

**PROYECTO DE DESARROLLO DEL  
HOSPITAL DE CLINICAS**

**“Inserción del Hospital  
Universitario al Sistema  
Nacional integrado de  
Salud”**

**Montevideo, Uruguay**

**FEBRERO DE 2015**

**PRIMERA**

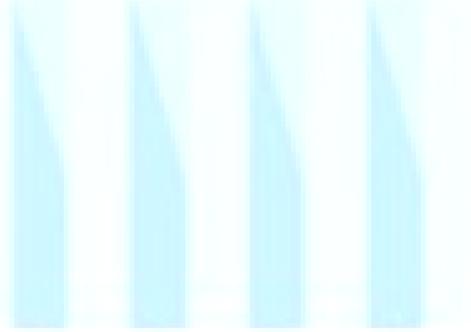
**VERSIÓN**

## Contenido

INTRODUCCIÓN .....	7
ANTECEDENTES .....	9
MARCO REFERENCIAL.....	12
OBJETIVO GENERAL.....	13
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
METODOLOGIA DE TRABAJO.....	13
INSERCIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	15
Consideraciones previas.....	15
Modelo propuesto de inserción al SNIS.....	15
Definición de una población de referencia con criterios geográficos.....	17
Población adscripta .....	18
Consultas especializadas, Servicios o Centros especializados, IMAE.....	19
PLANTA FISICA.....	21
Definiciones.....	21
Reordenamiento y zonificación.....	21
Proyectos de nuevos desarrollos.....	23
Tipologías de salas de internación.....	24
El centro quirúrgico.....	29
Plan Director.....	30
Estimación de costos.....	33
Consideraciones organizativas .....	34
GOBIERNO DIRECCION Y GESTION DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.....	35
Enunciados generales – principios generales.....	35
Conducción del hospital – órgano político y órgano de gestión .....	36
Comisión Directiva.....	36
Dirección del Hospital.....	36
Modelo de Gestión del Hospital de Clínicas.....	38
Modelo propuesto.....	39
Jefe de UGA .....	40
Competencias de la jefatura de UGA .....	40

Herramientas de gestión .....	41
Complemento .....	41
Cuadro de Atribuciones de la Comisión Directiva .....	43
Cuadro de Atribuciones de la Dirección del HC.....	47
Organigrama propuesto para las Estructuras de Gobierno del Hospital de Clínicas. ....	54
Esquema de Unidad de Gestión Clínica.....	55
FINANCIAMIENTO DEL HOSPITAL DE CLINICAS .....	56
Introducción .....	56
Estrategia de estimación .....	56
Consideraciones generales.....	56
Elección de escenarios para el valor de las cápitales globales.....	57
Período de referencia.....	57
Fuentes de datos .....	57
Estimación de los escenarios de cápitales globales. ....	58
Escenario de “Máxima” .....	58
Escenario de “Mínima”.....	59
Limitaciones al análisis y opciones metodológicas .....	59
Determinación del gasto global de ASSE.....	61
Resultados de las estimaciones.....	62
Desglose de la cápita.....	62
Población de referencia.....	64
Hacia un esquema de financiamiento de las actividades del HC .....	68
Actividades de enseñanza no asistenciales e investigación .....	68
Actividad asistencial de segundo y tercer nivel.....	68
IMAES y Centros de Referencia .....	68
Conclusiones.....	69
ESTIMACIÓN DEL GASTO ASISTENCIAL –ENSEÑANZA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS .....	70
Introducción y forma de abordaje del problema .....	70
Metodología .....	71
Resultados .....	74
Resumen - conclusiones .....	76
ENSEÑANZA EN EL HOSPITAL DE CLINICAS .....	77

Introducción .....	77
Debilidades detectadas. ....	77
Objetivos.....	77
Estructura .....	78
Gestión educativa.....	80
INVESTIGACION EN EL HOSPITAL DE CLINICAS.....	81
Principios generales y análisis de la situación actual de investigación en salud.....	81
Modelo académico del HC en investigación .....	81
Formulación estratégica.....	82
Reorganización estructural del HC. ....	82
Financiación.....	83
Propuesta de organigrama de la estructura de la investigación en el HC.....	84
BIBLIOGRAFÍA .....	85
ANEXOS.....	86



**COMISION DE LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS**

**(CLE)**

Dra. Raquel Ballesté  
Dr. Fernando Tomasina  
Dr. Walter Alallón  
Dra. Daniela Lens  
Br. Sofía Khon  
Br. Estefanía Galli,  
Sr. Alfredo Alemán  
Lic. Ana Beneditto  
Dr. Ignacio Olivera  
Dr. Martín Rebella  
Dr. Víctor Tonto  
Dr. Daniel Alonso  
Dr. José Ramos  
Dr. Álvaro Danza (As. Ac. Rector)

**TECNICOS CONSULTANTES o AUTORES DE TRABAJOS TECNICOS**

Arq. Ana Estévez  
Dra. Gabriela Ballerio  
Dra. Ana Pérez  
Dra. Graciela Martínez  
Dra. Lourdes Pignatta  
Dr. Carlos Ketzoian  
Dr. Iván Milovidov  
Dra. Irene Enrrico  
Dr. Sebastián Castro  
Dr. Daniel Pedrosa  
Dr. Mónica Crespo  
Dr. Juan Dati

**EQUIPO TECNICO**

Dr. Oscar Gianneo (Coordinador General)  
Dr. Gilberto Ríos (Coordinador Asistente)  
Dr. Alejandro Esperón (Coordinador asistente)  
Mag. Elisa Martínez (Comunicación Educativa)  
Economista Gustavo Rak  
Economista Andrés Prieto  
Dr. Ricardo Rodríguez (Adm. de Serv. de Salud)  
Dr. Marcelo Lens (Adm. de Serv. de Salud)  
Dr. Gastón Garcés (Director del DEM – Capítulo enseñanza)  
Dra. Daniela Lens (Integrante de CLE – Capítulo investigación)

**COLABORADORES**

Cra. Marta Lacasa  
Lic. Álvaro Pérez

**PLAN DIRECTOR DEL CENTRO QUIRURGICO**

Dr. Luis E. Ligüera  
Arq. Ana Estévez  
Arq. Isaac Cosme  
Arq. María Bonasso  
**Colaboradores**  
Dr. Juan Riva, Lic. Silvia De León Lic. Paula Sosa, Lic. Marcela Lalane

**SECRETARIA**

**Sra. Paola Abal**

**Sra. Sandra Torres**

**Sra. Analia Cioffi**

**Sra. Karina Bertalmío**

**Sra. Magdalena Costas**

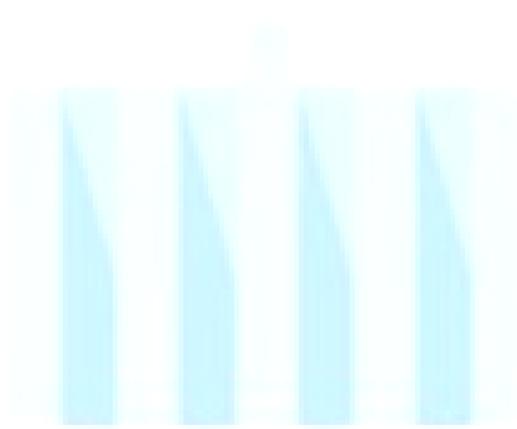
**PRESENTARON PROYECTOS LOS SIGUIENTES  
SERVICIOS**

**Centro Cardiovascular Universitario**

**Serv. de Hemoterapia**

**Dpto. de Emergencia**

**Serv. de Geriatría y Gerontología**



## INTRODUCCIÓN

El Hospital de Clínicas es el resultado del aporte de varias generaciones llevando adelante una utopía hasta convertirla en realidad.

Motivados por generar un espacio propio para la enseñanza de la medicina y en el contexto de una asistencia pública muy desvalorizada, con grandes carencias y restricciones impuestas por consideraciones religiosas o culturales, esta idea debió abrirse un camino propio en la historia del Uruguay desde 1887 en adelante cuando por primera vez el decano Pedro Visca planteara la necesidad de un Hospital Clínico para la Facultad de Medicina.

El proceso de discusión de génesis y dependencia del Hospital de Clínicas fue largo y duro. Es una historia de encuentros y desencuentros con los diferentes actores muchos de los cuales representaron poderes del Estado.

Algunos como Manuel Quintela dejaron la vida en el intento luego de haber batallado largos años para concretarlo desde la Universidad y desde el Parlamento.

Otros como García Otero, Abel Chifflet y Mario Cassinoni pudieron ver la obra culminada, pero debieron enfrentar los desafíos de ponerlo en funcionamiento y dotarlo de los mejores recursos humanos con los que el país contaba.

La historia del Hospital de Clínicas se superpone con la historia de la atención médica en el Uruguay especialmente desde que Hugo Villar, asumió la Dirección constituyéndose en su primer director nacional.

Es así que el Hospital de Clínicas, logró crearse un lugar especial, con una mística de hospital universitario, innovador en todas sus áreas, generando un ámbito académico para la enseñanza de todas las carreras de la salud y de la administración de servicios de salud, constituyéndose en un centro abierto a la comunidad y a los problemas de la salud en nuestro país, generando un paradigma para la época, modelo y espejo para muchas de las instituciones que actualmente hoy en día aún existen.

El HC se instaló en el centro del sistema sanitario con objetivos centrales vinculados a la formación de los recursos humanos de la salud, en el marco de la prestación de una asistencia de calidad, innovadora y acorde a la evolución de las ciencias médicas.

En ello se reflejaba el paradigma de la época, donde el hospital era el todo, autosuficiente y con capacidad de evolucionar en forma independientemente del medio. El contexto del sector salud tenía características muy diferentes a la realidad actual. La organización del sistema, el sistema de formación, las disciplinas predominantes y las formas organizativas de los diferentes colectivos de profesionales eran absolutamente distintas.

A más de 60 años de su inauguración, en términos generales poco ha cambiado el Hospital con relación a su proyecto fundacional a pesar de que la salud globalmente en el mundo y en articular en nuestro país desde el inicio del proceso de reforma han determinado nuevos escenarios para todos los actores que lo integran.

También la Facultad de Medicina ha visto necesario acompañar los nuevos contextos del sector salud. Se ha dado instancias para discutir los planes de estudios y fundamentalmente la necesidad de formar profesionales acordes a nuevas realidades, con competencias distintas e integrales todo lo cual ha llevado a una reforma de la enseñanza de la medicina reflejada en el nuevo plan de estudio vigente desde el año 2008.

El desarrollo del primer nivel de atención constituye un aspecto ineludible de la reforma lo cual determina la necesidad de modelos de formación profesional acordes al mismo.

Esta realidad conduce a que el modelo hospitalario tradicional deba readecuarse y necesariamente concentrar procesos de atención que son cada vez más complejos y especializados, obligando a redimensionamientos de las estructuras y a nuevas modalidades de gestión.

Por otra parte ningún hospital por sí mismo puede brindar todas las prestaciones que un sistema de salud requiere y es por ello que es necesario pensar el desarrollo hospitalario integrado a redes que contribuyan a mejorar el desempeño y a la mejora de la eficacia y eficiencia del sistema en su conjunto disminuyendo la fragmentación y la segmentación a nivel de efectores.

Una nueva problemática se ha visto evidenciada a punto de partida de la reforma de nuestro sistema de salud la cual requiere de un abordaje integral.

La relevancia que han tomado los recursos humanos en salud se evidenció a través de problemas de dotación, distribución y dedicación no logrando acompañar los cambios generados desde la reforma.

Es en este contexto en donde la Facultad de Medicina y el Hospital de Clínicas como ámbito de concentración de las diferentes carreras de la salud adquieren relevancia como medio de articulación del sistema de formación con las necesidades del sistema de salud.

## ANTECEDENTES

El actual proceso de discusión en torno al HC tiene como punto de partida la iniciativa del gremio docente de la Facultad de Medicina, de generar un debate amplio que involucre a órdenes, gremios y actores políticos en torno a la problemática del Hospital de Clínicas especialmente atendiendo a la necesidad de dar soluciones a sus problemas estructurales y a la inserción del centro en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Consensuado a nivel de la Comisión Directiva del HC y con la aprobación de los gremios docente, estudiantil, egresados y de funcionarios el primer objetivo fue obtener una opinión técnica externa y no involucrada con los ámbitos propios de la Facultad de Medicina y del HC, que aportará una visión independiente sobre la problemática del Hospital y su futuro inmediato.

Contactos con la representación de la Organización Panamericana de la salud en Uruguay llevados a cabo con el Dr. Eduardo Levcovitz facilitaron la concurrencia de un consultor español al Uruguay, el Dr. Enrique Cabrera en diciembre de 2013 con amplia experiencia en Hospitales y en el desarrollo de redes integradas.

El Dr. Cabrera estuvo presente en Uruguay desde el 22 al 30 de noviembre de 2012 manteniendo reuniones de trabajo con el equipo de dirección del Hospital y con su conducción política, con los diferentes jefes de servicio asistenciales y de apoyo, los directores de los Institutos de Medicina de Alta Especialización (IMAE), el Departamento de Registros Médicos, los comité asesores y gremios, así como con el Decano y el Consejo de la Facultad de Medicina, el Rector de la Universidad, y la directiva de la Asociación de Docentes de la Universidad de la República (ADUR).

También mantuvo entrevistas con autoridades de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), miembros de la Red Integrada de Efectores de Salud (RIEPS), autoridades de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y de la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud (DIGESNIS).

El informe preliminar fue presentado el día 30 de noviembre de 2012 y el informe final se recibió en el mes de febrero del 2013.

Los aspectos relevantes del informe considerados como principales líneas estratégicas son las siguientes:

- Proseguir la recuperación y re-funcionalización de la planta física, con prioridad en las zonas de hospitalización. Superar el Hospital de contrastes. Equipamiento consistente con segundo y tercer nivel de complejidad.
- Profundizar el Convenio de Complementación Asistencial con ASSE, introduciendo nuevos elementos, que comprendan la potenciación de las actividades asistenciales de alta mediana y alta complejidad.

A partir de este núcleo se plantean otra serie de líneas estratégicas relacionadas con las funciones asistenciales, docentes y de investigación:

- En el área asistencial se han propuesto una serie de desarrollos en diferentes ámbitos: Reformulación de funciones asistenciales esenciales (Ambulatorias, Hospitalización, Diagnósticas)
- Ajustes en la organización y gobierno del hospital (Desarrollo de Competencias Esenciales del Equipo Directivo, Gestión de pacientes y Gestión clínica, Gestión de RRHH, Gestión basada en resultados) y cambios organizativos y en la comunicación interna.
- En el aspecto enseñanza se han planteado dos grandes líneas: adecuación de los órganos de gobierno hospitalario a la función de enseñanza y mejora de gestión en este ámbito incluyendo una serie de actuaciones de carácter más operativo.
- Se plantean también dos grandes líneas en investigación: la adecuación de los órganos de gobierno hospitalario a la función de investigación y la mejora de gestión en este ámbito, con la propuesta de algunas actuaciones y líneas operativas iniciales.

Con posterioridad a este trabajo el 1 de agosto de 2013, se llevó a cabo en el Piso 15 del Hospital de Clínicas una sala docente convocada por ADUR-Medicina a fin de comunicar y discutir el informe final del programa de trabajo llevado a cabo por la comisión integrada y los órganos de cogobierno discutieron el informe del Dr. Cabrera.

Una comisión denominada Comisión de Lineamientos Estratégicos designada por la CD del Hospital de Clínicas, conducida actualmente por el decano de la Facultad de Medicina, Dr. Fernando Tomasina y la presidenta de la Comisión Directiva Dra. Raquel Ballesté, asumió el cometido de continuar profundizando las líneas estratégicas establecidas en el informe.

El objetivo es elaborar un proyecto de desarrollo del HC que comprenda los siguientes capítulos considerando las recomendaciones del consultor:

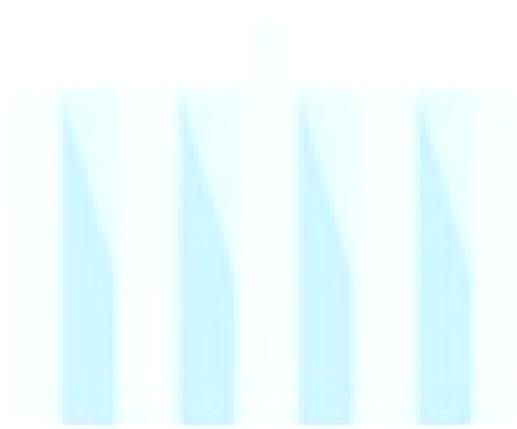
- Inserción del Hospital de Clínicas en el SNIS
- Planta Física
- Gobierno y Dirección del HC
- Financiamiento del HC
- Programa académico: Investigación en el HC
- Programa académico : Enseñanza en el HC

Para el trabajo de profundización técnica se designó en setiembre de 2014 un equipo técnico a fin de elaborar un documento el cual tomando en cuenta cada uno de estos capítulos sirviera para la discusión en los diferentes ámbitos universitarios y con las autoridades nacionales. Los capítulos de investigación y enseñanza fueron trabajados por un responsable designado por la CLE en cada temática.

Consideramos que existen otros temas que deben formar parte del proyecto y que si bien no han sido abordados en esta etapa constituyen un nudo crítico en la viabilidad de cualquier programa de desarrollo para el Hospital.

En estos capítulos pendientes se encuentra la necesidad de estudiar con profundidad los recursos humanos en el Hospital de Clínicas, en todos sus aspectos, determinando las brechas

existentes con el resto del sector salud y el desarrollo de las tecnologías de información y de comunicación, temas que deberán ser abordados en la siguiente etapa de estudio y profundización.



## MARCO REFERENCIAL

Las diferentes propuestas tienen un punto de partida y este proceso de elaboración y de discusión se ha iniciado estableciendo una serie de premisas para el programa de desarrollo institucional:

**El Hospital de Clínicas es el único Hospital Universitario y es parte integrante de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.**

**Por tal razón comparte las bases filosóficas, jurídicas e institucionales de la Universidad de la República.**

**Es de conducción cogobernada y en el marco de la autonomía institucional cumple funciones relevantes de asistencia, enseñanza, investigación y extensión dirigidas al servicio del sistema de salud y de la sociedad.**

**El ámbito asistencial es la base para la formación de los recursos humanos en salud, para la generación y aplicación de nuevos conocimientos, con alto contenido ético, de responsabilidad social y sustentabilidad económica.**

**Los niveles de desarrollo asistencial así como su condición de centro universitario de promoción de la salud y formación de recursos humanos en salud a través de la docencia, investigación y extensión, se lleva a cabo preservando en todos sus términos la autonomía Universitaria.**

## OBJETIVO GENERAL

Elaboración de una propuesta de reconversión del Hospital de Clínicas considerando las directivas establecidas por la Comisión de Lineamientos Estratégicos y que comprenden las siguientes áreas temáticas: inserción al SNIS, gobierno y dirección, planta física, financiamiento, enseñanza e investigación.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Estudio y formulación de recomendaciones mediante la realización de estudios técnicos en las áreas temáticas señaladas.
2. Promover la participación, comunicación, involucramiento y captación de iniciativas de los diferentes servicios y actores relevantes del Hospital o fuera del mismo.

## METODOLOGIA DE TRABAJO

Se estableció y aprobó un plan de trabajo que estuvo constituido por las siguientes etapas:

- Conformación del equipo técnico y definición de las principales áreas de asesoría.
- Recopilación, clasificación, indexación y análisis de antecedentes
- Elaboración de un documento que estableciera el escenario de trabajo.

Bloque 1 – Vinculado al objetivo 1.

- Elaboración de una propuesta de abordaje de los núcleos temáticos solicitados
- Ejecución
- Análisis
- Conclusiones

Bloque 2 – Vinculado al objetivo 2

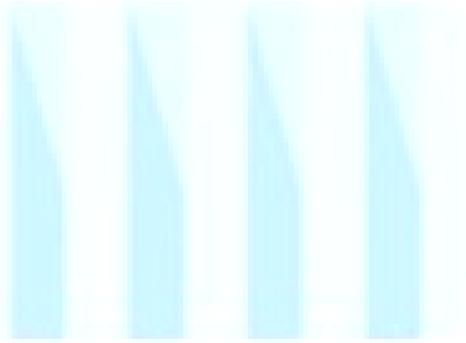
- Elaboración de un instrumento para entrevistas e identificación de actores relevantes
- Ejecución del trabajo de campo mediante encuestas, grupos focales y entrevistas a actores relevantes.
- Elaboración y análisis
- Conclusiones

La etapa de análisis de los documentos elaborados por el equipo técnico en cada tema se llevó a cabo en la Comisión de Lineamientos Estratégicos semanalmente. De la lectura y discusiones surgieron sugerencias o modificaciones, y se recogieron los consensos en cada tema. Estos forman parte del documento final el cual se presentará para la discusión amplia en los ámbitos que corresponda.

En la profundización temática participaron jefes de servicios del Hospital quienes aportaron documentación, informes, ideas, bases de datos, proyectos o elaboraron documentos que forman parte de este trabajo.

El trabajo de campo consistió en entrevistas a jefes de servicios mediante encuesta electrónica, reuniones de grupos focales conformados por integrantes de los diferentes servicios del hospital el cual se llevó a cabo en los meses de noviembre – diciembre (2014) y enero (2015).

La CLE designó dos responsables para el trabajo en los capítulos enseñanza e investigación en el HC. Cada uno coordinó un equipo de trabajo en cada tema y elaboró una propuesta tomándose como insumos los aportes del coordinador de enseñanza del HC, los documentos elaborados por las comisiones permanentes de enseñanza e investigación y los documentos de las relatorías que surgieron de los grupos de trabajo de la última semana académica del HC de setiembre de 2014.



## INSERCIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

### Consideraciones previas

La inserción del Hospital de Clínicas en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) comprende una serie de definiciones que sustentan el modelo propuesto.

- Se considera que la inserción del HC en el SNIS debe realizarse desde su principal función como formador de recursos humanos en salud (RHS) y desde su función académica, roles que lo distinguen especialmente por naturaleza.
- Para que esto se lleve a cabo adecuadamente la función asistencial debe desarrollarse en condiciones apropiadas de calidad procurando la excelencia en los procesos directos y de apoyo que la sustentan.
- Ello determinará que toda la organización del centro se oriente a tal fin lo cual implica un profundo cambio en la cultura organizacional a través de la cual se reubique la función académica como la función esencial y la asistencial como la base y sustento de la misma.
- El concepto de Hospital Universitario, se basa en que en el Hospital de Clínicas toda la estructura Hospitalaria está al servicio de la misión académica (enseñanza, investigación y extensión) y la actividad asistencial es el componente necesario y por lo tanto su vía de integración al sistema de salud siendo selectiva desde esta perspectiva.
- Es reconocido que existen desde hace mucho tiempo servicios universitarios o servicios con inserción universitaria, en los Hospitales públicos de ASSE o en otros centros de atención públicos o privados, para la enseñanza de grado o de postgrado reconocidos por la Facultad de Medicina o la Escuela de Graduados respectivamente o por otras dependencias o Facultades de la UDELAR. Todos estos servicios, junto al Hospital de Clínicas constituyen la “red de servicios universitarios” acreditados para la enseñanza de las carreras de la salud.

### Modelo propuesto de inserción al SNIS

Los principales enlaces actuales del Hospital de Clínicas con el SNIS son la cobertura asistencial a usuarios de ASSE, la asistencia brindada a través de los Institutos de Medicina Altamente Especializada con financiamiento a través del Fondo Nacional de Recursos y la integración a la Red Integrada de Efectores Públicos (RIEPS).

Esto último está establecido en las leyes 18.161 y 18.719, en su Art. Nº 741 y en ese sentido institucionalmente el HC ha tenido participación plena. Fruto de ello surge la definición de servicios estratégicos que forman parte del recientemente aprobado Plan Estratégico de la RIEPS. Este ámbito constituye un plano de coordinación programática que abre la puerta a nuevos acuerdos o convenios de complementación con todos los efectores públicos, varios de los cuales ya están en estudio o en funcionamiento.

Por naturaleza el HC comparte la cobertura asistencial de la población tributaria de ASSE, que recoge la histórica atención de pacientes del MSP existente desde los orígenes del HC. En el año 2010 se suscribió un convenio de complementación asistencial entre ambas instituciones que

comprende el aporte de un financiamiento vinculado al cumplimiento de determinados indicadores asistenciales. Asimismo se han establecido algunos acuerdos y convenios específicos, que consideran aspectos de referencia y contrarreferencia, algunos de los cuales tienen un carácter de programa piloto.

No obstante la existencia de la RIEPS como ámbito de coordinación programática y de los acuerdos con ASSE, se considera que desde el punto de vista formal y considerando el marco regulatorio que comprenden el conjunto de leyes, ordenanzas y reglamentaciones, que le están dando forma al nuevo sistema de salud, es claro que esto no ha constituido una real inserción del Hospital en el SNIS.

Las leyes actuales contemplan exclusivamente a prestadores integrales, y se establece que la vinculación de los efectores públicos se efectivice a través de la RIEPS y coordinada por ASSE otorgándole competencias para ello.

Es así que se considera relevante que el HC tenga un reconocimiento específico con respecto a su integración al SNIS de tal manera que se le asignen y reconozcan roles específicos para desempeñar.

El Hospital Universitario debe acordar con las autoridades universitarias y nacionales, las actividades asistenciales, de enseñanza e investigación a realizar que le aseguren el cumplimiento de sus fines y que ello puede efectivizarse también a través del marco regulatorio pudiendo incluir una ley o modificaciones a las ya existentes.

Desde lo asistencial el Hospital de Clínicas se define como un hospital general para la atención de pacientes adultos, de agudos, de segundo y tercer nivel asistencial y con servicios especializados de alta complejidad. (La atención del recién nacido queda comprendida en el concepto de servicios especializados)

No obstante la adopción de esta definición hasta el momento no existe una cobertura asistencial claramente definida, acordada técnicamente, lo cual lleva a que potencialmente la misma sea abierta a toda la población del país.

Esto determina la imposibilidad de gestionar un presupuesto, poder desarrollar inversiones y programas focalizados orientados por necesidades del sistema de salud, y lo que es realmente problemático, conduce a restringir prestaciones en función de las dinámicas de ejecución presupuestal determinando un perjuicio para la población asistida, para la integración del Hospital en la red en base a una respuesta asistencial mantenida y sin oscilaciones, y un perjuicio para su imagen.

**Para ello consideramos que el HC deba tener una demanda controlada y acordada es decir una población referenciada cuyo número de acuerdo a estudios que se han realizado se encontrará en un rango de 60 mil a 100 mil usuarios.**

Como decíamos este número se basa en estudios técnicos pero también en la adopción de definiciones políticas considerando el potencial de oferta de servicios que tiene el Hospital.

Los estudios realizados comprendieron el estudio poblacional de usuarios de ASSE correspondiente a un área de referencia, ampliaciones a la misma también considerando los mismos parámetros y las vías de acceso al Hospital, el número de usuarios de ASSE adultos del área metropolitana y la demanda de hospitalización evidenciada por los índices de frecuentación.

**La forma de controlar y definir la demanda y de alcanzar estos niveles de cobertura señalados efectivizará de varias formas:**

#### Definición de una población de referencia con criterios geográficos

Cómo punto de partida tomamos las actividades de coordinación que se están llevando a cabo con tres centros de salud del primer nivel de atención de ASSE, los cuales son La Cruz de Carrasco, Monterrey y Centro de Salud de la Costa. Con estos Centros se ha trabajado desde la coordinación de servicios ambulatorios del HC en programas específicos y en fortalecer servicios de referencia y contrarreferencia sirviendo el HC para la derivación de segundo nivel y acceso a especialidades para los mismos.

El estudio poblacional de esta área de cobertura de los centros de salud establece que existen allí 38 000 usuarios mayores de 14 años. Sin duda que ello constituye una población muy baja para el dimensionamiento actual y potencial del Hospital, ante lo cual consideramos adicionar una nueva área geográfica extendiéndonos hacia los límites del departamento de Canelones siguiendo el eje de la ruta interbalnearia y áreas cercanas hasta el arroyo Solís Grande. Ello agrega unos 15 000 usuarios mayores de 14 años, lo cual permitiría definir en total una población geográficamente referenciada de 50 000 usuarios adultos.

Constituye esto una definición teórica exclusivamente realizada en función de un área geográfica y por lo tanto no tiene en cuenta las preferencias de los pacientes y otros aspectos socioculturales que son relevantes. Asimismo existen otros centros de atención cercanos como Hospital de Maldonado y Hospital de Pando que sirven de referencia actual y que potencialmente podrían integrarse en red al HC.

No obstante estos elementos no descartan, ni dificultan la hipótesis de definir un área geográfica de referencia para el HC dado que a través del establecimiento de redes de atención sobre la base de coordinaciones y programas que comprendan aspectos asistenciales pero también de enseñanza es posible establecer una cobertura en red.

Recordemos que ya se han establecido en la región fuertes lazos vinculados a la enseñanza y la asistencia con el establecimiento del Hemocentro en el Dpto. de Maldonado por lo tanto constituye un precedente valioso para establecer nuevas coordinaciones con otras unidades asistenciales.

### Población adscripta

Otra forma de abordaje para definir una cobertura poblacional surge de estudiar la procedencia de usuarios. En particular y dado que contábamos con información al respecto estudiamos la procedencia de los pacientes en servicios de urgencia y emergencia, y a nivel de los egresos hospitalarios.

Estos trabajos que también se adjuntan en los documentos anexos nos llevan a la hipótesis de que existe una población de usuarios que por elección individual eligen dentro del sistema público la atención de segundo nivel y tercer nivel en el HC.

Estudios realizados a nivel de los egresos y a nivel de las consultas de urgencia y emergencia, muestran que la procedencia de los pacientes se corresponde con usuarios provenientes en un 90% de Montevideo y de áreas metropolitanas (Región Sur de ASSE), y provienen, el 87% del Departamento de Montevideo y el 13% del Departamento de Canelones.

Considerando solamente los que provienen del departamento de Montevideo las zonas de las cuales provienen se corresponden en orden de frecuencia con las áreas vinculadas a los Centros de Salud Ciudad Vieja (Maciel), Centro Coordinado del Cerro, Centro de Salud Jardines del Hipódromo, La Cruz de Carrasco, Piedras Blancas, y Ciudad de la Costa. Es decir que dentro de Montevideo la procedencia es variada comprendiendo tanto las zonas del oeste, centro y este.

Por lo tanto si bien no hemos podido acceder aún a datos de procedencia en la demanda de consultas ambulatorias coordinadas nuestra hipótesis es que el HC cuenta con una población que elige su atención en este centro posiblemente influenciada por accesibilidad, disponibilidad de servicios que no existen en otros centros (ej. urgencia oftalmológica), experiencias individuales, medios de transporte, empatía con profesionales, derivación de profesionales que mantienen vínculos con el Hospital entre otras causas.

El estudio de los egresos afirma la existencia de una cobertura fundamentalmente metropolitana en donde el 91 % de los pacientes que egresan del HC proceden de Montevideo y Canelones. (Montevideo 75%, Canelones 16 %).

Considerando esta afirmación que surgen de estos estudios preliminares, que nos muestra una procedencia de pacientes fundamentalmente metropolitana, predominante de muy variadas zonas del Dpto. de Montevideo pensamos que el HC puede tener una población que elige su atención en el centro y por lo tanto ello podría constituir población adscripta.

Sobre ello existen antecedentes cuando el HC identificaba mediante la conocida “tarjeta gris” la población a atender y por lo tanto tenía regulada su demanda.

**Para esta cobertura geográfica y adscripta el HC otorgará todos los servicios asistenciales de segundo y tercer nivel de atención que se encuentren incluidos dentro del conjunto prestacional obligatorio.**

Aquellos servicios que sean requeridos para la atención de este grupo poblacional y el Hospital no los posea se deberán proveer bajo la forma de contratación, y/o complementación de servicios a cargo del centro.

El proceso de definición de cobertura poblacional geográfica o adscripta se realizará en forma gradual y por etapas porque implica acuerdos interinstitucionales, reorientación y ajuste de los sistemas de derivación, de referencia y contrarreferencia y los sistemas administrativos y procesos internos, así como preferencias de los pacientes.

La población cubierta por el HC para segundo y tercer nivel, estará claramente identificada mediante una identificación personal y se ingresaran a los sistemas de información institucionales a fin de controlar y canalizar adecuadamente las derivaciones.

El tener una población identificada permitirá el desarrollo de programas de atención específicamente dirigidos, focalizados, realizar estimaciones presupuestales y la definición de un presupuesto asistencial.

#### **Consultas especializadas, Servicios o Centros especializados, IMAE.**

El tercer nivel de cobertura poblacional es el de derivación para consultas especializadas en Servicios o Centros de referencia nacional o regional y para los Institutos de Medicina Altamente especializada. Este tipo de derivaciones no comprenden la implementación de una identificación individual de usuarios como en los casos anteriores salvo elección posterior.

De acuerdo a sus características existen servicios y centros que no están presentes en otros efectores algunos de los cuales fueron incorporados al Plan Estratégico de la RIEPS.

Ello implica el establecimiento de convenios o acuerdos de complementación o pago de servicios, con ASSE u otros efectores públicos, que determinen la existencia de zonas o regiones geográficas departamentales o de establecimientos que deriven sus pacientes.

Además de los servicios especializados ya definidos en la RIEPS podrán desarrollarse nuevos servicios cuya importancia para el sistema de salud sea relevante para el desarrollo de nuevas especialidades o subespecialidades, técnicas, modalidades de atención, o formación de recursos humanos.

Todo proyecto de nuevo desarrollo llevará un estudio técnico de factibilidad y deberán tener financiamiento propio proveniente del Sistema de Salud, de la UDELAR o como corresponda según las iniciativas.

El vínculo con ASSE es fundamental pero no es el único vehículo de integración del Hospital al SNIS. Asimismo tampoco la RIEPS es el único ámbito de integración. Debidamente catalogados los servicios de HC se pondrán a disposición de todos los prestadores integrales del SNIS. Por tales razones se fomentarán convenios y acuerdos con el sector privado.

El Hospital cuenta además con técnicos con capacidad de ofrecer servicios de consulta especializada y de segunda opinión.

Se instrumentara un programa específico para fortalecer esta área que busca promover los servicios de atención especializada a todo el sistema de salud. Para ello se creara una unidad

organizativa que podría comprender el desarrollo de un Departamento Comercial o de Venta de Servicios. Esta unidad dependerá directamente de la Dirección del Hospital.

La definición del conjunto prestacional del HC, mal llamado “canasta de servicios” es fundamental para definir las coberturas posibles de ofrecer y atender considerando el sistema ASSE y el resto del sistema de salud. En esto ha trabajado intensamente la Dirección del Hospital y la primera versión del documento que comprende las prestaciones del HC ya se encuentra publicada en la web.

Modificaciones a las reglamentaciones en materia de distribución y gestión de los recursos extrapresupuestales también son relevantes dado que constituyen una manera de estimular e incentivar estos “programas de excelencia.”

## PLANTA FISICA

### Definiciones

La planta física del Hospital constituye un eslabón esencial y prioritario para el desarrollo de todas las funciones que le competen al Hospital de Clínicas. En tal sentido existe un plan director y desde el año 2008 el Plan de Obras de Mediano y Largo Plazo para la recuperación de la planta física en el cual se establecieron los criterios generales de actuación sobre la planta física

En el Plan Director se adoptaron definiciones y principios básicos sobre la zonificación del edificio elementos que fueron revisados nuevamente en la CLE.

Como conclusión del proceso de discusión se plantea que la re zonificación y el reordenamiento de los servicios, se basen en los siguientes principios:

- No generar nuevas construcciones anexas. El Hospital cuenta con 110.000 m<sup>2</sup>. Nuevas áreas implicarían mayores costos posteriores tanto de funcionamiento como de mantenimiento.
- Conservar las áreas de alta tecnología en las que se han realizado importantes inversiones en etapas previas.
- La re zonificación y reordenamiento propuestos deben responder a:
  - Lógicas de agrupamientos de Servicios que maximicen la comunicación favoreciendo la gestión.
  - Gradientes de asistencia de público.
  - Gradientes de complejidad asistencial

Todo lo cual tiende a descomprimir el sistema de circulaciones verticales.

- Generar ambientes de trabajo acordes a la función, mejorar las condiciones laborales, contemplando necesidades y cumpliendo normativas en seguridad e higiene. Se mencionan a modo de ejemplo, SSHH y vestuarios para funcionarios, cuartos médicos, áreas de estudio e investigación para docentes y estudiantes.

### Reordenamiento y zonificación

Se plantea el siguiente reordenamiento del edificio. (Se adjuntan gráficos en los Anexos) .

- Basamento, planta baja y 1er. piso, Centro de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio, concentrado en la base del edificio incluyendo un Centro Quirúrgico Ambulatorio también vinculado a la Emergencia.
- 2º piso que comprenda las áreas ambulatorias especializadas: CCV, Centro de Diálisis, Hospital de día.

- 3er Piso. Luego de liberadas las áreas que actualmente ocupa la Facultad de Enfermería y las Escuelas, se plantea concentrar en este piso, las áreas de dirección, administrativas y contables, de manera de concentrar los trámites vinculados, liberando así la base de edificio (destinado a asistencia ambulatoria), del flujo continuo de funcionarios que circulan hacia esa zona.
- 4º piso, conservar las áreas destinadas a Gastroenterología (oeste) e INDT (este).
- 5º piso, estará destinado a ubicar laboratorios de alta tecnología e investigación.
- 6º piso, ya concebido desde sus inicios como piso técnico, destinado a las áreas técnicas necesarias para los Laboratorios del Piso 5. (Ejemplo, Laboratorio de Ingeniería Tisular y Celular, y Unidad de Terapia Celular). Se conserva DPI en su ubicación como área técnica de apoyo.

En el Ala Oeste, se podrían ubicar Servicios Docentes que no tienen actividad asistencial directa en pisos, como por ejemplo CIAT en Sala 1, Ocupacional en Sala 3, Farmacología en Sala 5.

- De pisos 7 al 12, Unidades de Internación, con nuevas tipologías que humanicen y dignifiquen los espacios, cumpliendo las normativas vigentes. Ver punto III.3 (Se adjuntan tipologías).
- Piso 13, ocuparlo completo con el CENAQUE, trasladando las áreas que actualmente se ocupan en el 12.
- Piso 14, Unidad de Trasplante Renal, hospitalización nefrológica y Centro de Tratamiento Intensivo.
- Piso 15, Ubicar Cuidados Intermedios en Ala Este. Neurología y Neurocirugía en Ala Oeste.
- Piso 16. Se reduce CLAP a Sala 5, y se destina el resto del piso a Maternidad, Hotel de Madres, CTI pediátrico, con C.I. y C.E. Sala de partos y cuartos médicos.
- Piso 17, Block Quirúrgico y Recuperación Post Anestésica.
- Piso 18, Apoyo a Block, Centro de Materiales, Vestuarios con acceso, Cátedra de Anestesiología y cuartos médicos.
- Piso 19, áreas para la enseñanza, unidad de habilidades clínicas y Centro de Convenciones o eventos científicos con mayor infraestructura.

A su vez, se plantea la reorganización y reubicación de algunos Servicios de Apoyo, como ser el depósito de Almacenes, los Talleres de Mantenimiento, los que se reubicarían en el ala sur de la base del edificio en nuevas instalaciones acorde a las necesidades locativas.

Se plantea que la zona administrativa de Mantenimiento y Arquitectura se ubique en Planta baja del lado Este (sector que liberaría dirección), vinculándose por el módulo de circulaciones del sector, con los talleres. Los talleres se reubicarían en el edificio abovedado, el que debe

racionalizarse y reacondicionarse, conservando el sector de Tableros Eléctricos y la Sala de Calderas.

El Lavadero se concentraría en la mitad de su zona, liberando el resto para Depósito de Almacenes. El edificio cuenta con dos rampas (una de ellas desfuncionalizada que es necesario recuperar) que vinculan estos sectores de apoyo con el resto del edificio.

En el ala sur de planta baja, del lado oeste se ubicaría la Intendencia, se conserva Anatomía Patológica y se agrega en el extremo, la recepción de almacenes, vinculada por el módulo de circulaciones, al nuevo Depósito de Almacenes.

En el ala sur de Piso 1, se ubicaría Patología Clínica, Hemoterapia y Anatomía Patológica.

### Proyectos de nuevos desarrollos.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, resulta necesaria la confección de los proyectos internos para los nuevos desarrollos, entre los cuales se encuentran::

- Nuevo Centro de Diagnóstico, Tratamiento Ambulatorio y Emergencia.
- Servicios de Apoyo, Talleres de Mantenimiento, reordenamiento de Sala de Máquinas, Depósitos de Almacenes, Lavadero.
- Nueva zona de Dirección y administración en Piso 3.

También resulta imprescindible desarrollar, en sintonía con la nueva zonificación planteada de los servicios:

- Proyecto específico de flujos circulatorios (el que determinará las zonas de restricción)
- Proyecto de señalética general del edificio.
- Proyecto de acondicionamiento térmico general del edificio contemplando eficiencia energética.
- Continuar el vínculo y actuaciones ya iniciadas con el POMLP Udelar, referentes al ordenamiento del predio, en cuanto a estacionamientos, seguridad, infraestructuras comunes a los edificios (depósito de agua para incendio, generación de energía, etc).

## Tipologías de salas de internación.

Durante el año 2013, se desarrolló un estudio sobre las tipologías de las Salas de Internación, las cuáles e pusieron nuevamente a consideración, de acuerdo al nuevo escenario.

Se adjuntan Tipologías, con las recomendadas por el Departamento de Arquitectura. Las diferentes alternativas constituyen modelos que son pasibles de habilitación por parte del MSP. Se adjunta una Matriz FODA con comentarios realizados por el Dpto. de Arquitectura.

De estos modelos, la opción 1 fue el aprobado por la Comisión Directiva, valiéndose de razones económicas y constituyendo un modelo que es aceptado además por el MSP. En el mismo existen habitaciones individuales y de a dos pacientes con baños compartidos y habitaciones de aislamiento con baños en la habitación. La circulación es central. 8 camas en el modulo central.

En la discusión que se realizó en la CLE se prefirió el modelo 3, cuya diferencia fundamental es habitaciones de a dos pacientes con baños en cada habitación. Se mantienen los aislamientos y la circulación y acceso es lateral. 6 camas en el módulo central.





OPCION 1	DESCRIPCION	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	<p>TIPOLOGIA APROBADA POR COMISION DIRECTIVA CON FECHA .../.../....</p> <p>CONSTITUYE EL PROYECTO QUE FUERA LICITADO</p> <p>TRANSFORMA LA SALA COLECTIVA ORIGINAL EN CUATRO HABITACIONES DE DOS CAMAS</p> <p>POSEE DOS BAÑOS:</p> <p>UNO POR SEXO CADA DOS HABITACIONES.</p>	<p>MEJORA LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DURANTE SU INTERNACION</p> <p>PERMITE EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DEL MSP Y SUS EXCEPCIONES.</p> <p>DESDE EL PUNTO DE VISTA ARQUITECTONICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SE INTEGRA A LA COMPOSICIÓN ORIGINAL DEL EDIFICIO, RESPETANDO:</li> <li>- LA ESTRUCTURA CIRCULATORIA GENERAL</li> <li>- LA LOGICA INFRAESTRUCTURAL (UBICACIÓN DE ENFERMERIAS ORIGINALES, DUCTOS, ACOMETIDAS DE FLUIDOS, DESAGUES, ETC)</li> <li>- SE MEJORA LA RESOLUCION DE LAS ABERTURAS INTERIORES QUE PÀSAN DE CORREDIZAS A BATIENTES.</li> </ul>	<p>LA DISPOSICION DE LAS CAMAS EN LAS DOS PRIMERAS HABITACIONES NO ES LA MEJOR POSIBLE (ENFRENTADAS).</p> <p>LA RELACION CAMAS SSHH ES LA MINIMA ACEPTABLE</p>

OPCION 1'	DESCRIPCION	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	<p>ES UNA VARIANTE DE LA OPCION 1, MEDIANTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-EL AGREGADO DE DOS BAÑOS</li> <li>-EL PASAJE DE 8 CAMAS A 6 EN TOTAL</li> </ul>	<p>BASICAMENTE REPITE LAS FORTALEZA DE LA OPCION 1, AGREGANDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- LA CONFORMACION DE UNA HABITACION INDIVIDUAL</li> <li>- MEJORA LA RELACION CAMAS / SSHH</li> <li>- PERMITE LA ETAPABILIDAD, ES DECIR PUEDE EJECUTARSE COMO UNA SEGUNDA ETAPA DE LA OPCION 1.</li> <li>- PRESENTA GRAN FLEXIBILIDAD PARA EL MANTENIMIENTO DADO QUE PUEDEN ANULARSE BAÑOS SIN AFECTAR HABITACIONES.</li> </ul>	<p>AUMENTA LA DIVISION DE LAS VENTANAS EN SU PAÑO MEDIO</p>

OPCION 2	DESCRIPCION	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	<p>RESPONDIENDO A LA MISMA CONCEPCION DE LAS OPCIONES 1 Y 1', ESTA TIPOLOGIA SE PIENSA CON UNA DISTRIBUCION MAS LÓGICA DE LOS SSHH</p>	<p>IDEM OPCION 1'</p>	

OPCION 3	DESCRIPCION	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	<p>TIPOLOGIA QUE SUSTITUYE A LA CONSTRUIDA EN CCV Y UNIDAD DE TRASPLANTES.</p> <p>SE CONFORMA CON UN EJE CIRCULATORIO LATERAL Y TRES SALAS ADYACENTES DE DOS CAMAS CADA UNA.</p>	<p>SI EL CRITERIO BUSCADO ES UNA INTERNACION QUE MEJORA LA HOTELERIA Y EL CONFOR DE LOS PACIENTES ES LA OPCION MAS CERCANA. CUENTA CON BAÑO PRIVADO POR CADA HABITACIÓN.</p>	<p>ALTERA LA ESTRUCTURA CIRCULATORIA ORIGINAL DEL EDIFICIO.</p> <p>CON RELACION A LA OPCION 2 AUMENTA LA DIVISION DE LAS VENTANAS EN SU PAÑO MEDIO</p> <p>PRESENTA SSHH QUE NO VENTILAN NI ILUMINAN EN FORMA DIRECTA AL EXTERIOR.</p> <p>EL MODELO DE SSHH EN LA HABITACION NO FLEXIBILIZA SU MANTENIMIENTO</p>

## El centro quirúrgico

En el año 2013 y 2014, la Dirección del Hospital junto con el comité de BQ y la Div. Arquitectura estudiaron la situación del BQ del Hospital de Clínicas en vistas a realizar propuestas estructurales que mejoraran las condiciones edilicias del mismo, las condiciones de trabajo, los aspectos tecnológicos y considerando el dimensionamiento de la actividad quirúrgica.

La actividad quirúrgica del Hospital de Clínicas determina un 65% de los egresos hospitalarios (5700 de un total de 8820) y se realizan 3900 cirugías en el block central donde intervienen 13 servicios quirúrgicos:

1- QA	4-C.Card.	8-ORL	11-Neuro
2-QB	5-C.Vasc.	9-OFT	12-Gine
3-QF	6-C.Tx.	10-Uro	13- Odonto
	7-CPlast,		Terapia del Dolor

Desde finales del 2013 y durante el 2014 la Dirección del Hospital a través del Coordinador del Centro Quirúrgico y el Departamento de Arquitectura a través de su Directora y el equipo de Arquitectos estudiaron la situación del BQ en vista de realizar propuestas estructurales que mejoraran las condiciones edilicias del mismo, las condiciones de trabajo y los aspectos tecnológicos, considerando el dimensionado de la actividad quirúrgica.

El enfoque global de la problemática vinculada a las áreas de block quirúrgico, recuperación post-anestésica y centro de materiales atendiendo a las exigencias normativas actuales tanto del MSP, FNR como de la DN Bomberos, y las necesidades asistenciales y formativas de RRHH en salud, justifica la creación de un Plan Director.

Involucra la unidad funcional que comprende a los pisos 17 y 18 del Hospital y sus conexiones verticales. Su objetivo general es mejorar las condiciones de salud de los usuarios que requieren intervenciones quirúrgicas mejorando los procesos asistenciales, definiendo la circulación de block, el uso racional de ascensores; adecuando el número de salas, con sus áreas de apoyo, a las necesidades actuales en cuanto a dimensiones, tipología y equipamiento, cumplir con la normativa y solicitar la habilitación técnica de las instalaciones. Programas específicos como Cirugía Cardíaca, Cirugía de la Epilepsia y Transplante renal y renopáncreas requieren especial atención tendiente a alcanzar la habilitación para su funcionamiento.

El dimensionado de la estructura necesaria para cumplir la función asistencial contempla tanto los aspectos asistenciales como docentes. Si bien se trata de un Hospital Universitario, la actividad docente otorga un matiz en la estructura y la función, pero no la define.

En este sentido cada uno de los 13 servicios quirúrgicos debe cumplir con un número de procedimientos que permita la adquisición de destrezas y la formación de especialistas; sin embargo la producción en definitiva va a estar determinada por la demanda proveniente de 2 vertientes, la población georreferenciada y la referencia desde hospitales públicos de casos complejos.

El plan tiene como meta contar con 10 salas de operaciones habilitadas más 2 salas de dimensiones especiales en los extremos este y oeste destinadas a ser salas Integradas Inteligentes. En el ala este se destinaría 1 sala a Cirugía Cardíaca, 1 sala a Neurocirugía y 3 salas para cirugía video-asistida (laparoscópica-toracoscópica-rinoscópica). En el ala oeste se destinaría 1 sala al programa de cirugía ambulatoria. 2 salas para el Departamento de Emergencia, 2 salas para cirugía convencional.

## Plan Director

### Tres fases

1. Conformar un equipo de trabajo técnico, establecer la metodología e identificar colaboradores.
2. Diagnóstico de Situación actual. Identificamos la ruta de acceso de los pacientes a block, barreras, ingreso de personal, vestuarios, salas de estar, áreas asistenciales, áreas de apoyo, áreas administrativas, almacenes, laboratorio, depósito, circulación de residuos hospitalarios.
3. Reingeniería. Planteo de la meta a alcanzar.

### Líneas fundamentales:

- Cumplimiento de la normativa del MSP
- Reingeniería de las Salas:
  - Definición de procedimientos en salas de acuerdo a su especificidad, como por ejemplo salas integradas inteligentes, con transmisión remota, salas ambulatorias, sala de neurocirugía, sala de cirugía cardíaca, salas para cirugía videoasistida.
  - Adecuación de la red eléctrica de las salas con instalación de paneles de seguridad, pisos conductivos y alertas de fuga a tierra.
  - Acondicionamiento térmico del block quirúrgico, flujos y filtros de aire, salas presurizadas.

- Circulaciones. Definición de la circulación de área pública, área semi-restringida y área restringida, evitando circulaciones cruzadas. Circulación de materiales. Circulación de residuos. Ascensores. Accesos diferenciales, de pacientes y de personal.
- Redistribución y racionalización de áreas de apoyo: economato, anestesia, laboratorio, anatomía patológica, lavado de materiales, depósito de equipos, depósito de materiales de higiene. Ubicación de local de informes médicos y oficina administrativa.
- Control de seguridad de los accesos a block, cámaras de vigilancia, sistema de acceso mediante huella digital. Control en almacenes, instrumental, pasillos y acceso a salas de operaciones mediante cámaras de video-vigilancia.
- Acondicionamiento de vestuarios de personal, duchas y baños. Estar de personal médico y personal de enfermería e instrumentación.
- Vinculación del BQ con Centro de Materiales.
- Definición de las áreas de despertar anestésico y vínculo con el área de pre-operatorio. Incorporación del área de pre-operatorio.
- Definición de un área de alta dependencia de cuidados (en proceso de normatización, actualmente denominada recuperación post-anestésica).
- **Equipamiento**
  - Equipamiento básico para 5 salas de operaciones destinadas a cirugía de coordinación, programa de cirugía ambulatoria y urgencias: Cialítica LED de 2 brazos. Mesa de operaciones. Electrobisturí. Carro de Anestesia. Monitor. Colchón térmico.
  - Equipamiento para 3 salas de cirugía videoasistida destinadas a cirugía de coordinación y algunas urgencias. Incluye el equipamiento básico más 3 Torres de laparoscopia full HD. Bisturí armónico.
  - Equipamiento para 1 sala de Neurocirugía. Incluye el equipamiento básico más: Microscopio fluoroscópico de última generación. Craneótomo. Aspirador ultrasónico.
  - Equipamiento para 1 sala de Cirugía Cardíaca. Cialítica LED de tres brazos más el resto del equipamiento básico. Total 10 salas.
  - Equipamiento para sala de pre-operatorio: 5 camillas. Monitores.
  - Equipamiento para la sala de despertar anestésico: 10 camillas. Monitores. Saturómetros.
  - Equipamiento para sala de recuperación post anestésica. 8 Monitores multiparámetro. 6 ventiladores.
  - Equipamiento para centro de materiales. 2 máquinas lavadoras y desinfectadoras de instrumental.
  - Equipamiento para sala de estar médico: 8 Sillones individuales. Mesa lavable y 6 sillas. Conexión a red eléctrica disponible. Conexión a Internet wifi. Monitores 40" en red con salas de cirugía video asistida. Disponibilidad de agua potable filtrada. Cafetera. Jarra térmica. Heladera. Microondas.
  - Equipamiento para sala de personal de enfermería e instrumentación. 2 mesas con 6 sillas cada una. 8 sillones individuales. 2 Microondas. 2 Jarras térmicas. 2 cafeteras. Tostadora. Audio.

- Equipamiento de vestuarios con lockart's de cierre y apertura programables. Bancos que faciliten la vestimenta. Percheros. Depósitos de ropa reutilizable. Depósitos de ropa descartable. Depósito de basura.

Se completa el Plan con la mejora de los procesos vinculados a la Gestión de Insumos, la Coordinación Quirúrgica, la Gestión de la Lista de Espera y fundamentalmente un plan integral de incorporación, capacitación y remuneración de los recursos humanos, quién constituye el eslabón fundamental del proceso asistencial.

## Estimación de costos.

Resulta vigente la estimación de costos realizada en el análisis de la propuesta de reconversión entregada en octubre 2014, cuyos costos fueron estimados en base a la siguiente planilla:

Clasificación del área	Tipo	U\$/m <sup>2</sup>
ASISTENCIALES 1	Salas de Internación, Policlínicas	1600
ASISTENCIALES 2	C.I., Aislamientos con vent. especial	2000
ASISTENCIALES 3	CTI, Block, Centro Materiales, Laboratorios	2500
ASISTENCIALES 4 ESP.	Idem 3, con más exigencias (Salas blancas, etc)	3000
ADMINISTRATIVAS	Zonas de oficinas y escritorios	1400
SSHH	Baterías de baños y enfermerías	2200
SSHH DISC.	Baterías de baños equipamiento accesibilidad	2300
DEPOSITOS	Áreas sin acondicionamiento de aire.	900
SERVICIOS DE APOYO 1	Lavadero zona seca, Intendencia, etc.	1500
SERVICIOS DE APOYO 2	Lavadero zona húmeda	1800
COMERCIALES	Locales acceso y otros	1500
EXTERIORES PARQUIZADAS	Canteros, pavimentos sin equipamiento	300
EXTERIORES VEHICULARES	Balasto y bitumen	600

A la estimación anterior, y de acuerdo a la nueva propuesta se agregan áreas que no se habían estimado, como por ejemplo la zona de Sala de máquinas en Sub Suelo, el Block ambulatorio del Centro de Diagnóstico y Tratamiento y las áreas administrativas de Piso 3.

**Sumando entonces estas nuevas adecuaciones, la estimaciones preliminares realizadas respecto al costo de reconversión general para las obras hasta el momento señaladas rondará los U\$s 85.000.000 (ochenta y cinco millones de dólares).**

**Las nuevas propuestas determinarán realizar nuevas estimaciones por lo tanto acrecentarán estas estimación. Se estima que los costos totales se aproximarán a los U\$s 100.000.000 (cien millones de dólares).**

Destacamos la importancia de profundizar los estudios técnicos con sus proyectos funcionales y edificios, trabajando con todos los actores involucrados, aspectos que no se han podido abordar en esta etapa por razones de tiempo.

## Consideraciones organizativas

El Departamento de Arquitectura del Hospital, cuenta con la capacidad técnica y la metodología necesarios para el desarrollo de estos proyectos. Un programa de desarrollo que comprenda importantes inversiones en plazos más breves y en donde se concentren trabajos de planificación y proyección ameritaría la creación de una **Unidad de Planificación Edilicia** independiente de las estructuras actuales, que permita y promueva el máximo desarrollo de sus potenciales junto a un reforzamiento de los recursos existentes. Actualmente el Departamento de Arquitectura depende de la División Mantenimiento.

## GOBIERNO DIRECCION Y GESTION DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES

### Enunciados generales – principios generales

- El Hospital es una organización compleja, constituye un sistema complejo por naturaleza lo cual determina llevar adelante modalidades de gestión, de conducción, de diseño organizacional y de ejecución de procesos con una lógica y con una dinámica diferente al resto de la Universidad de la Republica.
- El cogobierno universitario es indudablemente una fortaleza establecido en este Hospital desde sus orígenes. Como forma de participación, que comprende además a los *“funcionarios técnico- administrativo y de servicios”*, constituye un valor a preservar y a profundizar. Considerada en su sentido más amplio, responsable, comprometida, y preparada es capital para el éxito de cualquier proyecto de desarrollo y para asegurar la gobernabilidad del Hospital otorgándole sustento y viabilidad a los procesos de cambio organizacional.
- Es necesario dotar al nuevo hospital de un esquema de gobierno y de dirección que favorezca una toma de decisiones ágil, con un importante grado de autonomía acorde a las necesidades de una organización con la complejidad que posee el Hospital Universitario.
- En este sentido, el cogobierno debería centrarse en las orientaciones generales, en la definición de las políticas y en el control de los órganos de gestión.
- Es necesario además reevaluar el modelo de gestión y organización del hospital, procurando obtener un adecuado control institucional por parte de la Dirección de tal manera de poder articular decisiones a nivel de todos los servicios, ordenar más eficientemente los recursos y su gestión a nivel operativo, mejorar la efectividad y la eficiencia de los programas asistenciales, redundando en una atención al paciente de calidad técnica, humana y organizacional.
- La participación del profesional, de todas las profesiones de la salud que trabajan en el HC es un elemento clave y alcanza aún un mayor protagonismo por justamente por tratarse de una organización de tipo profesional. (burocracias profesionales según Mintzberg). Esta participación debe conducir a la corresponsabilidad en las decisiones y a compartir las estrategias una vez decididas.

## Conducción del hospital – órgano político y órgano de gestión

- La conducción del Hospital corresponde a los siguientes órganos: Comisión Directiva y Dirección del HC.

### Comisión Directiva

- La **Comisión Directiva** será el órgano político y como tal tendrá exclusivamente la función de definir la política institucional, establecer el rumbo estratégico de la institución, supervisar y evaluar el desempeño institucional y resolver sobre todos los asuntos que aseguren el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Su rol será exclusivamente político y de contralor, sin atribuciones de conducción en la gestión hospitalaria.

- La Comisión Directiva estará integrado por seis miembros, a saber:
  1. El Director del Hospital, designado por el Consejo de Facultad a propuesta de la Asamblea del Claustro, quien presidirá la CD.
  2. Cuatro por los representantes de los órdenes de ese Consejo a saber: dos por el orden docente—debiendo uno de ellos representar a los directores de Unidades Clínicas—y las otras dos respectivamente por el orden estudiantil y por los egresados.
  3. Uno por los funcionarios del Hospital con excepción de los médicos.
- Los usuarios tendrán participación y estarán representados en un Consejo Consultivo, tomando en cuenta la normativa vigente en el SNIS.
- Las **funciones y competencias** de la Comisión Directiva se presentan en cuadro más adelante.

### Dirección del Hospital

- La **Dirección del Hospital** será el órgano ejecutivo y tendrá competencias para llevar a cabo los objetivos estratégicos definidos mediante planes tácticos y operativos, administrando de forma eficaz y eficiente los recursos disponibles.
- Su jurisdicción alcanzará a todos los servicios del Hospital y a todos los ámbitos técnicos y no técnicos, comprendiendo a todos los funcionarios.
- Se propone un rediseño de la Dirección, con un **Director** que junto a su equipo de dirección conducirá la gestión institucional, implementando las políticas institucionales delineadas por la Comisión Directiva, con independencia de gestión y autonomía suficiente para organizar y desarrollar la actividad de la entidad.
- Se otorgará importancia a los procesos de selección y a las condiciones para ejercer la función de dirección, lo cual comprende poseer conocimientos y destrezas técnicas específicas, pero asimismo también destrezas no específicas, que son habilidades para ejercer el liderazgo, habilidades de comunicación, para el trabajo en equipo y para el desarrollo de la autoridad.

- Se buscará la jerarquización de la función de dirección, reinstalando la carrera de dirección de tal manera que permita el desarrollo y la formación de los cuadros directivos. La Dirección del Hospital constituirá una unidad docente asociada para la formación de administradores de salud con lo cual se restablecerán las funciones docentes de sus integrantes.
  - El desempeño de actividades docentes lleva a la actualización permanente de conocimientos y al desarrollo de habilidades gerenciales. La docencia favorece el reconocimiento académico lo cual consideramos de gran importancia en un Hospital Universitario.
  - El cargo de Director requiere de respaldo político, destrezas sociales y comunicacionales además de formación y en experiencia gestión de servicios de salud condiciones que se consideran relevantes para ejercer el liderazgo institucional.
  - La designación del Director ha de ser a través de un órgano político de la Facultad de Medicina, garantizando su respaldo político. El nombramiento del Director será por un término de 4 años, pudiendo ser renovable por períodos de hasta 4 años sucesivamente. El cargo de Director tendrá carácter docente. Atento a la naturaleza del cargo en razón de su alta dedicación y al carácter de la función, se asignará al mismo el régimen de Dedicación Compensada. En caso de que opte por hacerlo en régimen de Dedicación Total, la Facultad deberá concederlo automáticamente.
  - Se asegurará una dimensión suficiente de recursos humanos profesionales que den soporte y canalicen el trabajo de la Dirección. La Dirección del HC tendrá estructura de Unidad Docente, y compartirá la función universitaria en todos sus aspectos. Acompañando al director habrá los siguientes Directores Asistentes, que tendrán carácter docente y tendrán la opción de acogerse al régimen de Dedicación Total.
    1. Director Médico Asistencial,
    2. Director Administrativo,
    3. Director de Enseñanza
    4. Director de Investigación.
    5. Director Financiero.
- Las funciones y competencias de la Dirección se señalan en el cuadro respectivo.
  - Debe evitarse en la reglamentación la intromisión en ámbitos de gestión a través de las comisiones cogobernadas. Las **comisiones asesoras** conformadas para el tratamiento de temas de gestión serán designadas por la Dirección del Hospital, no por la Comisión Directiva. En tal sentido se limitarán las comisiones cogobernadas a temas que estén relacionados con el gobierno y no con la gestión.
  - El Cuerpo Médico dejará de ser un órgano establecido por Ordenanza. Se reformularán sus competencias, estableciendo su rol en la participación de comisiones técnicas.

El organigrama de gobierno del HC se muestra en cuadros que siguen más adelante.

## Modelo de Gestión del Hospital de Clínicas

- Se ha vuelto una necesidad desarrollar modelos de prestación de servicios que sean más efectivos. El éxito de ello depende de dos factores: a) el desarrollo de equipos de atención efectivos y b) la implementación de una buena gestión operativa local a nivel de servicios. Los clínicos influyen en ambos, por lo que la inversión en el liderazgo clínico es esencial para el desarrollo del Hospital de Clínicas y para desarrollar flujos de atención eficientes.
- El modelo de gestión por cátedras, que puede resultar efectivo para la docencia de materias y especialidades, resulta subóptimo para la gestión asistencial considerada en su conjunto porque segmenta el proceso asistencial.
- En aquellas situaciones que lo ameriten se establecerá un modelo de trabajo en base a programas, lo cual llevará a repensar la estructura de cátedra del Hospital y a su dimensionamiento.
- El modelo de departamentalización, con las características como fue pensado y desarrollado busco optimizar la gestión construyendo objetivos comunes desde los servicios o cátedras. Como desarrollo inicial, como ámbito de comunicación y discusión cumplieron sus objetivos pero consideramos que no son el modelo a preservar tomando en cuenta el mayor dinamismo que requieren los procesos asistenciales y la necesidad de enfoques interdisciplinarios que superan los límites del enfoque de cátedra y del enfoque exclusivamente médico.
- Por todo ello consideramos que debemos desarrollar nuevas formas de organización de los servicios asistenciales que se centren en unidades programáticas de la gestión asistencial e interdisciplinaria.
- Esto puede comprender Departamentos, Centros, Institutos o Unidades de Gestión Asistencial (UGA) todos los cuales se sustentan en los principios de la gestión clínica. Los jefes o directores de estas unidades asumirán responsabilidades académicas, pero también de gestión asistencial en su sentido integral. El vínculo se establecerá mediante contratos de gestión con la Dirección del Hospital en donde se establecerán los compromisos de ambas partes y las formas de evaluación considerando indicadores de gestión. Estos resultados serán publicados anualmente.

### Modelo propuesto

- El modelo propuesto es el de gestión clínica, organizado en torno a Departamentos, Centro, Institutos o directamente unidad de gestión asistencial.
- La gestión clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Supone otorgar a estos profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto al paciente.
- Permite descentralizar progresivamente las decisiones sobre la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica y dotar a las unidades asistenciales de la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades en beneficio del paciente dentro de un marco de recursos limitado.
- Permite desarrollar la actividad clínica de acuerdo a diferentes objetivos, entre los que destacan:
  - ✓ Fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros.
  - ✓ Mejorar la organización del trabajo.
  - ✓ Reforzar la continuidad asistencial entre los distintos niveles de atención.
  - ✓ Elevar la satisfacción de los pacientes.
- La gestión clínica, entendida como el conjunto de procesos implicados en la relación entre ese profesional y paciente, se articula en tres niveles diferenciados:
  - a. **Nivel individual**, referido a la elección de un determinado tratamiento o intervención quirúrgica de mayor eficacia. Para tal efecto, se utilizan herramientas como medicina basada en la evidencia, guía de práctica clínica, epidemiología, auditorias, compromisos de gestión.
  - b. **Nivel asistencial**, relativo a la efectividad clínica de los procesos y recursos empleados.
  - c. **Nivel de gestión de la unidad clínica**; vinculado a eficiencia. la organización interna del servicio, el número de personas considerado necesario para cada tipo de actividad o técnica y los aspectos más globales como la motivación y capacitación del personal, así como la gestión de los recursos asignados.

*Si bien el Hospital debe avanzar en todos los niveles, de aquí en más en este documento nos referiremos al nivel de gestión de la unidad clínica.*

- Para el desarrollo de la GC en el Hospital se establecerán las Unidades de Gestión Asistencial las cuales agruparán a un conjunto de profesionales de diversas disciplinas y categorías, con el objetivo de para trabajar con arreglo a objetivos y metas compartidas y bajo los principios de responsabilidad y participación en la toma de decisiones. Un Jefe de UGA, coordinara las actividades.
- Para el Hospital de Clínicas, las UGA se referirán a un Servicio, a un Programa, o a un centro o Instituto.

### Jefe de UGA

- Las perspectivas para rediseñar la atención y la mejora del rendimiento dependerá del liderazgo clínico en estas unidades, pero también en las cátedras, los servicios y la práctica asistencial. Una mejor organización de la gestión mejora los resultados en salud y el liderazgo clínico afecta al rendimiento.
- Los Jefes de UGA tiene cuatro tareas clave que desempeñar.
  1. Establecer cuál es el propósito del grupo, haciendo hincapié en que el objetivo es compartido y es necesaria la acción colectiva.
  2. La segunda tarea es garantizar que los microsistemas clínicos pueden ejecutar las tareas necesarias para lograr estos objetivos.
  3. La tercera tarea del líder clínico está monitorizar la gestión del sistema local.
  4. La tarea final es la mejora de la gestión y el rendimiento.
- PERFIL de Jefe de UGA:
  - Clínico o Administrador de Servicios de Salud.
  - Para clínicos, liderazgo en la materia (G4 o G5; o G3, asegurada la continuidad)
  - Continuidad (importante)
  - Reconocida capacidad clínica
  - Reconocimiento de los pares
  - Acompañado de enfermería, administración y técnicos del servicio
  - Competencias de nivel en Gestión, fundamentalmente en herramientas de Gestión Clínica (no de gestión de servicios o sistemas de salud); pueden capacitarse desde la Dirección misma.

El cuadro al final muestra el esquema básico de la estructura de jefatura de una UGA.

### Competencias de la jefatura de UGA

- Atender la administración inmediata de la Unidad Clínica, adoptando las resoluciones para asegurar el regular y eficiente funcionamiento de los servicios técnicos y administrativos.
- Informar a la Dirección del Hospital, mensualmente o cuando ésta se lo solicite, sobre todos los aspectos del funcionamiento del Hospital, así como de las decisiones que adopte en ejercicio de sus competencias.
- Diseñar los procesos y modelos de organización y promover procedimientos y protocolos de funcionamiento que considere necesarios. (Dirección tiene que aprobarlos)
- Preparar el proyecto de presupuesto de la Unidad Clínica y elevarlo a la Dirección del HC para su aprobación.
- Ordenar gastos por atribución y por delegación, hasta el límite de la asignación presupuestal de la Unidad según le asigne el contrato de gestión siempre y cuando no excedan sus competencias.

- Diseñar y elevar la propuesta de distribución de proventos de la Unidad Clínica o servicio.
- Su jurisdicción alcanzará tanto al personal no docente como al personal docente, en tanto que el desempeño de sus actividades en la órbita de la Unidad Clínica se correspondan con la asistencia.
- **El jefe de UGA tendrá dependencia directa del Director Asistente Médico del Hospital y por lo tanto en caso de que se le requiera:**
  - a. Podrá colaborar con la Dirección para establecer las bases y condiciones de ingreso del personal.
  - b. Podrá proponer sanciones al personal no docente y al personal docente respecto al ejercicio de su actividad en la órbita de su Unidad Clínica.
  - c. Podrá elevar los fundamentos para la promoción del personal docente, técnico, administrativo y de servicio, así como para la propuesta de otorgamiento y renovación de las dedicaciones compensadas o para su destitución en caso de incumplimientos o faltas graves.

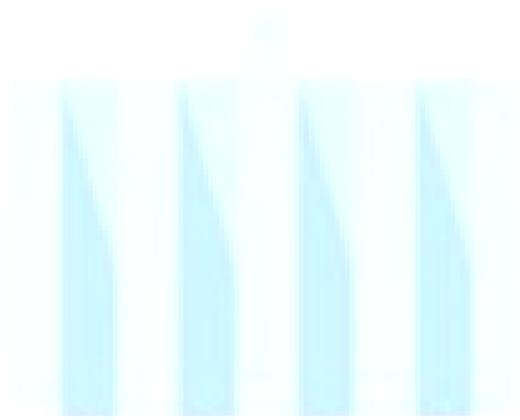
Todo ello podrá desarrollarse en el marco de la normativa y de acuerdo a los estatutos vigentes.

#### Herramientas de gestión

- DirHC → UGA = Contratos de Gestión + Gestión por objetivos
- UGA → RRHH de la UGA = Varios: Propuesta de proventos, distribución de DC y DT, Propuesta de renovación y cese, etc. Incentivos presupuestales para UGA y su distribución.

#### Complemento

- Será necesario desarrollar los sistemas de información y contabilidad de manera tal que permita el control y monitoreo de las unidades por centros de responsabilidad y centros de costo.
- Se procederá a la capacitación y al desarrollo permanente de competencias en gestión y gestión clínica, como parte de la misión de la Dirección, articulando con los diversas estructuras docentes con las que cuentan las diferentes Facultades de la UDELAR de tal manera que el proceso de formación sea integral.



**Cuadro de Atribuciones de la Comisión Directiva**

Competencia	Según Ordenanza y Delegación actual	Propuesta 2014	Cambio
Establecer el rumbo estratégico de la institución y resolver sobre todos los asuntos que garanticen su cumplimiento, procurando armonizar las exigencias de la enseñanza y de la investigación con los intereses permanentes de los pacientes y manteniendo el más alto nivel de calidad en la atención de los mismos.	CD	CD	Fusión <sup>1</sup>
Supervisar y evaluar el desempeño institucional, bajo las mismas premisas.	CD	CD	Fusión <sup>1</sup>
Aprobar el proyecto de Presupuesto del Hospital y elevarlo oportunamente al Consejo de la Facultad de Medicina para que éste, con las observaciones que estime convenientes, lo remita al Consejo Directivo Central.	CD	CD	Igual

<sup>1</sup> Textos sustituidos del Art. 16 de la ORDENANZA DEL HOSPITAL DE CLINICAS "Dr. MANUEL QUINTELA"- Atribuciones de la Comisión Directiva: a. determinar el plan de acción para que el Hospital preste mejor servicio a los pacientes con menor costo conciliable con la eficiencia y las necesidades de la población; b. armonizar las exigencias de la enseñanza con los intereses permanentes de los pacientes del Hospital; c. procurar que se mantenga el más alto nivel asistencial en la atención de los pacientes;

Aprobar el balance anual en sus aspectos económicos y los informes de gestión del hospital	CD	CD	Fusión <sup>2</sup>
Aprobar los Reglamentos necesarios dentro de los límites de su competencia estratégica;	CD	CD	Cambio de redacción <sup>3</sup>
Aprobación de las Bases de los llamados a concursos, realización de los llamados a concursos, creación de cargos, designación de funcionarios, contratación, prórroga, presupuestación, autorización de apartamiento de la carrera administrativa, aceptación de reingreso y otorgamiento y renovación de subrogaciones, del personal no docente, con excepción de lo relativo al personal administrativo.	CD Delegada	CD	Igual
Aprobación de las bases de los llamados, contratación, prórroga, presupuestación, aceptación de renuncia y reingreso, del personal no docente no comprendido en el régimen de circunscripción única.	CD Delegada	CD	Igual
Aceptación de renunciaciones del personal administrativo.	CD Delegada	CD	Igual

<sup>2</sup> Textos sustituidos del Art. 16 de la ORDENANZA DEL HOSPITAL DE CLINICAS "Dr. MANUEL QUINTELA"- Atribuciones de la Comisión Directiva: e. adoptar un adecuado financiamiento, controlar los gastos y consumos y aprobar el plan de contabilidad estadística hospitalaria y clasificación de cuentas adecuadas a las necesidades del Hospital sin perjuicio de lo que dispongan las leyes y Ordenanzas universitarias; f. recabar informes detallados sobre las finanzas y actividades del Hospital.

<sup>3</sup> Texto sustituido del Art. 16 de la ORDENANZA DEL HOSPITAL DE CLINICAS "Dr. MANUEL QUINTELA"- Atribuciones de la Comisión Directiva: g. dictar los Reglamentos necesarios dentro de los límites de su competencia estratégica;

Concesión de licencias extraordinarias sin goce de sueldo al personal no docente, cuando su duración exceda los sesenta días.	CD Delegada	CD	Igual
Destitución del personal no docente, previo sumario y propuesta fundada del Director del Hospital y dictamen de la Oficina Nacional del Servicio Civil.	CD Delegada	CD	Igual
Autorización de las acumulaciones de cargos y sueldos del personal no docente.	CD Delegada	CD	Igual
La Comisión Directiva podrá imponer suspensiones mayores de cinco días. <sup>4</sup>	CD	CD	Igual
Aprobación de las trasposiciones de rubros, propuestas por el Director	CD Delegada	CD	Igual
Cooperar y realizar convenios con otras instituciones oficiales o privadas a fin de fijar la contribución del Hospital a la asistencia, prevención y educación sanitaria de la población.	CD	CD	Igual

<sup>4</sup>Para docentes, el Consejo Fmed.

Informar <b>anualmente</b> al Consejo de la Facultad de Medicina y al Consejo Directivo Central o cuando éstos lo requieran especialmente, sobre el funcionamiento y necesidades del Hospital remitido además a dichos Consejos regularmente copias del acta de sus sesiones.	CD	CD	Cambio de Redacción <sup>5</sup>
Resolver los recursos de revocación, que se interpongan contra sus propias resoluciones.	CD	CD	Igual
Adoptar las demás resoluciones atinentes al Hospital salvo aquellas que según la Constitución, las Leyes o las Ordenanzas respectivas competen a otros órganos.	CD	CD	Igual

<sup>5</sup> Texto sustituido del Art. 16 de la ORDENANZA DEL HOSPITAL DE CLINICAS "Dr. MANUEL QUINTELA"- Atribuciones de la Comisión Directiva: m. informar **trimestralmente** al Consejo de la Facultad de Medicina, y al Consejo Directivo Central o cuando éstos lo requieran especialmente, sobre el funcionamiento y necesidades del Hospital; remitiendo además a dichos Consejos regularmente copias del acta de sus sesiones;

**Cuadro de Atribuciones de la Dirección del HC**

Competencia según propuesta de Desarrollo	Según Ordenanza y Delegación actual	Propuesta 2014	Cambio
Dar cumplimiento a los objetivos estratégicos definidos por la CD del HC, fijando los objetivos tácticos y operativos, así como desarrollando el plan director para su período.	-	DirHC	Nueva
Atender la administración inmediata del Hospital adoptando las resoluciones para asegurar el regular y eficiente funcionamiento de los servicios técnicos y administrativos.	DirHC	DirHC	Cambio de redacción <sup>6</sup>
Adoptar en casos graves y urgentes las resoluciones que a su juicio sean necesarios para la buena marcha del Hospital y que por Ordenanza (nueva ordenanza) competen a la Comisión Directiva, dando cuenta de inmediato a la Comisión y estando a lo que ella resuelva;	DirHC	DirHC	Igual

<sup>6</sup> Texto sustituido del Art.21 de la ORDENANZA DEL HOSPITAL DE CLINICAS "Dr. MANUEL QUINTELA"- Atribuciones y deberes del Director: a. atender la administración inmediata del Hospital adoptando las resoluciones destinadas al mas estricto cumplimiento de esta Ordenanza, los Reglamentos y Disposiciones de la Comisión Directiva y las demás que correspondan, para asegurar el regular y eficiente funcionamiento de los servicios técnicos y administrativos.

Promover y facilitar la enseñanza de la Administración Hospitalaria, constituyéndose como Unidad Docente referente de la materia, y potenciando el vínculo con las demás Cátedras del área de la Salud Pública, así como con instituciones asistenciales y universidades tanto en el país como en el exterior y de carácter internacional.	DirHC	DirHC	Cambio de redacción <sup>7</sup>
Disponer las medidas tendientes a mantener un buen estado de conservación del Hospital y asegurar su regular funcionamiento, eficiencia y decoro.	DirHC	DirHC	Igual
Coordinar las actividades de la Comisión Directiva, el Cuerpo Médico y demás Departamentos Técnicos y Administrativos del HC.	DirHC	DirHC	Igual
Asistir a las sesiones de la Comisión Directiva y convocar a ésta cuando lo estime necesario. Presidirá dichas sesiones, actuando con voz y voto, siendo su voto doble en caso de empate.	DirHC	DirHC	Cambio de redacción <sup>8</sup>
Formular planes de investigación y de enseñanza, y aprobar los que se propongan previo acuerdo de los Jefes de Servicios o Unidades Clínicas.	CD	DirHC	Transferencia y cambio de redacción <sup>9</sup>

<sup>7</sup> Texto sustituido del Art.21 de la ORDENANZA DEL HOSPITAL DE CLINICAS "Dr. MANUEL QUINTELA"- Atribuciones y deberes del Director: c. impartir enseñanza en materia de en especialización.

<sup>8</sup> Texto sustituido del Art.21 de la ORDENANZA DEL HOSPITAL DE CLINICAS "Dr. MANUEL QUINTELA"- Atribuciones y deberes del Director: e. asistir a las sesiones de la Comisión Directiva y convocar a ésta cuando lo estime necesario. En dichas sesiones actuará con voz y sin voto

<sup>9</sup> Texto reformulado del Art. 16 de la ORDENANZA DEL HOSPITAL DE CLINICAS "Dr. MANUEL QUINTELA"- Atribuciones de la Comisión Directiva: j. formular planes de investigación y aprobar los que se propongan previo acuerdo de los Jefes de Departamentos o Servicios.

Designar Comités especiales cuando así lo requieran las necesidades o conveniencias de la administración, por el tiempo y con los cometidos y atribuciones que determine la Dirección en cada caso;	CD	DirHC	Transferencia y cambio de redacción <sup>10</sup>
Proyectar planes de organización y promover la sanción de los Reglamentos de funcionamiento que considere necesarios.	DirHC	DirHC	Igual
Preparar el proyecto de presupuesto del Hospital y elevarlo a la Comisión Directiva para su aprobación.	DirHC	DirHC	Igual
Ordenar los gastos y pagos por atribución y por delegación, hasta el límite de la asignación presupuestal del Hospital de Clínicas y realizar el más estricto contralor sobre los gastos, consumos y adquisiciones.	DirHC	DirHC	Igual
Realizar la propuesta de trasposiciones de rubros.	-	DirHC	Nueva

<sup>10</sup> Texto reformulado del Art. 16 de la ORDENANZA DEL HOSPITAL DE CLINICAS "Dr. MANUEL QUINTELA"- Atribuciones de la Comisión Directiva: I. designar Comités especiales cuando así lo requieran las necesidades o conveniencias de la administración, por el tiempo y con los cometidos y atribuciones que determine la Comisión en cada caso.

Vigilar la recaudación de los proventos y adoptar las medidas necesarias para el contralor de los mismos, y aprobar la propuesta de distribución de cada servicio o unidad clínica; dando cuenta a la Comisión Directiva mensualmente de todo lo relacionado con la recaudación y aplicación de los mismos;	DirHC	DirHC	Cambio de redacción <sup>11</sup>
Aprobación de los convenios destinados a la obtención de recursos extra presupuestales y sus correspondientes preventivos; así como de las compensaciones financiadas con cargos a dichos recursos, respecto del personal no docente del Hospital. <sup>12</sup>	CD Delegada	DirHC	Igual
Gestión y administración de los recursos extra presupuestales del Hospital, proyectando los preventivos de recaudación e inversión. Aprobación de propuesta de distribución de recursos extrapresupuestales, presentada por las Unidades Clínicas	DirHC Delegada	DirHC	Cambio de redacción <sup>13</sup>

<sup>11</sup> Texto sustituido del Art.21 de la ORDENANZA DEL HOSPITAL DE CLINICAS "Dr. MANUEL QUINTELA"- Atribuciones y deberes del Director: k. vigilar la recaudación de los proventos y adoptar las medidas necesarias para el contralor dando cuenta a la Comisión Directiva mensualmente de todo lo relacionado con la recaudación y aplicación de los mismos.

<sup>12</sup> Comisión Directiva con informe vinculante de la Dirección. Elaboración de informes para los convenios todos. Y distribución de proventos. Todo tipo de convenio que comprometa o involucre HC.

<sup>13</sup> Texto sustituido del Artículo 2o. ORDENANZA SOBRE DELEGACIÓN DE ATRIBUCIONES EN AUTORIDADES DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS - Delégase en el Director del Hospital de Clínicas: 3) Gestión y administración de los recursos extra presupuestales del Hospital, proyectando los preventivos de recaudación e inversión.

<p>Su jurisdicción alcanzará tanto al personal no docente como al personal docente, en tanto su desempeño de actividades en la órbita del HC, tanto en la actividad estrictamente de asistencia como aquella de enseñanza e investigación:</p> <p>a. Formular las bases y condiciones de ingreso de todo el personal.</p> <p>b. Ejercer el contralor administrativo del personal que cumple sus tareas en el Hospital y Sancionar al personal no docente y al personal docente en tanto relativa al ejercicio de su actividad en la órbita del HC, hasta 5 días.</p> <p>c. Proponer y promover la destitución personal docente, técnico, administrativo y de servicio, por razón de ineptitud, omisión o delito.</p>	DirHC	DirHC	Cambio de redacción y ampliación de jurisdicción <sup>14</sup>
<p>El Director podrá aplicar las siguientes sanciones: Observaciones, amonestación, suspensión que no exceda hasta 5 días inclusive.</p> <p>Cuando el Director considere que por la naturaleza de la infracción corresponde aplicar una sanción más grave, dará cuenta a la Comisión Directiva acompañando una información sumaria y sugerencias sobre la sanción a aplicar.</p> <p>Podrá asimismo, atendiendo a las circunstancias, decretar las suspensiones preventivas de los funcionarios, haciéndolo saber de inmediato a dicha Comisión y estando a lo que ésta resuelva.</p>	DirHC Delegada	DirHC	Igual
<p>Proposición a la Comisión Directiva de las Bases de los concursos, de los llamados a concurso, creación de cargos, designación de funcionarios, contratación, prórroga, presupuestación, aceptación de renuncia y de reingreso y otorgamiento y renovación de funciones, del personal no docente, con excepción de lo relativo al personal</p>	DirHC Delegada	DirHC	Igual

<sup>14</sup> Texto reformulado del Art.21 de la ORDENANZA DEL HOSPITAL DE CLINICAS "Dr. MANUEL QUINTELA"- Atribuciones y deberes del Director: I. sancionar al personal no docente en la forma prevista en el Art. 28 de esta Ordenanza; y fusión y reformulación del Artículo 2o. ORDENANZA SOBRE DELEGACIÓN DE ATRIBUCIONES EN AUTORIDADES DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS - Deléngase en el Director del Hospital de Clínicas: 4) Proposición a la Comisión Directiva de las Bases de los concursos, de los llamados a concurso, creación de cargos, designación de funcionarios, contratación, prórroga, presupuestación, aceptación de renuncia y de reingreso y otorgamiento y renovación de funciones, del personal no docente, con excepción de lo relativo al personal administrativo.

administrativo.			
Reducción temporal o permanente del volumen horario semanal, autorización de extensiones horarias temporales y autorización de extensiones horarias permanentes hasta 40 horas para el personal no docente.	CD Delegada	DirHC	Igual
Otorgamiento y renovación de la compensación por manejo de material cadavérico al personal no docente.	CD Delegada	DirHC	Igual
Otorgamiento y renovación de las dedicaciones compensadas no docentes, propuestas por la Unidad Clínica.	CD Delegada	DirHC	Igual
Aceptación de donaciones simples, herencias y legados; y aceptación de donaciones modales que se hagan en beneficio del Hospital, previo informe de la Dirección General Jurídica del que no surjan observaciones de legitimidad. comunicándola a la Comisión Directiva.	CD Delegada y DirHC Delegada	DirHC	Fusión y ajuste de redacción <sup>15</sup>

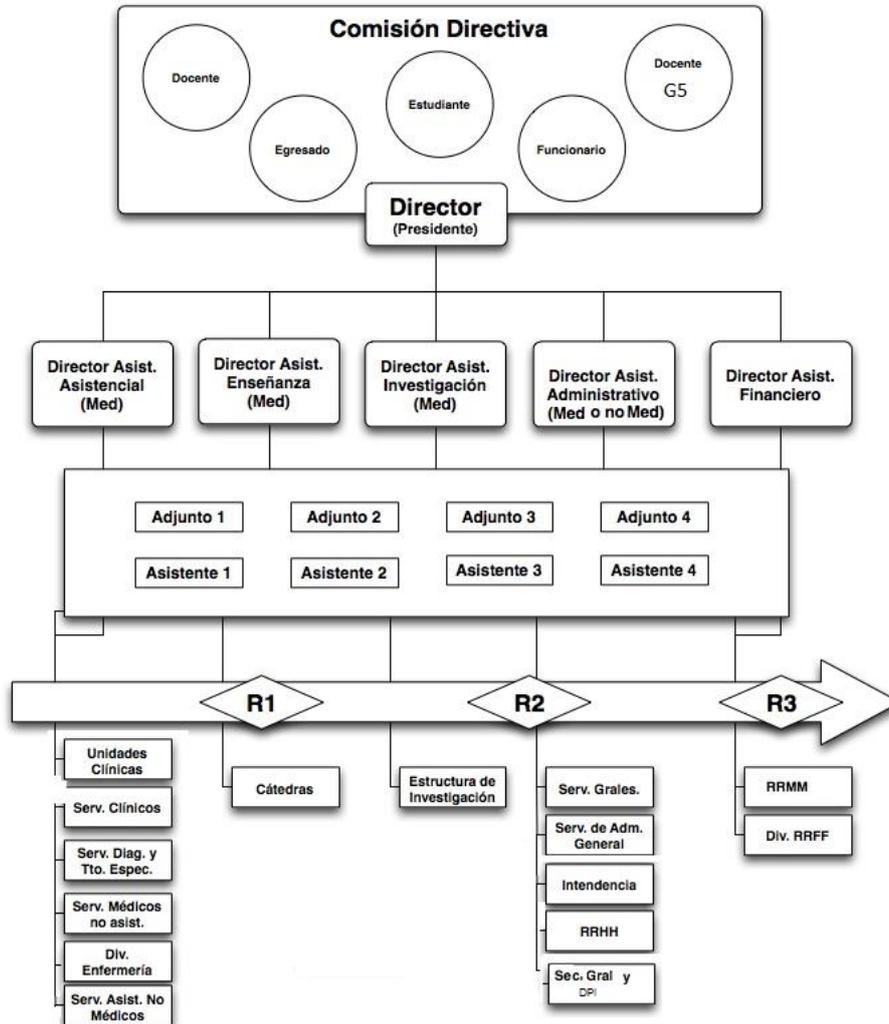
<sup>15</sup> Textos fusionados y adaptados del Artículo 1o.- Deléganse en la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas: 7. Aceptación de donaciones modales que se hagan en beneficio del Hospital, previo informe de la Dirección General Jurídica del que no surjan observaciones de legitimidad; y del Artículo 2o. - Delégase en el Director del Hospital de Clínicas: 2) Aceptación de donaciones simples, herencias y legados en favor del Hospital Universitario, comunicándola a la Comisión Directiva; de la ORDENANZA SOBRE DELEGACIÓN DE ATRIBUCIONES EN AUTORIDADES DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS.

Representar al Hospital de Clínicas, organizar las relaciones públicas, participar en los programas de salud y educación pública y promover todo lo que pueda servir para conseguir la buena disposición e interés colectivo frente al Hospital	DirHC	DirHC	Cambio de redacción <sup>16</sup>
Tomar las iniciativas destinadas a obtener el apoyo oficial o privado para el mejoramiento del Hospital.	DirHC	DirHC	Cambio de redacción <sup>17</sup>
Adoptar las demás resoluciones relativas a la buena marcha del Hospital, salvo las que por las Leyes, Ordenanzas o Reglamentos son de competencia de otros	DirHC	DirHC	Igual

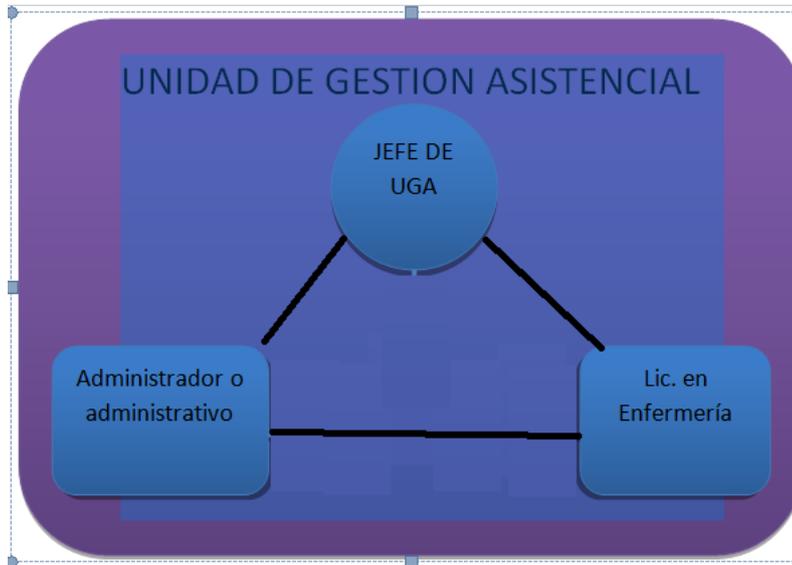
<sup>16</sup> Texto sustituido del Art.21 de la ORDENANZA DEL HOSPITAL DE CLINICAS "Dr. MANUEL QUINTELA"- Atribuciones y deberes del Director: m. organizar las relaciones públicas, participar en los programas de salud y educación pública y promover todo lo que pueda servir para conseguir la buena disposición e interés colectivo frente al Hospital.

<sup>17</sup> Texto sustituido del Art.21 de la ORDENANZA DEL HOSPITAL DE CLINICAS "Dr. MANUEL QUINTELA"- Atribuciones y deberes del Director: n. tomar las iniciativas destinadas a obtener el apoyo oficial o privado para el mejoramiento del Hospital y estudiar las ofertas de donación, proponiendo al Consejo Directivo Central, su aceptación o rechazo.

### Organigrama propuesto para las Estructuras de Gobierno del Hospital de Clínicas.



## Esquema de Unidad de Gestión Clínica



## FINANCIAMIENTO DEL HOSPITAL DE CLINICAS

### Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo realizar una primera aproximación a un esquema de financiamiento del Hospital de Clínicas (HC). En particular, interesa definir una estructura de precios para el pago por cápita que pudiera servir como herramienta para la determinación de la asignación presupuestaria adecuada del HC.

En efecto, en la hipótesis de que el HC se integre al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en un esquema en el que, sin abandonar sus funciones universitarias, oficie como efector de servicios hospitalarios para una población de referencia de alguno o algunos de los prestadores integrales del sistema, es indispensable contar con un esquema de cápitas que refleje el gasto esperado, ajustado por riesgo, atribuible a los mencionados servicios.

En concreto, entonces, el objetivo explícito del trabajo será estimar el valor de la cápita que financie la cobertura de servicios hospitalarios, para una población adulta de referencia a ser atendida en el HC. Esto decir utilizar el modelo cápita a fin de estimar un presupuesto considerando la hipótesis de que el HC tenga una población asignada para su atención de segundo y tercer nivel.

En la sección siguiente se explica la estrategia general utilizada en las estimaciones presentadas en el trabajo.

En la sección tercera se explican y presentan los valores de los diferentes escenarios de cápitas globales mientras que, en la cuarta, se desglosan estos valores en la cuota parte correspondiente a las prestaciones que, usualmente, se asocian al segundo y tercer nivel de atención.

En la quinta sección se explican diferentes escenarios de población referenciada que, en la sección sexta, se utilizan para realizar algunas estimaciones indicativas del monto presupuestal asociado a cada uno de ellos que correspondería en el caso en que los pagos se realizaran de forma capitada.

En la séptima sección se presenta un esquema simplificado de las modalidades de financiamiento del HC que podrían aplicarse para las diferentes actividades que allí se realizan.

Finalmente, se resumen brevemente resultados con algunos breves comentarios.

### Estrategia de estimación

### Consideraciones generales

Para alcanzar el objetivo planteado en la sección anterior, se sigue una estrategia en tres etapas:

- a) En primer lugar, se trata de determinar una estructura de precios de cápitas globales, es decir, las que correspondería pagar en el caso en que se financiara un paquete integral de prestaciones. En definitiva, se busca establecer un esquema de valores conceptualmente idéntico al de las cápitas que el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) paga a los prestadores integrales del SNIS por los usuarios cubiertos por el Seguro Nacional de Salud (SNS).

- b) En una segunda etapa, se intentará discriminar del mencionado esquema de precios de cápitas la cuota parte correspondiente a los servicios hospitalarios.
- c) Finalmente, se aplican los valores establecidos en la segunda etapa a diferentes escenarios de población referenciada.

### Elección de escenarios para el valor de las cápitas globales

Para el desarrollo de la primera etapa de la estrategia de estimación planteada más arriba, se resolvió trabajar con dos escenarios de cápitas globales (de “Máxima” y de “Mínima”), en atención a tres elementos de contexto, a saber:

1. Que ya existe un esquema de precios de cápitas utilizado para el financiamiento de la cobertura integral de los beneficiarios del SNS, tal como fuera mencionado anteriormente.
2. Que, no obstante, el prestador integral con el que mayor relacionamiento tiene el HC es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).
3. Que el gasto per cápita de ASSE es menor que el que surgiría de la estructura de cápitas del SNS.

Por lo anterior, se define el escenario de “Máxima” a partir de las cápitas que paga el Fonasa a los prestadores integrales.

El escenario de “Mínima”, se define a partir de una estimación del gasto esperado per cápita, por tramos de edad y sexo, tomando como base al gasto global de ASSE. De tal forma, este escenario reflejaría una estructura de cápitas consistente con el actual gasto por usuario del prestador público. Como se verá más adelante, utilizaremos dos procedimientos alternativos para realizar esta estimación, de modo tal que quedarán definidos, en esencia, dos escenarios de mínima (“Mínima 1” y “Mínima 2”).

### Período de referencia

Los valores estimados en este trabajo están referidos al año 2013, por ser éste el último período para el que se cuenta con información completa y comparable en términos de población, gasto y producción asistencial para los diferentes prestadores y efectores involucrados en el análisis.

### Fuentes de datos

Para las estimaciones presentadas en este informe se extrajeron datos de las siguientes fuentes:

- Población de ASSE y de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Censos de las instituciones publicados en la web del Ministerio de Salud Pública (MSP).
- Gasto por producto asistencial de las IAMC, en porcentaje. Información publicada por el MSP.
- Estados de Resultados, IAMC 2013. Publicados en la web del MSP.
- Tasas de utilización per cápita, por producto asistencial y por grupos de edad y sexo, del sistema IAMC. Información publicada por el MSP.
- Indicadores de producción IAMC y ASSE, sin apertura de edad y sexo. Información publicada por MSP.
- Presupuesto ASSE 2013.
- Valores absolutos y relativos de las cápitras del SNS. Información pública, disponible entre otros en la web del MSP.

#### Estimación de los escenarios de cápitras globales.

##### Escenario de “Máxima”

Como fuera dicho, el escenario de “Máxima” implica asumir como valor de las cápitras globales las que el Fonasa paga a los prestadores integrales del SNIS por los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.

Teniendo en cuenta que el período de referencia es el año calendario 2013 y que, a su vez, el precio de las cápitras es ajustado semestralmente para recoger los cambios en los elementos constitutivos del costo de provisión de los servicios asistenciales, el escenario de “Máxima” surge de calcular el promedio simple de los valores vigentes en el período enero – junio y en el período julio – diciembre.

**Cuadro 1. Cápitas globales – Escenario de “Máxima”**

HOMBRES							
< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
4329.85	1267.57	751.15	728.35	670.67	1380.24	2652.50	3492.85
6.456	1.890	1.120	1.086	1	2.058	3.955	5.208
MUJERES							
< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
3698.75	1194.46	678.05	968.45	1424.5	1687.41	2307.1	2881.87
5.515	1.781	1.011	1.444	2.124	2.516	3.440	4.297

El Cuadro 1 muestra los valores del escenario analizado a partir de las cápitas del SNS correspondientes al promedio del año 2013, en valores mensuales.

#### Escenario de “Mínima”

Como fuera ya planteado, el escenario de “Mínima” implica estimar una estructura de cápitas ajustadas por edad y sexo representativas del gasto esperado por usuario de ASSE.

#### Limitaciones al análisis y opciones metodológicas

La forma adecuada de realizar la estimación del gasto por usuario ajustado por riesgo, implicaría cruzar información de costos con datos de producción asistencial discriminada por edad y sexo de la propia ASSE. Sin embargo, si bien el principal prestador público reporta información sobre distintos productos asistenciales con apertura por tramos de edad y sexo, estos datos no están exentos de problemas. En particular, existe un porcentaje muy importante de la utilización en los diferentes productos que se remite sin discriminar por tramos. Esto hace inviable estimar adecuadamente las verdaderas tasas de utilización per cápita para cada producto asistencial y para cada segmento de población.

En concreto, entonces, se cuenta con información que permite determinar adecuadamente la utilización global en ASSE, por producto asistencial, pero no es posible establecer satisfactoriamente su apertura por tramos de edad y sexo.

En virtud de la limitación reseñada, se opta por utilizar, para estimar las cápitas representativas del gasto de ASSE, información proveniente de los prestadores privados. En función de lo anterior, se evaluaron distintas alternativas, a saber:

- 1) Utilización de las cápitas relativas del SNS: Esta alternativa implica suponer que, si bien el gasto por usuario de ASSE puede ser diferente al existente en el sistema IAMC, la estructura relativa por tramos de riesgo es la misma. Más formalmente:

$$CAF_{ij} / CAF_{Hombres\ 20-44} = CAASSE_{ij} / CAASSE_{Hombres\ 20-44}$$

donde,

**CAF** = Cápita Absoluta Fonasa

CAASSE = Cápita Abtoluta de ASSE

ij indica el i-ésimo tramo de sexo y el j-ésimo tramo de edad

Por ejemplo, dado que la cápita relativa Fonasa correspondiente a los niños varones menores de un año es 6,456 entonces se asume que dicho coeficiente se mantiene en el caso de ASSE. El resultado obtenido a partir de este procedimiento se presenta más adelante como “*Mínima 1*”.

- 2) Utilización de la distribución del gasto IAMC por tramos de edad y sexo: En esta alternativa lo que se hace es replicar la estructura porcentual del gasto por tramos de las IAMC en ASSE. Formalmente:

$$\text{GastoIAMC}_{ij} / \text{GastoIAMC}_{total} = \text{GastoASSE}_{ij} / \text{GastoASSE}_{total}$$

Por ejemplo, si en el sistema IAMC el 2,7% del gasto total se dirige a la cobertura de los niños varones menores de un año, entonces se asume que dicho porcentaje se mantiene en el caso de ASSE. Dado que esta estructura porcentual depende, no solo del gasto por usuario, sino también de la estructura poblacional, esta alternativa solo tiene sentido si dicha estructura poblacional por tramos de edad y sexo no presenta diferencias significativas entre ASSE y el conjunto de las IAMC. Sin embargo, una evaluación de ambas estructuras de población muestra que esas diferencias existen. Esto llevaría a sobreestimar el gasto per cápita en algunos segmentos y a subestimarlos en otros. Por tal motivo, esta alternativa fue descartada.

- 3) Utilización de la estructura relativa de las tasas de utilización IAMC: Una alternativa podría haber sido la de considerar que los usuarios de ASSE presentan las mismas tasas de utilización, por producto asistencial y tramo de edad y sexo, que los usuarios IAMC. Sin embargo, es claro que esto llevaría a asumir una utilización global en el prestador público que no es consistente con los datos de producción total.

No obstante, lo que sí es consistente con la información de producción total es suponer que la utilización relativa en ASSE es similar a la de las IAMC. Formalmente:

$$TU\ IAMC\ Z_{ij} / TU\ IAMC\ Z_{Hombres\ 20-44} = TU\ ASSE\ Z_{ij} / TU\ IAMC\ Z_{Hombres\ 20-44}$$

donde,

**TU IAMC Z** = tasa de utilización anual por usuario para el producto asistencial Z en el sistema IAMC y

**TU ASSE Z** es la correspondiente a ASSE

Por ejemplo, si en el sistema IAMC un varón menor de un año realiza 7 veces más consultas que un usuario del tramo base, se replica esta estructura para ASSE. Este supuesto nos permitiría establecer una distribución de la utilización total, por producto asistencial, entre los diferentes tramos de riesgo. Luego, a partir de la apertura porcentual del gasto en los diferentes productos asistenciales, se estima el gasto per cápita por tramo de edad y sexo. El resultado obtenido de esta forma se presenta más adelante como “*Mínima 2*”.

Determinación del gasto global de ASSE.

Antes de presentar los resultados de las diferentes alternativas del escenario de “Mínima” es necesario establecer el gasto de ASSE a distribuir, correspondiente a 2013.

Para esto se resolvió tomar el gasto operativo de ASSE correspondiente a la ejecución del año 2013, sin considerar algunas unidades ejecutoras que desarrollan actividades que no implican directamente prestaciones incluidas entre aquellas que son objeto de la cobertura integral del SNIS. En concreto, se excluyeron las siguientes unidades ejecutoras: Colonia Etchepare (UE 13), Laboratorio Dorrego (UE 64), Servicios Nacional de Sangre (UE 66), Colonia Santín Carlos Rossi (UE 69) y Portal Amarillo (UE 78). Asimismo, no se consideraron los recursos ejecutados en Inversiones y los gastos financieros.

**Cuadro 2. Gasto operativo ASSE – Unidades Ejecutoras seleccionadas**

<b>GASTO OPERATIVO 2013</b>		
<b>Rubro</b>	<b>En \$ Corrientes</b>	<b>%</b>
Costo Total En RRHH	12.263.699.784	64,3
Consumo de Medicamentos	1.391.655.639	7,3
Consumo de Materiales y Suministros	1.864.911.602	9,8
Gastos de Funcionamiento y Mantenimiento	2.120.990.817	11,1
Otros Egresos	3.990.496	0,02
Servicios Asistenciales Contratados	1.419.489.359	7,4
<b>TOTAL</b>	<b>19.064.737.697</b>	<b>100,0</b>

El Gasto Global de ASSE para el año 2013 que tomamos como base de nuestras estimaciones de cápitas es de \$19.064.737.697, en pesos corrientes, tal como se desprende del **Cuadro 2**.

Resultados de las estimaciones.

A continuación se presentan los resultados del escenario de “Mínima” en sus dos alternativas reseñadas más arriba.

**Cuadro 3. Cápitas globales - Escenario “Mínima 1”.**

HOMBRES							
< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
3849.5	1126.94	667.818	647.55	596.27	1227.12	2358.23	3105.35
6.456	1.890	1.120	1.086	1	2.058	3.955	5.208
MUJERES							
< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
3288.41	1061.95	602.83	861.01	1266.47	1500.21	2051.16	2562.16
5.515	1.781	1.011	1.444	2.124	2.516	3.440	4.297

El **Cuadro 3** muestra la cápita global estimada para el gasto ASSE en valores mensuales. Como puede verse, las cápitas relativas son exactamente las mismas que las correspondientes al mecanismo de pago del Fonasa, dado que fue precisamente el supuesto de partida utilizado para realizar la apertura por tramos de edad y sexo.

**Cuadro 4. Cápitas globales - Escenario “Mínima 2”.**

HOMBRES							
< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
4509.69	1121.99	622.35	584.59	592.45	1095.33	2199.25	3174.36
7.612	1.894	1.050	0.987	1	1.849	3.712	5.358
MUJERES							
< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
4004.28	1038.7	602.11	942.22	1273.26	1476.73	2057.99	2611.41
6.759	1.753	1.016	1.59	2.149	2.493	3.474	4.408

En el **Cuadro 4** se presentan las estimaciones para la cápita global ASSE, en valores mensuales, realizadas bajo el supuesto de igual estructura relativa de utilización que en el sistema IAMC.

Desglose de la cápita.

En esta sección se aborda la tarea de descomponer las cápitas globales anteriormente presentadas, intentando arribar a un esquema que refleje el gasto esperado atribuible a los servicios que serían brindados, a la población de referencia, en el HC.

En líneas generales, se trataría de eliminar de los valores globales estimados la cuota parte correspondiente a los productos asistenciales cuya provisión no sería de cargo del Hospital. En este sentido, entonces, se asumieron las siguientes opciones metodológicas:

- 1) Se eliminan de las cápitas globales el componente correspondiente a la totalidad de los productos asistenciales “Emergencia a domicilio” y “Consulta domiciliaria no urgente”.
- 2) Se mantiene dentro del valor, el componente correspondiente a “Internación domiciliaria”. Si bien hoy en día el HC no provee este servicio, se entiende que esto es una posibilidad cierta en la imagen objetivo a la que se desea arribar. Adicionalmente, se trata de un producto asistencial con un peso relativamente pequeño en la determinación del gasto per cápita, por lo que esta decisión no tendría una significación importante en el resultado.
- 3) En el caso del componente de la cápita global correspondiente a “Consulta en Policlínica” se resuelve conservar la cuota parte asociada a “consulta en policlínica de cirugía general”, “consulta en policlínica de especialidades médicas” y “consulta en policlínica de especialidades quirúrgicas”.
- 4) Para la estimación del porcentaje del gasto en policlínica que debe mantenerse se utiliza, exclusivamente, información sobre cantidades de consultas. Esto lleva implícito el supuesto de que el costo asociado a una consulta es idéntico independientemente del tipo que sea, lo que constituye el supuesto que se aplica en la estimación de la cápita global.
- 5) En relación al punto anterior, se utilizan los datos de las IAMC y de ASSE de Montevideo.
- 6) En el caso de los escenarios denominados “**Máxima**” y “**Mínima 1**”, se extrae el mismo porcentaje del valor global de la cápita en todos los tramos de edad y sexo. Esto responde al hecho de que, en el caso de las cápitas del Fonasa, con la información disponible, no es posible establecer el componente de cada producto asistencial en cada uno de los tramos de edad y sexo.
- 7) En el caso del escenario denominado “**Mínima 2**” es posible establecer, en cada tramo de edad y sexo, la parte de la cápita atribuible a cada producto asistencial. En este caso, entonces, las cápitas globales de cada tramo no se reducen en la misma proporción.

En función de lo antedicho, se presentan a continuación los resultados:

**Cuadro 5. Cápita desglosada – Escenario “Máxima”**

HOMBRES							
< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
3186.77	932.932	552.846	536.07	493.613	1015.857	1952.24	2570.74
6.456	1.890	1.120	1.086	1	2.058	3.955	5.208
MUJERES							
< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
2722.28	879.123	499.045	712.78	1048.43	1241.934	1698.03	2121.06
5.515	1.781	1.011	1.444	2.124	2.516	3.440	4.297

**Cuadro 6. Cápita desglosada – Escenario “Mínima 1”**

HOMBRES							
< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
2833.23	829.43	491.51	476.59	438.85	903.16	1735.66	2285.54
6.456	1.890	1.120	1.086	1	2.058	3.955	5.208
MUJERES							
< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
2420.27	781.6	443.68	633.7	932.12	1104.15	1509.65	1885.75
5.515	1.781	1.011	1.444	2.124	2.516	3.440	4.297

**Cuadro 7. Cápita desglosada – Escenario de “Mínima 2”**

HOMBRES							
< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
3574.26	718.21	413.13	442.95	455.22	856.32	1751.31	2506.12
7.852	1.578	0.908	0.973	1	1.881	3.847	5.505
MUJERES							
< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
3103.34	655.09	389.49	685.57	945.33	1044.46	1477.5	1877.71
6.817	1.439	0.856	1.506	2.077	2.294	3.246	4.125

**Población de referencia**

De forma de contar con una población de referencia para los cálculos indicativos que se realizan en la sección siguiente, se utilizaron los resultados del relevamiento efectuado en el marco de los trabajos de la comisión. En dicho trabajo se analiza la cantidad y estructura por sexo y edad de la población referenciada a un conjunto de policlínicos de ASSE, que eventualmente podría tener como prestador de servicios de segundo y tercer nivel de asistencia al HC.

Tomando en cuenta únicamente la población adulta, la población mencionada presenta la siguiente estructura:

**Cuadro 8. Población de referencia – Escenario “Población 1”**

HOMBRES					
15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	75 y más	TOTAL
1969	6882	4813	2088	1566	<b>17318</b>
5.09%	17.79%	12.44%	5.40%	4.05%	<b>44.77%</b>
MUJERES					
15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	75 y más	TOTAL
1990	8181	6048	2753	2390	<b>21362</b>
5.14%	21.15%	15.64%	7.12%	6.18%	<b>55.23%</b>
TOTAL					<b>38680</b>

En función de esta estructura, se definen tres escenarios de población alternativos, a saber:

- 1) **Escenario de “Población 1”**: Asumiendo que la cantidad de usuarios es la presentada más arriba.
- 2) **Escenario de “Población 2”**: Se presume una población de 100.000 usuarios, manteniendo la estructura porcentual anterior por tramos de edad y sexo.
- 3) **Escenario de “Población 3”**: Se supone la misma estructura anterior pero en base a una población usuaria de 150.000 usuarios.

**Cuadro 9. Población de referencia – Escenario “Población 2”**

HOMBRES					
15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	75 y más	TOTAL
5090.5	17792	12443	5398	4048.6	<b>44772</b>
5.09%	17.79%	12.44%	5.40%	4.05%	<b>44.77%</b>
MUJERES					
15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	75 y más	TOTAL
5144.8	21150	15636	7117	6178.9	<b>55228</b>
5.14%	21.15%	15.64%	7.12%	6.18%	<b>55.23%</b>
TOTAL					<b>100000</b>

**Cuadro 10. Población de referencia – Escenario “Población 3”**

HOMBRES					
15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	75 y más	TOTAL
7635.7	26688	18665	8097	6072.9	<b>67159</b>
5.09%	17.79%	12.44%	5.40%	4.05%	<b>44.77%</b>
MUJERES					
15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	75 y más	TOTAL
7717.2	31726	23454	10676	9268.4	<b>82841</b>
5.14%	21.15%	15.64%	7.12%	6.18%	<b>55.23%</b>
TOTAL					<b>150000</b>

**Estimación del Presupuesto en base a pago capitado.**

En esta sección presentamos una cuantificación indicativa del presupuesto que se requeriría establecer, para dar cobertura hospitalaria a una población referida asegurada a través de un prestador integral.

En concreto se calcula, para cada uno de los tres escenarios de población explicitados en la sección anterior, una estimación del presupuesto necesario en base a las cápitas desglosadas presentadas en la Sección IV.

De forma de tener un marco de referencia para el análisis de los valores que se presentan a continuación, debe recordarse que el presupuesto ejecutado por el HC en el periodo de análisis fue de \$1.838.975.535, es decir, algo menos de 90 millones de dólares<sup>18</sup>. No obstante, para una comparación adecuada debe tenerse en cuenta, entre otras diferencias, que este monto presupuestal incluye, no solo las funciones asistenciales, sino también las otras que forman parte de las tareas propias de un hospital universitario. Asimismo, debe recordarse que las cápitas estimadas y presentadas en las secciones anteriores reflejan una estructura de producción asistencial propia de los actuales prestadores integrales del sistema, la cual no se condice con la estructura de producción actual del HC.

**Cuadro 11. Presupuesto capitado – “Población 1”**

POBLACIÓN 1	
Escenario de cápita	Presupuesto anual (\$)
Máxima	536,337,434
Mínima 1	476,836,069
Mínima 2	476,135,850

<sup>18</sup>Tomando como referencia el tipo de cambio promedio de 2013, aproximadamente 20,48 pesos por dólar.

En el primer caso de población referenciada, el presupuesto capitado anual va desde aproximadamente 26,2 millones de dólares en el escenario de “Máxima” hasta 23,2 millones de dólares en el escenario de “Mínima 2”.

**Cuadro 12. Presupuesto capitado – “Población 2”**

POBLACIÓN 2	
Escenario de cápita	Presupuesto anual (\$)
Máxima	1,386,601,431
Mínima 1	1,232,771,636
Mínima 2	1,230,961,348

En el escenario en el que trabajamos en base a una población referenciada de 100.000 personas, el presupuesto capitado anual va desde aproximadamente 67,7 millones de dólares en el escenario de “Máxima” hasta 60,1 millones de dólares en el escenario de “Mínima 2”.

**Cuadro 13. Presupuesto capitado – “Población 3”**

POBLACIÓN 3	
Escenario de cápita	Presupuesto anual (\$)
Máxima	2,079,902,147
Mínima 1	1,849,157,455
Mínima 2	1,846,442,022

Finalmente, en el escenario de 150.000 usuarios referenciados, el presupuesto capitado anual va desde aproximadamente 101,5 millones de dólares en el escenario de “Máxima” hasta 90,2 millones de dólares en el escenario de “Mínima 2”.

## Hacia un esquema de financiamiento de las actividades del HC

Resulta evidente que la herramienta del pago capitado analizada en las secciones anteriores no es adecuada para establecer el nivel adecuado de financiamiento de todas las actividades desarrolladas en el HC.

En efecto, además de las actividades asistenciales asociadas a la atención de segundo y tercer nivel, en el HC existen Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAES) y Centros de Referencia Nacional que, por la naturaleza de sus actividades, no corresponde que su financiamiento se determine a través de pagos capitados. Al mismo tiempo, en el HC se desarrollan actividades de enseñanza no directamente asociadas a lo asistencial, así como de investigación.

A continuación entonces, presentamos un esbozo de las diferentes modalidades de financiamiento posibles, para las diversas funciones que se desarrollan en el HC. Nótese que existe una diferencia entre modalidades de financiamiento y fuentes del mismo. En particular, nos referiremos a las fuentes solo en aquellos casos en que no sea, precisamente, una materia de debate en el futuro próximo.

### Actividades de enseñanza no asistenciales e investigación

Estas actividades se financiarían a través de fondos presupuestales. Parece razonable que la fuente continúe siendo el presupuesto universitario, así como los recursos extra presupuestales a los que usualmente acceden los servicios universitarios.

### Actividad asistencial de segundo y tercer nivel

En la medida en que exista una población claramente definida, ya sea por referencia geográfica y/o auto adscripción, la asignación de recursos podría ser establecida a través de una cápita. No obstante, aun en el caso en que no se pueda definir con exactitud un padrón de usuarios, la herramienta de la cápita puede utilizarse como forma de establecer, de manera indicativa, la asignación presupuestal adecuada para las actividades de naturaleza asistencial.

### IMAES y Centros de Referencia

En estos casos, la forma razonable de financiamiento la constituye el pago por acto o egreso, según corresponda. En el caso de los IMAES la fuente de financiamiento continuaría siendo el Fondo Nacional de Recursos.

## Conclusiones

En esta sección final resumimos brevemente algunos resultados y conclusiones de las estimaciones presentadas en el documento. En particular:

- Se plantearon, para el precio de las cápitales globales, dos escenarios: de “Máxima”, asociado al valor de las cápitales del SNS y otro de “Mínima”, a partir de un intento de descomponer el gasto total de ASSE en gasto por usuario, por tramos de edad y sexo.
- Las estimaciones del “Escenario” de mínima tiene fuertes limitaciones, en gran medida por la ausencia de información detallada de producción y gasto de ASSE por edad y sexo.
- La brecha entre el escenario de “Máxima” y el de “Mínima” es de aproximadamente 11%.
- Se realizó una estimación de la cuota parte de la cápita global asociada a lo que, usualmente, se denomina asistencia de segundo y tercer nivel.
- Dicha estimación captura entre 73% y 75% del valor global de la cápita.
- Tomando como elemento indicativo del “tamaño” actual del Hospital de Clínicas su presupuesto, es sencillo notar que el nivel de población recogido en el escenario “Población 1” es insuficiente.
- Un esquema de financiamiento adecuado debería establecer diferentes modalidades para distintos tipos de actividades desarrolladas en el HC. En particular, en el caso de las actividades asistenciales, la determinación de una cápita de segundo y tercer nivel es una herramienta potencialmente útil para establecer la asignación adecuada de recursos, especialmente en el caso de existir una población usuaria de referencia.

## ESTIMACIÓN DEL GASTO ASISTENCIAL –ENSEÑANZA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

### Introducción y forma de abordaje del problema

Como centro universitario el Hospital de Clínicas (HC) realiza tareas asistenciales, de enseñanza y de investigación. La mayoría de los docentes del HC a la vez que atienden pacientes de diversa complejidad realizan tareas de formación de profesionales de grado y de post grado.

En el HC como en cualquier otro hospital donde existe actividad docente, la discusión y el análisis de los casos clínicos es más profunda y además, en general los pacientes presentan en promedio un mayor nivel de complejidad que en otras entidades solamente dedicadas a tareas asistenciales.

La asistencia en el HC entonces está directamente asociada a la enseñanza por lo que su carácter es diferente de la que se realiza en otros hospitales públicos del país cuya finalidad no es la formación del recursos humanos.

En este sentido, se puede afirmar que en el Hospital de Clínicas no hay actividad asistencial sin que a la vez se produzca actividad de enseñanza.

Adicionalmente, se realizan tareas asociadas a las funciones universitarias típicas y que se concretan sin que impliquen la atención de pacientes, es decir lo que consideramos como enseñanza directa en aula y la investigación.

Por lo anterior, en el Hospital de Clínicas son distinguibles tres tipos de funciones que podríamos denominar “asistencia-enseñanza”, enseñanza “pura o directa” e investigación.

Más allá de que las tareas son conceptualmente diferentes, en la medida que se concretan al mismo tiempo, es particularmente difícil separar la función asistencial-docente de la enseñanza “pura” y la investigación.

Sin embargo, uno de los productos señalados como prioritarios para esta etapa del proyecto es arribar a una idea primaria, preliminar y estimativa de la proporción del gasto total del hospital que corresponde específicamente a la actividad asistencial.

El presente trabajo tiene como objetivo lograr una primera aproximación a esa “cuotaparte” del presupuesto que el HC destina específicamente a la actividad asistencial-enseñanza.

En la sección que sigue se explica la estrategia seguida para lograr la estimación del gasto asistencial-docente, se explicitan los escenarios utilizados y se repasan las dificultades existentes para realizar este trabajo.

En la tercera sección del trabajo se presentan y explican las diferentes estimaciones de la cuantía del gasto asistencial del Hospital de Clínicas en el presupuesto total ejecutado y se relativizarán dichos resultados en virtud de las dificultades metodológicas.

En la cuarta sección se presenta un resumen breve de los resultados obtenidos y sus implicancias.

#### Metodología

Los datos sobre ejecución presupuestal que publica la Contaduría General de la Nación (CGN) presentan una agrupación que no permite avanzar en la estimación de la proporción del gasto que corresponde a la parte “asistencial-enseñanza”.

Los datos publicados por este organismo agrupan el gasto ejecutado por programa o por objeto de gasto. En el último ejercicio cerrado -año 2013- el gasto total ejecutado por el Hospital alcanzó a 1.839 millones de pesos, unos 90 millones de dólares aproximadamente<sup>19</sup>.

Si se analiza la distribución del gasto por programas se observa que el 78% corresponde al “Programa de Atención a la Salud en el Hospital de Clínicas”, el 21% al programa 347 “Programa Académico”, el 1,26% a Bienestar Universitario (349) y el restante 0,1% al programa 048 “Desarrollo Institucional”.

---

<sup>19</sup> El tipo de cambio utilizado fue el interbancario promedio del año, 20.482 pesos por dólar.

**Cuadro 1. Ejecución presupuestal por programa. Año 2013**

Programa	En \$ Corrientes	%
347 – Programa Académico	386.407.850	21,0
348 – Programa de Desarrollo Institucional	1.845.983	0,1
349 – Bienestar Universitario	23.205.833	1,3
350 – Programa de Atención a la Salud en el Hospital de Clínicas	1.427.515.869	77,6
Total	1.838.975.535	100

Asimismo, si se analizan las cifras de ejecución presupuestal del HC que publica la CGN por grupo y objeto de gasto se puede conocer que más del 77% del gasto total se destina a remuneraciones médicas y no médicas (Grupo 0 – Servicios Personales), que casi el 20% son Gastos de Funcionamiento (bienes de consumo, servicios no personales, bienes de uso y trasferencias) y poco menos del 3% se destina a inversiones (Obra edilicia y reparaciones y equipamiento médico y no médico)

**Cuadro 2. Ejecución presupuestal por objeto de gasto. Año 2013**

	En \$ Corrientes	(%)
Remuneraciones	1.418.429.218	77,13%
Gasto de Funcionamiento	366.443.865	19,93%
Inversiones	54.102.452	2,94%
Total	1.838.975.535	100,00%

Sin embargo, a partir de la información publicada por la CGN no es posible conocer cuánto del gasto total en remuneraciones corresponde a remuneraciones médicas y cuanto a no médicas. A su vez, es imposible saber con esta fuente de datos qué proporción de las remuneraciones no médicas están asociadas a funcionarios que cumplen tareas asistenciales (licenciados en enfermería, auxiliares, licenciados, técnicos y tecnólogos de diverso tipo) y cuanto a otro

funcionarios que cumplen tareas de apoyo (administrativos, funcionarios de servicios de mantenimiento, otros profesionales y técnicos).

Tampoco es posible determinar qué proporción del gasto en remuneraciones docentes se destinan a servicios docentes que realizan “asistencia-docente” y cuánto corresponde a remuneraciones de los docentes asociados con las tareas de “enseñanza pura” e investigación, es decir de servicios no “asistenciales”.

Se buscó contar con el padrón actualizado de quienes desempeñan tareas docentes para estimar qué proporción de horas de cada grado del escalafón docente se destina a los diferentes servicios. Luego, discriminando cuales de esos servicios realizaban “asistencia – docente” se determinaría la cantidad de horas que se destinan específicamente a la tarea asistencial. Asignando a cada hora docente el valor salarial vigente se determinaría la masa salarial docente vinculada específicamente a la tarea “asistencial – docente”.

De igual forma se procedería con el padrón de funcionarios no docentes para discriminar aquellos trabajadores vinculados directamente con la tarea de asistencia a los pacientes del hospital.

Sin embargo, en esta etapa del trabajo no fue posible contar con esa información para realizar esa discriminación entre trabajadores médicos y no médicos directamente vinculados con las tareas de atención a los pacientes.

A partir del intercambio con los responsables de la información contable del Hospital, se pudo conocer el gasto en retribuciones docentes y se infirió que el resto del gasto en Grupo 0 – Servicios Personales correspondía a remuneraciones no docentes. Por su parte, se pudo saber que el Programa 348 concentra el gasto destinado a los proyectos de investigación en el marco de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), mientras que el 349 es el gasto destinado a mejorar las condiciones de estudio y de trabajo de estudiantes y funcionarios de la institución. En ninguno de los casos las remuneraciones docentes están vinculados a tareas “asistenciales – docentes”.

En función de la escasa disponibilidad de información y dada la necesidad de contar con una estimación primaria del gasto específicamente “asistencial – docente”, se optó por una estrategia de estimación de la cuota parte del presupuesto total del HC que se destina a la actividad asistencial utilizando un trabajo previo de Álvaro Danza y Luis Lazarov elaborado en el marco de la negociación laboral del año 2010<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> “Adecuación de las remuneraciones de la actividad docente asistencial”, Dr. Álvaro Danza y Ec. Luis Lazarov, trabajo elaborado en apoyo técnico - político al grupo de negociación del Comité Ejecutivo del SMU (2010).

En dicho trabajo, se estimaba que el 100% carga horaria de los médicos residentes del HC (grados 1) estaba asignada a la actividad asistencial. Por su parte, el 75% de la carga horaria de los profesores asistentes y adjuntos (grados 2 y 3) se dedica a la actividad asistencial, mientras que esa proporción es de 2/3 de la carga horaria asignada en el caso de los profesores agregados y titulares.

Para estimar el gasto en retribuciones docentes que es específicamente asistencial y al no contar con el padrón de funcionarios, se decidió aplicar a la masa de retribuciones docentes una proporción promedio a la que se establecía en el trabajo antes mencionado a partir de la construcción de 3 escenarios.

El *Escenario 1* considera que el 75% de toda la actividad docente es asistencia - docencia. A su vez, para estimar el total del gasto “asistencial – docente” del HC, esta misma proporción de 75% se aplica al resto de las retribuciones (no docentes) y a los gastos de funcionamiento e inversiones.

En el *Escenario 2* se aplica una proporción de 66,67% al gasto en salarios docentes para estimar la actividad asistencial y aplica ese mismo porcentaje a las remuneraciones no docentes y a los otros gastos.

Finalmente en el tercer escenario, se consideró que el 85% de la actividad docente es asistencial y esa proporción se aplicó al resto de los gastos.

En ninguno de los tres escenarios, las remuneraciones docentes de los programas 348 y 349 fueron consideradas como actividad “asistencial-docente” por tratarse de personal dedicado tareas de Investigación y extensión.

## Resultados

A partir de las cifras de ejecución presupuestal de 2013 y considerando un primer escenario en donde el 75% del gasto en remuneraciones docentes, no docentes y otros gastos e inversiones es gasto asistencial, podemos decir que unos 1.360 millones de pesos fueron el gasto asistencial del HC ese año, lo que significa el 73,98% del total, unos 66,4 millones de dólares

**Cuadro 3. Estimación del gasto asistencial – Escenario 1**

Escenario 1 – 75% Gasto docente es asistencial	
Retribuciones docentes	215.305.650
Retribuciones no docentes	829.727.402
Otros gastos asistenciales	315.409.738
<b>Total Gasto Asistencial</b>	<b>1.360.442.789</b>

Si en cambio se considera como Gasto Asistencial al 66,67% del monto de las remuneraciones médicas y no médicas y la misma proporción se aplica a los demás gastos, el gasto asistencial es 1.210 millones de pesos, unos 59 millones de pesos y un 65,79% del total del gasto del hospital en 2013.

**Cuadro 4. Estimación del gasto asistencial – Escenario 2**

Escenario 2 – 66,7% Gasto docente es asistencial	
Ret docentes	191.478.491
Ret no docentes	737.904.236
Otros gastos	280.504.393
<b>Total Gasto Asistencial</b>	<b>1.209.887.121</b>

En tercer lugar, si optamos por considerar que el 85% del gasto docente es asistencial, al igual que el resto de los gastos del HC, el gasto asistencial total del HC en 2013 fue 1.542 millones de pesos, unos 75,3 millones de dólares.

Escenario 3 –85% Gasto docente es asistencial	
Ret docentes	244.013.070
Ret no docentes	940.357.722
Otros gastos	357.464.369
<b>Total Gasto Asistencial</b>	<b>1.541.835.161</b>

### Resumen - conclusiones

En esta sección resumimos brevemente algunos resultados y conclusiones de las estimaciones presentadas y realizamos algunos comentarios finales.

La estimación del gasto específicamente asistencial resulta particularmente difícil en la medida que la mayor parte de la actividad asistencial que se realiza en el HC es además “enseñanza” porque la formación de médicos se concreta cuando se atienden pacientes. Por ende, aunque se pueda arribar a una estimación preliminar del gasto “asistencial”, debe tenerse en cuenta que toda atención a pacientes es a la vez docencia.

Este documento presenta un primer acercamiento a la cuota parte asistencial del gasto total del HC y como tal debe ser complementada con otros datos y comentarios.

Una mayor precisión nos lleva a la necesidad de acceder al padrón de funcionarios docentes y no docentes a fin de discriminar las horas docentes y no docentes vinculadas directamente a las tareas asistenciales y separarlas de las horas asignadas a otras funciones de apoyo y de docencia e investigación.

Asimismo, en una segunda etapa también sería de interés analizar los gastos de funcionamiento para conocer cuáles de ellos están orientados a las funciones asistenciales y cuales a las demás funciones del HC. El criterio vertebrador de la distribución del gasto entre asistencia y el resto de las funciones del HC son las horas de trabajo docente y por eso se distribuye el resto de los gastos de acuerdo al mismo porcentaje en que se dividen las horas docentes entre asistencia y las otras actividades.

Dependiendo del escenario elegido, el gasto específicamente asistencial es el 65,7% del total del gasto (en el caso de que se distribuya el trabajo docente en 2/3 asistencial y 1/3 docente); 74% en el caso de considerar que las ¾ partes del trabajo docente es asistencial y 83,8% si se asigna una proporción de 85% a la asistencia a pacientes en el trabajo de los docentes del HC.

## ENSEÑANZA EN EL HOSPITAL DE CLINICAS

### Introducción

Frecuentemente nos referimos al Hospital de Clínicas (HC) u Hospital Universitario (HU), como un centro con potencial docente e investigador, pero lamentablemente, en los hechos, la investigación y la docencia transcurren como actividades marginales, desplazadas por la actividad asistencial (Millán 2003). La resolución del CDC llama a "reafirmar el carácter universitario del Hospital de Clínicas como ámbito académico de producción y de transmisión del conocimiento, en el marco de una asistencia de máxima calidad".

Si bien es necesaria una asistencia de calidad para desarrollar niveles de excelencia en investigación y enseñanza, no es aconsejable destinar la mayoría de recursos materiales y humanos en pro de la primera en desmedro de las segundas, porque evidentemente, este enfoque atenta contra el desarrollo, aunque resulte difícil reunir y aunar esfuerzos para implementarlas.

Para alcanzar niveles de excelencia en docencia e investigación son necesarios esfuerzos suplementarios, dedicación y recursos y es necesario facilitar la convergencia entre las prioridades en la enseñanza médica, en la investigación y en la asistencia.

Uno de los objetivos fundamentales a lograr es alcanzar suficientes recursos para la docencia, pero además alcanzar la armonización necesaria entre la concepción académica y la asistencial. Para lograrlo, es necesario potenciar la docencia e investigación y al mismo tiempo, mejorar las condiciones en las que se realizan estas actividades y la dedicación de los docentes que tienen la responsabilidad asistencial simultánea (Millán 2011).

En los talleres realizados durante la semana académica del HC, en conjunto con los docentes participantes, se concluyó que con la estructura actual, el hospital no puede asegurar la calidad de los diferentes programas docentes, entendiendo por tales a los vinculados a la enseñanza médica de grado y postgrado, formación profesional y desarrollo permanentes y formación de otros especialistas del área de la salud.

### Debilidades detectadas.

- Ineficiente comunicación entre los docentes del HC y los de FM.
- Insuficiente profesionalización docente.
- Insuficientes cargos de alta dedicación.
- Inhomogeneidad en la participación docente.
- Insuficiente uso de las TIC.
- Subutilización del Laboratorio de Habilidades Clínicas (Laboratorio de Simulación).
- Insuficiente coordinación con las diferentes áreas que integran la comunidad académica del HC.
- Insuficiente investigación en educación.

**Ante la detección de estas debilidades se propone la creación de una Unidad Académica de Enseñanza (UAE).**

### Objetivos

- Promover y facilitar las actividades de **enseñanza** en el Hospital.

- Asesorar y orientar las actividades docentes.
- Favorecer la formación integral de los profesionales de la salud en lo que respecta a la función de **enseñanza**.
- Establecer acciones formativas en metodología educativa.
- Coordinar y conducir los procesos de enseñanza en el HU.
- Involucrar a los docentes en la mejora continua de la gestión educativa.
- Coordinar las actividades educativas: interna/externa.
- Optimizar la coordinación con el DEM.
- Explorar la captación de fondos para actividades formativas.
- Integrar a otras carreras vinculadas al HU que no corresponden al área de la salud.

## Estructura

Se propone la creación de un cargo de Director de Enseñanza para liderar este proyecto junto a un equipo de conducción con el propósito de gestionar la enseñanza. Se ha definido un perfil para este Director:

- 1- Ser Doctor en Medicina y tener formación en Educación Superior. Dentro de las características del cargo, se destaca:
- 2-
  - a. **Poseer habilidades vinculadas a la capacidad de liderazgo.** Facilitar la dinámica grupal, potenciando las relaciones afectivas de estima y seguridad del grupo, es decir ser un Individuo que ejerce influencia sobre las personas e inspira, motiva y dirige sus actividades para que alcancen las metas. Es fundamental escuchar a todas las personas de la institución con flexibilidad y sin arrogancia, desde las autoridades a todo el personal, porque seguramente todos tendrán algo valioso que aportar. Para esto requiere desarrollar habilidades para **lograr una comunicación efectiva**, interpretar en forma correcta, parafrasear, tomar notas sobre temas de relevancia. Practicar empatía y saber ponerse en el lugar del otro. Utilizar el lenguaje corporal y visual con adecuado tono de voz, haciendo preguntas que demuestren interés. **Establecer vínculos de confianza a partir de una postura ética adecuada** entendiendo que la comunicación es permanente e inevitable, estamos comunicando cuando hacemos y cuando no hacemos. Es aconsejable no acumular emociones negativas y elegir el lugar y momento adecuado para conversar. Ser claro y específico, evitando la incertidumbre (Mintzberg 1999).
  - b. **Saber analizar los problemas y tomarse el tiempo necesario para planificar** (Giovacchini, C). En el proceso de planificación se torna fundamental definir los objetivos y metas y darlos a conocer a todos, fomentando la creación de reglas dentro del grupo y que el mismo grupo se auto regule en su cumplimiento. La formulación, descripción y análisis de problemas constituye un momento crucial del proceso de planificación, entendiendo los problemas como la brecha entre una realidad observada por un actor social y un valor o deseo de cómo debería ser (Rovere 1993). Identificar en la práctica diaria, las oportunidades de aprendizaje profundo a través de trabajo colaborativo y la reflexión en la práctica de los principales problemas identificados, lo que va a requerir de espacios que motiven (motivación extrínseca). Es parte de este proceso de planificación **diseñar un sistema de evaluación dinámico y flexible** que permita adaptar las estrategias educativas y modificar los objetivos en función de la dinámica permanente de los cambios, independiente de los objetivos de los administradores, entendiendo que todos somos necesarios en una organización.

- c. **Promover el sentido de pertenencia y favorecer una comunicación efectiva.** Para lograrlo, escuchar se torna fundamental en la gestión, entendido como oír e interpretar, El gestor en educación tiene que **saber escuchar** y donde escuchar, para tomar elementos que le sirvan en el diseño de la estrategia. La comunicación es esencial para lograr un adecuado funcionamiento institucional. Entender a cada uno de los actores involucrados como un observador distinto es un paso límite, para poder implementar una gestión clínica eficiente (Echeverría 2003). El respeto mutuo es esencial para poder escuchar. Sin la aceptación del otro como diferente, legítimo y autónomo, el escuchar no puede ocurrir. Al hablar, nos abrimos a la posibilidad de exponer el ser que somos, generando una particular apertura hacia el otro. Esta misma apertura también debe estar presente, aunque de manera diferente, en quién escucha. Como expresa Humberto Maturana “la aceptación del otro como un legítimo otro» es un requisito esencial del lenguaje” y si no se entiende, no se realizará una gestión eficiente.
- d. El Director de Enseñanza para lograr un desempeño eficiente debería **comportarse, además, como un facilitador del aprendizaje**, promoviendo la convivencia en armonía del grupo, comportándose como un miembro comprometido con la institución teniendo en cuenta el escenario actual: la globalización, las diferencias culturales, la innovación tecnológica y la incertidumbre ante la pérdida de valores y la depreciación del trabajo que conduce a nuevas patologías (Dejours 2012). Para esto se necesita **saber manejar la información**. Es importante que la información que se distribuya en la institución sea clara y concisa para evitar los “ruidos” y la formulación y distribución de hipótesis erróneas que pueden determinar que miembros claves para el buen funcionamiento, se pongan en actitud de alerta o de defensa, evitando la buena predisposición y colaboración efectiva. De la misma forma, debe tener presente la importancia de usar esa información para **autoformarse y saber estimular la formación, capacitación y educación permanente** en los diferentes actores de la institución, teniendo presente que todo proceso de educación permanente requiere ser pensado, diseñado y operado a partir de un análisis estratégico y de la cultura institucional de los servicios de salud en la que se instala (Davini 2002). Peter Senge (2011) señala que “las organizaciones sólo aprenden a través de individuos que aprenden. El aprendizaje individual no garantiza el aprendizaje organizacional, pero no hay aprendizaje organizacional sin aprendizaje individual”.
- e. **Conducirse con objetividad.** El Director de Enseñanza no debe generalizar, es decir, no tomar conclusiones desde una sola experiencia, ser cauteloso en la omisión de la información recibida, respetar los procesos y los canales de comunicación para evitar la distorsión de la realidad de lo dicho. No considerar que todos dan la misma interpretación a las palabras, no creer que solo hay una manera correcta de hacer las cosas.

### 3- Equipo de Conducción.

El mismo estará integrado por profesionales con formación en Educación y Andragogía (educación en los adultos) y por referentes de cada una de las diferentes disciplinas del área de la salud que interactúan en el HU y funcionará, en lo referente a la educación de grado de la carrera de Doctor en Medicina, en estrecha vinculación con el DEM.

Se propone integrar a la UAE a referentes de la Escuela de Graduados (Programas de residencias médicas y de ProInBio); Escuela Universitaria de Tecnología Médica; Escuela de Parteras; Facultad de Enfermería; Escuela de Nutrición; Facultad de

Psicología; Facultad de Odontología; Facultad de Química y Farmacia; Ingeniería Biomédica y otras carreras vinculadas al área de la salud y otras áreas.

- 4- Secretaría administrativa. Es fundamental disponer de un buen equipo administrativo, constituyendo una secretaría que actúe en consecuencia con las políticas educativas definidas.
- 5- Área de comunicación. En esta área es necesario la presencia de un Licenciado en comunicación, quien será responsable del manejo de la comunicación interna y externa de la UAE.
- 6- Área de formación e investigación en educación. La misma será conducida por el equipo académico integrado por los propios docentes del la Unidad, quienes realizarán la correspondiente articulación interna y externa, con el propósito de optimizar la formación docente y estimular la investigación educativa.

### Gestión educativa

Para implementar la gestión de la formación es imprescindible definir un plan docente con los siguientes elementos básicos:

- un plan estratégico,
- un plan de gestión propiamente dicha,
- un plan de financiación.

La estrategia se desarrollará basada en la definición de las líneas prioritarias y de los planes de acción para su obtención, definida por el Director y su Equipo de Conducción, trabajando en conjunto con los diferentes actores del HU, coordinando y articulando las diferentes acciones. La gestión quedará centrada en la UAE con sus indicadores de costo, dedicación, cantidad y calidad de las actividades formativas:

- Programas de formación docente en conjunto con el DEM, las Unidades de Apoyo a la Enseñanza y la Comisión Sectorial de Enseñanza entre otros.
- Coordinación de actividades en el Laboratorio de Habilidades Clínicas.
- Actividades en el Espacio Virtual de Aprendizaje.
- Programas de formación en gestión educativa: coordinaciones.
- Comité de Investigación en Educación Médica y Gestión de Proyectos de Enseñanza.
- Creación de una Diplomatura en Educación para Profesionales de la Salud.

La financiación del proyecto será sustentada por el presupuesto asignado por la Universidad de la República, así como recursos extra presupuestales generados dentro del Hospital, fondos concursables a través de la Comisión Sectorial de Enseñanza, la de Investigación Científica (CSIC) y la de Extensión y Actividades en el Medio (CSEAM); la Agencia Nacional de Investigación e Innovación y la activación y promoción de convenios.

## INVESTIGACION EN EL HOSPITAL DE CLINICAS

### Principios generales y análisis de la situación actual de investigación en salud

La definición del HC como hospital universitario perteneciente a la UdelaR implica su relación con las funciones esenciales de la Universidad: enseñanza, investigación y extensión.

El carácter universitario de un hospital no viene determinado por su denominación sino que está condicionado por sus programas académicos-asistenciales. Y por tanto la gobernanza del centro hospitalario así como su financiación ha de estar alineada con su estructura y función y éstas deben estar condicionadas por el carácter universitario del mismo

El HC debe ser un hospital de referencia tanto por la calidad de su nivel asistencial, por la calidad de su docencia y de su investigación así como por su capacidad de transferencia de conocimientos a la sociedad.

La investigación en salud permite conocer la realidad sanitaria de un país e incentivar la capacidad crítica de los RRHH que participan en ella y también determina un impacto sobre la gestión de recursos en salud y una mejor calidad y asistencia de los pacientes. La capacidad de producción científica y de comunicación de la misma tanto a nivel nacional como internacional es un indicador de calidad de los centros académicos y asistenciales. Los HU son instituciones donde se desarrolla gran parte de la investigación en salud de un país.

Se requieren políticas nacionales que promuevan el desarrollo de investigación en salud en todas sus vertientes (traslacional, clínica y epidemiológica). En especial el escaso desarrollo de la investigación clínica en nuestro país hace necesario que la Universidad y el HC tomen la iniciativa de su desarrollo

A nivel universitario, el HC debe ser un escenario privilegiado para avanzar en investigación en salud.

### Modelo académico del HC en investigación

EL HC priorizará la investigación clínica, traslacional y en el área de salud pública mediante varios objetivos:

- Establecer una estructura que permita el desarrollo de la misma,
- innovar en la búsqueda de nuevas maneras de financiación para que se desarrolle en todo su potencial y generar una masa crítica de investigadores en el Hospital Universitario.
- Generar políticas de RRHH para aumentar la cantidad y la calidad de los RRHH médicos y no médicos dedicados a la investigación.
- Promover la interrelación entre el HC y demás servicios universitarios e institutos que realizan investigación de interés para el hospital.

## Formulación estratégica

Cada unidad clínica deberá elaborar su contrato académico asistencial, generando un compromiso de gestión con objetivos, metas e indicadores. Se promoverá la gestión a nivel de servicio clínico de los procesos asistenciales y de los de enseñanza e investigación.

Se deberán establecer normas y criterios para que las labores universitarias del hospital puedan ser adecuadamente evaluadas. El hospital debe desarrollar manuales de procedimientos, actualización de guías de prevención, diagnóstico y tratamiento y promover buenas prácticas clínicas, elementos esenciales para una investigación en salud y una enseñanza de primer nivel.

Es esencial priorizar adecuados sistemas de información tanto para una correcta práctica clínica así como para la generación de bases de datos para una investigación clínica y epidemiológica y un adecuado acceso a información e interrelación con investigadores internacionales.

## Reorganización estructural del HC.

Se deberá profundizar en un proceso de organización estructural de las funciones de investigación y enseñanza. En el caso de investigación se propone la creación de un Instituto de Investigación presidida por el Director de Investigación el cual además presidirá la Fundación Manuel Quintela

Concentración de la investigación en salud del HC en tres centros académicos de investigación: centro de investigación traslacional, centro de investigación clínica y centro de investigación epidemiológica.

En el caso del centro de investigación traslacional el Hospital de Clínicas cuenta con RRHH, laboratorios y equipamiento en diferentes departamentos básicos que serán nucleados en este centro con el objetivo de fortalecer y potenciar su actividad.

La creación y desarrollo del centro de investigación clínica, prioritario para la salud de nuestro país, deberá contar una infraestructura y personal capacitado para la realización de ensayos clínicos terapéuticos lo cual permite al paciente acceder a tratamientos que de otra forma no podría recibir

El Hospital Universitario también constituye un ámbito de investigación natural en diferentes áreas de la Salud Pública, de la Administración de Servicios de salud, de la Epidemiología y de la Salud Ocupacional.

### **Creación de una unidad de gestión y promoción de la investigación a cargo del Instituto de Investigación.**

Serán funciones de la Unidad:

- Promocionar, impulsar y coordinar la investigación biomédica.
- Fomentar la elaboración de programas y proyectos y su presentación a agencias de financiación.

- Impulsar la divulgación de conocimientos científicos entre profesionales, pacientes y la sociedad.
- Llevar a cabo la gestión económica y administrativa.
- Fomentar la colaboración con universidades y organismos nacionales e internacionales.
- Gestionar convenios, contratos o acuerdos.

**En relación a los RRHH:**

- Promover políticas que apunten a aumentar los cargos con una alta dedicación en el HC (DT, docentes con doble cargos asistencial básico) en base a proyectos de investigación académicamente aprobados
- Promover políticas de tiempo protegido para la investigación para todos los docentes.
- Mantener por medio de reelección personal docente grado 3 de alta dedicación adecuando el balance entre renovación de cargos – permanencia de personal altamente calificado.
- Mejorar la capacitación y entrenamiento de los integrantes de los equipos de investigación clínica, tanto en lo relativo a los aspectos bioéticos y regulatorios como en los metodológicos y en buenas prácticas clínicas.
- Promover la conformación de equipos de investigación multicéntricos a nivel nacional y regional que permitan una proyección internacional.
- Adjudicar una infraestructura edilicia adecuada para que el HU realice investigación de calidad

**Financiación**

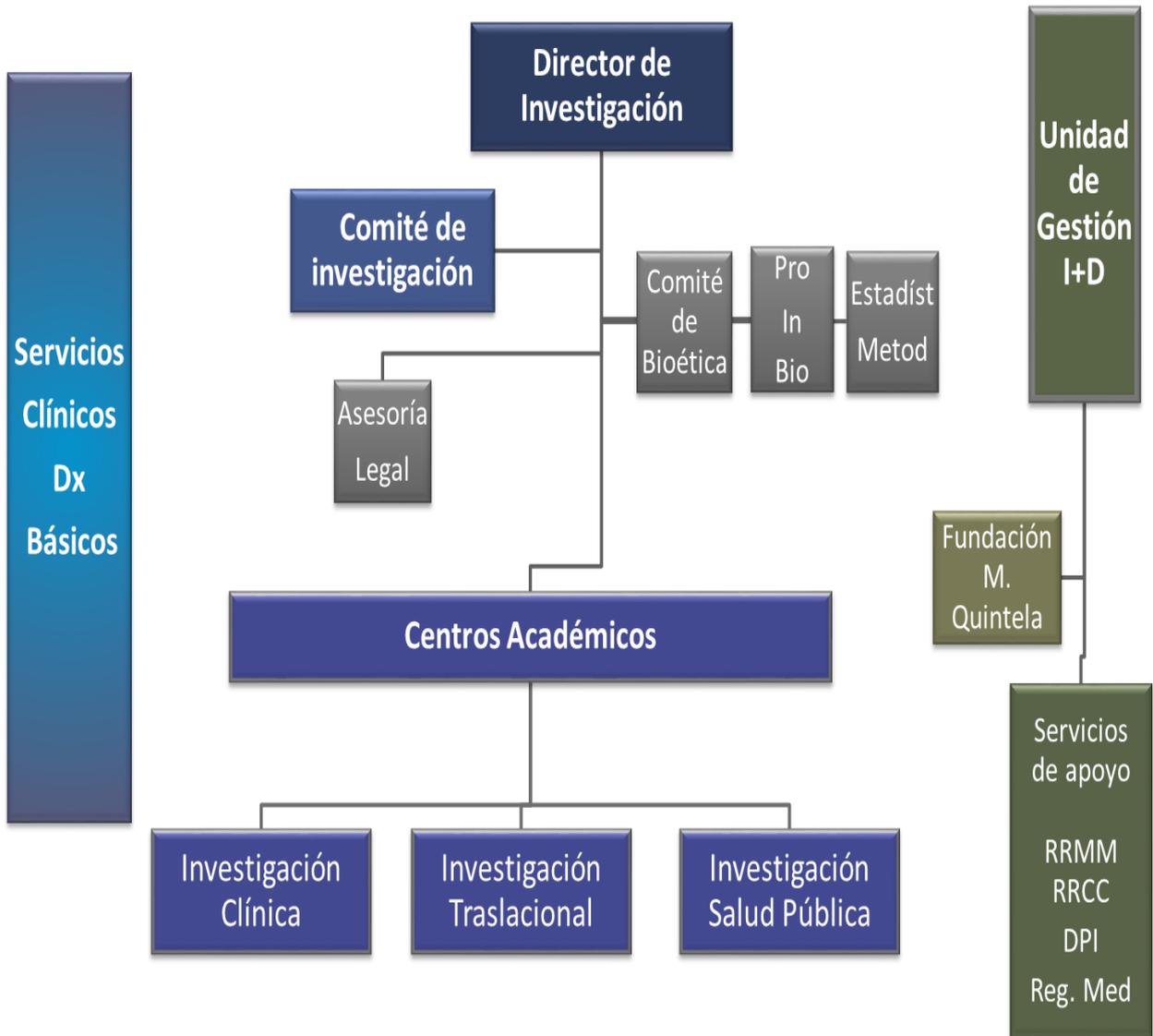
El programa académico (enseñanza de pre y posgrados e investigación) debe ser financiado por la Universidad de la República, por un porcentaje de los recursos extrapresupuestales generados en el Hospital y por fondos concursables dentro del país (CSE, CSIC, ANII etc) e internacionales.

Potenciar la investigación de los IMAE a través de la gestión de un porcentaje a definir de los fondos imputados a los procesos de alta complejidad.

Potenciar la investigación de los servicios no generadores del HC a través de un porcentaje de los fondos imputados a los procesos de alta complejidad.

Procurar políticas de financiación específicas que tomen en cuenta los problemas de la investigación clínica (duración mayor de los estudios, reclutamiento de pacientes, capacitación de RRHH, problemas éticos, seguros, entre otros).

Propuesta de organigrama de la estructura de la investigación en el HC



## BIBLIOGRAFÍA

### Introducción e Inserción al SNIS

- Ivan Milovidov, Sebastián Castro y Graciela Martínez Estimación de la demanda del Hospital de Clínicas. Estudio de un área geográfica.. Octubre 2014.
- Irene Enrico, CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS. (Trabajo tutorado por la Prof. Adj. Dra. Ana Pérez, y la Prof. Agda. Dra. Graciela Martinez).
- Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011
- Wilson, Eduardo; Nowinski, Aron; Turnes, Antonio L.; Sánchez, Soledad; Sierra, Jorge. libro "Hospital de Clínicas de Montevideo: Génesis y Realidad (1887-1974)".

### Gobierno y Dirección

- Temes Montes JL. Gestión clínica. En: Temes Montes JL, Mengíbar M, editores. Gestión hospitalaria. Madrid: Ed. McGraw-Hill-Interamericana; 2007. p. 41-68.
- Muir Gray JA. Evidence-based health care. How to make health policy and management decisions. London: Churchill Livingstone; 1997.
- Starey N. What is clinical governance? Hayward Medical Communications. 2003;1(12):1-8.
- Echevarría Ruiz De Vargas C, Del Pino Algarrada C. Gestión clínica en rehabilitación. Rehabilitación (Madr). 2009;43(3):92-5. doi: 10.1016/S0048-7120(09)71485-9
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Contrato Programa de los Distritos de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud. ANEXO VII: ACUERDO DE GESTIÓN ENTRE DISTRITOS Y HOSPITALES. Junta de Andalucía. 2007
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Decreto 66/2009, de 14 de julio, por el que se regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Boletín Oficial del Principado de Asturias No.170 del 23-7-2009.
- Bohmer RM. Leading Clinicians and Clinicians Leading. N Engl J Med 2013; 368:16 1468-70. DOI: 10.1056/NEJMp1301814. Tomado de: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. Líderes clínicos y clínicos en primera línea. En: Evidencias en gestión clínica y gestión de servicios de salud
- Ley 12.549 de 16/X/1958 - D.O. 29/X/1958 CARTA ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
- Res. de C.D.C. de 11/XI/1960 – D.O. 31/III/1966 ORDENANZA DEL HOSPITAL DE CLINICAS "Dr. MANUEL QUINTELA"

- Res. No 6 de C.D.C. de 29/X/1998 – D.O. 24/XI/1998 ORDENANZA SOBRE DELEGACIÓN DE ATRIBUCIONES EN AUTORIDADES DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS
- Res. No 152 de C.D.C. de 13/V/1968 – D.O. 24/V/1968 ESTATUTO DEL PERSONAL DOCENTE DE 15 DE ABRIL DE 1968
- Res. No 4 de C.D.C. de 13/II/2001 - Distr. No 342/00 – D.O. 1/III/2001 ESTATUTO DE LOS FUNCIONARIOS NO DOCENTES DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

### Enseñanza en el Hospital de Clínicas

- Artaza Barrios, O; Méndez et al. (2011). Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales:OPS/OMS - Santiago, Chile.
- Davini, M.C., Nervi, L., Roschke, M.A. (2002). Capacitación del Personal de los Servicios de Salud. Proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial, OPS/OMS, Serie Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Washington, DC.
- Dejours, C (2012) Artículo Página 12.
- Echeverría, R (2003) Ontología del Lenguaje. Sexta Edición – Chile.
- Giovacchini, C. Campus virtual de salud pública. Cursos Regionales. OPS El trabajo con problemas en el proceso de planificación en salud pública. <http://cursos.campusvirtuales.org/mod/resource/view.php?id=2161>
- Listovsky, G. La formación de formadores. Una aproximación a los procesos de formación en el mundo del trabajo en salud. Artículo suministrado por la MEPS – HIBA
- Millán Núñez, J et al (2011) El hospital universitario del siglo xxi [www.educmed.net](http://www.educmed.net) Educ Med; 14 (2): 83-89
- Millán Núñez, J (2003) SESIÓN TEMÁTICA La gestión de la docencia en los hospitales universitarios Coordinador: Jesús Millán Nuñez Viernes 24 de octubre - 19.00 horas Aula Pittaluga - Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid - Educ. méd. v.6 n.3 Barcelona
- <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-18132003000300019>
- Mintzberg, H (1999). Safari a la Estrategia. Editorial Granica I.S.B.N.
- Neves Marins, JJ (2004) Los escenarios de aprendizaje y el proceso del cuidado de la salud. Os cenários de aprendizagem e o processo de cuidado em saúde. En: Educação médica em transformação. HUCITEC-ABEM, São Paulo.
- Sence, P (2011). La quinta disciplina: el arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. GRANICA

## ANEXOS

# Estimación de la demanda del Hospital de Clínicas. Estudio de un área geográfica.

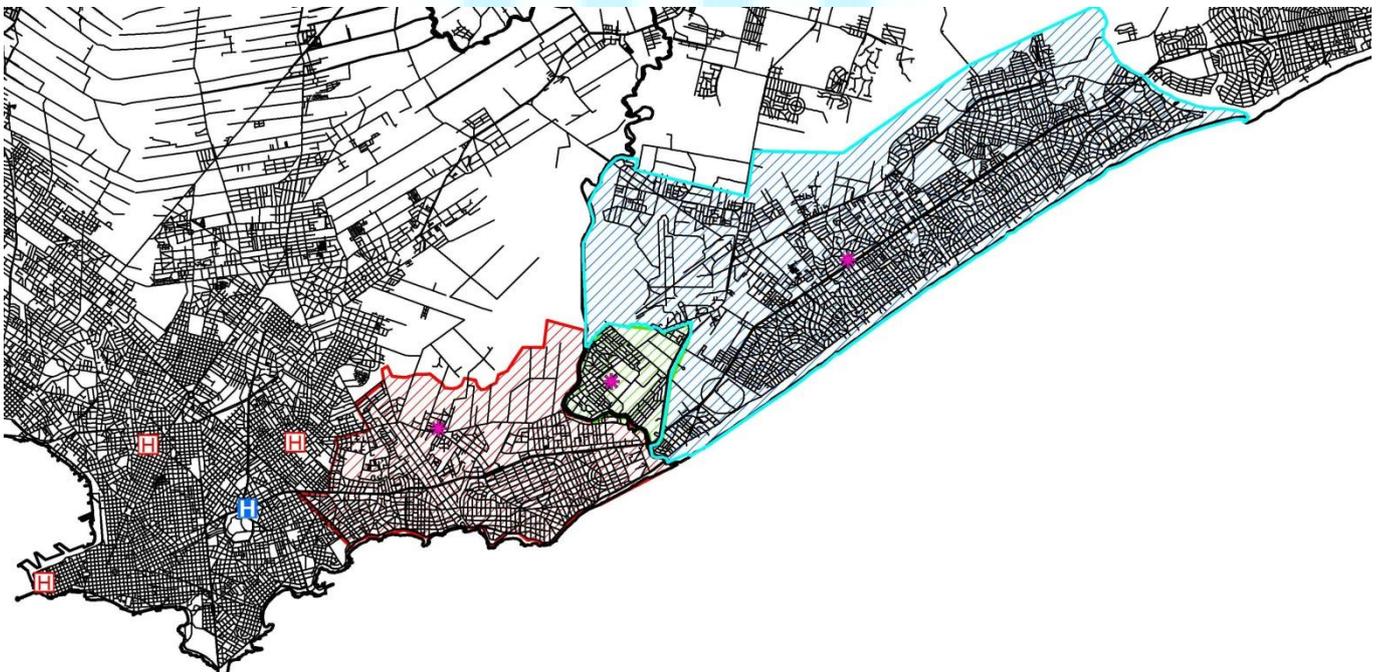
Ivan Milovidov, Sebastian Castro y Graciela Martínez. Octubre 2014.

Basándonos en la hipótesis de que el HC tuviera asignado un área geográfica para llevar a cabo la cobertura asistencial de segundo y tercer nivel se estudiaron las características demográficas de una población correspondiente a zonas del Dpto de Montevideo y Canelones cuya referencia son los centros de salud: ccss y cc a fin de dimensionar la misma.

Las etapas de abordaje fueron las siguientes:

1. Delimitación de la zona de referencia.
2. Describir la estructura de la población usuaria de ASSE en la zona de referencia.
3. Comparar la estructura de la población usuaria de ASSE en la zona de referencia con la población usuaria de ASSE del departamento de Montevideo y del Uruguay.
4. Caracterizar el perfil de morbilidad que requiere internación en la población usuaria de ASSE de la zona de referencia.
5. Estimar la demanda de la población usuaria de ASSE de la zona de referencia para un 2do y 3er nivel de atención.

1. Delimitación de la zona de referencia.



**Límites y fundamento de selección de la zona de referencia geográfica.**

- Centro de Salud La Cruz de Carrasco
- Monterrey
- Ciudad de la Costa

**Justificación**

Existencia de una coordinación entre el HC y la RAP de referencia y contrarreferencia en algunas especialidades.

Accesibilidad geográfica por el eje avenida Italia y Camino Carrasco.

**2. Describir la estructura de la población usuaria de ASSE en la zona de referencia.**

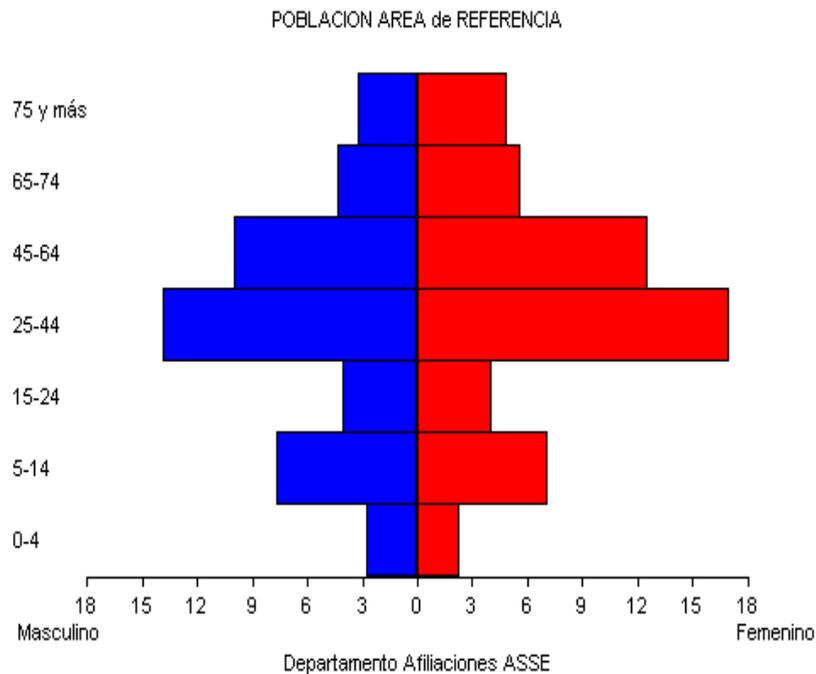


Tabla 1. Población total del Área de referencia según sexo y edad.

Edad	Población del Área de Referencia FA (FR %)			Total FR (%)
	Masculino	Femenino	Total FA	
0 a 4	1.335	1.124	2.459	5,11
5 a 14	3.711	3.445	7.156	14,88
15 a 19	1.969	1.990	3.959	8,23
20 a 44	6.682	8.181	14.863	30,90
45 a 64	4.813	6.048	10.861	22,58
65 a 74	2.088	2.753	4.841	10,07
75 y más	1.566	2.390	3.956	8,23
<b>Total</b>	<b>22.164</b>	<b>25.931</b>	<b>48.095</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: DEPARTAMENTO AFILIACIONES-RAP-ASSE, 2014.

- La **Zona de Referencia** comprende una población de **259.408 habitantes**, de los cuales **ASSE** brinda cobertura a **48.095 habitantes**.
- Se observar una importante **menor proporción de jóvenes**, con una **creciente y estable proporción de adultos mayores**.
- **Predomina el sexo femenino** en la población mayor de 15 años.

**3. Comparar la estructura de la población usuaria de ASSE en la zona de referencia con la población usuaria de ASSE del departamento de Montevideo y del Uruguay.**

- **ASSE** brinda cobertura en salud a **1,261.545 habitantes (38,38% de la pob. Total)** en todo el país.
- **ASSE-Montevideo** brinda cobertura a **302.749 habitantes (9,21% de la pob. Total)**.

Tabla 2. Población total del Uruguay según sexo y edad.

Población del Uruguay según censo 2011 FA (FR %)				
Edad	Masculino	Femenino	Total FA	Total FR (%)
0 a 4	123.874	118.708	242.582	7,48
5 a 14	272.339	260.685	533.024	16,45
15 a 19	131.194	126.761	257.955	7,96
20 a 44	550.539	564.928	1.115.467	34,42
45 a 64	313.999	344.995	658.994	20,33
65 a 74	104.152	136.852	241.004	7,44
75 y más	69.436	122.541	191.977	5,92
<b>Total</b>	<b>1.565.533</b>	<b>1.675.470</b>	<b>3.241.003</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: INE, 2011.

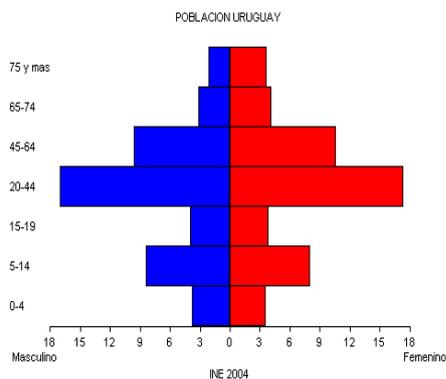
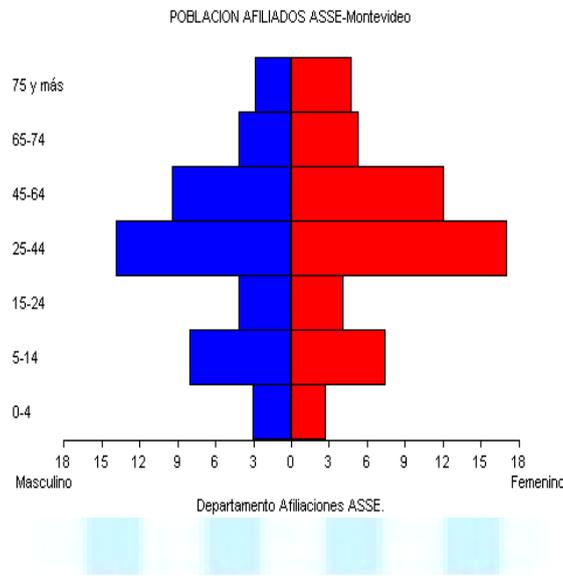


Tabla 3. Población total de afiliados ASSE - Montevideo según sexo y edad.

Población de afiliados ASSE en Montevideo FA (FR %)				
Edad	Masculino	Femenino	Total	Total FR (%)
0 a 4	9.327	8.576	17.903	5,91
5 a 14	24.589	22.763	47.352	15,64
15 a 19	12.739	12.785	25.524	8,43
20 a 44	41.933	51.937	93.870	31,01
45 a 64	28.602	36.681	65.283	21,56
65 a 74	12.689	16.471	29.160	9,63
75 y más	8.932	14.725	23.657	7,81
<b>Total</b>	<b>138.811</b>	<b>163.938</b>	<b>302.749</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: FUENTE: DEPARTAMENTO AFILIACIONES-RAP-ASSE, 2014.



Correlación de estructura poblacional.

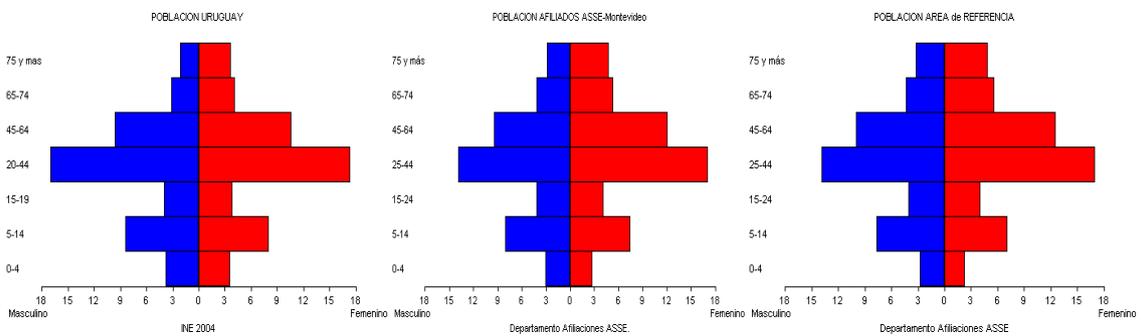
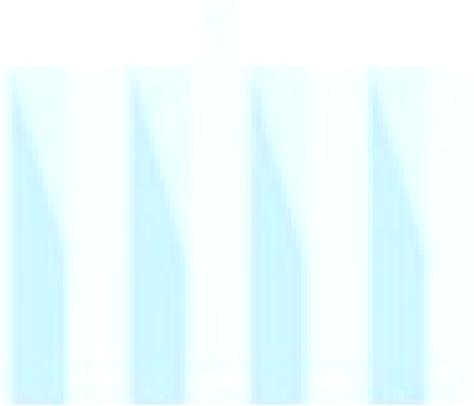


Tabla 4. Comparación de la 3 estructuras poblacionales.

Edad	URUGUAY (%)	ASSE (%)	ZONA REFERENCIA (%)
<b>0-14</b>	23,9	21,3	20,1
<b>15-64</b>	62,7	62,2	61,8
<b>65 y mas</b>	13,4	16,5	18,1

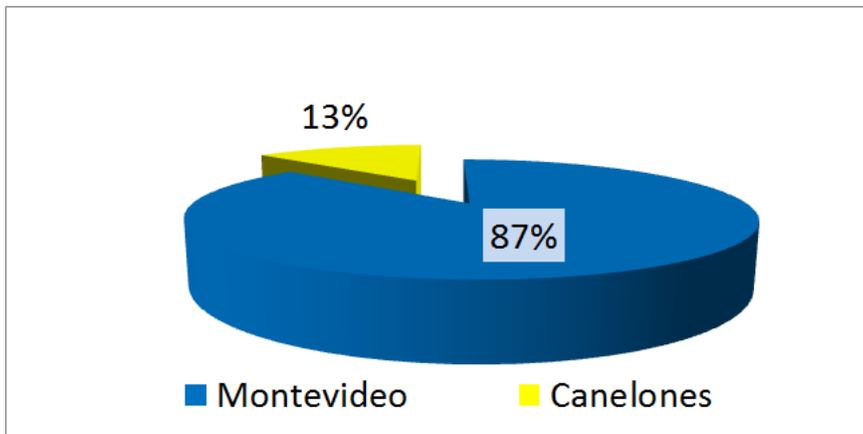
- Al correlacionar la población de ASSE de la **Zona de Referencia** con el total de la población general en dicha zona; la misma **representa un 18,71%**.
- Al observar la estructura de la población de **ASSE**, de la **Zona de Referencia** y la general a nivel país aparecen **similitudes en su distribución**, destacándose como relevante el **mayor predominio femenino** en todos los rangos etarios y la **mayor carga poblacional** en los grupos de adultos jóvenes (**20-44 años**) y adultos (**45-64 años de edad**).



# CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

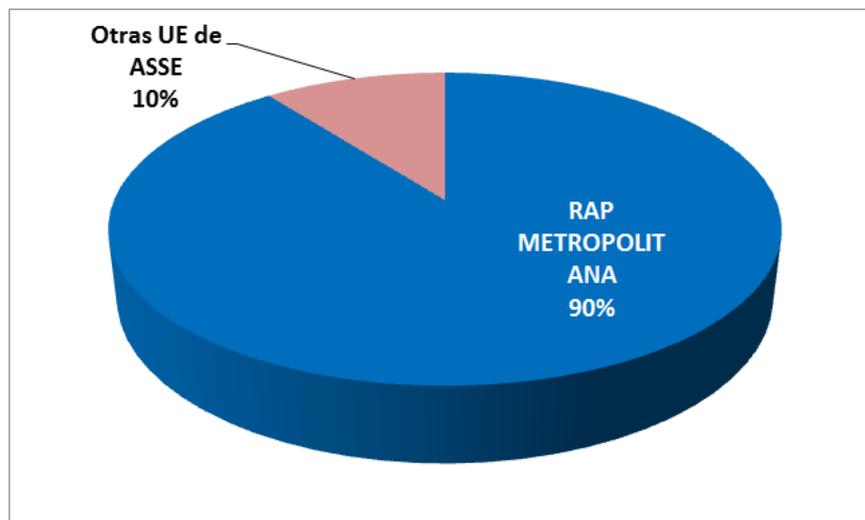
Dra. Irene Enrico

Distribución de Consultas de Emergencia de la Región Sur, según Departamento. Hospital de Clinicas, Departamento de Emergencia. Setiembre 2014.



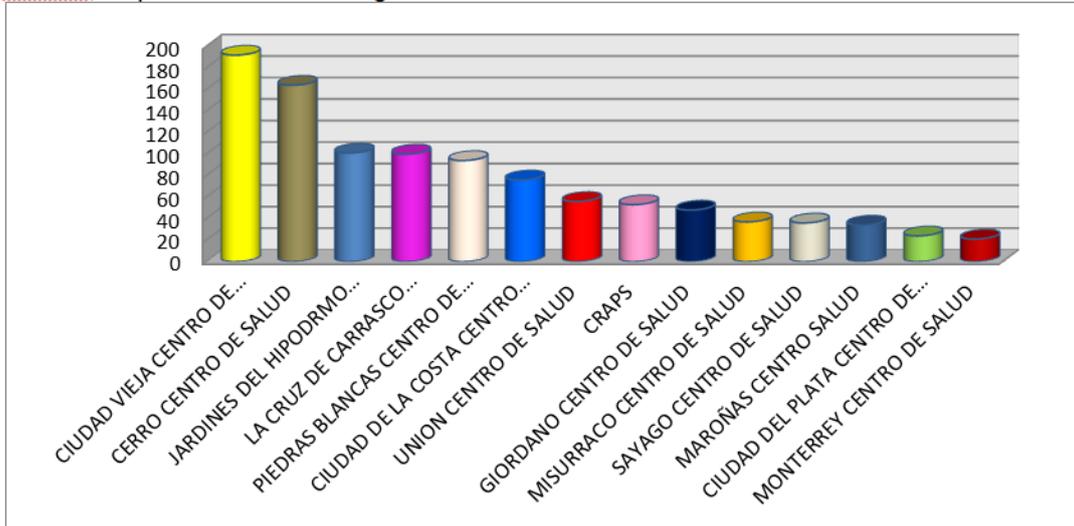
Fuente: Archivo del Departamento de Emergencia.

Distribución de Consultas de Emergencia de la Región Sur, Departamento de Montevideo, según Centro de Salud. Hospital de Clinicas, Departamento de Emergencia. Setiembre 2014.



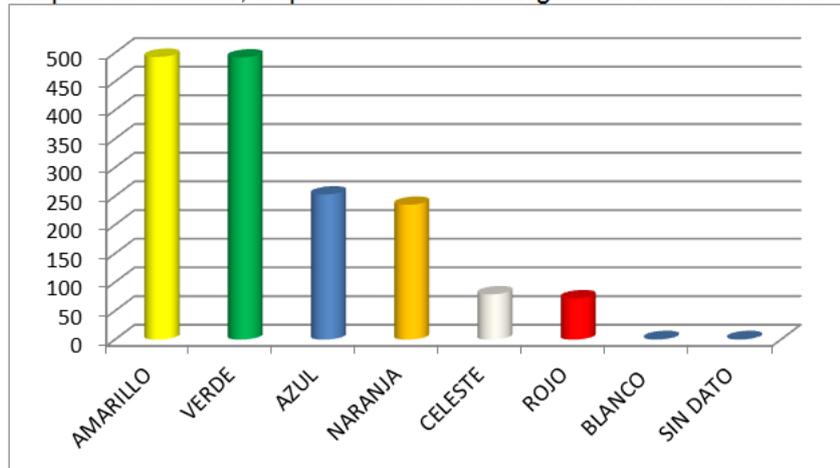
Fuente: Archivo del Departamento de Emergencia

Distribución de Consultas de Emergencia de la Región Sur, Departamento de Montevideo, RAP Metropolitana, según Centro de Salud. Hospital de Clínicas, Departamento de Emergencia. Setiembre 2014.



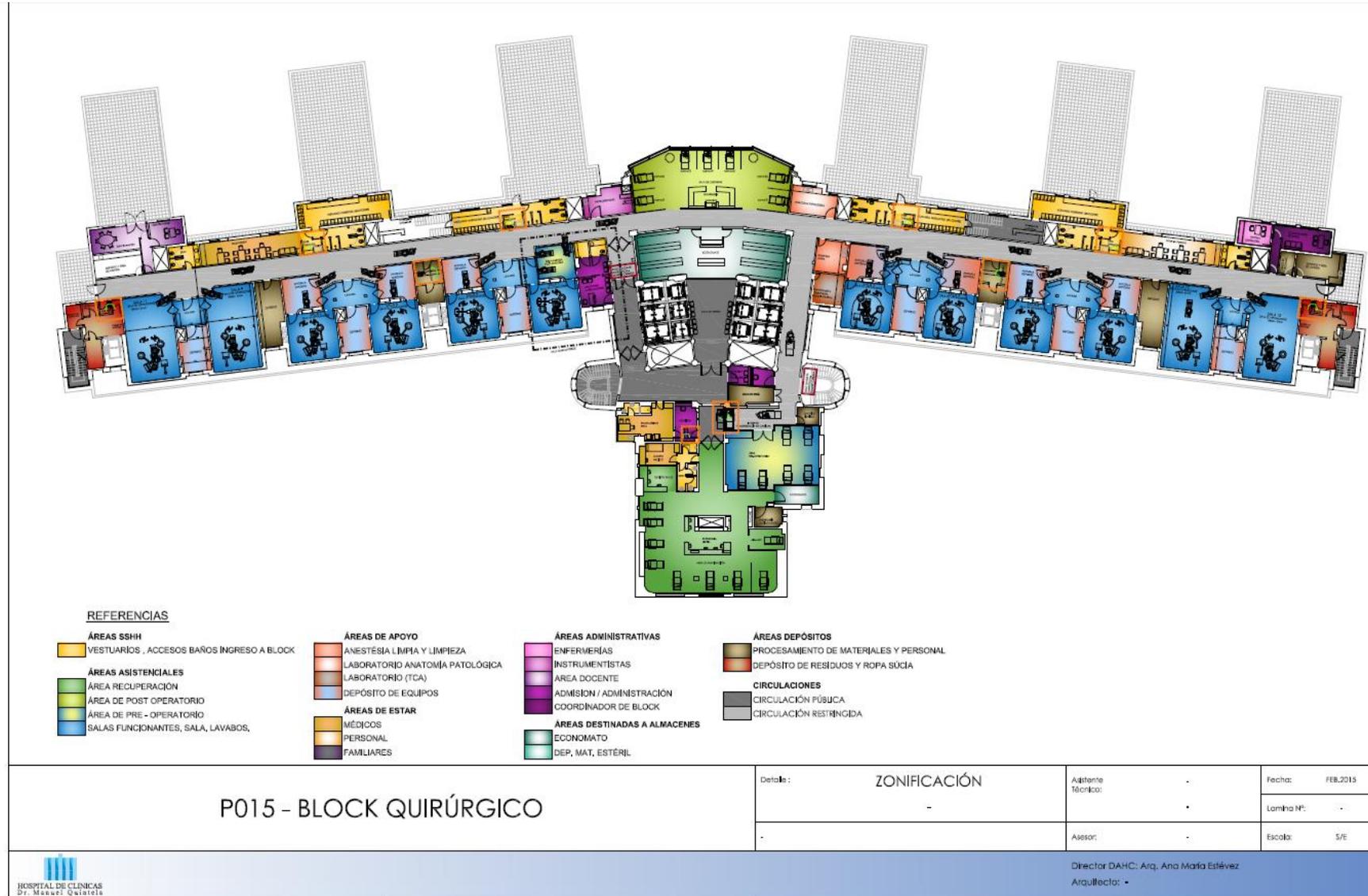
Fuente: Archivo del Departamento de Emergencia

Distribución de Consultas de Emergencia, según Clasificación del Triage. Hospital de Clínicas, Departamento de Emergencia. Setiembre 2014.



Fuente: Archivo del Departamento de Emergencia  
 Nota: Blanco, son los usuarios que se triajaron mas de 72hs.  
 Celeste: Son los usuarios que se pretriajaron y no se triajaron en 48hs.

# PLANOS DEL CENTRO QUIRURGICO Y ZONIFICACIÓN DEL HOSPITAL



P015 - BLOCK QUIRÚRGICO

Detalle:	ZONIFICACIÓN	Agente Técnico:	-	Fecha:	FEB.2015
	-		-	Lamha N°:	-
		Asesor:	-	Escala:	5/E

Director DAHC: Arq. Ana María Estévez  
Arquitecto: -



- REFERENCIAS FLUJOS**
- CIRCULACIONES**
- PERSONAL BLOCK
  - INGRESO DE PACIENTES AL AREA
  - EGRESO DE PACIENTES DEL AREA
  - PACIENTES EN CIRC. PUBLICA + AMBULATORIOS
  - ROPA ESTERIL
  - CIRCULACION PUBLICO
  - EGRESO DE RESIDUOS
  - BARRERAS

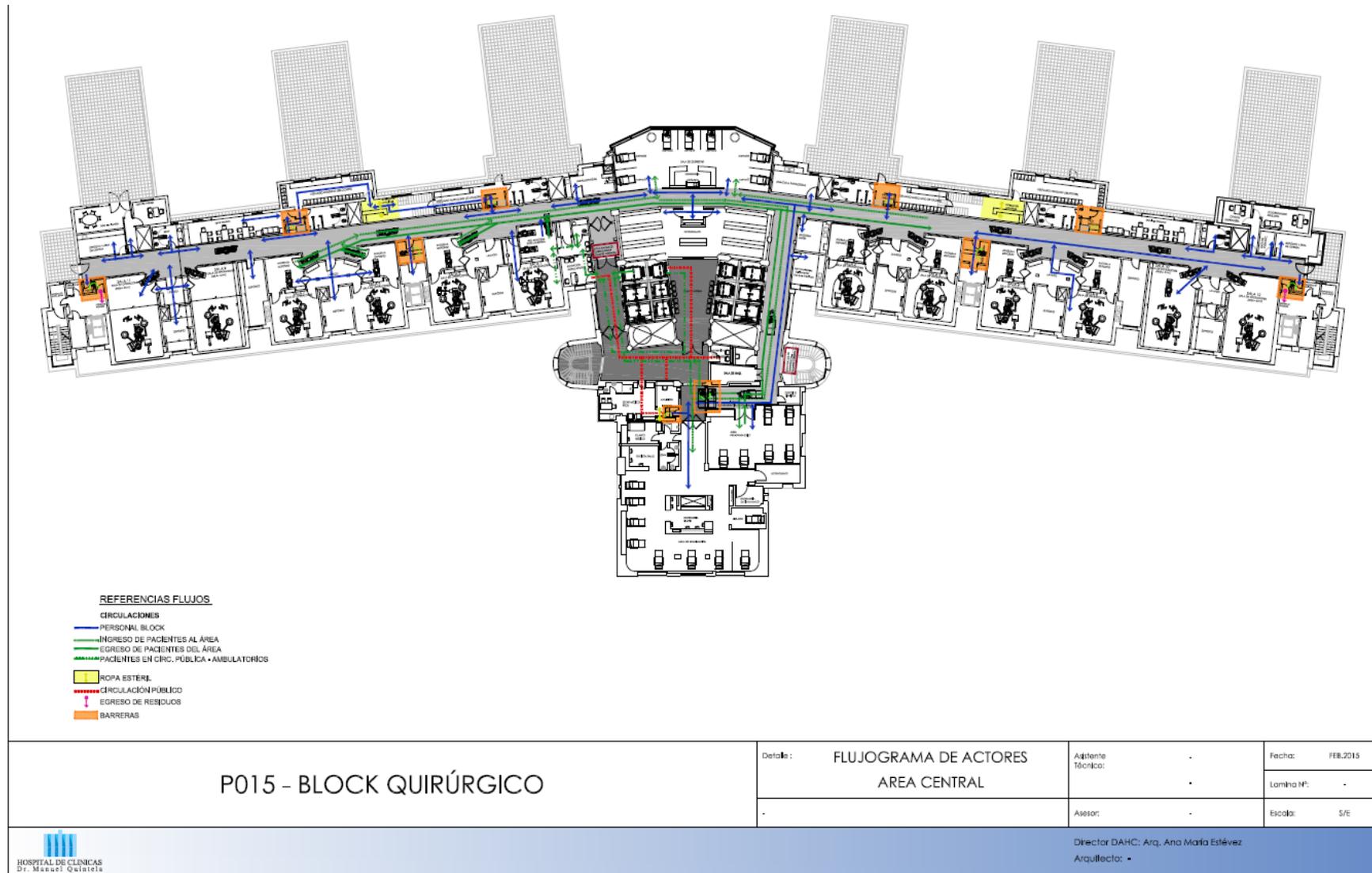
P015 - BLOCK QUIRÚRGICO

Detalle : FLUJOGRAMA DE ACTORES  
AREA CENTRAL

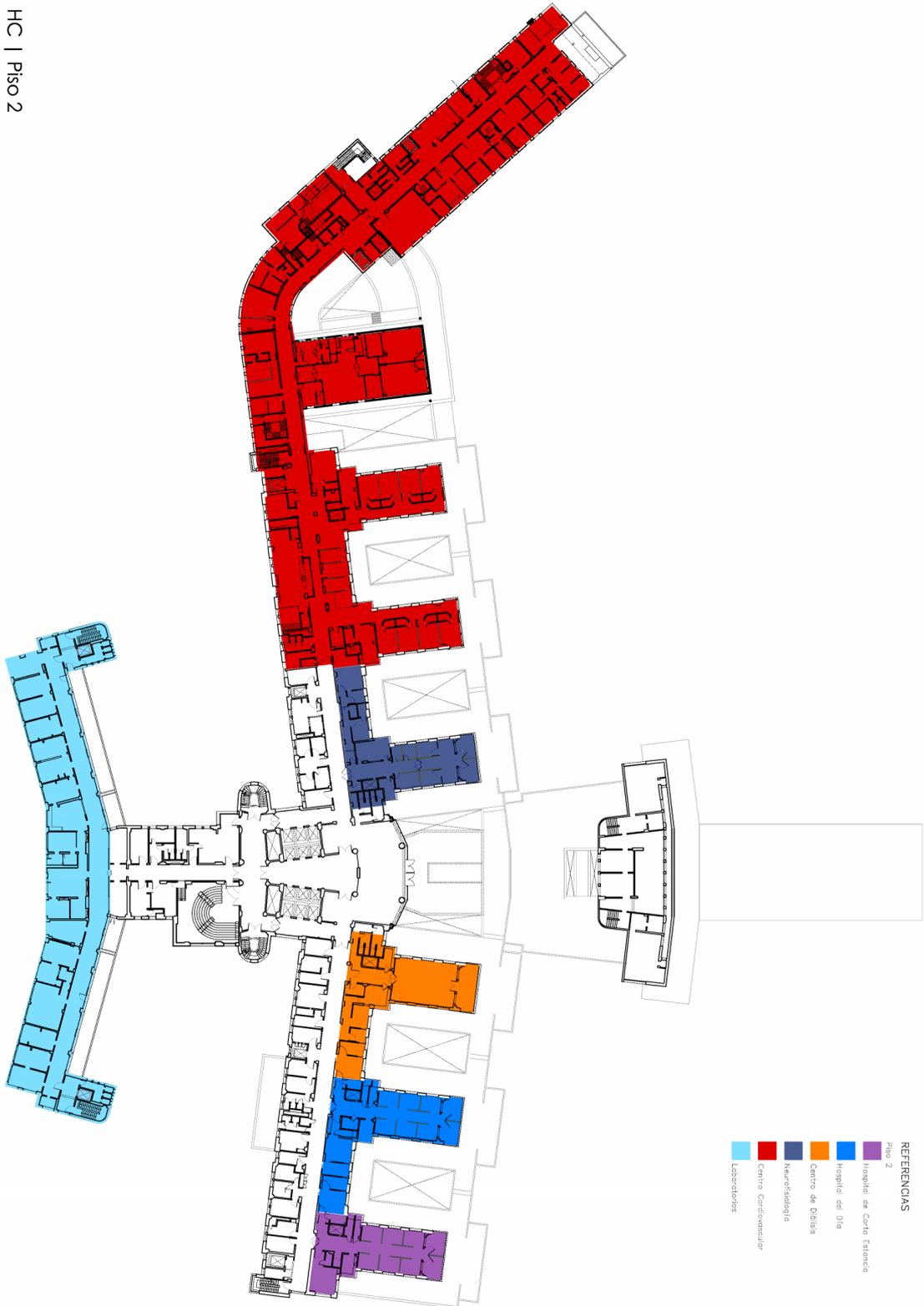
Adjunto Técnico:	-	Fecha:	FEB.2015
Asesor:	-	Lamina Nº:	-
		Escala:	5/E

Director DAHC: Ara. Ana María Estévez  
Arquitecto: -



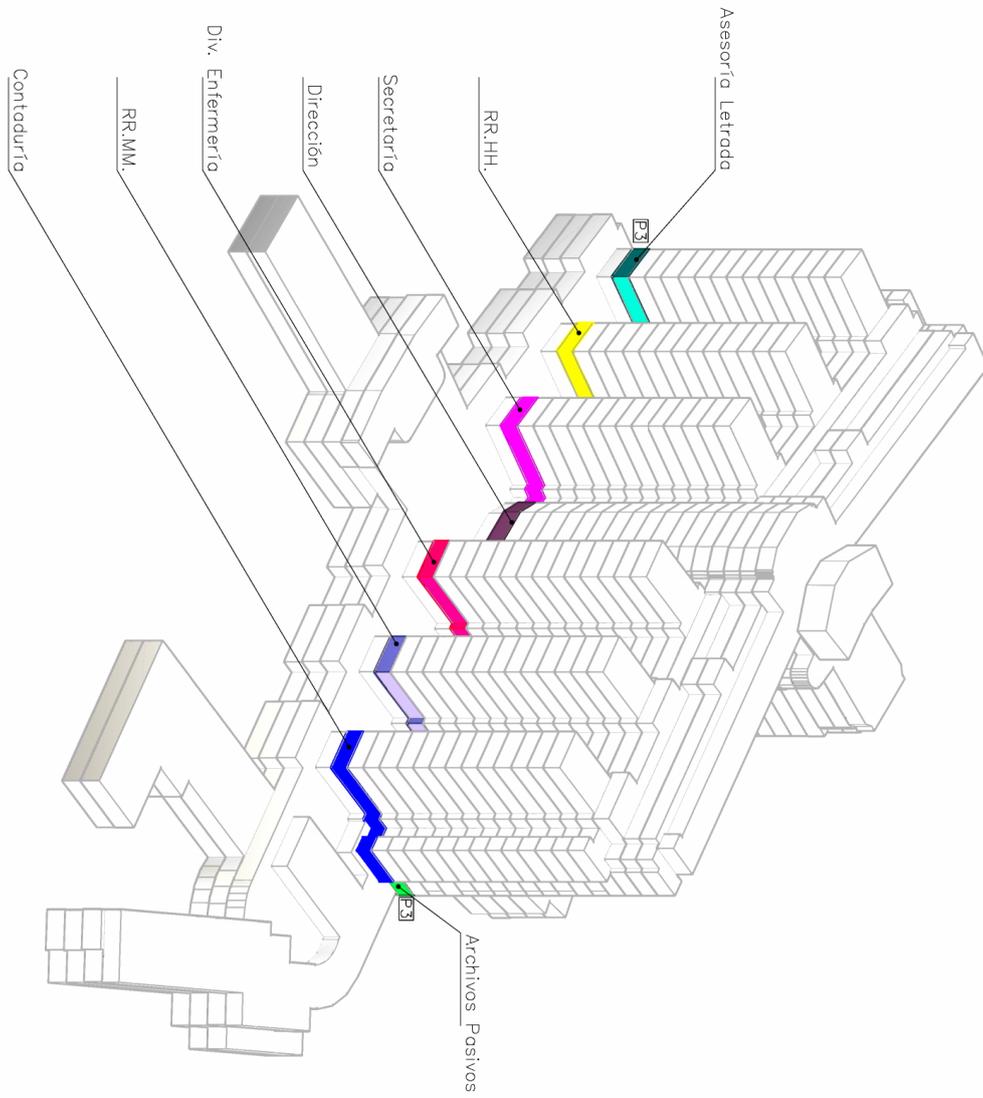


HC | Piso 2

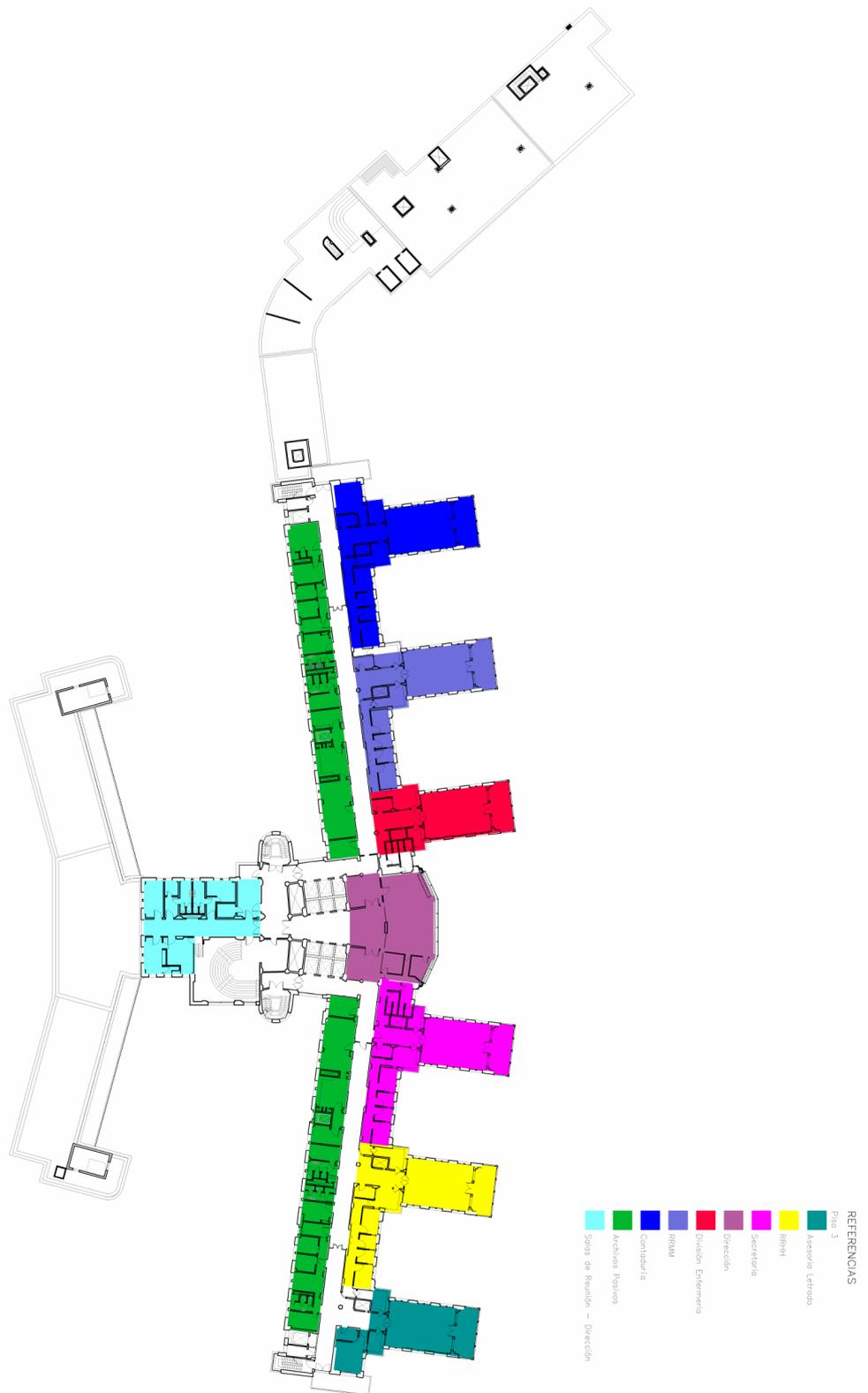


- REFERENCIAS
- Piso 2
  - Hospital de Corta Estancia
  - Hospital de Día
  - Centro de Diagnóstico
  - Neurología
  - Centro Cardiovascular
  - Laboratorios

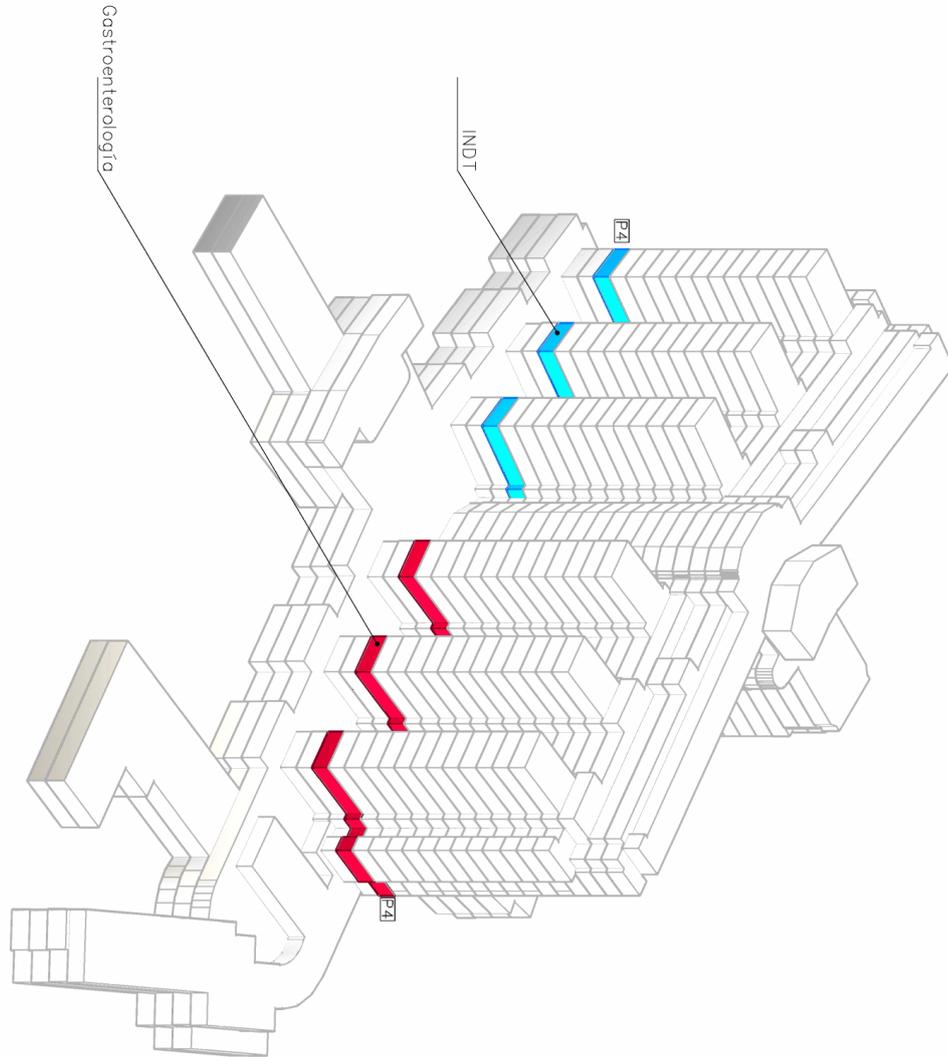
PLANTAS: PISO 3  
VISTA FRONTAL



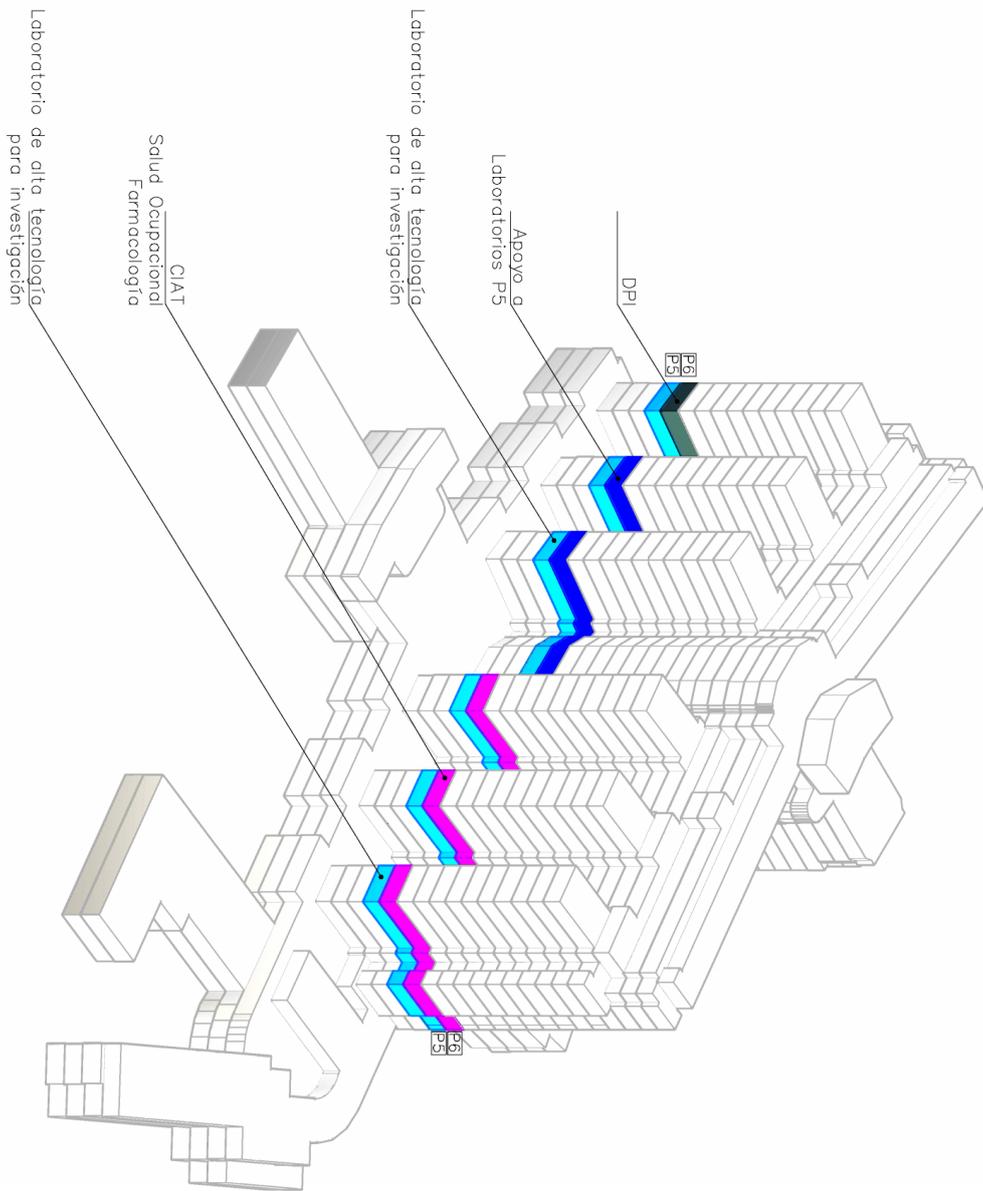
HC | Piso 3



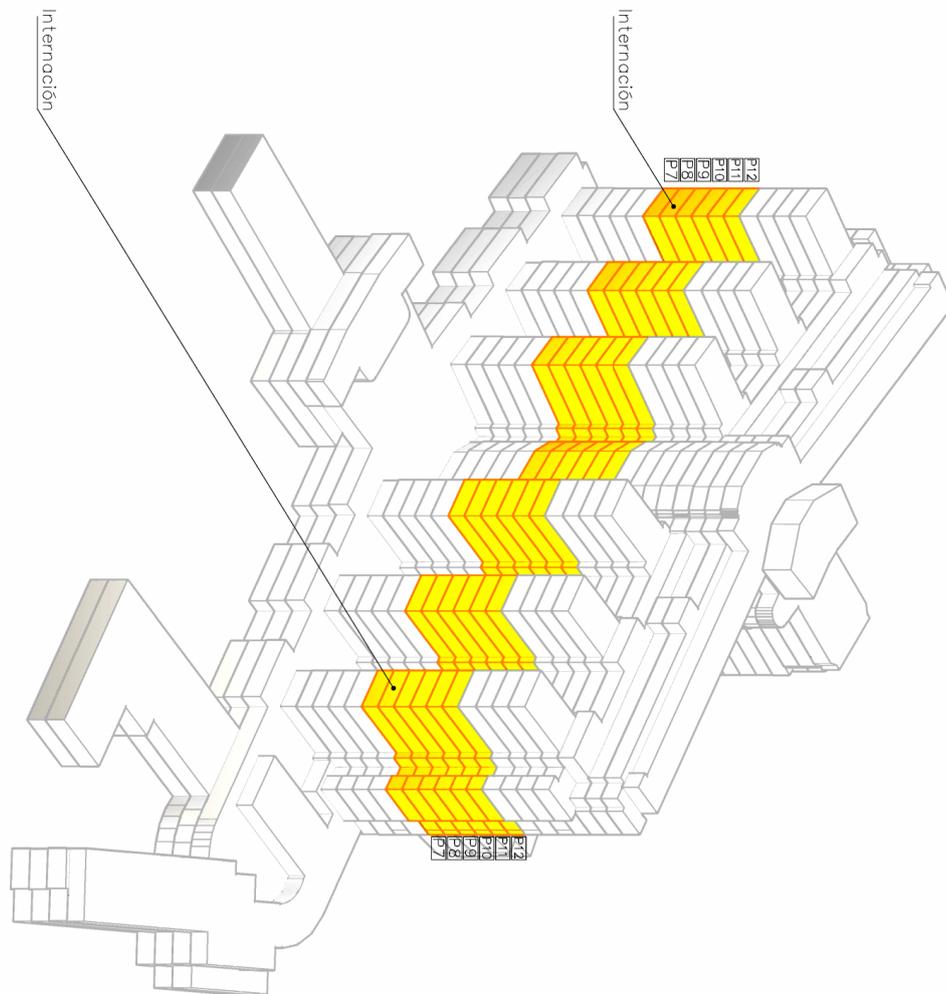
PLANTAS: PISO 4  
VISTA FRONTAL



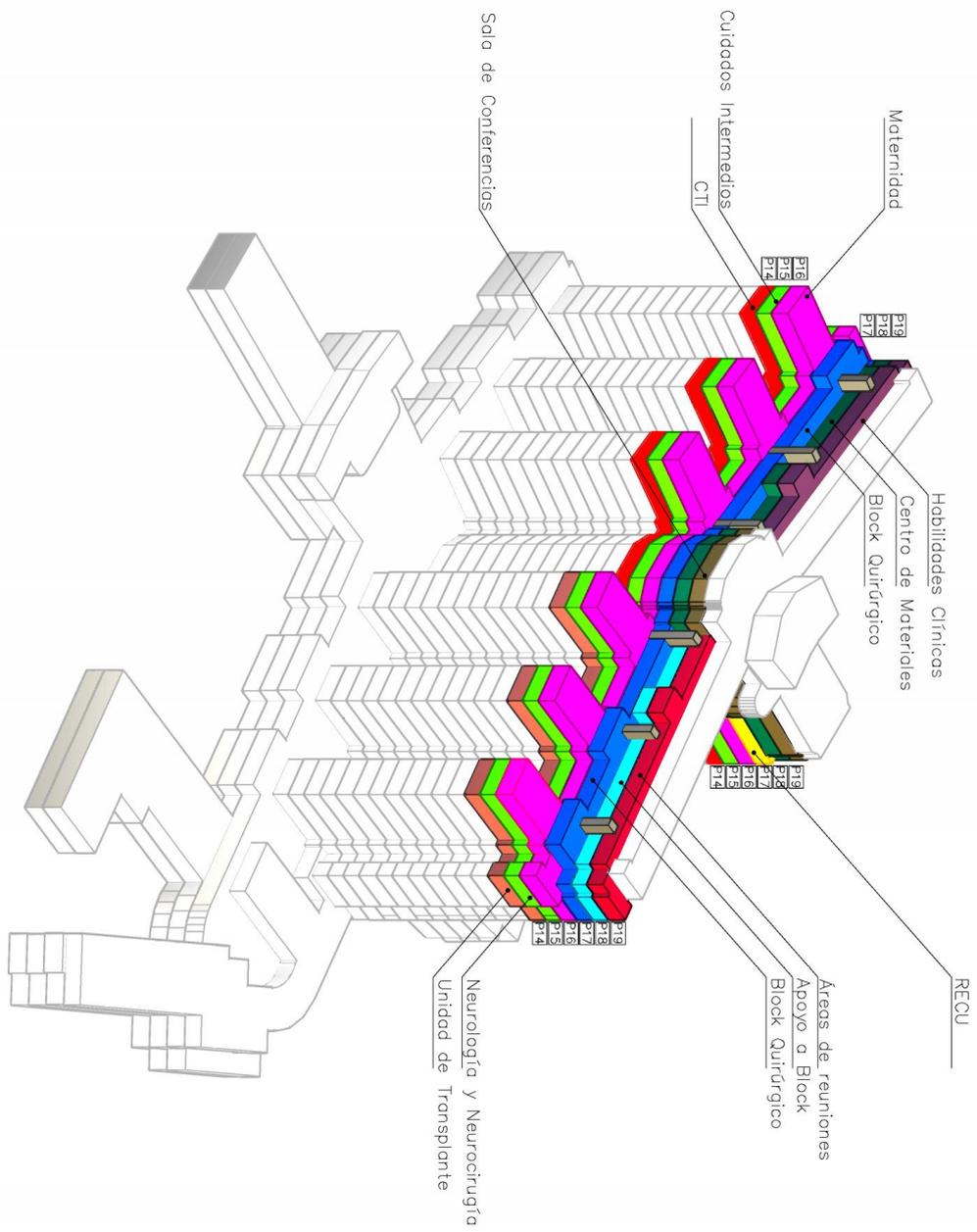
PLANTAS: PISO 5 | PISO 6  
VISTA FRONTAL



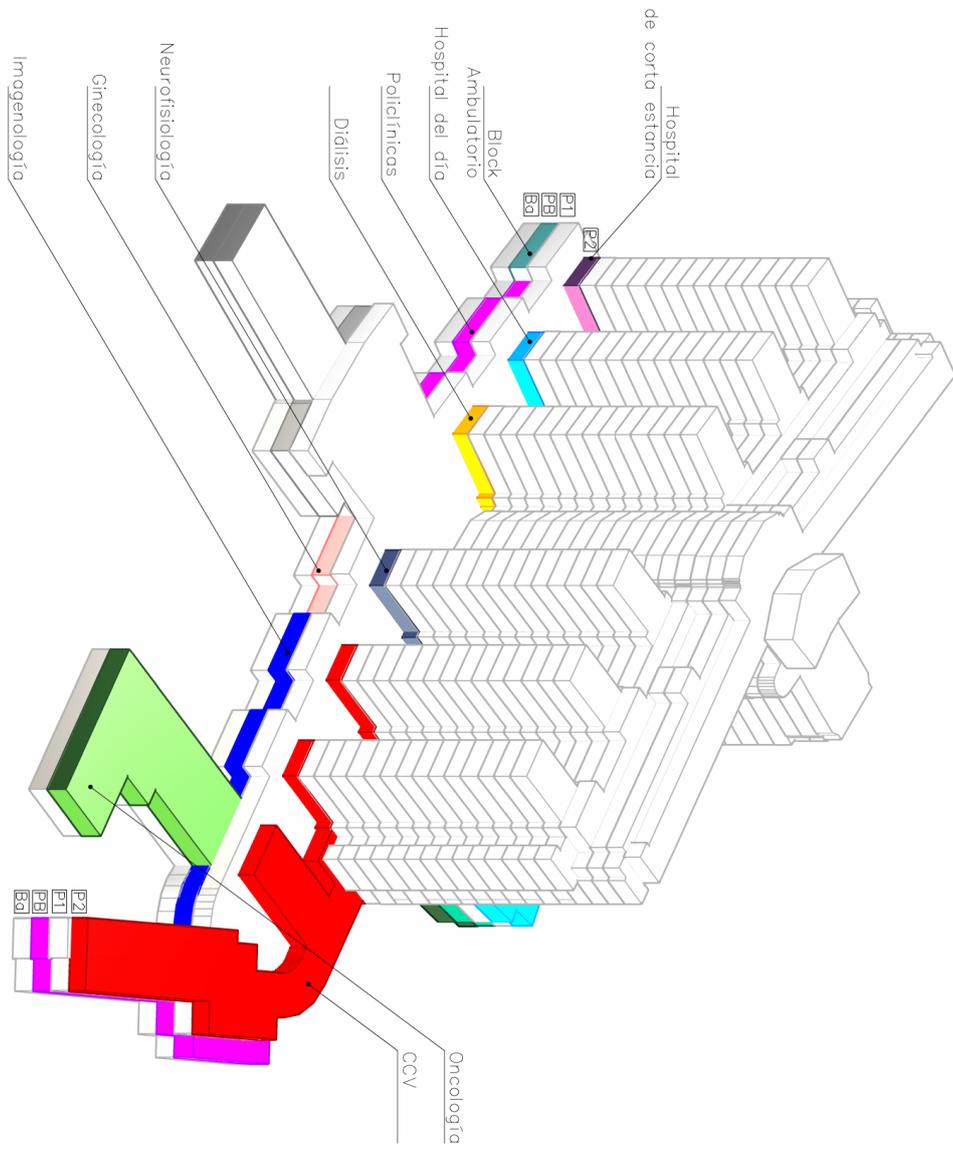
PLANTAS: PISO 7 o PISO 12  
VISTA FRONTAL



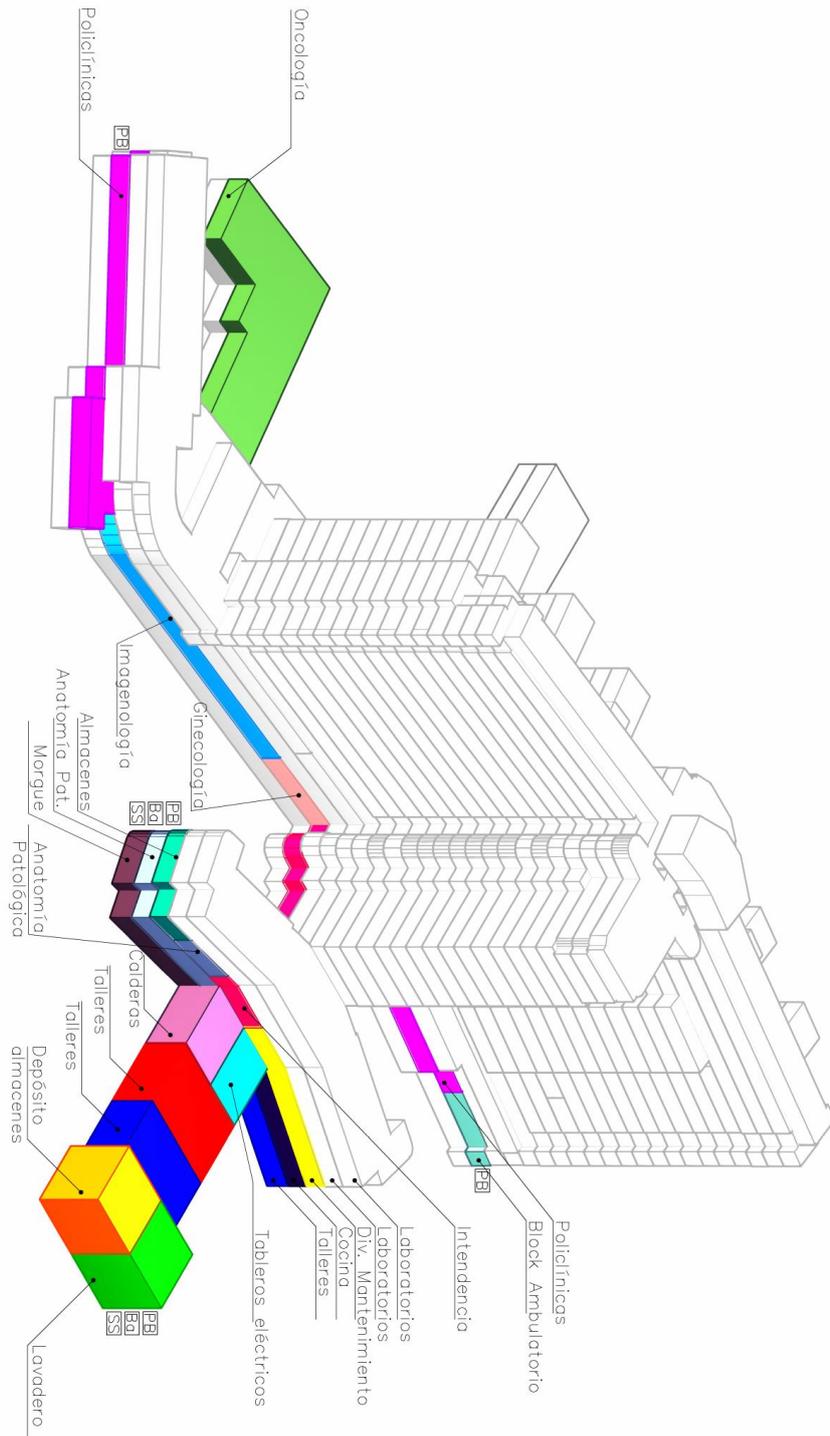
PLANTAS: PISO 14 a PISO 19  
VISTA FRONTAL

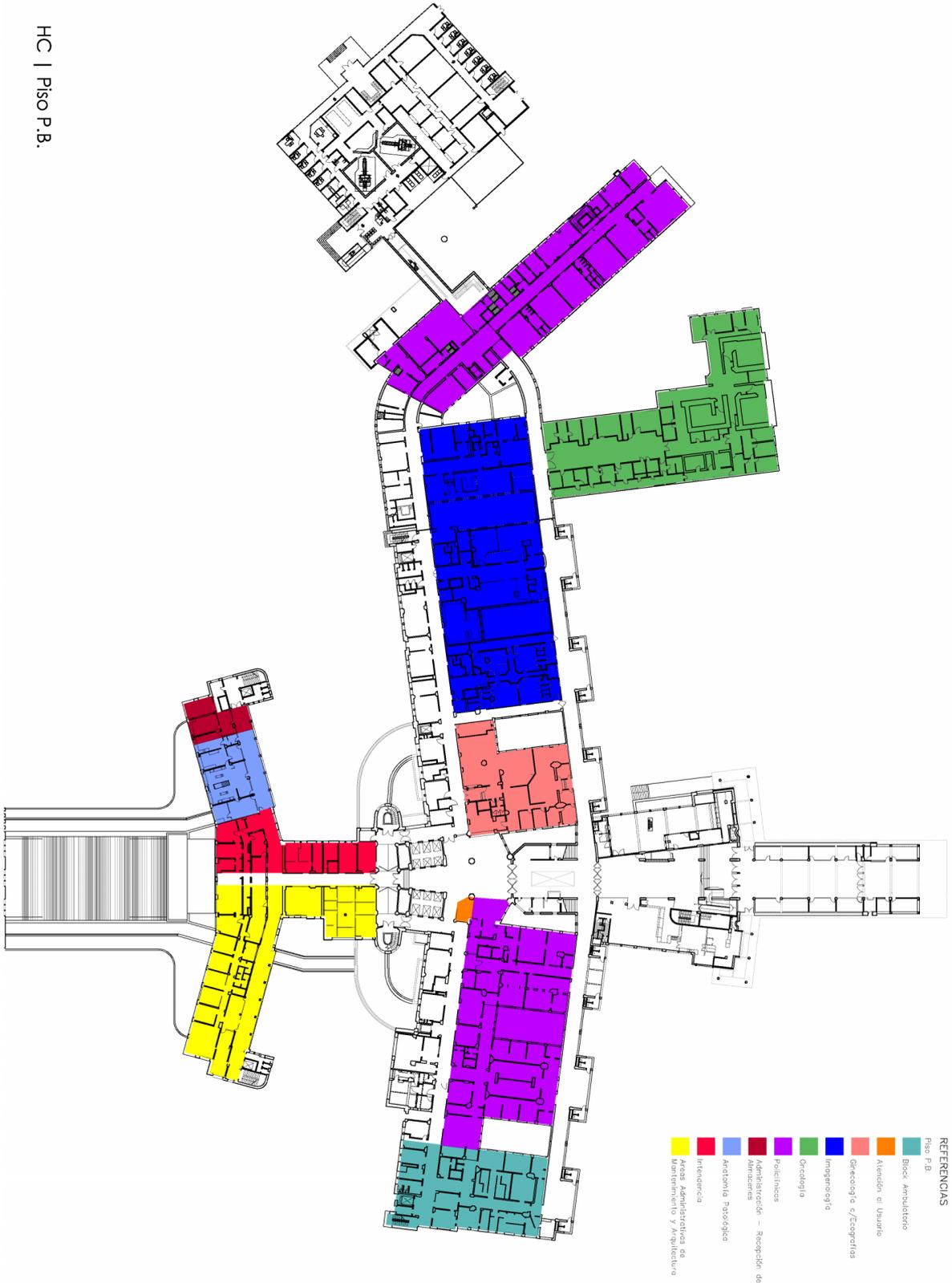


PLANTAS: SUBSUELO | BASAMENTO | PLANTA BAJA | PISO 1 | PISO 2  
VISTA FRONTAL



PLANTAS: SUBSUELO | BASAMENTO | PLANTA BAJA  
VISTA POSTERIOR





HC | Piso P.B.

