, 2007.
- Lemus, JD; Aragues y Oroz, V; Lucioni, MC. “*Administración hospitalaria*”. 1er ed. – Rosario: Corpus Libros Médicos y Científicos, 2009.
- Lorenzetti, RL. *La empresa médica*. Buenos Aires: Rubinzal Culzoni, 1998; 95.

- Lorenzetti, RL. *Responsabilidad Civil de los Médicos*, 2 T; Buenos Aires: Rubinzal Culzoni, 1997.
- Manley D. (2012) *Emergency Management in Health Care: An All-hazards Approach*. (2da. Ed.) USA: Joint Commission Resources.
- Mintzberg, H. “*Diseño de organizaciones eficientes*”. Buenos Aires: El Ateneo, 2000.
- OMS. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa: Canadá, 1986.
- OMS. *Glosario para la promoción de la salud*. Ginebra, 1998. 11 y 18.
- OPS. *La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe*. Washington, 2001.
- Organización Mundial de la Salud (2008) *Campaña Mundial 2008 - 2009 para la reducción de Desastres, Hospitales seguros Frente a los Desastres*. Recuperado el 7 de septiembre de 2013 de <http://www.unisdr.org/2009/campaign/pdf/wdrc-2008-2009-information-kit-spanish.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (1990) *Manual de organización y procedimientos hospitalarios* Sao Paulo, Brasil : OPS
- Organización Panamericana de la Salud (2000). *Fundamentos para la mitigación de desastres en establecimientos de salud*. Washington DC, EEUU: Autor
- Organización Panamericana de la Salud (2006) *Hospitales seguros ante inundaciones*. Washington, DC EEUU: Autor
- P. A. O’Neill (2005) *The ABC’S of Disaster Response* recuperado el 3 de septiembre de 2013 de <http://www.fimnet.fi/sjs/articles/SJS42005-259.pdf>

- Paganini, José María (1993) *Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria : la relación entre estructura, proceso y resultado* Washington, D.C. : Organización Panamericana de la Salud
- Paul V. RITCHER (1997) *Hospital Disaster Preparedness: Meeting a Requirement or Preparing for the worst?* recuperado el 25 de agosto de 2013 de <http://burndisaster.com/HospitalDisasterPreparedness.pdf>
- Sampieri, R, Collado R y Lucio P (2000) Metodología de la investigación. McGrawHill. México
- Schultz C.H., Koenig K.L. (2005) Benchmarking for Hospital Evacuation: a critical data collection tool. *Prehospital Disaster Med*, 20, 331-342
- Schultz C.H., Koenig K.L., Lewis R.J. (2003) Implications of Hospital Evacuation after the Northridge, California, Earthquake. *The New England Journal of Medicine* , 348, 1349 -1355
- Smith GD, Bartley M, Blane D. “The Black Report on Socioeconomic Inequalities in Health 10 years on”. *Br Med J* 1990; 301: 373-77. Recuperado el: 30 de Agosto de 2013 en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1679935/pdf/bmj00193-0029.pdf>
- Smith, P. “Composite Indicators of Health System Performance”. En: Smith, P. *Measuring Up: Improving Health Systems Performance* in OECD Countries. Paris: OECD, 2002. En: Lemus, JD; Aragues y Oroz, V; Lucioni, MC. “*Administración hospitalaria*”. 1er ed. – Rosario: Corpus Libros Médicos y Científicos, 2009.
- Tanús de Pepe, María Isabel Elena (1969) *Administración hospitalaria : presupuesto por programa* Buenos Aires, Argentina : Macchi

- Temes, JL, Cortes C, Perol J, Torres A. “*Gestión de procesos asistenciales. Aplicación práctica*”. Madrid: McGraw Hill, 2005. En: Lemus, JD; Aragues y Oroz, V; Lucioni, MC. “*Administración hospitalaria y de organizaciones de Atención de la Salud*”. 1er ed. – Rosario: Corpus Libros Médicos y Científicos, 2009.
- Temes, JL. “Gestión hospitalaria”. 4º ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana, 2007. En: Lemus, JD; Aragues y Oroz, V; Lucioni, MC. “*Administración hospitalaria*”. 1er ed. – Rosario: Corpus Libros Médicos y Científicos, 2009.
- Vargas, GA. “*La gestión de operaciones de un servicio clínico*”. En: Ruiz Iglesias, L. *Claves para Gestión Clínica*. México: McGraw Hill, 2004. En: Lemus, JD; Aragues y Oroz, V. *Investigación en sistemas y servicios de salud*. Rosario: Corpus, 2007.
- White, T. “Gestión Clínica. Manual para médicos, enfermeras y personal sanitario”. Madrid: ed. Masson, 1997. En: Lemus, JD; Aragues y Oroz, V. *Investigación en sistemas y servicios de salud*. Rosario: Corpus, 2007.
- Zane R, Biddinger P, Gerteis J. Hospital assessment and recovery guide. recuperado el 7 de septiembre de 2013 de <http://archive.ahrq.gov/prep/hosprecovery/hosprecovery.pdf>.