

**ALGUNAS NOTAS CONCEPTUALES Y
PRÁCTICAS SOBRE UNA CARTA
COMPROMISO CON EL CIUDADANO
APLICADA A UN HOSPITAL PÚBLICO**

E. H. Passalacqua

30/01/2003

I. NOCIÓN PRELIMINAR EN LA PRÁCTICA ARGENTINA

1. En términos generales, y en el caso particular argentino, la **Carta Compromiso con el Ciudadano** (en adelante CCC) es un instrumento de modernización del Estado en el marco de una administración receptiva y de mejora de la calidad, formalizado en un Documento para:
 - lograr mayor sensibilidad hacia los clientes/ciudadanos y mayor receptividad a sus demandas orientando su desempeño en el marco de una administración por resultados;
 - fortalecer la capacidad de los clientes/ciudadanos para ejercer sus derechos a recibir servicios de calidad, acordes a necesidades y expectativas;
 - normalizar el uso de indicadores de calidad de los servicios y de satisfacción de los clientes/ciudadanos, y difundir los resultados obtenidos en la evaluación de desempeño institucional; y
 - generar condiciones para promover un proceso de mejora continua en los organismos públicos.

2. Para las organizaciones públicas que adopten la CCC, ésta implica el desarrollo (no necesariamente igual ni perfectamente simétrico) de **cuatro componentes** :
 - a) Estándares de calidad de los servicios que presta la organización,
 - b) Sistemas de información al ciudadano,
 - c) Sistemas de participación de los ciudadanos, particularmente los métodos de consulta, y
 - d) Monitoreo y evaluación de las actividades y resultados, como base para la Mejora Continua.

El componente: a), que sólo después de dos años de práctica local de CCC ha pasado a ser el primero –la puesta en marcha generalmente privilegió, con cierta lógica, al componente b)- implica establecer y difundir los niveles de calidad en los servicios que los clientes/ciudadanos pueden razonablemente esperar. Asimismo, supone la medición periódica del rendimiento alcanzado y su comparación con los estándares establecidos. La fijación de los estándares de servicio requiere la determinación de atributos de calidad que cada servicio debe poseer en función de las necesidades de los ciudadanos. Asimismo, requiere la construcción de indicadores que permitan monitorear su desempeño y verificar los resultados finales obtenidos (cumplimiento de los estándares).

El componente b) –primero y central al momento de la implementación inicial- implica que los organismos establezcan un sistema de información para que los ciudadanos puedan conocer en forma sencilla y clara los servicios que brinda el organismo y las formas de acceso a los mismos; sus derechos y obligaciones; el nivel de desempeño de los servicios de la organización; las formas de participación existentes destinadas a influir sobre la toma de decisiones; y conocer qué puede esperar de los servicios que brinda el organismo (acotando las expectativas).

El componente c) implica la implementación de consultas a los ciudadanos, con el objetivo de diseñar el servicio y para orientar el proceso de mejora continua. El desarrollo del programa exige, como mínimo, la opinión de los clientes/ciudadanos en la definición de los atributos del servicio (para su diseño y producción de acuerdo a lo que ellos requieren), su opinión sobre los problemas que surjan al momento de la prestación (a través del sistema de quejas y sugerencias) y su opinión sobre los resultados (nivel de satisfacción por los servicios recibidos).

El componente d) implica la realización de evaluaciones sobre los procesos de producción del servicio y de los resultados (cumplimiento de los estándares y satisfacción de los clientes/ciudadanos). Asimismo, contempla la realización de un monitoreo permanente que permita realizar los ajustes necesarios para el cumplimiento de los estándares comprometidos anualmente y una evaluación, base para las propuestas de mejora del período inmediato posterior. Los resultados percibidos por los destinatarios de los servicios serán considerados insumos principales para la toma de decisiones de mejora por parte de la alta dirección del organismo.

3. En términos operativos y generales, una CCC en *la práctica argentina actual* implica, para el **prestador**:

- Descripción clara de los servicios ofrecidos por el organismo.
- Identificación de los beneficiarios.
- Identificación de los responsables del servicio.
- Descripción de las formas de acceso a los servicios.
- Enumeración de los derechos y obligaciones de los ciudadanos en relación a los servicios,

y **con relación a la calidad**:

- Estándares de calidad establecidos.
- Información sobre formas de participación de la ciudadanía
- Sistema de quejas y mecanismos de compensación implementado.

- Compromisos de mejora para el período anual

Debe reiterarse, sin embargo, que éstas son las pautas –planteadas en julio de 2002- tras casi dos años de experiencias y a fin de perfeccionarlas y profundizarlas y que, aun cuando hubo coherencia en las metas y objetivos del Programa de CCC, al momento del lanzamiento su *fundamento y finalidades eran mucho más modestas*:

Los ciudadanos tienen derecho a ser escuchados e informados en lenguaje simple y a recibir respuesta y / o compensación cuando presentan una queja o reclamo. Si los organismos públicos comunican qué es lo que la ciudadanía puede razonablemente esperar del servicio que brindan, estos derechos se potencian, se hacen efectivos.

Lo cual siempre debe tenerse muy presente al comenzar cualquier nueva experiencia.

4. Si hacemos también ahora ***una primera aproximación a la práctica universal de CCC***, encontramos tras más de una década de experiencias algunas *pautas útiles de elaboración y consejos prácticos de implementación*. En el caso del mundo anglosajón –pionero en la materia- esas pautas podrían sintetizarse en la necesidad de elaborar cualquier Carta local en consulta con los usuarios, el personal del organismo y otros proveedores locales, con miras a incluir en la CCC: los estándares de servicio esperables por los usuarios; la manera en que los usuarios pueden ponerse en contacto con el organismo y obtener más información; el modo en que los usuarios pueden colaborar con el organismo; los mecanismos mediante los cuales los usuarios pueden quejarse, efectuar comentarios u ofrecer sugerencias; la manera en la cual el organismo informará a su vez a los usuarios sobre su desempeño y cuándo y cómo la CCC estará sujeta a revisión. En cuanto a los *consejos y guías para implementación*, la práctica anglosajona (británica, australiana, canadiense, etc.) enfatiza: focalizarse en lo que es importante para el usuario; plantear estándares de servicio específicos, mensurables, realistas y que representen un desafío de mejoras; consultar e involucrar a los usuarios y al personal con interfaz directa con el público desde el principio; establecer mecanismos reparadores claros y eficaces para cuando las cosas salen mal; trabajar en estrecho contacto con otros proveedores del servicio; monitorear y revisar periódicamente la CCC; y establecer una fecha cierta para su revisión integral.

En el caso italiano, las Cartas de Servicios Sanitarios se encuentran bastante desarrolladas a nivel local (Bologna, Milán, etc.) con revisiones integrales periódicas y una presentación habitual que incluye la sección de Estándares de Calidad –relativamente no tan desarrollados- y la sección de Cuidado del Ciudadano. La filosofía, tomando como ejemplo la *Carta dei Servizi Sanitari* de la Región Lombarda, es que se trata de un instrumento destinado a la tutela de los derechos de los ciudadanos los que poseen el control directo sobre la calidad percibida de las prestaciones provistas en el ámbito del Servicio Sanitario Nacional, en el cual constan los

principios rectores de la actividad de las respectivas *Aziendas*, se informa a los ciudadanos sobre las prestaciones disponibles y las relativas modalidades de acceso, se estipulan los indicadores y factores de calidad y se prevén asimismo las modalidades precisas de presentación de reclamos con respecto a eventuales fallas del servicio así como el planteo de sugerencias para mejorar la calidad.

5. Las CCC se vinculan con, y se nutren de, ***tres tradiciones que son sólo parcialmente coincidentes***: la de los derechos de ciudadanía, la de la calidad en la gestión pública y, a caballo entre ambas, la de la participación comunitaria, aspectos que veremos luego a partir de IV. Cuando se lanzó el Programa CCC en Argentina, hubo una yuxtaposición no conflictiva –casi deliberada confusión por razones prácticas– pero al hacerse un taller participativo de evaluación de las experiencias realizadas a los dos años en Puerto Iguazú, una de las ponencias principales puso de relieve que

Las cartas compromiso son un gran problema comunicacional, porque conviven dos almas distintas y no siempre convergentes:

1. La prestadora de servicios eficiente, de calidad y orientada al cliente. (de mercado)
2. La participativa orientada al usuario. (democrática)

Estrictamente, el problema no es tan grave en la práctica: se trata más bien de *equilibrar los elementos y combinarlos adecuadamente para cada tiempo y lugar*.

Lo que sí es importante es tomar en cuenta las conclusiones de ese Taller. Allí se hizo hincapié en que **debe partirse de la base que el cliente/usuario quiere que los productos o servicios cumplan con lo prometido en lo funcional y en lo simbólico**, pues como se ha analizado tanto en Estados Unidos como en España la satisfacción con el servicio público tiene que ver con utilidades funcionales (operación del servicio, incluyendo respuesta y proximidad), utilidades simbólicas (reconocimiento personal u orgullo de la comunidad específica) y utilidades vivenciales (experiencia de servicios, variable por hora e individual de cada usuario, que a los fines de la CCC no deben ser extraordinariamente relevantes).

En el ***plano comunicacional***, y este sí es un punto muy pertinente, y recordando que la comunicación efectiva es la que informa de hechos, no procesos ni ideas; que las intenciones interesan a muy pocos; y que en general tienen mucho más poder los hechos cuando son nuevos, distintivos, originales, creativos y de algún modo representan un cambio, un quiebre, un salto, en este sentido las CCC son un importante avance en el inicio de un cambio cultural en los servicios del estado, lo que se expresa en una mayor:

- conciencia del ciudadano /cliente
- orientación a resultados

- capacidad de compartir experiencias horizontalmente

Y al margen de su valor intrínseco como instrumentos,

- las CCC *representan una valiosa oportunidad para reposicionar el servicio público en la Argentina,*
- *deben hacer cambiar percepciones sobre los servicios del estado*
- *y se trata de un “modelo” de una nueva manera de actuar del estado,* especialmente si se toma en cuenta el momento y la crisis de valorización que sufre el sector público, lo cual representa una **oportunidad**, pues las CCC tienen contenido y argumentos suficientes para ser muy bien percibidas por la población. Por todo lo cual se concluyó en el Taller con participación de todos los organismos que las pusieron en práctica, para la estrategia de comunicaciones a aplicar para las CCC se trata de generar las condiciones para que cada carta compromiso sea reconocida y valorada por sus públicos relevantes, distinguiéndolas de otras iniciativas de modernización.

De todos estos rasgos se derivan *consecuencias prácticas muy significativas* a la hora de redactar la CCC.

En cuanto a la **participación** –que es proceso y es producto, dos aspectos a recordar particularmente en las CCC-, además de ser un componente esencial de éstas, **también tiene un rol importante a jugar en la propia implementación de la CCC** en cuanto a:

- mejorar la calidad de las Cartas Compromiso: congruencia entre necesidades expresadas y objetivos;
- incrementar su impacto: cambios o ganancias sociales, económicas, políticas;
- incrementar su sostenibilidad: capacidad de mantener las ganancias sociales, económicas, ambientales, políticas derivadas de la calidad del servicio;

II. FUNDAMENTOS LEGALES NACIONALES Y LOCALES

6. A nivel nacional, el Programa CCC está regulado por su norma de creación: el Decreto PEN 229/2000 que fija conceptualmente el instituto, sus pautas, parámetros, objetivos e implementación. Si bien su ámbito de aplicación es obviamente nacional, se invita formalmente a provincias y municipios a adherirse al mismo, lo que ha ocurrido en numerosos casos. El decreto plantea primeramente toda la cuestión como de **derechos del ciudadano** (art. 3º) aunque con la yuxtaposición típica de elementos de la CCC, los mismos versan fundamentalmente sobre los servicios administrativos y garantizan básicamente a los administrados en cuanto a las actuaciones. Conceptualmente se fija como finalidad del Programa

lograr una mayor receptividad y mejor respuesta del Estado a las necesidades y prioridades de los ciudadanos en lo referente a la prestación de los servicios a su cargo, estableciendo los

*principios y criterios generales que propendan a la mejora de la calidad de los mismos y reafirmando los derechos de los que goza el ciudadano frente a la Administración Pública Nacional.*¹

7. Los **principios rectores** (art. 4º del Decreto) sí tienen directa relevancia para el tema de la CCC: recogen las mejores prácticas y elaboraciones comparadas, nuestros principios constitucionales y las más modernas técnicas de gestión. Ellos son:

- a) **Igualdad**: el suministro de servicios públicos ha de regirse por el principio de igualdad de derechos de los usuarios. El acceso y las reglas que rigen las relaciones entre los usuarios y los prestadores de servicios públicos deberá garantizar condiciones de igualdad, sin discriminación de ningún tipo.
- b) **Imparcialidad**: las unidades organizativas alcanzadas por el presente Decreto deben basar su comportamiento respecto a los ciudadanos en criterios de objetividad, justicia e imparcialidad. Las normas que regulan las condiciones generales y específicas de prestación de los servicios públicos deben ser interpretadas respetando esta obligación
- c) **Continuidad**: deberá garantizarse la continuidad de la prestación de los servicios considerados esenciales.
- d) **Participación**: los usuarios y beneficiarios de servicios de atención al público deben contar con mecanismos de participación adecuados a cada caso, a fin de garantizar y proteger el derecho a una correcta prestación.

¹ Los derechos del ciudadano establecidos en el mismo art. 3º comprenden a) DERECHO a obtener información clara, veraz y completa sobre las actividades desarrolladas por la Administración Pública Nacional; b) DERECHO a ser asesorado sobre los trámites y requisitos que debe cumplir en sus actuaciones ante la Administración; c) DERECHO a ser tratado con el máximo respeto y deferencia por las autoridades y por el personal al servicio de la Administración Pública Nacional; d) DERECHO a conocer el estado de tramitación de las actuaciones administrativas en las que, tenga la condición de interesado y a obtener copias de los documentos contenidos en ellas; e) DERECHO a identificar a las autoridades y personal que tramitan los procedimientos y a responsabilizarlas cuando legalmente corresponda; f) DERECHO a obtener copia sellada de los documentos que presente y a no presentar aquellos no exigibles de acuerdo con la normativa vigente; g) DERECHO a acceder a los registros y archivos públicos con las limitaciones legalmente establecidas; h) DERECHO a hacer presentaciones administrativas en los procedimientos en los que tenga la condición de interesado, las que deberán ser evaluadas por la administración al dictar resolución, en los términos establecidos por la legislación vigente; i) DERECHO a que la Administración dicte resolución expresa ante sus peticiones, solicitudes o denuncias; j) DERECHO a presentar quejas por la omisión de trámites o retrasos en los procedimientos en los que sea interesado, y a reclamar ante cualquier desatención o anomalía en el funcionamiento de los servicios de la Administración Pública Nacional.

e) **Derecho a la información:** los usuarios y beneficiarios de servicios comprendidos en el presente programa deben contar con la posibilidad de tener un efectivo acceso a la información en las condiciones que establece la normativa vigente.

f) **Calidad:** las organizaciones alcanzadas por el presente Programa deben tender en la medida de sus posibilidades a la efectiva satisfacción de los usuarios en la prestación de los servicios a su cargo, dando cuenta de las iniciativas que pongan en marcha a tal efecto.

g) **Transparencia:** Los organismos prestadores de servicios a los ciudadanos en tanto tales, deben realizar la publicidad de su gestión, en cuanto a conocer qué puede razonablemente esperarse en cada caso, como garantía de efectividad y eficiencia en la asignación de sus recursos humanos, económicos y financieros.

Correlativamente, el art. 5º (Título IV del Decreto), establece las **pautas de aplicación** para llevar a la práctica los principios rectores. Aquí también se eligió una formulación moderna y abarcativa de relevancia práctica y orientación eficaz para la implementación en estrecha correspondencia con las prácticas reseñadas hasta aquí:

a) Informar a los usuarios sobre la naturaleza, contenido, características y formas de prestación de los servicios que brinda el organismo y los requerimientos para acceder a los mismos.

b) Determinar los niveles o estándares de calidad actuales en la provisión de los servicios que se suministran a los usuarios y las metas cuantificables para su desempeño futuro.

c) Establecer un sistema de monitoreo y evaluación del cumplimiento de los estándares sobre la base de un conjunto homogéneo de indicadores.

d) Realizar una amplia difusión de los resultados, en un lenguaje claro y accesible para el conjunto de la población.

e) Establecer un sistema de quejas y reclamos, así como mecanismos de compensación por errores injustificados y/o incumplimiento de los compromisos asumidos.

f) Establecer mecanismos de consulta a los usuarios acerca de los servicios que aquéllos demanden, sus sugerencias y opiniones para la mejora de los mismos

8. En el plano del GCBA –y al margen de que se adhiera formalmente o no al Programa nacional CCC- lo importante es la plena coincidencia programática y operativa de las normas sanitarias vigentes en la Ciudad, -tanto en su letra como en su espíritu- con los objetivos y modalidades de la

CCC. En efecto, la Ley Básica de Salud (en adelante LBS) establece en su artículo 3º: (*subrayado nuestro*)

La garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:.....

b. El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.

c. **La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control**, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.

d. La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.

e. La cobertura universal de la población;

h. **El acceso y utilización equitativos de los servicios** que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades.

i. La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel;

.....

k. **El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.**

y en cuanto a los derechos de las personas (LBS, art. 4º):

Son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

a. **El respeto a la personalidad**, dignidad e identidad individual y cultural;

b. **La inexistencia de discriminación** de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden;

c. La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad;

d. **El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud** y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso;

e. Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba;

f. **Libre elección de profesional y de efector** en la medida en que exista la posibilidad;

g. Un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud;

h. Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos;

i. **Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas.**

j. Solicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación;

m. **Acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores;**

n. Ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen;

o. En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores;

A lo que se agrega en el art. 5º LBS la garantía de esos derechos:

La autoridad de aplicación garantiza los derechos enunciados en el artículo anterior en el subsector estatal, y verifica su cumplimiento en la seguridad social y en el subsector privado dentro de los límites de sus competencias.

completado en el art. 7º:

Los servicios de atención de salud deben informar a las personas sus derechos y obligaciones.

En una palabra, el establecimiento y puesta en marcha de una CCC en un centro de salud de la Ciudad no sólo no requiere de ningún cambio legal sino que estrictamente representa el cabal cumplimiento de la legislación vigente.

III. ALGUNOS EJEMPLOS ILUSTRATIVOS: MODELOS INSUFICIENTES Y PERTINENTES

9. En el campo de la salud existen modelos diversos de CCC, El Ministerio de Salud de Mendoza, p. ej., basado en una previa legislación provincial con apertura participativa, adhirió al Programa CCC, pero la CCC respectiva es muy embrionaria: no llega a ser una verdadera CCC sino más bien un folleto de divulgación de servicios concreto y profundizado. La ANMAT, en cambio, elaboró un Documento bastante completo, lo revisó luego y armó una segunda versión aún más exhaustiva y pertinente. Hemos seleccionado para el análisis dos ejemplos muy ilustrativos. El primero, muy insuficiente pero que logra objetivos parciales (es un detalladísimo cuadro de servicios ofrecidos y canales de acceso pero con una participación muy atenuada) es la Carta de Servicios (fuera del Programa CCC, es precisamente lo que su nombre indica) del Hospital Nuestro Señor del Milagro de Salta que ejemplifica una tradición de listado de servicios de hospitales públicos pero que no llega ser una CCC. El segundo ejemplo es la Organización Nacional de Trasplantes de España, que sí representa una CCC con información detallada y estándares de calidad –incluyendo indicadores específicos.

10. A continuación se transcribe la Carta de Servicios del hospital salteño (respetando la grafía original):

Carta de Servicios

El Hospital Señor del Milagro provee las prestaciones y servicios públicos de salud a fin de facilitar la vida diaria de las personas, acercar la administración a los ciudadanos generando un nuevo mecanismo de consulta respecto al servicio que requieran, y los de sugerencias y opiniones para la mejora de los mismos.

Objetivos de la organización

Prevenir las enfermedades y efectuar el tratamiento, recuperación y rehabilitación de las patologías agudas y crónicas de la población, con particular énfasis en las enfermedades infectocontagiosas.

Perfil de la organización

El Hospital "Señor del Milagro" es un hospital público, dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta.

Su Director Actual es el Dr. SERGIO ALFREDO HUMACATA

Fue inaugurado el 14 de abril de 1895, con el nombre de Hospital Mixto del Señor del Milagro, "para que los enfermos acudan para su curación, en el cual, junto a los remedios de la ciencia, encuentren los consuelos del espíritu".-

El Hospital cuenta con una planta de personal de 378 personas, contando con 106 profesionales y 134 enfermeros, destacándose también personal técnico, administrativo y personal tercerizado de servicios generales.-

Horarios de atención:

Los horarios de atención están distribuidas en 3 grupos principales según se trate de las siguientes tipos de atención:

Consultorio Externo

La atención se brinda en 43 consultorios atendiendo

22 especialidades, en los siguientes horarios:

Horario de registro de pacientes: 7,00 a 17,00 horas.-

Horario de Atención Médica: 8,00 a 12,00 y de 14,00 a 18,00 hs.-

Internado

El Hospital cuenta con 200 camas aproximadamente. El horario de visitas: 14,00 a 17,00 hs.-

Otros horarios

Emergencias: las 24 horas del día.

Radiografías: 8,00 a 22,00 hs.

Laboratorio Central: Lunes a Viernes de 6,30 a 20,00 hs.

Emergencias en Laboratorio de Guardia: Lunes a domingo de 20,00 a 8,00 hs.

Farmacia: de 7,00 a 14,00 hs.

Atención de las Emergencias Médicas

Horarios de atención al Ciudadano:

- Registro de Pacientes para Consultorio externo: Lunes a Viernes de 7,00 a 17,00 horas.
- Atención Médica en Consultorios Externos: Lunes a Viernes de 8,00 a 12,00 hs. y de 14,00 a 18,00 horas.
- Emergencias: las 24 horas del día.
- Radiografías: de 8,00 a 22,00 horas.
- Laboratorio Central: Lunes a Viernes de 6,30 a 20,00 horas.
- Emergencias en Laboratorio de Guardia: Lunes a domingos de 20,00 a 8,00 horas.
- Laboratorio de guardia en los días sábados, domingos y feriados: de acuerdo a solicitud de los médicos de guardia.
- Farmacia: de 7,00 a 14,00 horas.
- Otros Servicios: 8,00 a 18,00 horas con horarios específicos para cada servicio en particular.-

Mecanismos de comunicación e información, ya sea general o personalizada:

La comunicación al ciudadano, se efectúa en forma personalizada, y en forma general, a través de afiches, carteles indicadores, altoparlantes y Televisor en sala de Espera.-

Se efectúan permanentemente, charlas educativas preventivas, por parte del personal dirigidas a pacientes, familiares y acompañantes.

ATENCIÓN EN CONSULTORIOS EXTERNOS:

REGISTRO E INSCRIPCIÓN DE PACIENTES:

- **REQUISITOS:** El paciente debe concurrir con su documento de identidad

- **HORARIO DE REGISTRO DE PACIENTES:** 7,00 a 17,00 horas.
- **HORARIO DE ATENCIÓN MÉDICA:** 8,00 a 12,00 horas y de 14,00 a 18,00 horas.

Para la Atención Médica en los consultorios externos, los pacientes deben concurrir a la Oficina de Registro e Inscripción de pacientes, ubicada en el Hall Central del Hospital .-

A través de las Ventanillas habilitadas los pacientes son registrados para su atención médica , según el siguiente esquema :

Ventanilla Nº 1 : Clínica Médica

Ventanilla Nº 2 : Odontología y Abreugrafía

Ventanilla Nº 3 : Cardiología , Dermatología y Ginecología

Ventanilla Nº 4 : Nutrición , Reumatología , Psicología (Salud Mental)

y Otorrinolaringología (ORL) .

En los siguientes consultorios , los pacientes se registran directamente allí para su atención médica :

Alergia y Asma Central de Tratamiento de Tuberculosis

Zoonosis Ecografía - Ecocardiograma

Fonoaudiología

Los pacientes CON Obra Social , podrán acceder a las prácticas de diagnóstico y tratamiento especificadas por el profesional , previa autorización de las mismas en la Oficina de Arancelamiento.-

EN LAS SALAS DE INTERNACION:

- Los pacientes reciben todas las prestaciones y servicios para su diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación
- Pueden ser acompañados por un familiar , previa autorización del médico tratante
- En caso de que el paciente proceda del interior , se brinda alojamiento y comidas al acompañante autorizado
- Las visitas se efectúan en el horario de 14, 00 a 17,00 horas. -

DINÁMICA DE LA ATENCIÓN EN EL HOSPITAL:

Atención de las Emergencias médicas

Se efectúa las 24 hs. del día a través del Servicio de Emergencias, ubicado en Avda. Sarmiento esq. Rivadavia.

- **Acceso para ambulancias.**
- **Consultorio de Emergencias.**
- **Laboratorio.**
- **Radiología.**
- **Sala de Curaciones.**
- **Sala de Internación.**

En el mismo se realizan prestaciones de urgencia médica y enfermería durante las 24 horas, mientras que el laboratorio en la guardia, brinda servicios entre las 20 hs. y las 8,00 hs.; Radiología brinda atención entre las 8,00 y las 22,00 hs.

La atención médica se brinda en 43 consultorios atendiendo las siguientes especialidades:

Servicios:

SERVICIOS	SERVICIOS QUE BRINDA	DÍAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN EN CONSULTORIO EXTERNO	OBSERVACIONES
CLÍNICA MEDICA	Atención de Patologías Clínicas	Lunes a Viernes de 8 a 12 y de 14 a 18 hs.	Anotarse en oficina de Registro e Inscripción de Pacientes
GINECOLOGÍA	Control Prenatal - Ginecología - Educación Sanitaria	Lunes: 11 hs. - Martes y Jueves: 8,30 hs.	
CARDIOLOGÍA	Consultorio Externo Electrocardiogramas Ecocardiogramas	Lunes a Viernes: 8,00 a 11,00 hs.	Anotarse en oficina de Registro e Inscripción de Pacientes
NEUMONOLOGIA	Atención de patologías pulmonares - Espirometría - Broncoscopía	Lunes, Martes, Jueves y Viernes de 10,00 a 11,30 hs Miércoles de 8,00 a 10,00 hs.	Solicitar turnos previamente

REUMATOLOGIA	Atención de la patología reumatológica en pacientes de consultorio externo e internados.	Lunes a viernes de 8,00 a 10,00 hs.	
GASTROENTEROLOGIA	Ecografías digestivas	Lunes a viernes 7,30 a 9,30 hs.	Solicitar turnos previamente.
OTORRINOLARINGOLOGIA	Consultas en consultorio externo e internados - Atiende enfermedades de nariz, garganta y oídos. Se realizan lavajes nasales y de oídos. Laringoscopia - Estudios de hipoacusia (sordera) - Nebulizaciones - Biopsias - Interconsultas a pacientes derivados de otros centros asistenciales de la provincia.	8,00 a 14,00 hs. 14,00 a 18,00 hs.	Anotarse en oficina de Registro e Inscripción de Pacientes.
ONCOLOGIA	Atención de patologías oncológicas: Consulta externa e internación - Tratamientos quimioterápicos. Tratamientos paliativos en pacientes terminales - Educación sanitaria preventiva.	Lunes, miércoles y viernes: a partir de las 11,00 hs.	
ALERGIA	Consulta espontánea. Antígenoterapia - Interconsultas.	Admisión: Lunes a viernes de 7,30 a 10,00. Consultas externas: 8,00 a 11,00 hs. y a las 18,30 hs.	Pacientes a partir de los 14 años de edad atención gratuita.
ZOONOSIS	Atiende enfermedades transmitidas por animales (mordeduras, picaduras,	Lunes a Viernes: 8,00 a 12,00 hs.	Los pacientes deben concurrir directamente al Consultorio N° 23

	etc.)		
ETS y SIDA	Atención médica y educación sanitaria de las enfermedades de transmisión sexual. Se realizan además charlas educativas de concientización en escuelas y colegios.	Lunes a viernes de 8,00 a 12,00 hs.	
TISIOLOGIA (T.B.C.)	Central de Tratamiento de tuberculosis. Se provee gratuitamente medicamentos. Atención espontánea. Se atiende a los contactos familiares.	Lunes a Viernes: 8,30 a 11,00 hs.	
CUIDADOS ESPECIALES	Terapia Intermedia e Interconsultas en los pacientes internados en otras salas del Hospital	Las 24 hs.	Están autorizadas las visitas a los pacientes en el horario de 16,00 a 17,00 hs.
GERIATRIA	Atiende a pacientes mayores de 65 años de edad. Tiene servicio de internación con 40 camas disponibles, en el cual ingresan pacientes crónicos provenientes del Hospital del Milagro y otros centros de atención al adulto carenciado.	Atención de agudos y crónicos ambulatorios se realiza en Consultorio Externo de Lunes a Viernes de 12,00 a 14,00 hs.	El internado se encuentra en la Calle Rivadavia 1350
DERMATOLOGIA	Atención de patologías de la piel: Consulta Externa - Internación - Cirugía menor - Cosmiatría.	Lunes: 9,30 hs. Martes: 9,00 hs. Lunes a Viernes: 8,30 hs. Lunes, martes, miércoles: 11,00 hs. Miércoles: 16,00 hs. Jueves: 12,00 y 16,00	Cirugías menores y cosmiatría se realizan previa consulta médica.

		hs Viernes:7,00 y 10,00 hs.	
RADIOLOGIA	Estudios Radiográficos	Lunes a Viernes de 8,00 a 22,00 hs. Sábados y Domingos de 8,00 a 20,00 hs.	
EXAMEN MEDICO DE SALUD MEDICINA LABORAL	Certificados de salud para el comercio (manipulación de alimentos y otras actividades afines). Certificados Conductor (1º, 2º, 3º, 4º y 4º profesional). Certificación de Incapacidades (pensiones por invalidez, carnet de transporte público, para cobradores de estacionamiento medido). Certificados y exámenes preocupacionales. Certificados y Exámen de Salud laboral para entidades públicas y privadas. Certificados y Exámen de Ingreso a estudiantes de Nivel Secundario, Terciario, Universitario. Certificados y Exámen de Aptitud Física para Educación Física Primaria y Secundaria. Certificados y Exámen	Lunes a Viernes: 7,00 a 12,00 hs.	Consultar en oficina de arancelamiento en el horario de 7,00 a 15,00 hs. Certificado de Salud de Comercio: \$ 15,00 Certificado para carnet de 1º, 2º, 3º: \$ 9,00. Certificado para carnet de 4º y 4º profesional: \$ 33,00 Certificado de aptitud física: los costos varían de acuerdo a los estudios solicitados por cada institución.

	para Empresas de Seguridad Privada. Certificados de Exámenes para Emigrantes Nacionales, para Inmigrantes Extranjeros y/o residencia. Certificados y Exámen para Becas al Exterior. Certificados y Exámen para diversas entidades Religiosas, ONG, etc. Certificados y Exámen para Deportistas y Competición. Certificados de Edad para Registro Civil y obtención de Documento de Indentidad.		
REHABILITACION	Fisioterapia - Kinesiología motora, respiratoria y neurológica, de pacientes ambulatorios e internados. Interconsultas de pacientes derivados de otros centros asistenciales de la provincia	Lunes a Viernes en turnos: 8,00 - 10,00 - 11,00 y 14,00 hs.	Concurrir con orden autorizada o con orden de derivación de los otros servicios de salud. Solicitar turnos previos.
HEMOTERAPIA Y HEMATOLOGÍA	Provisión de sangre y hemoderivados. Recepción de donantes de sangre. Estudios hematológicos.	Lunes a Viernes: 8,00 a 9,00 hs. Urgencias las 24 hs.	Los donantes de sangre deben concurrir respetando las indicaciones impartidas en el Servicio.
FARMACIA	Provisión de	De Lunes a Viernes de	Con recete médica

	Medicamentos de acuerdo al listado del Vademécum Provincial, a pacientes de consultorio externos e internados.	7,00 a 14,00 hs.	prescripta por profesionales del Hospital y Sello del servicio donde fue atendido el paciente. Presentarse con documento de identidad.
FONOAUDIOLOGIA	Audiología - Audiometría - Foniatría - Trastornos de la voz - Estudios de la audición - Tratamiento del Lenguaje y Habla.	Lunes a Viernes de 8,00 a 11,00 hs. Lunes, Miércoles y Viernes: 14,00 a 17,00 hs.	El paciente se atiende directamente en Consultorio de Audiología con orden autorizada de la oficina de arancelamiento.
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Estudios Anatomo patológicos y Citología. Oncología de material de biopsias, autopsias de niños, líquidos corporales - Papanicolau ginecológico y no ginecológico. Colposcopia - Citodiagnóstico: dermatitis, lesiones ampollares, etc.	Laboratorio: Lunes a viernes de 7,30 a 12,00 hs. PAP ginecológico, Colposcopia, toma de biopsia de cuello uterino: Miércoles a horas 10,30.-	Pedir turnos previamente en oficina de registro de pacientes.
ODONTOLOGIA	Servicios de endodoncia, periodoncia. Estomatología, operatorias, extracciones, urgencias. Las prácticas de perno y corona se realizan en convenio con la Cooperadora del Hospital.	Lunes a Viernes de 8,00 a 16,00 hs.	

		Las demás prácticas odontológicas son gratuitas.		
LABORATORIO CENTRAL		Análisis Clínicos: sangre - orina - líquidos biológicos Estudios Serológicos para: Chagas - Toxoplasmosis - FAN-Anti-DAN Hidatidosis - Sífilis Estudios de Paludismo	Toma de muestras: 6,30 a 8,30 hs. Emergencias en Laboratorio Central: 8,30 a 20,00 hs. Emergencias en Laboratorio de Guardia: 20,00 a 8,00 hs. Entrega de resultados: de acuerdo a las prácticas realizadas.	Solicitar turnos y respetar las indicaciones para la toma de las muestras.
LABORATORIO DE BACTERIOLOGIA		Diagnóstico bacteriológico de materiales biológicos: sangre, orina, heces, exudados y líquidos de punción de Consultorios Externos e Internados. Estudios de Leishmaniasis y Cólera.	Toma de muestras: 8,00 a 10,00 hs. Entrega de resultados: 8,00 a 14,30 hs.	Solicitar turnos y respetar las indicaciones para la toma de muestras.
LABORATORIO DE MICOLOGIA		Estudios de hongos: Diagnostica muestras de Consultorio Externos, Internados y derivadas de otros centros asistenciales de la provincia.	De Lunes a Viernes: Toma de muestras: 9,30 a 13,00 hs. Entrega de resultados: 11,00 a 13,00 hs.	Solicitar turnos y respetar las indicaciones para la toma de muestras.
LABORATORIO DE TBC Y LEPROA		Diagnóstico de Tuberculosis y Lepra.	Toma de muestra: 7,30 - 8,30 hs. Entrega de Resultados: 11,00 a 12,00 hs.	Solicitar turnos y respetar las indicaciones para la toma de muestras.
LABORATORIO DE VIROLOGIA		Estudios virológicos de Dengue, Hantavirus y	A solicitud de los profesionales.	

	Virus respiratorios.		
LABORATORIO DE ETS - SIDA	Estudios de HIV - SIDA Estudios de Hepatitis	Toma de muestras: 7,00 a 9,00 hs. Entrega de resultados: 10,30 a 13,00 hs.	Solicitar turnos y respetar las indicaciones para la toma de muestras.
ENFERMERIA	Prestaciones de enfermería en Consultorios Externos e Internados. Educación continua de prevención en personal de salud. Educación sanitaria a pacientes familiares y comunidad en general.	Las 24 hs.	
ESTERILIZACION	Servicios Intermedio de procesamiento y distribución de material para enfermería y atención médica.	Las 24 hs.	
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	efectúa la vigilancia de enfermedades de denuncia obligatoria e inmediata, Ley N° 15465, a los efectos de actuar en forma rápida para evitar la diseminación de las enfermedades y efectuar prevención y el tratamiento. Control de focos infecciosos.	Las 24 hs.	
NUTRICION	Dietoterapia - Regímenes alimentarios. Educación alimentaria a pacientes y familiares. Auditoría de los regímenes alimentarios en	Lunes a Viernes de 8,00 a 12,00 y de 14,30 a 17,00 hs.	Atención en consultorio N° 19

	internados y personal autorizado.		
SALUD MENTAL	Consultorio Externo: Consulta clínica - Aptitud psíquica para carnet de conductores, ingreso laboral a la Administración pública o Privada. Aptitud de ingreso educacional Pública o Privada. Tratamiento psicoterapéutico. Programas para adolescentes. También realiza atención de pacientes críticos y asistencia a los pacientes de las salas de internación. Actividades de docencia para profesionales.	Lunes a Viernes en turnos a: 8,00 - 9,00 - 10,00 - 14,00 - 16,00 hs.	
SERVICIO SOCIAL	Orienta y promueve la atención del paciente con su integración familiar, con la finalidad de lograr una participación activa como agentes de cambio. realiza charlas informativas, educativas de tuberculosis, Control de contactos, etc. Promueve hábitos y conductas para prevenir enfermedades. Investiga las causas de abandono	Lunes a Viernes: de 7,30 a 13,00 hs. Lunes a Viernes: 14,00 a 16,00 hs. Lunes a Jueves: 16,30 a 18,30 hs. Viernes: 16,30 a 17,30 hs.	

	de tratamientos. Efectúa trámites en Prestaciones médico-Sociales.		
--	--	--	--

Servicios de Diagnóstico y Tratamiento

Laboratorios de:

- Análisis Clínicos
- ETS y SIDA
- Tuberculosis
- Microbiología
- Virología
- Hemoterapia y Hematología

Prestaciones de:

- Anatomía Patológica
- Rehabilitación
- Broncofibroscopía
- Ecografía
- Farmacia
- Radiología
- Fonoaudiología
- Electrocardiogramas
- Endoscopia

INTERNACION

Los servicios de internación cuentan con 140 camas disponibles distribuidas en las siguientes Salas de Internación

Salas de Internación

- Clínica Médica
- Oncología
- Inmunodeprimidos
- Unidad de cuidados especiales
- Dermatología

- Reumatología
- Geriatría
- Infecciosas
- Tisiología
- Guardia

11. A continuación, y en la otra punta del espectro, se transcriben las partes sustantivas de la Carta de Servicios de la Organización Nacional de Trasplantes de España que cubren con creces los principales componentes de una CCC, ya que es probablemente una de las mejor elaboradas en su tipo.

I. Información de Carácter General

- ☐ [I.1. Datos identificativos y fines de la O.N.T.](#)
- ☐ [I.2. Relación de servicios que presta la O.N.T.](#)
- ☐ [I.3. Derechos de los ciudadanos en relación con los servicios prestados por la O.N.T.](#)
- ☐ [I.4. Colaboración o participación de los ciudadanos y usuarios.](#)
- ☐ [I.5. Relación de la normativa reguladora.](#)
- ☐ [I.6. ¿dónde podrán presentar sus quejas y sugerencias sobre el funcionamiento del servicio?](#)

Carta de Servicios

- ☐ [I. Información de Carácter General](#)
- ☐ [II. Información de Compromisos de Calidad](#)
- ☐ [III. Información Complementaria.](#)

II.1. COMPROMISOS DE CALIDAD OFRECIDOS POR LA O.N.T.

La relación de los servicios prestados por la **O.N.T** y los derechos concretos de los ciudadanos recogidos en esta carta, se prestarán conforme a los siguientes compromisos de calidad:

1. Mejora continua del Proceso de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos por medio de:

- Consecución efectiva del enfermo con injerto funcionante mediante la *obtención de órganos y su trasplante*. Compromiso objetivado por la figura del Coordinador de Trasplantes, a través del desarrollo completo de todo el proceso de donación y trasplante.
- *La correcta Gestión de las Alarmas de Donación*, extra e intrahospitalarias, de extracciones multiorgánicas mediante el despliegue de medios coordinados con la Coordinación Autonómica y Hospitalaria, y cimentados sobre factores de compatibilidad, prioridad (Urgencias 0), factores distributivos (en base a criterios clínicos y geográficos) y de equidad.
- *Garantizar al Receptor la evaluación* de la seguridad sanitaria, viabilidad y calidad del órgano y/o tejido.
- *Seguimiento de los Programas de Calidad* a través de sistemas de evaluación en los Procesos de Donación y Trasplante con el fin de minimizar las posibles pérdidas de donantes producidas durante los mismos.
- *Organizar y desarrollar toda la logística del transporte* (aéreo y terrestre) con la mayor diligencia posible para garantizar el tiempo mínimo de isquemia del órgano y asegurar a los hospitales implicados el necesario soporte fuera de sus instalaciones.
- *Colaboración con entidades internacionales* para la entrada y salida de órganos del territorio español.
- *Honestidad y transparencia en todo el proceso*, garantizado mediante el correspondiente archivo de todas las Alarmas de Donación puestas a disposición de la Comisión Permanente de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a través de sus Comités de Conflictos y de Transparencia.
- Mantenimiento y adecuación de la *capacitación de los profesionales* mediante el establecimiento de cursos de formación continuada y de postgrado.
- *Acercamiento del procedimiento de Donación a la sociedad en general* y al usuario de los servicios (en particular), mediante las campañas de sensibilización social en medios de comunicación y la difusión de material informativo y didáctico.
- *Mantenimiento y actualización de los Registros* de Donantes, Receptores, Listas de Espera y Trasplantes.

- Mantenimiento de la *confidencialidad* de los datos del Donante, del Receptor y de todos los datos referentes a su proceso.
- *Promoción de la Acreditación* de Programas para la Donación/Extracción y Trasplante de Órganos y Tejidos.

2. El compromiso de mantener activos los mecanismos de información y/o comunicación, general o personalizada, con los ciudadanos y usuarios por medio de:

- Información Telefónica:

La **O.N.T.** atenderá todas las llamadas telefónicas recibidas en sus instalaciones en función del grado de saturación de las líneas.

Horario continuado de atención 24 horas al día, siete días a la semana. (91 314 24 06).

La información que requiera de una actuación posterior, se facilitará al usuario mediante el envío de la misma por correo ordinario o electrónico, o por un nuevo contacto telefónico realizado por el empleado.

- Información Presencial:

Mediante petición de cita previa en el teléfono de la **O.N.T.**

- Información Escrita:

El plazo de contestación de los escritos recibidos no será superior a treinta días hábiles desde su recepción.

- Información en Internet:

La **O.N.T.** atiende todas las demandas de información solicitadas a través del buzón de sugerencias del ciudadano en su página Web, contestando en los mismos plazos establecidos para la información escrita.

La actualización de la información ofrecida en la página Web se producirá en el plazo más breve posible, y estará en función de la variabilidad de los datos contenidos.

La **O.N.T.** atenderá y dará contestación a todas las peticiones informativas que reciba siempre que no superen su capacidad de tratamiento, se encuadren en la legislación de trasplantes, que no perjudiquen a otros usuarios y que no tengan fines especulativos o comerciales.

3.La **O.N.T.** se compromete a proporcionar la tarjeta de Donante y/o información de donación de Médula Ósea y Sangre de Cordón Umbilical a todo aquél que la solicite mediante la utilización de cualquiera de los mecanismos descritos en el apartado anterior, en el menor plazo de tiempo posible.

II.2. INDICACIONES QUE MEJOREN LAS CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN.

Las indicaciones para la mejora en la atención al ciudadano se engloban bajo unas reglas generales de actuación referidas a:

- *Atención al ciudadano y usuario.* En cada una de las modalidades de información los informadores se guiarán por las siguientes reglas de actuación:
 - o Se identificarán adecuadamente.
 - o Escucharán con interés a su interlocutor.
 - o Utilizarán un lenguaje comprensible en las respuestas.
 - o Tratarán de resolver la cuestión planteada en el menor tiempo posible.
 - o Le despedirán con amabilidad.

Compromiso ético en su actuación. Todo el personal de la **O.N.T.** asume como valores éticos dentro del desempeño de sus funciones, la integridad, la neutralidad, la imparcialidad, la transparencia en la gestión, la receptividad, la confidencialidad, la responsabilidad profesional, y el servicio a los ciudadanos

II.3. SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.

La **O.N.T.** cuenta con un **Sistema de Aseguramiento de la Calidad (S.A.C)** que tiene como objeto, el control del Proceso de Donación, Extracción y Trasplante de Órganos y Tejidos, el control y análisis de Datos, y la valoración de los Servicios Prestados.

1. El Control del Proceso de Donación, Extracción y Trasplante se objetiviza por medio del establecimiento y desarrollo de una metodología específica que permite la detección y eliminación de los fallos que se producen en el Proceso, y conocer las áreas del mismo susceptibles de mejora en las que se pueda intervenir con la finalidad de incrementar los resultados y aprovechar al máximo la disponibilidad de órganos para trasplante.

La herramienta fundamental del control en proceso es la **evaluación**, que se realiza en dos fases de actuación con el fin de verificar los resultados que se obtienen durante la misma.

1.1 Evaluación interna o Autoevaluación realizada por los Coordinadores Hospitalarios de Trasplantes mediante la aplicación de un protocolo basado en el **análisis retrospectivo de las historias clínicas de todos los éxitos acontecidos en las Unidades de Críticos** y en la recopilación de información mediante tres tipos de documentos; Hoja de recogida de datos Individuales de muerte encefálica, Hoja de datos trimestrales referentes a las unidades de críticos evaluadas y Hoja de datos hospitalarios anuales. Los datos obtenidos son remitidos con periodicidad

trimestral y anual a la **O.N.T.** para su valoración posterior. Con los resultados de la evaluación se construyen los indicadores que nos van a permitir definir la capacidad Teórica de Donación de órganos según el tipo de hospital, detectar los problemas durante el proceso de donación y analizar las posibles causas de las pérdidas de los donantes potenciales de órganos.

1.2 Evaluación Externa realizada por Coordinadores de Trasplantes ajenos al hospital a evaluar, tiene carácter anual y su objeto es analizar el global de la actividad y comprobar la veracidad de la información recogida. Se basa en el análisis de los datos de infraestructura y actividad hospitalaria, en la confirmación y análisis de los datos obtenidos en la evaluación interna, en la identificación de problemas y en la propuesta de los cambios a introducir para conseguir la mejora continua del sistema. La **O.N.T.** y los representantes de las CCAA eligen consensuadamente los hospitales a evaluar.

2. El control y análisis de Datos es llevado a cabo por personal de la oficina central de la **O.N.T.**, mediante:

2.1. La actualización de la información contenida en diferentes bases de datos, en tiempo real, para garantizar el correcto funcionamiento de todo el proceso de donación, extracción y trasplante de órganos y tejidos.

2.2. La actualización de otras bases de datos relacionadas con la gestión de la unidad (directorios, etc).

2.3. El estudio mensual, trimestral y anual, que permite definir y analizar la evolución de la donación y trasplante en España y la Publicación de estadísticas.

3. La Valoración de los Servicios Prestados, en cuanto a la atención directa a la ciudadanía, se realiza por un lado, para conocer la calidad y eficacia de la prestación en función del grado de satisfacción de los ciudadanos y usuarios respecto a la atención que reciben, y por otro, para conocer el grado de concienciación general respecto a la importancia y necesidad de la Donación y Trasplante de órganos y tejidos.

Las herramientas utilizadas para la Valoración son:

3.1. Análisis del nº de solicitudes de Tarjeta de Donante y solicitudes de información de donación de Medula Ósea y Sangre de Córdon Umbilical con carácter anual y su comparativa con años anteriores.

3.2. Control anual del nº de consultas (telefónicas o presenciales) realizadas en la oficina central de la **O.N.T.**

3.3. Análisis de quejas y/o sugerencias y verificación de los plazos de contestación.

3.4. El número de visitas a la página Web de la **O.N.T** controlado mediante el contador de visitas por fechas, por países, etc.

3.5. Estudio anual de la evolución de las Negativas Familiares.

3.6. Efectividad de las campañas de difusión y sensibilización realizadas por las diferentes CCAA en los medios de comunicación, en función del nº de consultas y peticiones de tarjetas de donantes en los días posteriores a su emisión.

Seguimiento de las informaciones aparecidas en los medios de comunicación escritos a nivel del territorio del Estado.

Los datos obtenidos en las diferentes valoraciones se analizan y publican en la Memoria anual de la **O.N.T.** para su difusión general.

4. Gestión Medioambiental. La **O.N.T.** ejerce un respeto absoluto al Medioambiente y sigue cuidadosamente las directrices medioambientales implantadas por el departamento al que pertenece.

II.4. INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD.

INDICADORES DE ACTIVIDAD
Evolución anual de Fallecidos en M.E. en U.C. en el global de hospitales, por CCAA, por tipo de hospital y en cada hospital.
Evolución anual de Donantes Reales respecto al total de M.E. en U.C. en el global de hospitales, por CCAA, por tipo de hospital y en cada hospital.
Evolución respecto al año anterior del porcentaje de fallecidos en M.E. respecto al total de fallecidos en U.C.
Evolución de la eficiencia de coordinación de operativos de Donantes Reales respecto al total de fallecidos en M.E.
Evolución respecto al año anterior del nº de negativas familiares.
Evolución de la actividad extractora y trasplantadora.
INDICADORES RELATIVOS AL TOTAL DE MUERTES ENCEFÁLICAS
Porcentaje de Muertes Encefálicas (M.E.) perdidas por No Comunicación a la Coordinación de

Trasplantes respecto al nº total de M.E. habidas en Unidades de Críticos (U.C.).
Porcentaje de M.E. en que se demuestre una Contraindicación Médica respecto al nº total de M.E. habidas en Unidades de Críticos.
Porcentaje de fallecidos en M.E. (Donantes Potenciales) en que no se puede confirmar el diagnóstico según los criterios legales respecto al nº total de M.E. habidas en U.C.
Porcentaje de fallecidos en M.E. (Donantes Potenciales) en los que se constata negativa judicial respecto al nº total de M.E. habidas en U.C.
Porcentaje de fallecidos en M.E. (Donantes Potenciales) en los que se registran problemas de mantenimiento respecto al nº total de M.E. habidas en U.C.
Porcentaje de fallecidos en M.E. (Donantes Potenciales) en los que se obtiene una negativa familiar respecto al nº total de M.E. habidas en U.C.
Porcentaje de fallecidos en M.E. (Donantes Potenciales) cuyos órganos no se pueden implantar por ausencia de receptor adecuado respecto al nº total de M.E. habidas en U.C.
Porcentaje de fallecidos en M.E. (Donantes Potenciales) en los que se registran problemas organizativos y/o logísticos respecto al nº total de M.E. habidas en U.C.
INDICADORES RELATIVOS AL TOTAL DE DEFUNCIONES EN EL HOSPITAL
Porcentaje de Muerte Encefálica en Unidades de Críticos (U.C.) respecto al nº total de muertes del hospital.
Porcentaje de Donantes Reales respecto del total de muertes del hospital.
INDICADORES RELATIVOS AL TOTAL DE DEFUNCIONES DE LAS U.C.
Porcentaje de Muerte Encefálica en U.C. respecto al total de muertes en U.C.
Porcentaje de Donantes Reales respecto al total de muertes en U.C.
INDICADORES RELATIVOS AL TOTAL DE CAMAS EN EL HOSPITAL.

Porcentaje de Muerte Encefálica en U.C. respecto al total de camas del hospital.
Porcentaje de Donantes Reales respecto al total de camas del Hospital.
INDICADORES RELATIVOS AL TOTAL DE CAMAS EN LAS U.C.
Porcentaje de Muerte Encefálica en U.C. respecto del total de camas en U.C.
Porcentaje de Donantes Reales respecto al total de camas en U.C.
INDICADORES RELATIVOS AL TOTAL DE INGRESOS EN LAS U.C.
Porcentaje de Muerte Encefálica en U.C. respecto al total de ingresos en U.C.
Porcentaje de Donantes Reales respecto al total de ingresos en U.C.
INDICADORES RELATIVOS AL TOTAL DE ENTREVISTAS FAMILIARES Y SOLICITUDES DE AUTORIZACIÓN JUDICIAL.
Porcentaje de Negativas Familiares respecto al Total de entrevistas familiares realizadas.
Porcentaje de Negativas Judiciales respecto al total de solicitudes judiciales.
OTROS INDICADORES
Documentos de acuerdo y consenso desarrollados y emitidos / año.
Documentos de recomendaciones de buena práctica / año.
Actividades y proyectos de investigación coordinados o financiados a través de la O.N.T./año.
Número de horas lectivas impartidas en cursos de formación a los profesionales sanitarios / año.
Número de seminarios impartidos en foros educativos y/o divulgativos / año.

Número de publicaciones / año.
Número de Peticiones de colaboración para la adaptación de aspectos concretos del Sistema Español en otros Países.
Número de solicitudes de Tarjeta de Donantes / año.
Evolución respecto al año anterior del nº de solicitudes de tarjeta de donantes.
Consultas telefónicas atendidas en la oficina central / año.
Número de quejas recibidas / año.
Número de consultas a la página web / año.
Participaciones de personal de la central de la O.N.T en programas de divulgación en medios de comunicación audiovisual.
Seguimiento de las informaciones aparecidas en prensa escrita.

IV. ORIGEN, DESARROLLO, DIFUSIÓN Y RAZONES DE LAS CARTAS COMPROMISO

12. Si bien las CCC nacen en forma orgánica en Gran Bretaña en 1991, el movimiento tuvo rápida difusión y se generalizó más allá de la matriz conservadora (especialmente el gobierno de Major) que le dio origen e incorpora gran cantidad de influencias diversas en el camino. En ese formato, el Reino Unido estableció una oficina para normalización de los documentos (*Citizen's Charter Unit*), una *hot line* (*Charterline*) para controlar el manejo de los reclamos por parte de los organismos y una distinción (*Charter Mark*) para los entes que cumplieran o superaran sus compromisos, dentro de un marco global fijado por el libro blanco *The Citizen's Charter: Raising the Standards* que resultó el punto de partida de casi todos los esquemas posteriores. *Ideológicamente*, el mecanismo se relaciona con la tendencia al enfoque 'del cliente (o usuario, o beneficiario)' de los servicios públicos y la CCC ocupa un lugar prominente junto a otros que se fueron desarrollando luego como el modelo sueco, la ley de administración pública de Quebec (y su esquema receptivo) y los sondeos/encuestas de satisfacción, necesidades y preferencias. Y, en términos más amplios, las CCC se emparentan fuertemente con la denominada *nueva gestión pública* (*New Public Management*), un

paraguas impreciso que cubre desde la reforma neocelandesa hasta la reinención del gobierno norteamericano pasando por el Consenso de Washington y las reformas de primera generación en América Latina. El elemento de la calidad, perteneciente a una tradición diferente y no sincrónica, está presente desde el comienzo pero se introduce con más nitidez a posteriori aunque de manera congruente con el diseño original.

13. Sin embargo, **el éxito y la difusión universales de las CCC** tienen que ver con otras razones más allá del origen en tiempo y lugar. *En el país de nacimiento* el gobierno laborista de Blair retomó la iniciativa con más empuje para relanzarla a partir de 1997 luego de una amplísima encuesta sobre cobertura, principios, mejora de los estándares, métodos de escucha a la gente, trabajo conjunto y fomento y promoción de la excelencia. A la fecha hay más de 200 CCC de nivel nacional (incluyendo para Padres, Estudiantes, Tercera Edad, etc.) y más de 10.000 a nivel local con una unidad especial (*Service First*) para Irlanda del Norte. *Sucesivamente*, y sin pretensiones de exhaustividad, se crearon, aprobaron o pusieron en marcha la Carta del Usuario de Servicios Públicos (Bélgica, 1992), la Infraestructura para los Servicios de Calidad (Canadá, 1994), el Observatorio de Calidad (España, 1992), las Normas de Servicio al Ciudadano (Estados Unidos, 1994), la Carta de los Servicios Públicos (Francia, 1992), la Carta de la Calidad de los Servicios Públicos (Portugal, 1993), etc. Estas iniciativas incluyeron en todos los casos un componente de mejora de calidad y cuando se bajaron a las localidades los documentos resultantes fueron semejantes a los analizados (en España, por citar sólo un caso, los aspectos centrales son los estándares del servicio, la transparencia, la información y la gestión de los errores). El *nuevo enfoque focalizado en el cliente* representa una verdadera revolución conceptual. Estrictamente el proveedor del servicio público puede informar a los clientes, consultar con ellos, encarar diversas formas de partenariados con ellos, delegar en ellos o ser controlado por ellos. El uso de la palabra 'cliente' ha planteado muchos problemas, por llegar algunos a entender que no es ni más ni menos que la negación de la ciudadanía, mientras que otros celebran completar la idea de servicio público con la de 'servicio al público'². Los italianos distinguen entre ciudadano administrado, ciudadano usuario y ciudadano cliente; en España predomina 'cliente' por abarcar un número más amplio de categorías que los ciudadanos individuales, tomar en cuenta su carácter de contribuyente, ser más activo que el neutro 'usuario' y adaptarse a las nuevas visiones oficiales de que 'el cliente siempre tiene razón'; en los países de la OCDE, se intenta distinguir, con diferentes alcances: beneficiario, consumidor, 'prosumidor' (*prosumer*, productor y consumidor), usuario, comprador, contribuyente y regulado. Este plexo de relaciones -que la categorización sólo intenta precisar en sus alcances conceptuales y legales- pasa sustantivamente por el intercambio de información, la prestación del servicio y su evaluación, aunque implica cambios

importantes incluso en los modos de prestación pública más tradicionales (obliga a nuevos equilibrios entre la estandarización y la diferenciación de la prestación -un cambio con implicancias positivas y negativas en punto a la universalidad- y la distinción entre *front office/back office* en función de la presencia de los usuarios y las interfaces con éstos).

14. **Los factores que facilitaron y motivaron el advenimiento y la continuidad en el tiempo de las CCC fueron múltiples:**

presiones desde los recursos y su escasez, descontento general del público frente a los servicios, presión desde multitud de sectores para aumentar la legitimidad y la transparencia administrativa, las nuevas posibilidades de mejoras con mejores tecnologías, la tendencia difundida a aplicar algunos aspectos de la gestión del sector privado al público, y la democratización creciente en todo el mundo para garantizar los derechos individuales y promover la igualdad. ***Tal coalición favorable resultó imbatible:*** desde diversos puntos del espectro político las CCC fueron impulsadas por razones diferentes y diversas. El propio conjunto de elementos asimilados por las CCC facilitó convertir al instrumento en un satisfactor universal para distintas demandas. Pero además –y luego de más de una década de experiencia práctica- las CCC resultaron instrumentos en general de *bajo costo* –sobre todo comparadas con otros- y su puesta en marcha probó su capacidad para generar, casi de inmediato, *mejoras apreciables en la prestación de los servicios*. Por supuesto que la aplicación exitosa de una CCC depende grandemente, entre otros factores, del compromiso de la organización respectiva pero aun cuando sólo se acepte a regañadientes, la puesta en operaciones de un esquema muy rudimentario –salvo que sea sólo una fachada- produce *per se* algunas leves mejoras. En nuestro medio, los *riesgos* de desconocimiento y trivialización, la inveterada tradición de amor platónico por la participación y la notable resistencia al cambio de algunas organizaciones públicas³ son los obstáculos más significativos.

15. Como ya se señaló, en la conformación actual de las CCC coexisten ***tres tradiciones que son sólo parcialmente coincidentes***: la de los derechos de ciudadanía, la de la participación comunitaria y la de la calidad en la gestión pública. **En cuanto a los derechos de ciudadanía**, vale la pena subrayar tres aspectos:

- a) tras largo debate parece que finalmente, y subsumiendo las concepciones 'liberal' y 'comunitaria' de la ciudadanía se ha venido a dar en una noción dialécticamente superadora e integradora: **la concepción republicana de la ciudadanía**, que es

² Para evitar discusiones semánticas se emplea entre nosotros la noción de 'ciudadano cliente' o semejantes. Vale la pena recordar que en el caso británico, y a pesar de que constitucionalmente se trata de 'súbditos' (*subjects*), se empleó allí para la propia denominación del instituto la palabra *Citizen* o sea, ciudadano.

³ A fines del año pasado, a partir del apoyo del BM y el BID a iniciativas de auditoría social, se organizó una reunión de mejora de servicios de la ANSES y la Superintendencia de Servicios de Salud; allí una gerente de la primera entidad puso en duda la ventaja de reducir o eliminar los tiempos de espera a partir del supuesto de que las personas de la tercera edad en cierto modo 'disfrutaban' de esa espera como ocasión para la sociabilidad (sic) lo cual generó cierto azoramiento en los demás participantes.

poco más que un redescubrimiento de la dimensión social de la ciudadanía de los clásicos, la que agrega a los 'derechos-freno' de primera generación los 'derechos-crédito' cabalmente planteados por el constitucionalismo social en nuestra América y en nuestro país. Ese marco conceptual –que explícitamente incluye el derecho a la salud y el derecho a que gobernados –y administrados- controlen al gobierno y a la Administración, culmina con la concepción global de la democracia como participación (el cuarto paradigma de McPherson y el diseño explícito de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires).

- b) En la práctica internacional actual –ampliamente recogida por la ONU y sus distintas agencias-, ha cobrado especial importancia la noción de **compromiso cívico**, entendido hoy universalmente como

la participación de los actores no gubernamentales en la esfera pública, vehiculizada a través de interacciones directas e indirectas de las organizaciones de la sociedad civil y de los ciudadanos en general con el gobierno, las instituciones multilaterales y el sector privado para influir en la toma de decisiones y perseguir metas comunes. El compromiso de los ciudadanos y de sus organizaciones en el debate de las políticas públicas, o en la prestación de los servicios públicos y en la gestión de bienes públicos, resulta un factor decisivo para lograr que las políticas y acciones de desarrollo respondan a las necesidades y aspiraciones de la gente y potencialmente de los sectores más carenciados.

- c) estrechamente correlacionado con a) y b) está la preocupación generalizada por la **transparencia**, presente en toda nuestra región y que al ponerse en marcha un programa de control social en Chile motivó esta reflexión:

La transparencia pública es una forma o método de manejar los asuntos públicos, entendida como una interacción entre la ciudadanía y el gobierno en un ambiente de confianza y franqueza, la cual, lleva implícita la obligación de rendir cuentas, y, a su vez, la posibilidad de responsabilizar a los gobernantes por sus acciones, omisiones y gestión.

La transparencia pública se puede entender, por tanto, como una característica del buen gobierno, un instrumento de control ciudadano, un método de trabajo y un valor cultural.

V. PARTICIPACIÓN Y CALIDAD

16. En cuanto a **la participación comunitaria** –el segundo elemento definitorio de las CCC- se puede señalar en rápida síntesis:

- a) desde la declaración universal de Alma Ata (URSS, 1978) se acepta que (decl. cit., ap. VII, inc. 51)) "la atención primaria de la salud....exige...la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud....y con tal fin desarrollar mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar". Esta participación, está prevista especialmente por *el inc. u) del art. 121 de la LBS* que establece la autoridad de aplicación y le asigna esta función específica: "La autoridad de aplicación conduce, controla y regula el sistema de salud. Son sus funciones: **u. La promoción e impulso de la participación de la comunidad**";
- b) en el mismo sentido, los municipios argentinos y latinoamericanos presentaron al concurso de Mejores Prácticas de UNCHS-Habitat desde 1996 un conjunto de experiencias exitosas de las cuales casi el 50% se referían a programas de salud con participación comunitaria;
- c) de la experiencia universal, y agrupando las iniciativas en: *i) amplificación de la voz de los ciudadanos; ii) iniciativas del sector público para mayor receptividad de la voz de los ciudadanos (es el caso de las CCC); y iii) iniciativas conjuntas sector público-sociedad civil, se registran experiencias exitosas en materia de salud, tanto en países desarrollados como en desarrollo*, para cada grupo y entre las distintas variantes al interior de los grupos. Se trata aquí de las conocidas categorías de Hirschman. En el caso de la salud pública local nos encontramos con que las alternativas de 'salida' son muy escasas y casi imposibles -por la escasez en muchos casos de proveedores alternativos o por las dificultades de 'votar con los pies' e irse a otra jurisdicción- pero las de 'voz' son múltiples (elecciones, encuestas, asambleas barriales, audiencias públicas, líneas de denuncias, acciones legales, defensorías del pueblo o semejantes, referendos locales, participación directa en la prestación -diseño, construcción y/o mantenimiento y operación, y control-, manifestaciones, etc.);
- d) entre la multitud de *métodos y técnicas susceptibles de emplearse*, merecen recordarse las advertencias previas de la OCDE (que ha publicado recientemente un manual al respecto sistematizando lecciones aprendidas de dos décadas) en el sentido de construir un marco de referencia, pensar y actuar estratégicamente, y seleccionar y emplear las diferentes herramientas disponibles. A los diferentes formatos conocidos

deben agregarse algunos recientes más sofisticados que, siguiendo el inventario del Banco Mundial, incluyen: métodos basados en talleres (construcción de consensos, apreciación-influencia-control, ZOPP –planeamiento orientado hacia objetivos, TeamUp, etc. Gran parte de estas metodologías se subsumen en la práctica argentina como “diálogo apreciativo”), métodos basados en la comunidad (gerentes de tareas y otros actores de facilitación), métodos de consulta a los involucrados (apreciación de beneficiarios y consulta sistemática de clientes, entre otros) y métodos de análisis social (son los más elaborados, como la Apreciación Social, y en principio resultan de dudosa aplicación para las CCC, al menos en su etapa inicial) pero recordando siempre que estas técnicas no son inherentemente participativas y requieren de marcos, actores y estímulos adecuados;

- e) *la participación en salud reconoce una dificultad específica referida a los profesionales del área.* Si bien la reacción antiparticipativa ha incluido otras profesiones⁴ en el caso de las ciencias médicas ha resultado particularmente fuerte, probablemente por las distribuciones muy asimétricas de poder y saber en el modelo clásico (un tema muy trabajado en sucesivos encuentros organizados por la Municipalidad de Rosario que llevaron al Secretario Róvere a plantear que más que preguntarse sobre cómo hacer participar a la gente debería discutirse cómo hacer para derribar las barreras erigidas para no participar) o bien porque en los denominados dos primeros paradigmas (según se explica en el libro argentino de texto más difundido sobre medicina y salud pública) de salud como ausencia de enfermedad y de salud como bienestar en su primera etapa no había ningún lugar conceptual para la participación lo que sólo varía bien entrada la década del 80, cuando la noción de salud como bienestar se amplía a las condiciones de vida en general y comienzan a emplearse indicadores biológicos, sociales, económicos y de contexto político;
- f) *A esto se agregan otras dificultades que los gobiernos locales enfrentan al poner en marcha esquemas de este tipo:* i) la interacción entre actores con formaciones diferentes requiere ajustes sucesivos: la visión burocrático-tradicional del sector público (con centro claro de poder, estructuras jerárquicas relativamente rígidas, acciones estandarizadas, etc.) y la político-organizacional de ONGs y organizaciones de base diversas (centros difusos de poder, estructuras fluidas y flexibles, acciones auto-reguladas, etc.) que en el límite pueden orientarse los unos hacia los usuarios con criterios de costo/beneficio o presiones clientelares y los otros hacia grupos tradicionalmente no atendidos por el sector público, vinculados con aspectos de género, etnia y exclusión social. Estos problemas resultaron particularmente agudos

⁴ Como muchos arquitectos franceses que reaccionaron contra el planeamiento participativo tildándolo de ‘planeamiento de pies descalzos’.

en algunas experiencias de salud comunitaria, como en el caso de Belo Horizonte; ii) las barreras más usuales a una participación efectiva de los sectores más pobres son la falta de oportunidad -aquí las iniciativas del gobierno local son decisivas-, la falta de tiempo -una barrera enorme descuidada a veces en los análisis-, la actitud de dependencia (en nuestro caso, la visión de las prestaciones de servicios como favores y no como beneficios a los que se tiene derecho) y las presiones políticas -incluyendo hasta la reticencia de los gobiernos para suministrar información completa y confiable, porque toda participación real implica transferencia de poder; iii) el marco institucional defectuoso, incompleto o exclusivamente simbólico, especialmente en grandes ciudades, como ocurre en el caso argentino, donde hasta participantes activos y entusiastas de las privatizaciones señalan esta falencia en todos los servicios públicos privatizados;

g) universalmente existe hoy un cierto consenso en que *la intensidad de la participación comprende cuatro etapas básicas (denominados por otros grados o tipos de participación): información (flujo de información en un solo sentido), consulta (flujo en dos sentidos), colaboración (control compartido en la toma de decisiones) y empoderamiento⁵ (transferencia de control sobre la toma de decisiones y los recursos)*. En el caso específico de las CCC en la práctica argentina, la participación asume fundamentalmente la forma de información y consulta;

h) los **objetivos de la información a los clientes ciudadanos en una CCC** en la práctica argentina son:

- incrementar la legitimidad democrática;
- permitir a los clientes/ciudadanos reclamar sus derechos;
- incrementar la influencia de los clientes/ciudadanos sobre los servicios;
- manejar las expectativas de los clientes/ciudadanos acerca de los niveles de servicio y calidad del mismo de acuerdo a los recursos disponibles;
- facilitar la posibilidad de elección del cliente/ciudadano;
- hacer cumplir al organismo los objetivos de desempeño;
- restaurar la confianza en el sector público,

mientras que **la información suministrada incluye diversas clases:**

- información que permite a los clientes/ciudadanos tener acceso a los servicios;
- información que permite a los clientes/ciudadanos cumplir con sus obligaciones;

⁵ Se emplea este neologismo muy desagradable por cuanto convencionalmente es ya casi la unánime traducción española internacional de *empowerment*, que anteriormente se traducía como habilitación o términos semejantes.

- información sobre desempeño, que permite a los clientes/ ciudadanos y a los encargados de formular las políticas evaluar el funcionamiento de la administración y sus instituciones;
- información sobre participación que permita a los ciudadanos influir en la toma de decisiones de interés público;
- información diseñada para motivar a los clientes/ciudadanos a que tengan un cierto comportamiento;
- información para promover un debate público acerca de cuestiones de políticas tales como niveles apropiados de servicio y prioridades entre ellos.

i) en cuanto a **la consulta en el marco de una CCC**, *la práctica argentina actual se orienta a la búsqueda de información relevante sobre:*

- Ø características de un grupo concreto de población o de los clientes/ciudadanos,
- Ø necesidades y expectativas que deben cubrir los servicios,
- Ø atributos de calidad de los servicios,
- Ø cambios en la demanda,
- Ø nivel de satisfacción de los destinatarios de los servicios,
- Ø prioridades para la implementación de las mejoras, etc.

y los principales **métodos de consulta** empleados son:

*** SISTEMA DE QUEJAS**

*** CONSEJO DE ASESORES**

*** AUDIENCIAS PÚBLICAS**

*** ENCUESTAS (CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS)**

A *nivel comparado*, y para concluir, puede señalarse que en el caso de los países de la OCDE las técnicas de consulta frecuentemente empleadas, en éstas y en otras iniciativas de calidad, incluyen: encuestas de informantes clave, encuestas de clientes/usuarios, encuestas de población, observación, experiencias de la *front line*, procedimientos de quejas de los consumidores, juntas consultivas de usuarios, representación de los usuarios en Consejos de Dirección, grupos focales, grupos nominales, audiencias públicas. técnica Delphi y asambleas ciudadanas. Por otro lado, la participación de los consumidores en salud ha revestido específicamente diversas formas y grados de avance en los países desarrollados, donde finalmente se ha concluido que **hay 4 razones básicas para que las organizaciones de atención de la salud –públicas o privadas- se focalicen en los consumidores y se**

involucren en realzar la participación de los mismos y en responder a esa participación: 1) la participación es un derecho ético y democrático; 2) la participación mejora la calidad del servicio y contribuye a lograr la acreditación del servicio de salud; 3) la participación mejora los resultados de salud; y 4) la participación hace que los servicios respondan más y mejor a las necesidades de los consumidores. Finalmente, vale la pena recordar dos enunciados muy frecuentes, tras miles de proyectos internacionales, que han llegado a ser casi apotegmas en la comunidad internacional –aunque se los descuide reiteradamente en la práctica:

- i) los ciudadanos son los involucrados que siempre están más orientados hacia los resultados; y*
- ii) la participación es un proceso, no un evento.*

17. En cuanto al otro componente esencial de las CCC, que es el de **la mejora de la calidad** y que tiene una importancia creciente (desde ese punto de vista, algunos países europeos estudian conjuntamente las CCC y las normas ISO 9000 como iniciativas de calidad comparables), vale la pena recordar:

- a) si bien hay normas de calidad sanitaria desde tiempo inmemorial (y parece ser un debate abierto si inclinarse más a ese modelo o a las normas provenientes de la industria y sus pautas de calidad a partir de los 40), en nuestro caso el centro de atención estuvo en la planificación (luego del establecimiento de la OMS y del NHS en GB) y recién en los 80 llegaron las primeras traducciones de Avedis Donabedian y allí comenzó a cobrar relevancia la cuestión de la calidad total y su gestión;
- b) ya en los 70 hubo estudios en el mundo sobre el consumidor de salud para evaluar la calidad, para variables de un resultado y para indicadores de aspiraciones concretas sobre un servicio a mejorar. En 1977 la OMS realizó una encuesta europea que demostró las diferencias de percepción sobre la calidad entre profesionales, usuarios y directivos. Comenzó una incorporación del punto de vista del paciente, que busca salud pero también satisfacción (no le gusta esperar, demanda información significativa y continua) lo que implica para los profesionales, como mínimo, una efectiva comunicación y capacidad de respuesta, pautas todas que empezaron a incorporarse, al principio más en el plano formal, en nuestro país con un remoto y embrionario antecedente en las pautas del INOS en 1971; y si bien la gestión de calidad total se opone al modelo actual hospitalario en puntos críticos, numerosos hospitales de América Latina y en nuestro país utilizaron –y utilizan- *herramientas de calidad de gestión* más elementales pero considerablemente efectivas (análisis

FODA/SWOT, modelo DOPRI –demanda, oferta, proceso, resultado, impacto, informes de gestión, etc.);

- c) la OMS y sus grupos de estudios adoptaron un curso prudente en la materia, poniéndose a resguardo de discusiones bizantinas o meramente verbales desde el mundo de la administración: así, mientras avanzaba en la determinación de los factores de desempeño de los hospitales y en la elaboración de indicadores, planteaba que no había oposición sino más bien congruencia entre las antiguas iniciativas de garantía de calidad y aseguramiento de calidad entre sí y con la nueva noción de calidad total. En su Proyecto Ciudades Saludables de 1986 –de considerable impacto en Europa– planteó como principios generales –en correspondencia ajustada con los fundamentos de las CCC–: la equidad, el empoderamiento, la participación, la cooperación entre órganos oficiales y no oficiales o voluntarios, y el énfasis en la atención primaria local. En el mismo sentido, el estudio comparativo de servicios sociales realizado por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo concluye que *las mejores prácticas para el desarrollo de la calidad se dan a partir de enfoques participativos, empoderamiento e involucramiento de los usuarios, mejoras de calidad incluyendo métodos significativos y prácticos de apreciación implementados con participación de usuarios y del personal de front office, y objetivos de calidad relevantes y adaptables a contextos locales y estándares de calidad desarrollados en asociación con el personal, la administración, los usuarios, etc.*
- d) en la versión clásica **los componentes de calidad de la atención sanitaria** presentan tres variantes: nominal, según contenido o según gestión. Están además, entre otros, los criterios no coincidentes de Brook y Williams, de la OMS, de la *American Public Health Association*, etc. Y, finalmente los atributos de calidad del propio Dinabedian: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad.
- e) al margen de que las pautas y criterios tienen un alto grado de solapamiento, es importante recordar, por un lado, que existen principios fundamentales de la calidad que se aplican en cualquier caso y dentro de cualquier matriz, y por otro lado, que cualesquiera sea el nombre que se elija hay problemas de políticas públicas que se dan en los hospitales y que la CCC puede contribuir a paliar si no a resolver en cierta medida. En cuanto a los **principios de calidad aplicables** pueden mencionarse: que la calidad es un parámetro continuo, que está ligada a los costos (puede haber buena calidad con fonendoscopio y pésima con resonancia magnética nuclear), que a partir de cierto nivel la calidad no depende de medios sino de actitud y siempre de

aptitud, que es cuestión de toda la organización, que no se opone a cantidad (bajos niveles de actividad reducen o impiden con frecuencia la calidad), que está ligada a la línea ejecutiva, y que *no supe a una mala organización*⁶. En cuanto a **los problemas que al margen de denominaciones y sistemas las CCC pueden contribuir a solucionar o aliviar** (además de cuestiones muy específicas como **el ausentismo**, uno de los dos problemas principales de fraude detectados en los hospitales públicos argentinos en el Informe comparativo del BID en 2001) tenemos los que la CEPAL y el ILPES resumieron hace muchos años para nuestra región, problemas macro o, mejor, razones de fracaso en la administración pública de nuestro medio: 1. definición imprecisa o errónea de los objetivos; 2. falta de coherencia entre sectores pretendidamente beneficiados y capacidad efectiva de instrumentos empleados; 3. insuficiencia, discontinuidad o no confiabilidad de informaciones y estadísticas; 4. incompreensión o rechazo por falta de comunicación, factores culturales, percepción negativa; 5. elaboración de normas inadecuadas o tardías; 6. acontecimientos externos imprevistos o con efectos inesperados; 7. ninguna o poca consideración a los efectos indeseados. Pero además las CCC resultan particularmente aptas como instrumento para enfrentar otros problemas micro que explican fracasos reiterados de servicios, incluyendo en lugar importante algunos de política sanitaria de diversos países europeos: 1. diferencia entre lo que quieren los usuarios y lo que la dirección cree que quieren; 2. diferencia entre lo que la dirección cree que quieren los usuarios y lo que pide a la organización que ofrezca; 3. diferencia entre los planes y el nivel realmente ofrecido; 4. diferencia entre el servicio ofrecido y las comunicaciones internas sobre el mismo; y 5. diferencia entre el servicio esperado y el ofrecido.

- f) finalmente, debe señalarse *la creciente preocupación en el sector por la calidad*. Algunos casos recientes dignos de mención son el debate sobre el Dec. PEN 1494/97 sobre quién debía estar a cargo de la evaluación de la calidad, el Primer Encuentro MERCOSUR de Calidad en Organizaciones de Salud (julio de 2001, con participación del IRAM, la Asociación Médica Argentina, etc., donde se discutieron a fondo las Normas ISO 9001:1994 y 9001:2000, y se enfatizó el Enfoque al Cliente y la Mejora Continua) y la *18th International Conference on Quality on Health Care* (reunida en Buenos Aires en octubre de 2002, con un encuentro previo para la región y la 4ª Cumbre Internacional de Indicadores, ambos eventos en los primeros días de ese mes, donde la agenda incluyó 1) medidas de desempeño de la atención médica; 2)

⁶ Seguimos aquí en parte a Asenjo, *Las Claves de la Gestión Hospitalaria*, Barcelona, 1999, parte de cuyos planteos no compartimos y tomando sólo los puntos pertinentes según la experiencia argentina.

participación de los usuarios; 3) reducción de errores y mejoras en la seguridad; y 4) experiencias sobre mejoramiento de calidad)

VI. OBSERVACIONES FINALES

18. Sin duda que la implementación de una CCC *presenta variados desafíos y oportunidades*, además de las reseñadas hasta aquí. Entre los **desafíos**:

- a) *en cuanto al componente democrático y de derechos ciudadanos*, existe por un lado la vieja cuestión de la participación como opuesta a la representación, y la reificación de la democracia representativa como un bien en sí mismo, no como una solución práctica impuesta por problemas de escala; y, por otro, la resistencia a la participación política o comunitaria en función de argumentos 'de competencia técnica';
- b) *las imprecisiones e inadecuaciones* –especialmente a través de las normas legales de 'misiones y funciones' (antiguamente) o de 'responsabilidad primaria y actividades' (más contemporáneamente)- en cuanto a lo que en el mundo se denominaba 'la filosofía del ente' o su '*misión*' o '*visión*' en lenguaje de hoy, que afectan de movida a la base inicial de una CCC;
- c) *en lo atinente a las preferencias de los usuarios, los servicios de salud presentan dos particularidades complicantes*. En cuanto a los usuarios hospitalarios hay siempre un número de usuarios no previsto, no se sabe con exactitud quiénes serán los usuarios, muchos de los usuarios *no* buscan utilizar las prestaciones. etc. En cuanto a las preferencias, los modelos de servicios orientados desde la demanda –frente al enfoque tradicional desde la oferta- pecan precisamente porque muchas veces la visión de la demanda y el modo de revelarse es muy simplificada y exagerada: como ocurre en muchos servicios, pero muy particularmente en salud, la interacción entre oferta y demanda es muy compleja, dinámica y dialéctica -usualmente no se toman mecánicamente las preferencias por encuestas ni comportamientos estáticos pues hay ajustes sucesivos- y, en muchos casos comprobados universal y localmente, 'la oferta crea su propia demanda' y hasta una sobredemanda;
- d) *en cuanto al componente de participación*, existen diversas discusiones conceptuales con considerable peso en la práctica respecto a las variantes, a quiénes participan/deben participar, a los cómo, a las formas, etc. que en el caso de la salud resultan una preocupación desde hace mucho tiempo⁷. Como mero ejemplo, se puede recordar la

⁷ Sobre esto puede verse el pionero trabajo de Nirenberg y Perrone en 1990, publicado en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 109, Nos. 5-6.

discusión sobre los consejos comunitarios de hospitales públicos bonaerenses que resultó en no incluir profesionales médicos no vinculados a la institución respectiva; y

- e) *en cuanto al componente de calidad, los indicadores en salud presentan algunos problemas técnicos y prácticos.* En el aspecto técnico, p. ej., el riesgo de confundir indicadores con estándares de calidad, planteado en los hospitales españoles, o indicadores de desempeño con resultados de salud –tema de preocupación en Gran Bretaña. Y, prácticamente, no dejar fuera las cuestiones de gestión. El BID ha planteado en sucesivos estudios que los servicios de salud de la región ‘son demasiado importantes para fracasar, pero demasiado ineficientes para tener éxito’ y casi en forma axiomática, que ‘la organización marca la diferencia’. Matizada o no esta conclusión, es indudable que, tomando un caso sencillo y según muestran diversas encuestas la falta de coordinación de servicios al interior del hospital es una falla particularmente mencionada por los pacientes.

19. Pero en paralelo, existe un conjunto de **oportunidades** que la puesta en marcha de una CCC permitiría aprovechar y concretar. En rápida síntesis:

- a) *la Constitución de la Ciudad rechaza explícitamente la noción absolutizada de democracia representativa y existiría aquí una posibilidad cierta de demostrar operativamente las bondades de la participación completando la representación como es hoy la postura argentina predominante (en el texto constitucional nacional y en los provinciales, y en la apreciación social abrumadoramente mayoritaria); y en cuanto a la dicotomía técnico-política –que es un tema de discusión fuerte en la teoría política, desde los sofistas hasta De Gaulle- no sólo las posiciones extremas han desaparecido sino que existe aquí una oportunidad excelente de mostrar un modo de superarla aprovechando un clima local –en todos los sectores- mucho menos propenso a la medicalización que en su momento obstaculizara la experiencia descentralizadora y devolutiva del Hospital Ramos Mejía –que, bueno es recordar, tenía un fuerte componente top-down que una CCC compensa con mucha mayor integralidad en el conjunto de sus componentes;*
- b) *las imprecisiones de las ‘misiones’ o ‘visiones’ son un problema serio para cualquier intento de modernización del Estado y, en general, para cualquier herramienta de mejora de gestión. Pero la gran diferencia es que una CCC por su carácter iterativo e interactivo –conceptualmente y en la demostración práctica nacional y extranjera- permite precisamente encarar la cuestión en forma no traumática e ir mediante aproximaciones sucesivas contribuyendo a una mayor exactitud en ese sentido a partir de la práctica concreta y no del debate doctrinario;*
- c) *la posibilidad conceptual de coproducción de la salud desde el punto de vista funcional y del análisis económico se halla bien establecida desde hace tiempo y prácticamente nutre numerosas experiencias por lo general exitosas, incluso entre nosotros. Los modos de coproducción de este bien preferente contribuyen*

grandemente (como ocurre con la seguridad pública, un bien público puro) a reducir significativamente la tensión entre necesidades reales y percibidas, un objetivo central incluso para la planificación como ocurre en los planes de salud locales de casi toda Europa Occidental, y de modo particular en Francia y España. A esos efectos se emplean –y de modo especial para relevar necesidades- grupos focales, técnicas delphi y otros métodos ya mencionados que son típicas herramientas para lograr una participación exitosa. Debe apuntarse asimismo que cuando las CCC se ponen en marcha, se observa (en experiencias comparadas diversas, y en una encuesta sistemática en los hospitales daneses) *que los usuarios no sólo aceptan en general de buen grado demoras razonables cuya lógica comprenden mejor sino que formulan un número apreciablemente menor de quejas y todas éstas informadas;*

- d) en cuanto a los problemas de participación –en una ciudad con tradición participativa relativamente débil- debe recordarse también que toda experiencia urbana exitosa de participación ha sido barrial o geográficamente acotada –lo que la CCC propuesta refleja completamente-, que *hoy –por la crisis de empobrecimiento generalizado- al típico usuario metropolitano por lo general bastante sumiso se han unido vastos sectores medios caídos de obras sociales y prepagas con exigencias mayores y una actitud considerablemente menos pasiva, y que la visión crítica y muy difundida del Estado ‘ancho y ajeno’ se ha manifestado, de modo particular, en la gran cantidad de propuestas y con alta prioridad que ha concitado la salud en prácticamente todas las asambleas barriales de la ciudad en todas sus sucesivas etapas durante 2002.* A esta novedosa oportunidad –consecuencia derivada de la gran crisis nacional- debe agregarse la **posibilidad de capitalizar un conjunto de experiencias entre nosotros**. Aquí se incluyen, de menor a mayor (y dejando de lado informes completos de servicios, como el sitio web del Santojanni): encuestas barriales (como las de seguridad ciudadana), las líneas telefónicas especiales (como las de servicios sociales en general y otras para algunas enfermedades), diversas formas de diálogo apreciativo (como el realizado en los Hospitales Fernández y Rivadavia para complementación de servicios), guías para integrantes de organismos consultivos (como en el Hospital de Tigre, para evitar demandas yuxtapuestas y de muy disímil entidad y, en los términos de sus organizadores, prevenir ‘reuniones de consorcio’ de discusión interminable sobre temas menores), etc.
- e) en cuanto a los problemas de calidad, es preciso tener presente una consideración general y algunas sugerencias prácticas. La consideración general es que, a pesar de tratarse de una iniciativa para mejorar la calidad, *la CCC no excluye el más tradicional enfoque de resolución de problemas*, y en la experiencia comparada las primeras etapas y los avances iniciales de mejoras tuvieron que ver a veces más con este enfoque que con la gestión de calidad total. Las observaciones prácticas se refieren a que, al margen de los indicadores propiamente médicos (a partir de los viejos DS,

PMC, GRD -tanto en la versión 'all patient' como 'polished'- y diferentes *ratios* en todos los hospitales), y del incipiente sistema porteño –con fuerte predominio de productos sobre resultados, en sí un paso adelante pero insuficiente-, de lo que aquí se trata más bien –para decirlo en los términos de implementación de la ley 11072 de la provincia de Buenos Aires que estableció los Consejos de Administración de la Comunidad para hospitales- es de, al menos al inicio, *buscar consensos para indicadores novedosos de progreso, adecuados al ámbito local y a su realidad, que sean representativos de esa realidad, sensibles, precisos y fáciles de armar.*

20. Porque en definitiva, un postulado de base que hasta hoy se reitera fuertemente en el país de origen, el que tiene mayor cantidad de experiencias y donde el instituto está más regulado. es que el *rasgo central de una CCC* es su **implementación flexible**. Esto incluye como rasgos definitorios la revisión periódica y el establecimiento de una fecha para su reforma integral, e implica el uso de criterios prácticos para el equilibrio entre la coordinación imprescindible y la actuación en red, con la pauta de sentido común de que 'lo mejor es enemigo de lo bueno' en términos del requerido avance por etapas.⁸

⁸ En el caso del Hospital Vélez Sarsfield, implica la puesta en marcha en el lugar como experiencia piloto, y las posteriores relaciones con otros servicios sociales y el Consejo Asesor del CGP10, y la futura vinculación en etapas con los Centros Médicos Barriales N° 3 (Liniers) y N° 5 (Monte Castro), con el Hospital Rocca y, finalmente, con el Hospital Zubizarreta