



LA INTEGRACIÓN ENTRE
FINANCIADORES Y
PRESTADORES EN EL
SISTEMA DE LA SEGURIDAD
SOCIAL ARGENTINA

CÓMO GENERAR SINERGIAS Y
VENTAJAS COMPETITIVAS PARA LOGRAR
MEJOR CALIDAD DE ATENCIÓN Y
REDUCIR COSTOS

AUTOR: DR. ANTONIO ÁNGEL CAMERANO
TUTOR: CDOR. JORGE GUTSZTAT

E D I C I O N E S

Fundación  Sanatorio Güemes

LA INTEGRACIÓN ENTRE FINANCIADORES Y PRESTADORES EN EL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL ARGENTINA

CÓMO GENERAR SINERGIAS Y
VENTAJAS COMPETITIVAS PARA
LOGRAR MEJOR CALIDAD DE
ATENCIÓN Y REDUCIR COSTOS

Autor

Dr. Antonio Ángel Camerano

Tutor

Cdor. Jorge Gutsztat

AGRADECIMIENTO

A mis padres que me enseñaron la cultura del estudio y el trabajo.

A mi esposa e hijas, por su paciencia, ayudarme a crecer, y enseñarme a vivir.

Al Cdor. Jorge Gutsztat, por su sabiduría y dedicación durante la tutoría.

Al Dr. Mario Lugones, por su nobleza, su caballerosidad, su ética, y comprensión.

A todas aquellas personas quienes de alguna u otra manera colaboraron con esta tesis, en especial al Lic. Sebastián Gómez por la paciente captura de los datos; a la Dra. Marina Khoury por sus enseñanzas en el análisis y a la Lic. Laura Lima Quintana por su tiempo y aporte bibliográfico.

A los Sres. Jorge Lobais, Agustín Tammaro y Rodolfo Aguirre por sus principios, su honestidad y por sobre todo su sensibilidad gremial.

ÍNDICE

PRÓLOGO

MARCO

INTRODUCCIÓN

ADMINISTRACION

CALIDAD DE LA ATENCIÓN

INDICADORES

INFORMÁTICA – COMUNICACIONES ÁGILES – WEB

PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

DISEÑO

POBLACIÓN

MATERIALES Y MÉTODOS

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

COROLARIO

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

PRÓLOGO

¿En qué medida la ingeniería política de un país afecta las formas producir salud? El presente intenta ser un trabajo que desde su enfoque llame al interés del lector y agregar valor a la sistemática de trabajo en la Seguridad Social. El tema no sólo es de interés actual sino también se pretende que el enfoque dado motive a los colegas relacionados con el mismo. La tutoría del Cdor. Jorge Gutztat le ha dado al documento una guía de excelencia. Se pretende que desde la lectura detenida del mismo, sus comentarios y sutiles discrepancias incite a mis pares de la Salud a buscar estrategias a largo plazo que se basen en un plan apoyado por la Gestión Clínica tanto desde su aspecto asistencial como desde la economía de la salud. Dos pilares que soportan nuestras estructuras la calidad y el costo.

Las maestrías tienen por objeto proporcionar una formación académica y/o profesional, profundizando el conocimiento teórico, metodológico, tecnológico, de gestión o artístico en el ámbito de una disciplina o área interdisciplinaria o de un campo profesional o multiprofesional.

Cuando me propuse desarrollar la Tesis me sentí muy atraído con la idea. Este proyecto me sumergió en el mundo de la Salud en el ámbito público, privado y de las obras sociales de todas las épocas y los todos los continentes. Me permitió releer libros que ya se me habían presentado en mi vida y otros que desconocía totalmente. La diversidad que hallé no se limita a cuestiones culturales o históricas, si no incluye una enorme variedad de recursos, definiciones, estructuras, emociones, entre muchos otros elementos que me han maravillado.

El orden en el cual se ha organizado esta obra sigue el esquema del formato de tesis (maestrías académicas) con el fin de hacer honor a los objetivos en cuanto a producir conocimiento útil para la formulación y análisis crítico de políticas públicas en salud y promover la pluralidad de perspectivas teóricas y metodológicas para el estudio de un área de complejidad y demanda social creciente.

Espero que disfruten la lectura tanto como yo he disfrutado de su realización.

MARCO

El proyecto se ejecutó en el marco de la Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud, Sede Fundación Sanatorio Güemes. El ámbito de realización fue la Obra Social del Personal de la Industria Textil y sus prestadores donde el autor cumple la función de Director Médico.^{1 2 3 4}

INTRODUCCIÓN

Sistema de Salud de Argentina

El Sistema de Salud de Argentina posee una organización federal, las provincias retienen su autonomía para administrar los servicios de salud. A esta estructura, desde los procesos, debe comentarse la pluralidad de iniciativas y jurisdicciones que tienden a una constante fragmentación institucional con dispersión de las decisiones. Cubierta por tres subsectores: público, seguridad social y privado. La falta de integración con los subsectores público y privado y la fragmentación al interior de cada uno de ellos completaban un escenario complejo.

Desde el punto de vista institucional, el Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional en materia de salud, compartiendo con otras instancias del gobierno nacional el área de programas sociales. Sin embargo, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud pública y con la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tengan solamente un valor indicativo, estando la adhesión a los mismos condicionada a las coincidencias en el plano político más general. A su vez, los municipios tienen a cargo la ejecución de programas y la administración de los servicios de su órbita. Las tensiones entre las regulaciones nacionales, provinciales y municipales generan un particular modo de funcionamiento del mercado y el acceso a los servicios de salud por parte de los habitantes de las diferentes regiones del país.

Por otra parte, la mayor presión sobre los recursos del sistema y del sector público en su conjunto, ha definido y puede definir importantes aspectos del sistema. A pesar de que estos sean los rasgos visibles del proceso no debe desconocerse, la profunda transformación que están transitando los aspectos solidarios del sistema.

En la actualidad, existe un consenso internacional respecto a la consideración de la seguridad social como un derecho humano inalienable, producto de casi un siglo del trabajo mancomunado de organismos internacionales relevantes, como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas (ONU), e instituciones supranacionales, como la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS).⁵

Por último, cabe señalar que la seguridad social es mencionada como un derecho en la Carta Internacional de Derechos Humanos, donde claramente se expresa: *“Artículo 22: Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.”*⁶

Las Obras sociales combinan las características de las mutualidades de grupos laborales con las instituciones del seguro social, y se orientan a remediar los efectos manifiestamente negativos de una estructura económica que presenta caracteres de distribución inequitativa de los bienes y los ingresos (INOS, 1974).⁷

Es el conjunto de medidas destinadas a garantizar el bienestar de la población trabajadora, mediante la redistribución solidaria de los aportes y contribuciones, que cada uno realiza de acuerdo a sus ingresos, instrumentada bajo la forma de beneficios económicos y servicios sociales, que cada uno recibe según sus necesidades (Arce, 1993).

No podemos tampoco negar las estructuras culturales de nuestro pueblo, donde el Sistema de la Seguridad Social fue nacido de los trabajadores. Con un principio de solidaridad tanto en su financiación, organización y prestación. Un sistema de cobertura sustentable a lo largo de su historia con vaivenes propios de la realidad Argentina. En sí, un eje vertebral de un sistema integrado universal.⁸

En un trabajo realizado en el año 2002 a pedido del Banco Mundial, se analiza el particular de la siguiente forma: "El sistema de Salud argentino se encuentra fragmentado en tres: subsistema público, privado y el de las obras sociales. A su vez, su falta de coordinación y articulación impide la conformación de un "sistema formal" de Salud y atenta contra el uso eficiente del recurso y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura (Bisang y Centrángolo, 1997:23).

La ley 23.661 crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la Salud para todos los habitantes del país. El artículo 1 de la Ley 23.660 enumera los agentes comprendidos en el Sistema del Seguro de Salud desde sus incisos a) hasta h). En su inciso h) habilita la incorporación de agentes de otra naturaleza y define como tales a aquellas entidades que no encuadrándose en la enumeración referida tengan como fin lo establecido en la mencionada Ley.⁹

Las Obras Sociales y Agentes del Seguro Registradas son: Obras Sociales Totales del Sistema Nacional del Seguro de Salud; Obras Sociales para Monotributistas; Obras Sociales para la atención del Personal de Servicio Doméstico; Obras Sociales con Régimen de Adherentes; Obras Sociales para la atención de Jubilados y Pensionados; Obras Sociales de Otra Naturaleza; Obras Sociales Sindicales; Obras Sociales Estatales; Obras Sociales por Convenio; Obras Sociales de Personal de Dirección; Obras Sociales de Administración Mixta; Asociaciones de Obras Sociales (A.D.O.S.); Obras Sociales Ley 21.476; Obras Sociales de Empresas; Federaciones; Mutuales; Obras Sociales Universitarias; Obras Sociales por Adhesión; Según la Superintendencia de Servicios de Salud 19.068.038 de personas tienen poseen cobertura (12.756.580 titulares y 6.311.458 familiares).¹⁰

En el ámbito de la salud, la década del 40 es escenario de un triple nacimiento: el de las demandas sociales de los ciudadanos que ven la atención de la salud como un derecho, el del Estado "responsable-garante" del derecho a la salud y el de las organizaciones sindicales, estatales y paraestatales que más tarde darán origen al sistema de obras sociales. Se sucedieron cambios en el mundo (coincidentes con la segunda posguerra); de creciente injerencia estatal en la planificación y administración de los servicios de salud; la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS); el impulso del concepto de salud pública como significado de la participación del Estado en los problemas sanitarios, en las áreas de interés de los asuntos públicos; se comenzó a hablar en el mundo de los derechos de la salud y de la universalización de la cobertura, etc., lo cuales tuvieron su correlato en nuestro país, pero con las características locales. A partir de 1943, en nuestro país prevalece la idea del Estado prestador, a la vez que planificador hegemónico de la totalidad de los servicios de salud. La expansión de los servicios estatales de salud, al igual que su mejor dotación en recursos humanos y materiales, convirtió al hospital público en un centro de nuevos profesionales y en un lugar de atención médica que ya no estaría destinado sólo a los "indigentes".^{11 12}

Como corolario digamos que Sistema Nacional de Seguro de Salud argentino, fue actualizado a fines de 1988 por la Ley N° 23.661: “... con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna.” (Art. 1, Ley 23.661)

Si tomamos en forma conjunta las características esbozadas en las diferentes tipologías que mencionamos anteriormente (aspectos económicos o políticas económicas de inspiración keynesiana, los relativos al paradigma de seguridad social y aquellos valores subyacentes, en tanto principios que se manifiestan en la concepción de la ciudadanía), podemos afirmar la especificidad del ESTADO DE BIENESTAR ARGENTINO que en forma concreta e históricamente está determinada por la instrumentación institucional. Este proceso de redefinición de la seguridad social, se enmarca en el escenario de aumento de desempleo, la precarización y la creciente informalidad del mercado de trabajo. Por tanto la cantidad de población protegida por la cobertura de seguros que se garantizan a través de la integración laboral disminuyeron sensiblemente y, de manera concomitante (efecto de las altas tasas de desocupación y del aumento de la inserción laboral precaria, inestable o en ‘negro’), aumentó la población dependiente, para su sobrevivencia, de las políticas de asistencia social instrumentadas por el Estado.

En este contexto, las políticas sociales se fundamentan sobre la base de nuevos principios, que pueden ser sintetizados como: focalización, privatización, descentralización, equidad, compensación. La *focalización* surge como contrapartida a la consideración de que los gastos sociales del Estado no llegaban sino en ínfima proporción a los sectores pobres, por lo que se necesitaba re direccionar los mismos. Las transformaciones acaecidas en el mundo del trabajo dejaron a un conjunto más que importante de la población, en situación de extrema vulnerabilidad social. En este escenario se verifica lo que denominamos, *la emancipación del Estado de la cuestión social*, que no es más que el resultado de descargar sobre la sociedad la resolución de la subsistencia, en el momento que el mercado se totaliza como regulador de lo social. Este proceso descansa sobre una redefinición especial en el vínculo entre Estado y sociedad que toma cuerpo en la *‘mercantilización de la ciudadanía social’*.

En este sentido, intentamos exponer cómo se realiza el pasaje de los derechos sociales comprendidos en el terreno de la ciudadanía a los mismos bajo la égida de la mercancía. Este proceso de mercantilización de los derechos sociales se mueve en dos bandas: en el nivel de las declaraciones de principios (admitiendo y reconociendo lo que algunos autores han denominado la ‘igualdad compleja’) y en el ámbito de su instrumentación, es decir la forma de acceder y garantizar los mismos. Aquí es donde las maneras como el Estado conforma su repertorio de acción (que integra diferentes procesos desde su emancipación de la cuestión social, pasando por la flexibilización legal del trabajo, la descarga en el ámbito judicial de la dimisión de los conflictos, hasta la generalización del plan social, como modo excluyente de proveer a la subsistencia de un grueso conjunto de la población), se presentan como obstáculo y límites al accionar colectivo.¹³

ADMINISTRACION

Peter Drucker, establece que toda organización actúa de acuerdo con una teoría de los negocios. Su fracaso en producir los resultados esperados es por lo común la primera indicación seria de que es necesario volver a reflexionar profundamente sobre esa teoría. Y los éxitos inesperados también son a menudo los primeros indicadores de que hay que repensarla. En efecto, sólo puede decidirse qué es una "oportunidad" si existe una estrategia. De lo contrario, no hay forma de decir qué es lo que hace que la organización avance genuinamente hacia sus resultados deseados, y qué es desvío y fragmentación de recursos. *Hablar de resultados no quiere decir dejar de tener presente los procesos.*^{14 15}

Como médula del proceso se deben diseñar incentivos, definir la canasta básica de servicios y garantizar la calidad. El mecanismo clave lo constituye la forma de pago y debe responder a los objetivos buscados por la organización articuladora. La garantía de la calidad es una función de los articuladores, pues ellos deben promover el licenciamiento, la acreditación y la certificación de sus proveedores de salud, al igual que adelantar el seguimiento a los desenlaces de las intervenciones en sus afiliados. Un tema central es la forma de contratación entre los financiadores y los prestadores. La maniobra es neurálgica debido a la necesidad de construir alianzas estratégicas y a los problemas asociados al comportamiento de los principales prestadores en aspectos como la calidad, la oportunidad y la red del servicio dispensado. *"Por ello, los aseguradores diseñan los contratos con los prestadores y con los usuarios, destacando la distribución de los riesgos y las coberturas desde una perspectiva de contratos incompletos o de difícil definición de contingencias".*^{16 17}

La ingeniería de procesos y resultados permite: a) obtener datos estadísticos más precisos, otorgando a la Obra Social la información necesaria para la toma de decisiones; b) dar a la recuperación de las prestaciones especiales la estructura necesaria para su optimización, funcionando como un sector específico dentro de la Obra Social en interrelación con el área de Facturación c) afianzar una auditoría médica de terreno y costos única; d) mantener las áreas operativas sin procesos redundantes. El Programa Médico Asistencial debe ser formulado con recursos, acciones y propósitos a disposición de los beneficiarios de la Obra Social. El mismo contempla la cobertura general según las normas y requerimientos, (para todas las Obras Sociales del sistema de las leyes 23.660 y 23.661), incorporando tecnología, métodos de diagnóstico y tratamiento que resultan necesarios para asegurar las prestaciones de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Médico y Odontológico a todos los beneficiarios pertenecientes a la Obra Social, de conformidad a la Resolución N° 083-2007 SSSalud en complemento a la Resolución N° 1991-2005 del Ministerio de Salud (PMO).

Para diseñar y desarrollar estrategias dirigidas a disminuir la incidencia y mortalidad de las distintas enfermedades, es necesario conocer los mecanismos fisiopatológicos que intervienen en la población beneficiaria y también identificar las circunstancias que favorecen el desarrollo y aceleración de las enfermedades. Se determinarán los factores de riesgo y se clasificarán en modificables (En el caso de los factores de riesgo cardiovascular: Colesterol, Tabaquismo, Presión arterial, Factores psicosociales y estrés, diabetes, obesidad) y no modificables (En el mismo caso: edad, sexo, predisposición genética) y en predisponentes y condicionales.¹⁸

La oportuna detección de los factores de riesgo en la población, permite identificar a las personas en quienes se deben extremar los aspectos informativos de la Prevención Primaria (Educación para la salud, cambio de hábitos y estilos de vida) y las medidas de tratamiento y control de la Prevención Secundaria; todo ello con la finalidad de disminuir los índices de morbimortalidad. Montar sistemas de vigilancia, utilizando el registro sistemático y monitoreo continuado de las variables predictores en el contexto de una Historia Clínica.

Desarrollar políticas activas, para integrar sobre el mismo sistema asistencial, el cuidado de la salud y las enfermedades agudas y crónicas, promoviendo homogeneidad y fluidez de información a lo largo de la red prestacional. Desarrollar sistemas longitudinales e integrados para el cuidado de la salud con controles adecuados (alarmas). Se deben implementar al mismo tiempo, sistemas de monitoreo y control de procesos y resultados para evaluar el impacto de los programas, haciendo foco en las modificaciones de efectividad con impactos poblacionales relevantes. Para ello, se implementarán procedimientos para la medición de procesos y resultados de la calidad del cuidado médico. También, se deben medir rutinariamente los cambios de la calidad de vida y la calidad percibida.¹⁹

CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La calidad de la atención ES UNO DE LOS CUATRO DERECHOS A LA SALUD junto a la Disponibilidad; Accesibilidad y Aceptabilidad. (OMS – 2013). Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico - médico y ser de buena calidad. El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y *de calidad satisfactoria*.²⁰

Donabedian diseñó el concepto de calidad y comenzó por evaluar las relaciones entre cantidad y calidad de la atención, beneficios y riesgos, calidad técnica y calidad interpersonal, calidad individual y calidad social. Considera que no es posible dar una sola definición de calidad que abarque todos los aspectos. No obstante, si se entiende la atención médica como la aplicación de la ciencia y la tecnología al manejo de un problema personal de salud, la calidad puede entenderse como: *“El tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”*.²¹

Entonces, ¿Qué es calidad? Es hacer lo correcto, en forma correcta. A tiempo, todo el tiempo; Desde la primera vez; Mejorando siempre; Innovando siempre y Siempre satisfaciendo a nuestros clientes siendo sus dimensiones la humana, la técnica y del entorno.²²

EN UN SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD UTILIZAMOS

Variables (cuantificables); es decir el tiempo, los volúmenes y las etapas de respuesta

Atributos (no cuantificables); asociadas a los factores: si/no, falla, no falla.

Número de defectos; sindicado a la falla o en alguna de las etapas del proceso.

Se afirma que los productos con un nivel superior de atributos poseen mayor calidad que los niveles inferiores, es decir, los atributos son diferentes y que la calidad no radica en los mismos; así que no se debe confundir la calidad con el lujo (clase) o niveles superiores de atributos, sino con la obtención regular y permanente del bien o servicio ofrecido a los clientes. ISO 9000 designa un conjunto de normas sobre calidad y gestión continua de calidad, establecidas por la Organización Internacional para la Estandarización (ISO). Se pueden aplicar en cualquier tipo de organización o actividad orientada a la producción de bienes o servicios. Las normas recogen tanto el contenido mínimo como las guías y herramientas específicas de implantación, como los métodos de auditoría.^{23 24}

UTILIZAMOS LOS SIGUIENTES TIPO DE INTERVENCIONES

Medidas correctivas

Medidas preventivas

Mejorar la productividad controlar los costos

Cumplimiento del programa nacional de garantía de calidad

UTILIZAMOS LAS SIGUIENTES DECISIONES POST RESULTADOS

Evitar el error médico

Desarrollo de Normas de Atención (protocolos)

Adecuar los recursos económicos

Adecuar a la Responsabilidad y la ética

Apuntar a la sustentabilidad del sistema

Implementar medidas de Seguridad

Vigilancia y Seguimiento de los procesos

Consideramos que para el monitoreo de la CALIDAD CLÍNICA, el objetivo es desarrollar una metodología apropiada que consiste EN LA RECOLECCIÓN SISTEMÁTICA DE INFORMACIÓN QUE SIRVA PARA LA TOMA DE DECISIONES, la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. Se requiere de indicadores de procesos y resultados sobre la efectividad de los servicios. Los indicadores de calidad constituyen uno de los pilares fundamentales de los sistemas de mejora continua. Su creación e implementación impone desafíos metodológicos para asegurar la validez, confiabilidad y utilidad de las mediciones. El monitoreo es una de las herramientas de evaluación que tiene una organización para asegurar que sus recursos sean utilizados con el máximo de eficiencia para responder a los objetivos fijados. Entendiendo por Eficiencia (en este caso) al logro de la mejor calidad al menor costo posible en términos de dinero, recursos o insumos y tiempo. El monitoreo está considerado como uno de los más importantes instrumentos de gestión y garantía de calidad de una organización, cualquiera fuere su naturaleza. En nuestro país, algunos de los indicadores de vigilancia de los procesos administrativos y técnicos han sido los que tradicionalmente utilizó la auditoría médica bajo el nombre de "operatoria".

La calidad cuesta, pero es más cara la no-calidad. Considerablemente más cara. La idea equivocada de que la calidad es más costosa, viene por no medir el costo de la mala calidad y, si no se mide, no se puede controlar. Algunas de las consecuencias que genera son: Duplicar procesos; Almacenar excedente innecesarios; Repetir trabajos; Generar costos por servicios de garantía; Irritar a los cliente y proveedores; Costos judiciales por reclamaciones. Por otra parte los como Definiciones debemos enunciar: Costos para la calidad (CPC): Costos totales asociados a las actividades necesarias para alcanzar los objetivos de calidad. Este concepto incluiría los costos de la no calidad ° Costos de la no calidad (CNC): Consecuencia económica que ocasionan los fallos de calidad.²⁵

Como se puede observar, el paso de las prestaciones integrales, universales e igualitarias perseguidas por la Ley de Seguro de Salud a la garantía de servicios básicos de salud impuesta por la emergencia sanitaria ha implicado un cambio de paradigma notable. Como consecuencia de ello, enfrentamos actualmente un sistema desordenado, heterogéneo, ineficaz, ineficiente y con escasas probabilidades de brindar una atención integral y universal adecuada para satisfacer el derecho a la salud de la población argentina. Actualmente, y según datos del último censo nacional (2010), alrededor de 14 millones de habitantes no poseen cobertura médica (ó dicho el léxico de Salud Pública poseen cobertura del ESTADO y por ello deben recurrir al sistema público que posee las debilidades que detallamos. Hecho que se interpretaría como una entelequia. (Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.)²⁶

Con respecto a la relación entre obras sociales y proveedores, en la actualidad no existe un modelo único de trama institucional. Depende de la naturaleza, estrategias y capacidades de los actores (que lideran los distintos modelos de tramas institucionales) para definir los mecanismos de asignación de recursos (precios, productos y distribución del riesgo) y regular el modelo de atención médica. Estas nuevas redes condicionan los modelos de organización de los servicios de salud a través de cambios en las formas de regulación de prácticas, mecanismos de contención de costos a través de medidas administrativas, formas de coordinación de servicios, el desarrollo y rol del primer nivel de atención y la introducción de herramientas de gestión y control del desempeño de los servicios. Por estos motivos, las condiciones de accesibilidad de los servicios de la seguridad social dependen de las características de la trama de servicios. Asimismo, estos modelos de tramas integradas se diferencian por los segmentos de la población asegurada (por el nivel de aportes al sistema de seguridad social y capacidades diferentes de pago). Por lo tanto, la evolución de las diferentes tramas condicionan las posibilidades de acceso a la población en forma distintiva en función de sus condiciones económicas.^{27 28 29}

INDICADORES

Existen instrumentos de medición con los que cuentan las Obras Sociales y su órgano rector (Superintendencia de Servicios de Salud). La necesidad de control efectivo de las regulaciones constituye otro problema que enfrenta la Superintendencia. En este sentido puede observarse una situación en que a pesar de la existencia de normativa adecuada no se avanza en su cumplimiento efectivo, y termina prevaleciendo la propensión a limitarse al mero registro. Así ocurre con las pautas que regula la Resolución 650/97 producida por la ex ANSSAL. Esta regulación establece el tipo de información que las obras sociales están obligadas a remitir a la Superintendencia: padrones actualizados, capacidad instalada de las entidades, estadística de prestaciones e indicadores de uso y de morbilidad de sus poblaciones. Como la propia normativa establece, estos elementos deberían aportar al logro de un sistema de información gestionado por la Superintendencia, *pero no sólo no aparece claro el grado de cumplimiento de la norma por parte de las obras sociales, tampoco la agencia dispone de las capacidades técnicas para procesar esta información con un alcance mayor que el de su simple recopilación.* ^{30 31}

No obstante, aquí es conveniente reconocer que la Superintendencia ha producido avances importantes en cuanto a recopilación y difusión de información, comparado con lo que fue habitual en la historia del sistema. Esto se hizo evidente con la publicación a mediados de 1999 de un segundo informe conteniendo información general del sistema de obras sociales. En este informe se presenta información sobre población beneficiaria, producción y cobertura prestacional, así como niveles de ingreso y gasto de cada obra social.³²

En relación a la mencionada cabe repasar algunos puntos fundamentales: Según se define trata de una Normativa referida a Actualización de Población Beneficiaria. Estadísticas de Prestaciones Médicas. Relevamiento de Recursos Humanos afectados a las Prestaciones Médicas en Establecimientos Propios de las Obras Sociales. Recursos Físicos y Equipamiento Seleccionado afectado a Prestaciones Médico-Asistenciales.

SON SUS ANEXOS AMPLIAMENTE DETALLADOS:

Registro de Consultas Médicas Ambulatorias

Registro de Prácticas Especializadas Seleccionadas Ambulatorias

Registro de Egresos Hospitarios y Sanatoriales³³

Estos indicadores varían de acuerdo con el tipo de morbilidad y demanda, pero además están muy influidos por las modalidades contractuales vigentes en el sistema. En este sentido una modalidad por cápita mostrará valores casi fijos, en cambio en una modalidad contractual de pago por prestación existirán amplias variaciones. Los valores observados muestran variaciones muy amplias dependientes del tipo de institución y del plan de cobertura ofrecida. Incluye todos los gastos originados durante la internación cubiertos por el programa: cirugías, honorarios, prácticas, medicamentos, insumos, gastos sanatoriales, cuidados críticos y hospital de día.

Estos indicadores tienen características similares al indicador de prácticas por consulta. En el ámbito operativo se trata de un análisis fundamental que se debe realizar médico por médico, especialidad por especialidad, para detectar problemas individuales o grupales que darán origen a sus correspondientes medidas correctivas. En el ámbito de las gerencias servirán para: establecer desvíos, revisar y/o actualizar el vademécum y formularios de prescripción, determinar nuevas formas de contratación de servicios, tomar medidas destinadas a controlar el gasto y para estimar costos. También sirven para evaluar la conducta prescriptiva de los médicos en relación con el diagnóstico y la etapa evolutiva de un proceso clínico ("monitoreo de calidad clínica").

El uso de estándares de utilización ambulatoria puede permitir el monitoreo en Salud con información prestacional y de gasto. Uno de los principales aspectos de la metodología analítica es el de establecer que los mismos reduzcan el volumen de datos; los desfavorables tienen una mayor capacidad para evidenciar diferencias comparativas, y mayor validez ya que eluden sesgos permisivos y muestran mejor los problemas. Tales criterios fueron utilizados para evaluar calidad y utilización de recursos en pacientes hospitalizados. EL OBJETIVO ES DESARROLLAR UNA METODOLOGÍA APROPIADA. La desarrollada para el análisis de costos se centra en la determinación de la expansión de gastos, generada desde la consulta médica, tanto sea ella de generalistas como de especialistas.

Se tomaron como base estadísticas de consumo para una población representativa en número y distribuida; se elaboraron formulas polinómicas relativas a la razón de interconsultas, prácticas, prestaciones por un cierto número de consultas. A partir del análisis comparativo de los resultados se establecen los estándares que se traducirán en indicadores testigo para el seguimiento del proceso de atención médica.

CONTROL EFECTIVO DE LAS PRESTACIONES

Los datos reales surgen de la factura del prestador por el módulo convenido sumado a las exclusiones ó excedentes por lo que obtenemos un valor REAL. Es aquí donde interrelacionamos la obtención de los indicadores con el sistema informático (facturación). LO QUE CORRESPONDE AL MÓDULO REAL Ó RESULTANTE.

El confrontar los estándares obtenidos con los resultados de campo detecta los subestándares (desvíos negativos) y actuar sobre ellos para introducir los mecanismos correctivos correspondientes. Como subproducto, los estándares obtenidos constituyen herramientas útiles para la confección de presupuestos flexibles base cero.³⁴

El monitoreo es una de las herramientas de evaluación que tiene una organización para asegurar que sus recursos sean utilizados con el máximo de eficiencia para responder a los objetivos fijados. Está considerado como uno de los más importantes instrumentos de gestión y garantía de calidad de una organización, cualquiera fuere su naturaleza. Uno de los principales resultados del monitoreo es el rediseño del sistema mismo, como consecuencia de la identificación de los factores de perturbación. De esta forma se constituye el ciclo de la calidad descrita por Donabedian A. (1997): DISEÑO, MONITOREO, Y REDISEÑO.

Conviene recordar uno de los conceptos de A. Donabedian sobre calidad de la atención médica: "el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles", que es complementado, por el mismo autor, con la identificación de los elementos o atributos que incluye esa concepción: equidad, efectividad, eficacia, eficiencia, aceptabilidad y legitimidad. La aplicación del monitoreo permite disponer de información e índices derivados de los procesos administrativos, posibilitando un análisis más racional de los mismos. Para mejorar ese monitoreo será necesario contar con *un conjunto de indicadores que abarquen la problemática en toda su extensión.*

INFORMÁTICA – COMUNICACIONES ÁGILES – WEB

Los OBJETIVOS del sistema informático son obtener al final del proceso tanto de autorizaciones como de liquidaciones (facturación) la información necesaria para el conocimiento de los gastos y consumos de la Obra Social y la toma de decisiones. LA INFORMÁTICA ES UNA HERRAMIENTA ó mejor expresado un conjunto de herramientas.³⁵

El sector sanitario está evolucionando debido a los nuevos entornos económicos, organizativos, demográficos y sociales. De hecho, la sanidad está cambiando de acuerdo a los factores que están influyendo e impulsando la transformación del modelo sanitario. Sin embargo, actualmente tanto el ciudadano como el profesional son protagonistas activos que aportan y consumen información e interactúan de manera no presencial. Los ciudadanos interactúan con otros ciudadanos; los profesionales lo hacen con otros profesionales y ambos generan conocimiento en la cadena asistencial: el ciudadano aumenta su noción sobre su estado de salud, prevención, y tratamiento, mientras tanto el profesional maximiza la aportación de valor pues se concentra en la aplicación de su conocimiento especializado.

Así pues, todos estos agentes hacen que el concepto de Sanidad evolucione hacia un término más global y próximo al de Salud, en el cual se aúnan en su significado informaciones provenientes tanto de la parte asistencial como de la socio sanitaria y laboral, que son reclamadas por los ciudadanos; y en el que, gracias al apoyo de una acelerada transformación tecnológica, ha dado lugar a la corriente de comunicación.

La informática y los medios electrónicos actualmente son el soporte inevitable de la información, en particular cuando es voluminosa, como la que debe manejar quien desea monitorizar un sistema de salud. Es más, presta gran ayuda al momento de sistematizar rutinas o hacer vigilancia bajo determinados estándares.

Desde el punto de vista de la información básica, los aspectos demográficos prioritarios son los estructurales: magnitud y distribución interna por edad y sexo Configuran el principal factor condicionante de la demanda de prestaciones y se refieren a la pirámide de población que es la forma gráfica de presentar esa estructura. De ella depende fuertemente la cuantía y calidad de los problemas a resolver, a la vez que, en un proyecto inteligente, configura el principal recurso para orientar las soluciones. La relación económica se rige por acuerdos arancelarios incluidos en los contratos que dan origen a las operatorias de facturación, generalmente mensuales, que proporcionan información económica y estadística sobre la cantidad de prestaciones.

Muchas veces la información de la facturación es la única disponible sobre producción. En estos casos se requiere un especial análisis para ser considerada como estadística de producción real, así como para compatibilizar las unidades de medida utilizadas. Sin embargo es información relevante para valorar el funcionamiento económico del sistema. El seguimiento y monitoreo de los sistemas de facturación, auditoría, imputación y pago tienen operatorias propias e integran la temática del monitoreo operativo.^{36 37}

El sistema tanto de autorizaciones como de liquidaciones debe ser diseñado con el objetivo de que se constituya en una herramienta integral de control, gestión e información, que facilita la toma de decisiones. Parte indiscutiblemente de una decisión política de las autoridades de la Obra Social.

Debe procesar la información que ingresa (input) y obtener datos analizables y contrastables. En ese sentido se hace necesario que si bien debe cumplir con todos los requisitos, requiere del interés, compromiso y conciencia de los usuarios a la hora de desarrollar correctamente su tarea e ingresar los datos de manera correcta. No cabe el desarrollo del mismo sin la presencia de un manual operativo para darles a los usuarios una idea integral del funcionamiento del mismo y de sus objetivos, para reducir al mínimo cualquier posibilidad de error.

En ese sentido toda factura (*input con módulo y extra módulo*) que sea ingresada al sistema de liquidaciones y toda orden que lo sea al de autorizaciones será procesada y cargada siguiendo parámetros definidos para la imputación correcta de datos, que permita obtener al final del proceso una Matriz, que sea capaz de brindar los datos más cercanos a la realidad posibles. En definitiva y a modo de ejemplo, se trata de que partir del Tablero de Control se pueda obtener una fotografía (Matriz) o diferentes fotografías según los encuadres prestacional, económico y financiero, etc. del estado actual de la Obra Social.

Si bien esta fotografía o Matriz, solo será parcial y significará un instante ínfimo en una organización en constante movimiento y con procesos que la atraviesan continuamente, la misma se constituye en una herramienta importante que no debe ser dejada de lado y que junto con otras informaciones son sumamente útiles para la toma de decisiones, para la fundamentación de las mismas y para el MONITOREO del sistema financiador prestador.

El FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA, será operado por cada área ya sea Autorizaciones –fundamentalmente la Mesa Operativa y la Auditoría Médica – o en el sector - Liquidaciones de la Organización-, al cual llegarán todas las facturas. El sistema deberá ser desarrollado de manera que pueda ser modificado ante requerimientos operativos o ajustes (plasticidad), y en que la información que brinde pueda estar al alcance del usuario en el momento y en el lugar que se encuentre. Para ello el sistema debe correr bajo la tecnología Web Enabled, lo que va a permitir el acceso a la información y a los comandos principales y más importantes desde cualquier PC con CONEXIÓN a Internet.

De esta manera, ante cualquier imprevisto, complicación o catástrofe, mientras los servidores colectores de información y su resguardo, el acceso a la información y los procesos cruciales nunca será restringido. A modo de ejemplo si una Autoridad de la Obra Social se encuentra en cualquier punto del país y necesita poseer un informe estadístico que el sistema pueda brindarle, su mayor preocupación será encontrar una PC con acceso a INTERNET ya que una vez resuelto la información estará disponible.

La parte que compete específicamente a la imputación y carga de datos es desarrollada bajo la tecnología cliente-servidor, para facilitar la unidad de carga, teniendo en cuenta el cúmulo de información que debe manejar la organización. Se propone armar un cuadro o matriz de acuerdo a lo expuesto donde tenga LOS N PRESTADORES, LOS N INDICADORES DE CALIDAD Y EL PRECIO POR PRESTACIÓN, de esta manera puedo determinar la Eficiencia del prestador. Entonces se podrá determinar que en este Universo hay indicadores de calidad que son más importantes que otros. De esta manera podrían incorporarse valores para cuantificarlos.

En la actualidad, la palabra administrar lleva implícitos los conceptos de servir, mandar, ejecutar, coordinar y dirigir, para que éstas tareas puedan llevarse a cabo, es necesario contar con una estructura de organización diseñada de tal manera que sea perfectamente clara, para que todos conozcan quién es el responsable por cada uno de los resultados de las áreas que componen la Obra Social. El desafío de la auditoría médica como herramienta, es poder evaluar este proceso en su conjunto en cada institución, de modo tal que pueda ser objetivado y comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas, es decir ser un instrumento para apuntar a mejorar el financiamiento, la equidad, la calidad, la eficiencia y la universalidad de la cobertura del Sistema de obras sociales.³⁸

PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

El negocio de la salud atraviesa una situación de crisis que obliga a los distintos sectores como prestadores, financiadores (Obras Sociales en este caso) a repositionarse, y proponer nuevas estrategias.^{39 40 41 42}

Siguiendo a Henry Mintzber, una de las cinco definiciones estratégicas es considerar a la estrategia como un plan, un curso de acción conscientemente determinado, una guía para abordar una situación específica. Un plan puede encontrar resistencias pero puede ser altamente proactivo. Una estrategia posible puede incluir algún grado de integración entre prestadores y el financiador. El análisis económico financiero del sector obliga a extremar los recaudos sobre los consumos sin resentir la calidad, y una forma que se propone en el ámbito de la Seguridad Social Sindical es la de trabajar prestador y financiador en forma integrada lo que puede generar sinergias y ventajas competitivas para lograr mejor calidad de atención.^{43 44}

La evaluación, la utilización adecuada de criterios, indicadores y estándares acompañados de otros procedimientos y herramientas pertinentes, constituye un instrumento poderoso para sustentar y mejorar la gestión en las instituciones.^{45 46 47 48}

Desde el punto de vista del financiador, conocer los prestadores, qué patologías atienden y qué están prescribiendo puede permitir incrementar la eficiencia del sistema que se hace más difícil de evaluar sin una metodología definida en la medida que se abra el abanico de prestadores. Más aún, al dispararse los costos de la atención médica, es indispensable disponer de elementos precisos para orientar al decisor del financiador y a los dirigentes sobre la calidad de los servicios a contratar y para establecer pautas de acreditación.^{49 50 51} (Meso y Microgestión).

Existen instrumentos de medición con los que cuentan las Obras Sociales y su órgano rector (la Superintendencia de Servicios de Salud). La necesidad de control efectivo de las regulaciones constituye otro problema que enfrenta la Superintendencia. En este sentido puede observarse una situación en que a pesar de la existencia de normativa adecuada no se avanza en su cumplimiento efectivo, y termina prevaleciendo la propensión a limitarse al mero registro. Como la propia normativa establece, estos elementos deberían aportar al logro de un sistema de información, pero no sólo no aparece claro el grado de cumplimiento de la norma por parte de las obras sociales, tampoco la agencia dispone de las capacidades técnicas para procesar esta información con un alcance mayor que el de su simple recopilación.⁵²

El diseño y construcción de un instrumento de medición en salud constituye un proceso complejo en el que confluyen múltiples disciplinas y metodologías. El monitoreo y la evaluación en la ejecución de programas requiere un abordaje técnico particular, que permita que aporten elementos consistentes, y al mismo tiempo actúen como una herramienta de alta gerencia. Medir grado de cumplimiento, impactos y resultados en este campo necesita de metodologías adecuadas que junto a las dimensiones cuantitativas, den cuenta de aspectos cualitativos. Al mismo tiempo los sistemas de medición deben estar funcionando en "tiempo real", para que sus productos puedan ser incorporados a la toma de decisiones gerencial. Esa incorporación se asegura estableciendo mecanismos apropiados de procesamiento y análisis de los productos de monitoreo y evaluación en la organización. El proceso es aún más complejo si se pretende que el instrumento sea útil para facilitar la integración entre financiador y prestadores.^{53 54}(Mesogestión).

Utilizando los indicadores propuestos, pueden instrumentarse medidas que conlleven a un sistema con monitoreo de calidad constante que permita un consenso de negociación entre el financiador y el prestador a la que puede sumarse un plan estratégico que contemple un Conjunto de Indicadores Sobre Procesos y Resultados; determinar el Prestador Eficiente versus no Eficiente; (Esquema de Eficiencia del Prestador); Comunicaciones ágiles; con el fin de establecer en conjunto Mecanismos Ideales; Toma de Decisiones Anticipando el Suceso; Buena Atención y Costos Manejables. Los contratos deben ser consensuados científicamente como primer paso, luego evaluar los costos de éstos, estableciendo con claridad los desvíos posibles en dichos costos. Suprimir la estructurada pugna entre el que paga y el profesional de la salud y establecer la discusión en los términos correctos evitaría un altísimo porcentaje de recursos de amparo que, es sabido, son presentados y emitidos sin una consulta académica previa. ^{55 56}

OBJETIVOS

El objetivo general del estudio es definir y proponer una serie de indicadores básicos que sean útiles para el monitoreo de la calidad en los servicios de salud, dando mayor preferencia a aquellos que tengan más impacto social y/o económico, por lo que faciliten el arribar a un consenso financiador – prestador tendiente a la integración del sistema de salud.

Objetivos Específicos

Los objetivos específicos son evaluar la factibilidad de construir y monitorear indicadores de calidad de atención y eficiencia en prestadores de una Obra Social Sindical e identificar indicadores que favorezcan más la integración prestador-financiador.

DISEÑO

Se realiza un estudio exploratorio retrospectivo utilizando datos generales de todo el país y particulares de la obra social, a fin de establecer las diferentes características de los prestadores.

Se calculan indicadores que cumplan los requisitos del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. Resolución 54/2003 (PNGCAM). Los indicadores se expresan como Razones al cierre de cada mes en base a los datos del registro de procedimientos de la Obra Social del 2013, siguiendo su evolución mensual.

Se aplican técnicas cualitativas con informantes clave de instituciones prestadoras para comprender la adecuación o no de cada uno en el proceso de integración prestador-financiado.

POBLACIÓN

Criterios de inclusión:

Prestadores del Conurbano Bonaerense y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que internaron afiliados de la Obra Social durante el año 2013.



Figura 1: MAPA DE LOS PRESTADORES DEL ÁREA (GESTIÓN TERRITORIAL).

La oferta de salud de la Región Metropolitana de Buenos Aires ha crecido de forma absolutamente descoordinada tanto a nivel público como privado. Se configura de esta manera una sobreoferta de servicios con un pobre ó mediano desempeño.⁵⁷

Es por ello amerita presentar un mapa territorial de los prestadores del área. (Gestión territorial). Esto significa, garantizar que frente a un conjunto esencial de problemas de salud, todos los afiliados de la región tendrán respuestas equitativas.

SI BIEN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SON LOS PRESTADORES DE LA JURIDICCIÓN METROPOLITANA, cabe describir que la relación de la misma comprende el 59% de los afiliados del país que consume el 62% del presupuesto de la OS (excluyendo las capitas nacionales a saber: HIV, Psiquiatría - Psicología, Farmacia 40%, 70% y PMI) con prestadores contratados por módulos que consiste en la aplicación de un sistema mixto en el cual se convienen prestaciones que lo integran (incluidas) a un monto fijo y exclusiones (excedentes) que requieren un sistema de pago por prestación. Este modelo incluye a un amplio espectro de prestaciones que van desde la llamada consulta vestida (consulta más prestaciones de alta utilización para el diagnóstico de patologías prevalentes en cada especialidad) hasta provisión de servicios de la más alta complejidad como medicamentos catástrofe, procedimientos nuevos ó específicos para caso médico, cirugías cardiovasculares o neurológicas, etc., A ellos los denominamos EXCEDENTES ó EXCLUSIONES. Los riesgos recaen alternadamente en prestador o financiador si las tasas de uso son mayores en las prestaciones incluidas o excluidas en el Módulo, de ahí la importancia de este trabajo para ajustar lo convenido.

Este modelo de contratación y pago tiende a la subprestación de las prácticas incluidas y sobreprestación de las excluidas. Promueve la eficiencia en la prestación de servicios incluidos en los módulos. Requiere un elevado gasto administrativo al controlar las prestaciones, para garantizar la calidad de la prestación."⁵⁸

Se define prestador del servicio médico a aquella persona jurídica (sociedad comercial, asociación civil, fundación, Obra Social, etc.) que se dedica a brindar un servicio consistente en atender la salud de otras personas. Este servicio puede realizarlo directamente o por intermedio de sus dependientes y/o auxiliares autónomos. De tal manera, prestador del servicio médico será, según el caso, una clínica privada, un Hospital Público, etc. En cambio, se entiende como Financiador del servicio médico a aquella persona física o jurídica que desee recibir un servicio consistente en la atención de su salud o la de terceros.^{59 60}

Las camas de dotación totales son 1287, todas instituciones son generales y una monovalente materna infantil.⁶¹ (Año 2013).

Estas camas son las asignadas al establecimiento por la autoridad competente, instaladas y dispuestas las 24 horas del día para la hospitalización de pacientes, que funcionan regularmente en períodos de actividad normal. La dotación no está afectada por fluctuaciones temporales, es decir camas que se agregan o que se quitan por períodos cortos.

Se analizará a todos los Prestadores por lo que no habrá un muestreo ni cálculo de tamaño de la muestra.

MATERIALES Y MÉTODOS

La Obra Social cuenta con un sistema informático de autorización y facturación donde se registran en una base. Se identificarán los datos que permita calcular una serie de indicadores, en su mayoría extraídos del PNGCAM.⁶²

INDICADORES

Razón de prácticas ambulatorias de laboratorio por consulta.

Razón de ecografías ambulatorias cada mil consultas.

Porcentaje de Radiografías ambulatorias por consulta (excluido del PNGCAM)

Porcentaje de Tomografías Computadas (TAC) ambulatorias por consulta (excluido del PNGCAM)

Porcentaje de Resonancias (RNM) ambulatorias por consulta (excluido del PNGCAM)

Porcentaje de consultas de guardia o de urgencia.

Promedio días de estada de los egresos.

Porcentaje de cesáreas.

Porcentaje de reingresos no programados por co-morbilidad dentro de los 30 días del egreso.

Porcentaje de derivaciones (excluido del PNGCAM).

INDICADORES DE PRESTADOR POR TIPO DE INTERNACIÓN.

Día clínico, valor día promedio, estadía promedio.

Día clínico pediátrico, valor día promedio, estadía promedio.

Día quirúrgico, valor día promedio, estadía promedio.

Día quirúrgico pediátrico, valor día promedio, estadía promedio.

Día parto por prestador, valor día promedio, estadía promedio.

Día cesárea, valor día promedio, estadía promedio.

Día neonatológico, valor día promedio, estadía promedio.

Día UTI - UCO (UTI-polivalente), valor día promedio, estadía promedio.

Porcentaje de Débitos.

Re – Internaciones y Re – Citaciones.

Denuncias.

RAZÓN DE PRÁCTICAS AMBULATORIAS DE LABORATORIO POR CONSULTA.

Se refiere a los análisis clínicos efectuados en todos los laboratorios del establecimiento, solicitados por los profesionales a pacientes ambulatorios. Fórmula: Numerador: Comprende el total de las prácticas de laboratorio, efectuadas a pacientes ambulatorios en un período. Denominador: Es el total de consultas ambulatorias (urgencia, programadas o espontáneas) efectuadas por el establecimiento, en el mismo período. Incluye: consultas de urgencia a guardias y programadas en todas las especialidades. Las determinaciones efectuadas en todos los laboratorios del prestador. Excluye: consultas domiciliarias. Fundamento: Se trata de indicadores que señalan la conducta prescriptiva de los profesionales respecto del uso de las tecnologías diagnósticas. Los resultados permiten comparar comportamientos entre profesionales que pudieran estar relacionados con una adecuada aplicación de los conocimientos científicos, de la disponibilidad y capacitación del personal y de los sistemas de apoyo, pero también con otros factores, como los mecanismos de retribución profesional.

RAZÓN DE ECOGRAFÍAS AMBULATORIAS CADA MIL CONSULTAS.

Son las ecografías ambulatorias efectuadas por el servicio de diagnóstico por imágenes y las que eventualmente efectúen otros servicios especializados. Fórmula: Numerador: Total de ecografías efectuadas en un período. Incluye: Totalidad de ecografías efectuadas por los distintos servicios salvo los excluidos. Denominador: Es el total de consultas ambulatorias (urgencia, programadas o espontáneas) efectuadas por el establecimiento, en el mismo período. Excluye: Consultas domiciliarias. Fundamento: Este indicador complementa el anterior.

PORCENTAJE DE RADIOGRAFÍAS AMBULATORIAS POR CONSULTA (EXCLUIDO DEL PNGCAM)

Esta razón si bien no está expresada en los indicadores básicos, se aplican los mismos criterios de inclusión a saber Fórmula: Numerador: Comprende el total de las prácticas de radiología, efectuadas a pacientes ambulatorios en un período. Denominador: Es el total de consultas ambulatorias (urgencia, programadas o espontáneas) efectuadas por el establecimiento, en el mismo período. Incluye: consultas de urgencia a guardias y programadas en todas las especialidades. Excluye: consultas domiciliarias. Fundamento: Este indicador complementa el anterior.

PORCENTAJE DE TOMOGRAFÍAS (TAC) AMBULATORIAS POR CONSULTA (EXCLUIDO DEL PNGCAM)

Esta razón si bien no está expresada en los indicadores básicos se aplica los mismos criterios de inclusión.: Este indicador complementa el anterior. No afecta el análisis de los perfiles médicos de especialidades básicas sino de otras más complejas y de pacientes crónicos (neurología)

PORCENTAJE DE RESONANCIAS (RNM) AMBULATORIAS POR CONSULTA (EXCLUIDO DEL PNGCAM)

Esta razón si bien no está expresada en los indicadores básicos se aplica los mismos criterios de inclusión. : Este indicador complementa el anterior. No afecta el análisis de los perfiles médicos de especialidades básicas sino de otras más complejas y de pacientes crónicos (neurología)

PORCENTAJE DE CONSULTAS DE GUARDIA O DE URGENCIA.

Se refiere a la distribución de consultas de guardia o urgencia sobre el total de consultas de la institución. Fórmula: Numerador: Total de Consultas de Guardia o de Urgencia de un Periodo X 100. Denominador: Total de Consultas del mismo periodo. Incluye: las consultas médicas por cualquier causa atendidas en los servicios de urgencia o guardia a pacientes ambulatorios. Excluye: prestación de enfermería en la guardia a pacientes ambulatorios. Fundamento: Este indicador señala la existencia o no de desvíos en la distribución de consultas. La existencia de los mismos podría estar indicando fallas en la provisión de servicios programados y de la atención ambulatoria de primer nivel, una escasa cobertura real y la consecuente inequidad en la atención.

PROMEDIO DÍAS DE ESTADA DE LOS EGRESOS.

Se obtiene de la suma de los días de estada de los pacientes egresados en el período, sobre el total de egresos para el mismo período. Fórmula: Numerador: Total de días de estada de los egresos de un período. Denominador: Total de egresos en el mismo período. Fundamento: Este indicador describe la permanencia en la institución de pacientes internados. Al igual que el indicador prácticas por consulta señala los procesos de atención, esta vez, de la institución respecto del uso de tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Los resultados permiten comparar comportamientos entre instituciones que pudieran estar relacionados con una adecuada aplicación de los conocimientos científicos, de la disponibilidad y capacitación del personal y de los sistemas de apoyo, pero también con otros factores, como los mecanismos de retribución prestacional. También es habitual la comparación entre módulos de especialidades (clínico, quirúrgica, terapia intensiva, etc.) Incluye: La totalidad de los días de estada y egresos independientemente del sector en el cual permanecieron. Excluye: los pacientes no facturados.

PORCENTAJE DE CESÁREAS.

Se trata de relacionar la totalidad de los partos con aquéllos que fueron resueltos por cesárea. Fórmula: Numerador: Total de cesáreas realizadas en un período x 100. Denominador: Total de partos por parto vaginal, además de las cesáreas en el período. Fundamento: Este es un indicador clásico para evaluar calidad de la atención del parto por parte de los equipos obstétricos. Incluye: Totalidad de partos discriminados por vía vaginal y cesárea. Excluye: Aborto, egreso por amenaza de parto o aborto o complicaciones del embarazo.

PORCENTAJE DE REINGRESOS POR CO-MORBILIDAD DENTRO DE LOS 30 DÍAS DEL ALTA.

Modificatoria de PORCENTAJE DE REINGRESOS NO PROGRAMADOS POR LA MISMA PATOLOGÍA DENTRO DE LAS 72 HS. DE ALTA, lo que también se encuentra excluido del PNGCAM. Considerando que el período de tiempo será de 30 días, se ha modificado el tiempo. Que la existencia de procesos no detectados o valorados adecuadamente, que generan un impacto negativo en el paciente se prefiere hablar de co-morbilidad dado que observamos: La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario y el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales. (OMS, 1995) - (PINUCD, 2000). Fórmula: Numerador: Número de altas correspondientes a reingresos no programados por co-morbilidad dentro de los 30 días del Alta en un período x 100. Denominador: Número total de egresos en el mismo período. Fundamento: La intempestividad de un reingreso no previsto presupone la existencia de procesos no detectados o valorados adecuadamente, que generan un impacto negativo en el paciente. Incluye: Todos los egresos correspondientes a reingreso del mismo establecimiento cuyas patologías se relacionan o no con la inicial salvo las exclusivas. Excluye: Reingresos programados por cualquier causa. (Ejemplo: quimioterapia). Reingresos por urgencias traumáticas o accidentológicas.

PORCENTAJE DE DERIVACIONES (EXCLUIDO DEL PNGCAM)

Fórmula: Numerador: Número de derivaciones correspondientes a en un período x 100. Denominador: Número total de egresos en el mismo período. Incluye: Todos las derivaciones solicitadas correspondientes al mismo establecimiento cuyas patologías se relacionan con su capacidad. Excluye: Derivaciones programados por causas no programadas. (Ejemplo: distancia del domicilio del paciente). Fundamento: Este indicador no afecta el análisis de los perfiles médicos sino al perfil del prestador. Como en el indicador que le precede la intempestividad de una derivación no prevista presupone la existencia de capacidades no instaladas valoradas inadecuadamente, que generan un impacto negativo en el paciente. Valora la capacidad del prestador de resolver, definir, diagnosticar, tratar, contener, etc. Incluye: Todas las derivaciones correspondientes del mismo establecimiento cuyas patologías se relacionan o no con la inicial salvo las exclusivas. Excluye: Derivaciones programados por cualquier causa. (Ejemplo: distancia domiciliaria). Derivaciones por urgencias traumáticas o accidentológicas.^{63 64}

INDICADORES DE PRESTADOR POR TIPO DE INTERNACIÓN

En todos los casos los Valores son por prestador y por mes, siendo cada indicador descripto por sí mismo en el enunciado. Exclusiones: Quimioterapia, Internación o Tratamientos específicos de Rehabilitación e Internación Domiciliaria.^{65 66}

DÍA CLÍNICO, valor día promedio, estadía promedio.

DÍA CLÍNICO PEDIÁTRICO, valor día promedio, estadía promedio.

DÍA QUIRÚRGICO, valor día promedio, estadía promedio.

DÍA QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO, valor día promedio, estadía promedio.

DÍA PARTO POR PRESTADOR, valor día promedio, estadía promedio.

DÍA CESÁREA, valor día promedio, estadía promedio.

DÍA NEONATOLÓGICO, valor día promedio, estadía promedio.

DÍA UTI - UCO (UTI-POLIVALENTE), valor día promedio, estadía promedio

PORCENTAJE DE DÉBITOS

Previstos en la Resolución 194/01 de la Superintendencia de Servicios de Salud (ya mencionada). Siempre deberá ser efectuada por Médicos Auditores, independientemente de las características de los débitos. De ser necesario, se convocará al personal técnico administrativo correspondiente. Cada débito aceptado o rechazado será consignado en la Planilla de Ajuste de Facturación. En dicha planilla, debe figurar que se trata de una re facturación de débitos por medio de auditoria compartida, como así también consignar si se devuelve o no, documentación alguna al prestador.

RE – INTERNACIONES y RE – CITACIONES

La satisfacción del paciente es vista, cada vez más, como un indicador de calidad de la asistencia de salud, que se refiere al grado del cumplimiento de las necesidades y las expectativas de los clientes dentro de las instituciones de salud. Mantener ese indicador en un buen nivel, definitivamente no es barato. Los hospitales hacen grandes inversiones en mejoras continuas de infraestructura y organización, para al final tener a su cliente satisfecho.

Por tanto, la satisfacción del paciente, como indicador de la calidad de la atención de los cuidados de salud, no puede ser analizado aisladamente, debe de acompañarse siempre de otros indicadores hospitalarios como: tasa de hospitalización y re hospitalización, tasa de ocupación, tasa media de permanencia, tasa de mortalidad, tasa de mortalidad operatoria, post operatoria y por anestesia, tasa de cirugías innecesarias, tasa de complicaciones, tasa de infección intrahospitalaria.

DENUNCIAS

Previstos en la Resolución 075/98 Superintendencia de Servicios de Salud. Se utilizará en parte el marco de la guía de indicadores básicos de calidad para establecimientos de salud.^{67 68 69}

Procesamiento y análisis de los datos

Se calcularon los indicadores listados, construyendo tablas y gráficos descriptivos con la información desagregada por mes ó prestador.

Para el caso de los procesos de atención se utilizaron gráficos lineales para mostrar tendencias (meses) y categorías (prestadores) con el de fin comparar comportamientos entre instituciones, de la disponibilidad, de los sistemas de apoyo, y los mecanismos de la red de derivaciones. En cuanto a los indicadores por prestador el gráfico de columnas permite claramente comparar los valores entre las diferentes categorías del prestador. En otros casos se eligió la modalidad visualmente más efectiva.

Los informes se utilizaron para las entrevistas con informantes clave de las instituciones prestadoras. Los entrevistados darán consentimiento y se grabarán los encuentros. Para analizar los datos cualitativos provenientes de la desgravación de las entrevistas, se utilizará análisis de contenido.

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

Este estudio no se ha relacionado con ningún tipo de ensayo sobre seres humanos ni animales. Las bases utilizadas fueron procesadas con el fin de estandarizarlas y codificarlas para garantizar la confidencialidad de los datos. Con respecto a los análisis que proponemos en este estudio, son sólo acerca de relaciones entre indicadores.

Recursos y cronograma de actividades

Recursos humanos.

El investigador: Título Médico, Graduado de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires en 1983. Ha cursado las Especialidades en Administración Sanitaria, en Medicina del Trabajo, en Medicina Legal y en Medicina Nuclear. Posee Calificación Agregada en Informática Médica. En los últimos años ha desarrollado experiencia en áreas de responsabilidad administrativa Gerencial, ocupando posiciones como Director Médico Hospitalario; Gerente de Prestaciones; Capacitador del PNUD; Consultor en Internet y Medicina, trabajando con equipos multidisciplinarios. Negociando acuerdos entre empresas, cámaras, gobiernos y centros académicos. Actualmente se desempeña como Director Médico de una Obra Social Nacional.

Equipamiento e infraestructura

El hardware ha sido proporcionado por la Obra Social, la computadora personal y bienes muebles e inmuebles son del Investigador. Las bases de datos son cedidas. Presupuesto: Los viáticos de traslado, a las que se aboca el investigador en el trabajo corrieron por su cuenta y el soporte administrativo e informático fue mínimo y limitado al acceso cedido a las bases de datos.

RESULTADOS

Indicadores que no pudieron construirse por falta de datos.

PORCENTAJE DE TOMOGRAFÍAS (TAC) AMBULATORIAS POR CONSULTA (EXCLUIDO DEL PNGCAM)

PORCENTAJE DE RESONANCIAS (RNM) AMBULATORIAS POR CONSULTA (EXCLUIDO DEL PNGCAM)

PORCENTAJE DE REINGRESOS POR CO-MORBILIDAD DENTRO DE LOS 30 DÍAS DEL ALTA.

PORCENTAJE DE DERIVACIONES (EXCLUIDO DEL PNGCAM)

PORCENTAJE DE DÉBITOS POR PRESTADOR, INTERNACIÓN, POR DÍA Y POR MES.

RE – INTERNACIONES y RE – CITACIONES

DENUNCIAS POR PACIENTE Y POR PRESTADOR

Resultado por Indicador que no pudieron construirse por falta de datos

PORCENTAJE DE TOMOGRAFÍAS (TAC) AMBULATORIAS POR CONSULTA (EXCLUIDO DEL PNGCAM)

PORCENTAJE DE RESONANCIAS (RNM) AMBULATORIAS POR CONSULTA (EXCLUIDO DEL PNGCAM)

No se obtuvieron datos porque el sistema de recolección de los mismos no tiene el input (inserción del dato) adecuado. Es decir que en el desarrollo del tablero de indicadores no se dispone la posibilidad de migrar o transportar el mismo debido a que existió un cambio de sistema de control de facturación decisión que se tomó porque el anterior era incompleto, no desarrollado por la Obra Social, y la información se encontraba en bases de datos externas a la misma. Todo lo contrario como es la actual. A ello se suma también la presencia de una red de Atención Primaria denominada “*poli consultorios*” que tiene la función de dar consultas, estudios y en prestadores de baja complejidad que no son los la población de prestadores de este trabajo. Estrategia que tiene como función asimilar muchas de estas Tomografías y Resonancias dispersando los datos.

PORCENTAJE DE REINGRESOS POR CO-MORBILIDAD DENTRO DE LOS 30 DÍAS DEL ALTA.

PORCENTAJE DE DERIVACIONES (EXCLUIDO DEL PNGCAM)

No se obtuvieron datos por una razón similar a la anterior. Aquí se debe realizar una aclaración: Los datos corresponden al año 2013 y desde el año 2014 se avanzó con una intervención, conjuntamente al cambio de sistema ya explicado en que el médico auditor poder observar las internaciones previas con todas sus características (fecha, diagnóstico, egreso e ingreso, prestador, derivación y evolución. Pero no se le asigna el número de internación y el número de derivación. Este dato sirve *cuantitativamente* (de calificación, de calidad y por lo tanto es un criterio subjetivo. La calidad de un producto se mide en la medida que se satisface a un cliente) porque se pueden observar pero no cuantitativamente. (*De cuanto, ó de cantidad*). Resumiendo sólo existen datos cualitativos (*condición mórbida ó de salud del paciente*).⁷⁰

PORCENTAJE DE DÉBITOS POR PRESTADOR, INTERNACIÓN, POR DÍA Y POR MES.

Previstos en la Resolución 194/01 se obtienen en el sistema contable expresándose por cada factura del prestador, estableciéndose para el año 2013 un promedio del 6,5 % +/- 1, pero no existe la posibilidad aún de obtener el como fuera expresado el indicador (por prestador, internación, por día y por mes). No se posee el dato para construir el indicador tal como está definido. De la interacción cualitativa de las re facturaciones y auditorías compartidas⁷¹ se tiene un perfil propio de cada prestador pero, aquí también no existe ó no tiene el input adecuado.

RE – INTERNACIONES y RE – CITACIONES

Para las re - internaciones no se obtuvieron datos por una razón similar a los indicadores anteriores. No se registra número de internación por cada prestador. Para las re - citaciones no se registra el número de la consulta.

DENUNCIAS POR PACIENTE Y POR PRESTADOR

Todo reclamo por inconvenientes en la cobertura médico asistencial se puede realizaren la sede central o delegación de la obra social y cumplimentar el Formulario A o acercarse a los Centros de Atención de la Superintendencia y cumplimentar el Formulario B.

Del registro de denuncias la Obra Social procederá a identificar al prestador. Estos indicadores señalan la opinión y participación de los principales actores de un sistema de atención médica. Estos indicadores indican el resultado de los desempeños clínicos según las patologías y por lo tanto están vinculados con las enfermedades prevalentes. También, están influidos por las conductas prescriptivas de diagnóstico y terapéuticas. A partir de la estrategia de Calidad Total ha adquirido un real protagonismo y la satisfacción de necesidades y expectativas. En la actualidad estas quejas son consideradas “oportunidades de cambio”, es decir que no tienen connotación punitiva hacia el servicio, personal cuestionado sino que ponen de relieve un problema que debe ser solucionado para mejorar.⁷²

Durante el año de la referencia se registraron dos anexos B relacionados a prestaciones en el área del conurbano, los mismos no tenía relación con ningún prestador y se debían a malas interpretaciones del PMO ó defectos de comunicación con el paciente.

En la práctica los pacientes no aceptan realizar una anexo A (denuncia en la Obra Social), pues en nuestra experiencia cuando se lo escucha y soluciona el problema no quieren llenar el formulario A. Los dos Anexos A presentados en el período se refirieron a medicamentos de alto costo y a tecnología médica que no se relacionan con estos prestadores.

Indicadores que sí pudieron construirse.

RAZÓN DE PRÁCTICAS AMBULATORIAS DE LABORATORIO POR CONSULTA.

RAZÓN DE ECOGRAFÍAS AMBULATORIAS CADA MIL CONSULTAS.

PORCENTAJE DE RADIOGRAFÍAS AMBULATORIAS POR CONSULTA (EXCLUIDO DEL PNGCAM)

PORCENTAJE DE CONSULTAS DE GUARDIA EN RELACIÓN A LAS DE URGENCIA POR MES

PORCENTAJE DE CESÁREAS.

INDICADORES DE PRESTADOR POR TIPO DE INTERNACIÓN.

DÍA CLÍNICO, valor día promedio, estadía promedio.

DÍA CLÍNICO PEDIÁTRICO, valor día promedio, estadía promedio.

DÍA QUIRÚRGICO, valor día promedio, estadía promedio.

DÍA QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO, valor día promedio, estadía promedio.

DÍA PARTO POR PRESTADOR, valor día promedio, estadía promedio.

DÍA CESÁREA, valor día promedio, estadía promedio.

DÍA NEONATOLÓGICO, valor día promedio, estadía promedio.

DÍA UTI - UCO (UTI-POLIVALENTE), valor día promedio, estadía promedio.

Las internaciones de este tipo - DÍA UTI - UCO (UTI-POLIVALENTE) - son complejas debido a que al día cama deben sumarse los excedentes de internación por la complejidad de procedimientos de estos pacientes. De acuerdo a las intervenciones realizadas, se obtienen datos solamente del mes 08 al 12, debido a que el cambio de sistema ya explicado.

NOTA: En aquellos casos que el indicador fuera un estándar determinado por el PICAM se incluirá en la tabla de resultados para orientación del lector.

Resultado por Indicador que sí pudieron construirse.

RAZÓN DE PRÁCTICAS AMBULATORIAS DE LABORATORIO POR CONSULTA POR MES

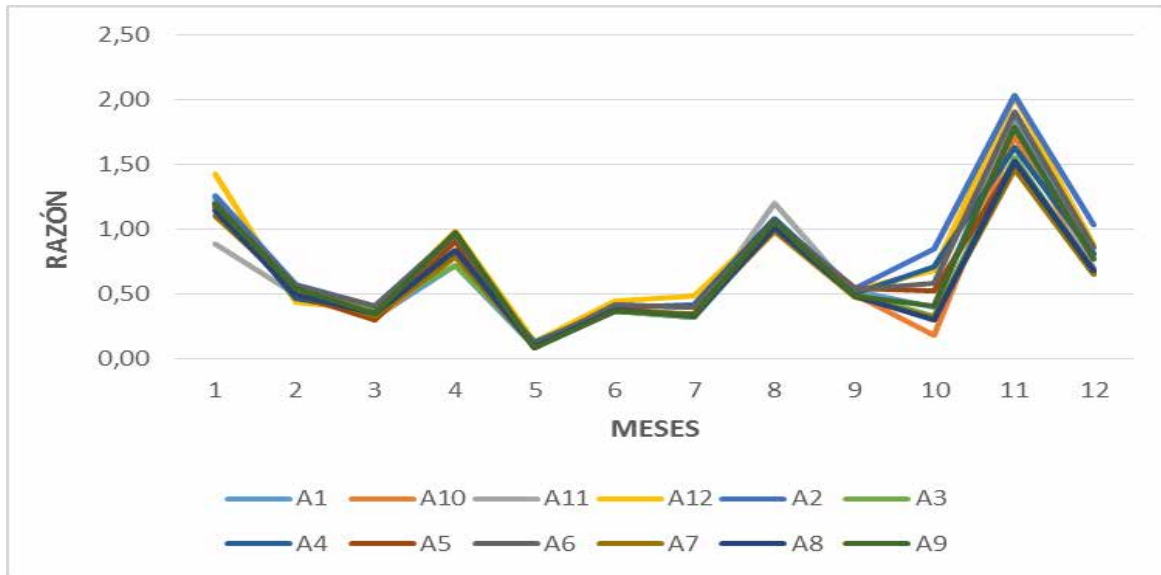


Gráfico 1: RAZÓN DE PRÁCTICAS AMBULATORIAS DE LABORATORIO POR CONSULTA POR MES

La conducta prescriptiva es similar en los diferentes prestadores con picos en los meses de abril, agosto y noviembre. No existen variaciones en los sistemas de apoyo y de retribución profesional.

La respuesta a la implementación de los análisis ha sido altamente positiva. El indicador “índice de completabilidad”, el cual vincula la cantidad de datos efectivamente informados con los que se corresponden alcanzó un valor promedio del 100%.

	A1	A10	A11	A12	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	PICAM
X	1,18	0,51	0,36	0,88	0,11	0,39	0,37	1,06	0,51	0,51	1,73	0,77	1,18
Q25	0,89	0,44	0,31	0,73	0,08	0,37	0,32	0,99	0,48	0,18	1,47	0,66	0,88
Q75	1,21	0,54	0,38	0,96	0,11	0,41	0,40	1,07	0,53	0,69	1,83	0,82	1,4
Max	1,43	0,58	0,41	0,99	0,14	0,45	0,49	1,21	0,55	0,85	2,04	1,04	

De esta manera pudo correlacionar como en algunos otros indicadores con los datos del Programa de Indicadores de Calidad para Establecimientos Asistenciales que se desarrolla en forma asociativa entre ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud) y SACAS (Sociedad Argentina para la Calidad en la Atención de la Salud). Se toma como base el MANUAL DE INDICADORES DE CALIDAD 2da EDICION Y ANEXO I. ⁷³

RAZÓN DE ECOGRAFÍAS AMBULATORIAS CADA MIL CONSULTAS Y POR MES

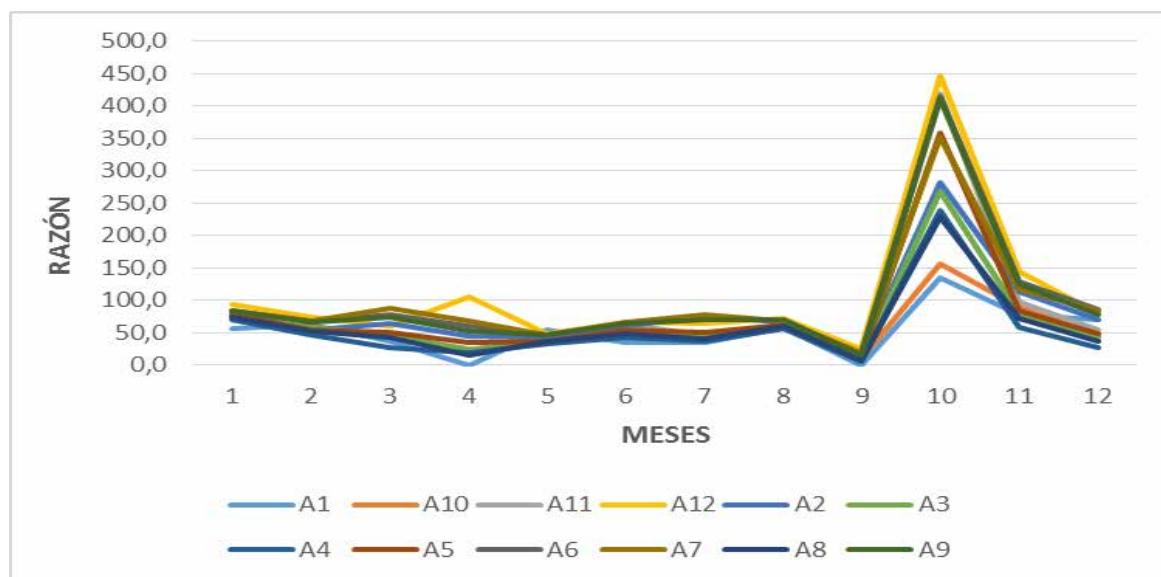


Gráfico 2: RAZÓN DE ECOGRAFÍAS AMBULATORIAS CADA MIL CONSULTAS Y POR MES

	A1	A10	A11	A12	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	PICAM
X	79,56	59,17	56,37	42,97	41,01	57,33	56,91	64,45	12,87	325,56	100,98	59,51	70,42
Q25	70,57	46,37	26,18	16,26	32,51	42,33	36,08	55,56	5,08	156,52	58,06	27,40	49,88
Q75	83,76	66,32	67,30	54,91	46,38	64,19	71,20	68,32	15,28	412,60	118,58	79,30	83,05
Max	94,34	74,00	87,25	106,19	54,20	66,27	78,95	71,54	24,25	446,81	144,14	86,21	

Este indicador complementa el anterior. La pequeña dispersión obedece a si la prestadora cuenta o no con la tecnología. El pico de octubre coincide con la demanda. La ventaja del ultrasonido es que se puede utilizar en muchos casos con carácter informativo y, además, es barato, fácil, rápido y carece de riesgos. Asimismo, puede vincularse con otros factores, tales como los mecanismos de retribución profesional. Se observa en los resultados del mes de octubre donde prestadores tuvieron problemas con el equipamiento e insumos con lo que se verá también en radiología (con otro comportamiento).^{74 75}

PORCENTAJE DE RADIOGRAFÍAS AMBULATORIAS POR CONSULTA Y POR MES
(EXCLUIDO DEL PNGCAM)

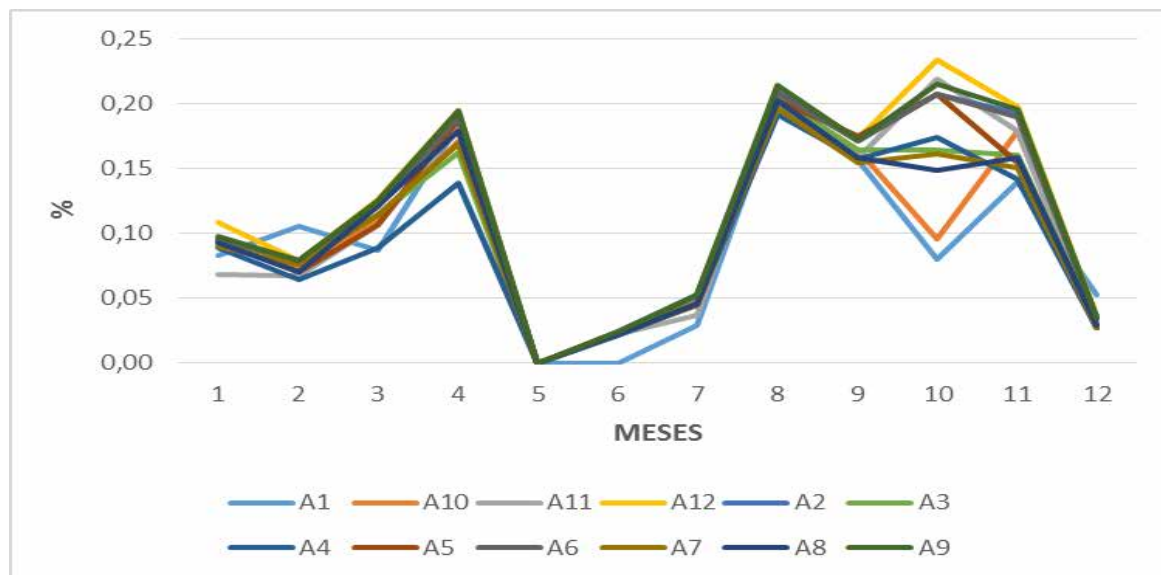


Gráfico 3: PORCENTAJE DE RADIOGRAFÍAS AMBULATORIAS POR CONSULTA Y POR MES

	A1	A10	A11	A12	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	PICAM
X	0,09	0,07	0,11	0,18	0,03	0,02	0,05	0,21	0,17	0,19	0,17	0,03	70,42
Q25	0,07	0,06	0,09	0,14	0,03	0,02	0,04	0,19	0,16	0,10	0,14	0,03	49,88
Q75	0,10	0,08	0,12	0,19	0,03	0,02	0,05	0,21	0,17	0,21	0,19	0,03	83,05
Max	0,11	0,11	0,13	0,19	0,05	0,02	0,05	0,21	0,18	0,23	0,20	0,05	

Se observa que la conducta prescriptiva es similar en los diferentes prestadores relacionados con picos en los meses de abril, agosto y noviembre. Lo que nos permite decir que no existen variaciones en los sistemas de apoyo ni de retribución profesional que pudieren generar un desvío. Un desfase se observa en los resultados del mes de octubre donde los prestadores A1 y A10 tuvieron problemas con el equipamiento con tendencia a solicitar menos radiología. Como red el sistema compensó con los prestadores A5, A9 A11 y A12.

PORCENTAJE DE CONSULTAS DE GUARDIA EN RELACIÓN A LAS DE URGENCIA POR MES

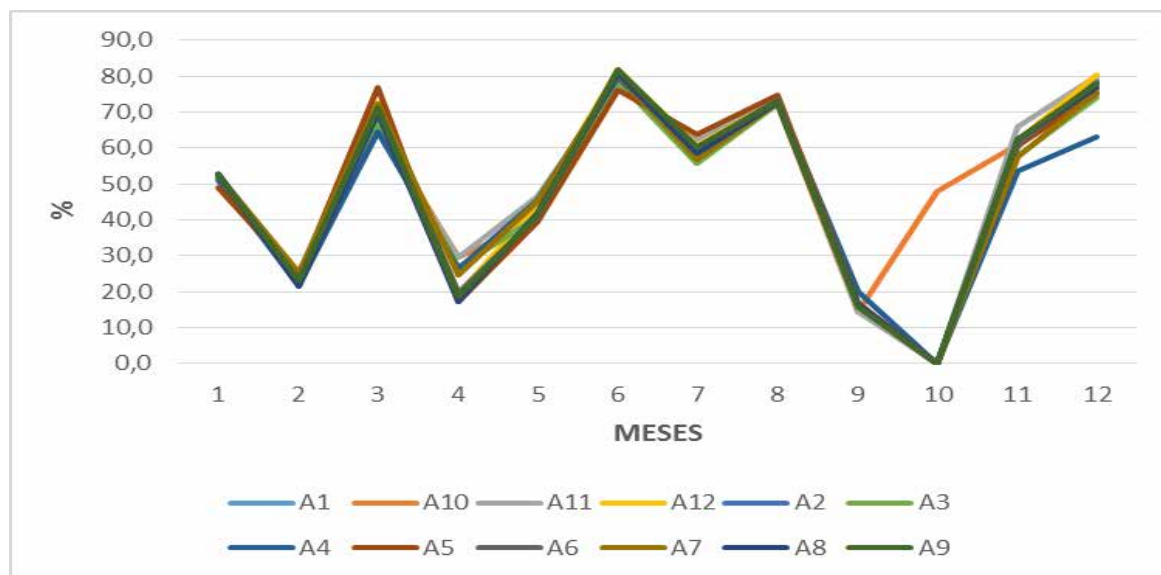


Gráfico 4: PORCENTAJE DE CONSULTAS DE GUARDIA EN RELACIÓN A LAS DE URGENCIA POR MES

	A1	A10	A11	A12	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	PICAM
X	51,97	23,14	69,84	22,52	42,35	80,02	59,45	73,20	16,18	4,35	60,47	75,97	70,42
Q25	49,19	21,59	64,40	17,07	39,34	76,30	55,72	72,23	14,48	0,00	53,55	63,01	49,88
Q75	52,53	23,52	71,69	26,60	44,29	81,52	60,32	73,40	16,35	0,00	62,25	78,16	83,05
Max	53,05	25,41	76,88	29,75	46,59	81,93	63,68	74,82	20,00	47,83	65,85	80,36	

Se observa que la conducta de atención de la demanda espontánea (guardia) es similar en los diferentes prestadores relacionados con picos en los meses de febrero, abril, julio y noviembre. Lo que nos permite decir que existen en la provisión de servicios programados y de la atención ambulatoria de primer nivel, con cobertura real y la consecuente gestión óptima. La variación significativa en el mes de noviembre del prestador A10 muestra un incremento en la consulta hecho que fue analizado en base a la localización (tercer cordón conurbano rural), a la pérdida de oferta en la red de atención primaria en la zona y a la presunta recitación, que resulta compensatorio de los otros prestadores. ^{76 77 78}

PORCENTAJE DE CESÁREAS PROMEDIO POR PRESTADOR POR AÑO

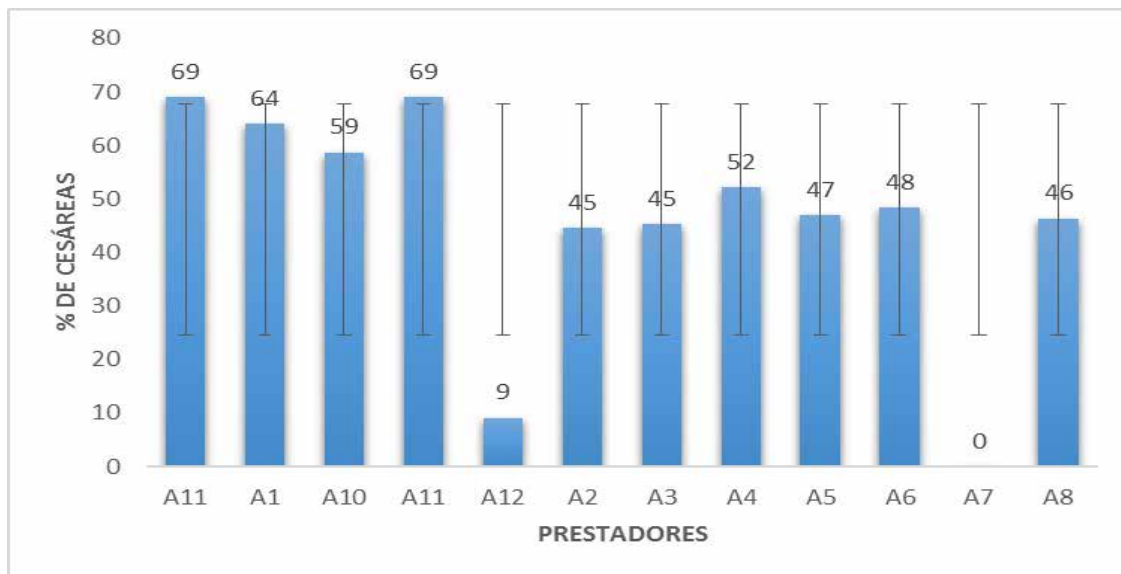


Gráfico 5: PORCENTAJE DE CESÁREAS PROMEDIO POR PRESTADOR POR AÑO

	A11	A1	A10	A4	A6	A5	A8	A3	A2	A9	A12	A7	PICAM
X	69	64	59	69	9	45	45	52	47	48	0	46	49,2
Q25	36	0	0	36	0	0	0	0	16	0	0	0	40,9
Q75	79	81	100	79	0	59	71	67	60	64	0	81	60,0
Max	100	100	100	100	100	100	100	100	85	100	0	100	

Debido a que los valores son tan dispersos y desfasados se realizó un promedio por prestador y por año. Todos realizan atención materna infantil. A12 y A7 derivan los procedimientos por una razón de complejidad anestésica que invocan los titulares del prestador. A1 y A11 son especializados en patología de alta complejidad que justificaría en procedimiento. Estos datos se obtuvieron del análisis de cada caso.^{79 80} Se han incluido en el gráfico los desvíos estándares, debido a su amplitud.

LIMITACIONES: no se tiene información sobre el aspecto de la complejidad de los casos y estadía. Se realizará una recomendación para que ello sea viable. Aquí nos enfrentamos a la falta de codificación, y la dispersión de los diagnósticos clínicos enunciados.

INDICADORES DE PRESTADOR POR TIPO DE INTERNACIÓN.

Estos indicadores hacen una apertura por patología y tipo de internación más común.

SUPUESTOS:

Se parte del supuesto de que para tener una idea de cuánto cuesta una cama por patología (CLINICO, CLINICO PEDIATRICO, QUIRÚRGICO, QUIRURGICO PEDIATRICO, PARTO, CESAREA, NEONATOLÓGICO y DIA UTI) anual denominado VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE. De esta manera nos da un número real (que incluye inclusiones y exclusiones) de cuanto nos cuesta mantener una cama operativa para nuestra Obra Social. Este es el valor de referencia para realizar comparaciones interanuales, con respecto a la variación del presupuesto.

El segundo supuesto que manejamos, es que, además de conocer el costo de una cama por patología, también nos interesa saber el PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO: es el número promedio de días de hospitalización por cada paciente en un periodo de tiempo dado. Mide cuantos días en promedio está hospitalizado un paciente desde su ingreso hasta su egreso. Forma de cálculo: Total de días de estada de pacientes egresados anual / Total de egresos del mismo período (anual). Este indicador es el más consistente y de mayor poder discriminatorio pues permite conocer la duración de la hospitalización y evaluar en qué medida la estadía de un paciente se prolonga más allá de lo habitual o resulta muy corta como asegurar una eficaz atención.^{81 82 83 84 85}

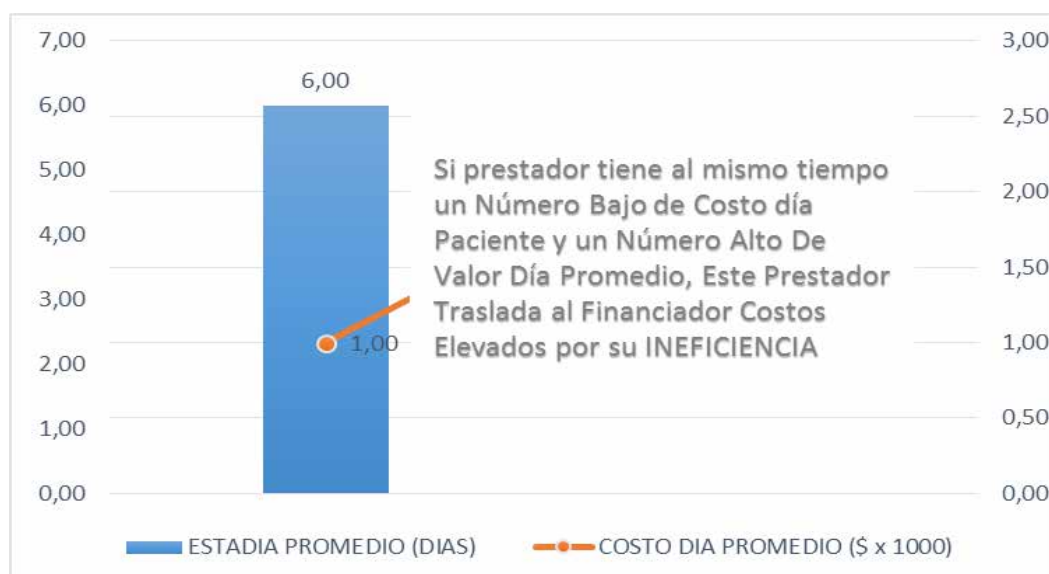
DE ALLÍ OBTENEMOS DOS RESULTADOS:

a) VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE = COSTO REAL de un paciente hospitalizado anual por patología y prestador.

b) PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó VALOR DÍA PROMEDIO = En este valor están incluidas las variables de promedio de estancia y porcentaje de ocupación. (Este último obtenido indirectamente porque es una variable que puede calcular el prestador)⁸⁶

El PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO es un indicador de producción, productividad y de uso de recursos, en cambio el VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE es un indicador de capacidad instalada en el hospital.

Si prestador tiene al mismo tiempo UN NÚMERO BAJO DE COSTO DÍA PACIENTE y UN NÚMERO ALTO DE VALOR DÍA PROMEDIO, Este Prestador TRASLADA AL FINANCIADOR COSTOS ELEVADOS POR SU INEFICIENCIA.⁸⁷



Según la literatura cuando se analiza la evolución del costo del paciente hospitalizado, observamos que el mismo es directamente proporcional al promedio de estancia. La diferencia entre el costo real de un paciente hospitalizado con respecto al ideal está inversamente relacionada con el número de camas ocupadas por pacientes. A menor porcentaje de ocupación, mayor es la diferencia entre los costos.^{88 89}

Por último, no se pudo mitigar las fluctuaciones del peso producto del proceso inflacionario, incremento, modificaciones de valores de convenios, homologación al valor dólar ó a índices de consumo.⁹⁰

EFICIENCIA = RECURSOS / RESULTADOS

La eficiencia supone conseguir un resultado concreto a partir de un mínimo de recursos o bien obtener el máximo beneficio de unos recursos limitados. Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario adecuado para la sociedad con un uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud, significa también alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles. De modo que cuando se persiguen determinados resultados también deben quedar claras cuáles son las formas más eficientes de alcanzarlos y qué procesos técnicos se deben abordar para llegar a ellos con eficiencia.⁹¹

DÍA CLÍNICO, estadía promedio, valor día promedio.

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO EN DIAS

VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE EN MILES DE PESOS



GRÁFICO 6: DÍA CLÍNICO

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO EN DIAS

VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE EN MILES DE PESOS

	A1	A10	A11	A12	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
ESTADIA	6,13	3,38	2,20	2,85	3,81	4,74	2,89	3,16	2,96	1,67	2,29	1,55
COSTO	2,89	0,97	1,36	1,05	2,26	2,48	1,69	1,34	1,36	0,97	0,99	0,45

Partiendo de nuestro supuesto A10, A11 Y A12 generaron ineficiencia. El día clínico es uno de los más difíciles de gestionar fundamentalmente por la complejidad de los casos. En ello este estudio tiene una limitación clara ningún prestador codifica CIE 10 ó GRD para utilizar un análisis más exhaustivo.

Como veremos más adelante la cama clínica merece en general una participación mutua entre las auditorías del financiador y prestador para optimizarla. Estos datos tratan de una aproximación a la estadía real de los pacientes y por otro lado su costo, influyendo la complejidad, de la unidad operativa.⁹²

DÍA CLÍNICO PEDIÁTRICO, valor día promedio, estadia promedio.

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO

VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE



GRÁFICO 7: CLÍNICO PEDIÁTRICO

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO EN DIAS

VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE EN MILES DE PESOS

	A1	A10	A11	A12	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
ESTADIA	2,78	0,00	3,23	0,97	2,00	1,25	2,96	2,32	4,64	2,43	0,83	0,64
COSTO	3,03	0,00	1,81	0,40	1,26	1,45	1,22	1,20	2,00	1,68	0,54	0,29

Obsérvese que A1 y A3 tienen una gestión del caso pediátrico superadora. En este indicador se puede combinar con características demográficas, como la edad y el sexo, fundamentales para cualquier análisis sobre la población atendida en los servicios de internación de un establecimiento de salud. También la residencia habitual, la cobertura de salud, el nivel de instrucción de la familia contribuyen al análisis sobre la población atendida.

LIMITACIONES: Integridad y la calidad (especificidad), de la información de los diagnósticos. También influye la calidad de la codificación, la integridad de las bases de datos y la oportunidad de la información.

DÍA QUIRÚRGICO, valor día promedio, estadía promedio.

VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO



GRÁFICO 8: DÍA QUIRÚRGICO

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO EN DIAS

VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE EN MILES DE PESOS

	A1	A10	A11	A12	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
ESTADIA	3,33	1,77	1,22	2,52	2,59	3,85	2,65	1,56	3,47	1,08	1,41	0,83
COSTO	4,99	4,57	3,55	2,85	3,52	3,39	3,57	3,89	2,58	0,42	2,85	2,74

De acuerdo a la modulación actual el día quirúrgico en general lleva menor promedio de internación en relación a las tecnologías utilizadas (por ej. laparoscopia). El comportamiento de A3 y A7 tienen dos razones diferentes. En el primero un incremento en complicaciones y/o eventos adversos y en A7 por el retraso en la toma de la decisión quirúrgica Ó LA CONDUCTA EXPECTANTE NO JUSTIFICADA EN LA SUBJETIVIDAD DEL DIAGNÓSTICO. Por ello, se recomienda relacionar este indicador con los de recursos para facilitar una mejor reasignación de los mismos. También la composición por unidad operativa es menor en A7 que en A3.

En principio LA PRODUCCIÓN DE LA DÍA QUIRÚRGICO ES MAYOR QUE LA DEL CLÍNICO y no requiere de equipos multidisciplinarios complejos que incrementen la estadía.

DÍA QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO, valor día promedio, estadía promedio.

VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO



GRÁFICO 9: DÍA QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO EN DIAS

VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE EN MILES DE PESOS

	A1	A10	A11	A12	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
ESTADIA	2	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0,2	0
COSTO	3,9	0	2,5	0	2,4	0,6	0,3	0,9	1,2	0	0,6	0

El perfil de A3, A6 y A7 indican en principio que no son los mejores perfilados para esta modalidad. Aquí deberíamos mencionar como EVIDENCIA EMPÍRICA: los Costos de la infección quirúrgica; el Índice de riesgo (Operación clasificada como contaminada o sucia - Duración de la cirugía superior al percentilo75 por cada tipo de operación)⁹³ y la Profilaxis antibiótica en Cirugía con la introducción de protocolos específicos.⁹⁴ *La rentabilidad quirúrgica es "a priori" la mayor.*

DÍA PARTO POR PRESTADOR valor día promedio, estadía promedio.

VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO

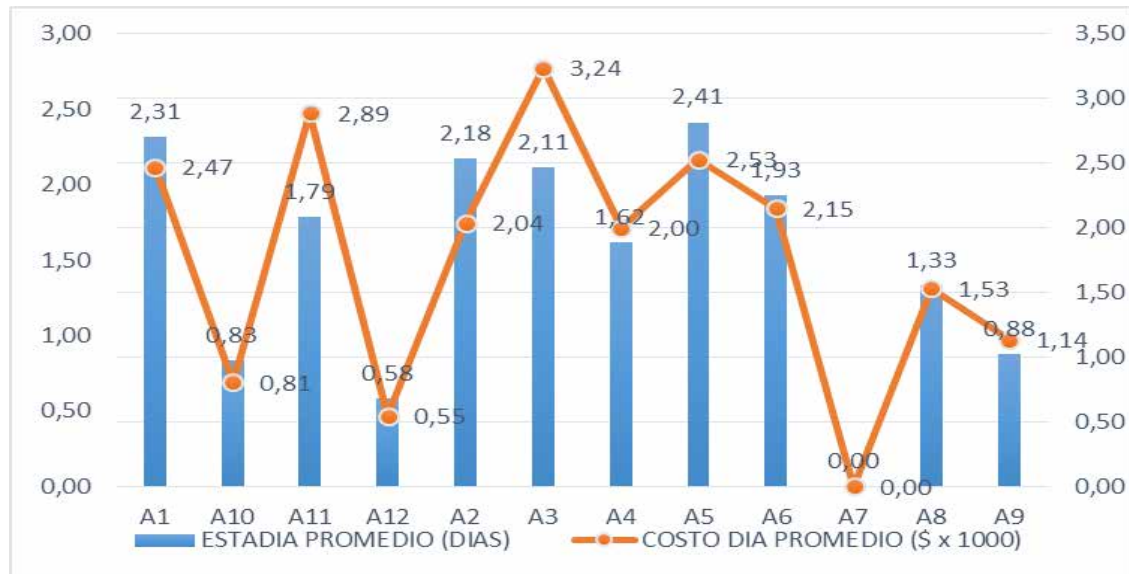


GRÁFICO 10: DÍA PARTO

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO EN DIAS

VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE EN MILES DE PESOS

	A1	A10	A11	A12	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
ESTADIA	2,31	0,83	1,79	0,58	2,18	2,11	1,62	2,41	1,93	0,00	1,33	0,88
COSTO	2,47	0,81	2,89	0,55	2,04	3,24	2,00	2,53	2,15	0,00	1,53	1,14

La discusión parto - cesárea se mantiene permanentemente. Los módulos no varían y cabe aclarar que A7 no realizó partos sino que los derivó dentro de su red. Como veremos más adelante es un DOMINIO: de la TIPIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS, de la GESTIÓN ASISTENCIAL y debería ser correlacionado con las causas MATERNAS (prevención y cesárea previa) como así de los días Neonatológicos. En este último aspecto al no poder construir el indicador de derivación nos encontramos LIMITADOS y SESGADOS en los comentarios iniciales.⁹⁵

DÍA CESÁREA, valor día promedio, estadía promedio.

VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO



GRÁFICO 11: DÍA CESÁREA

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO EN DIAS

VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE EN MILES DE PESOS

	A1	A10	A11	A12	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
ESTADIA	4	1	2	0	2	3	3	3	2	0	1,0	1
COSTO	3,6	2,5	3,3	0,5	4,2	3,5	2,3	3,0	2,7	0	2,5	0,8

Caben similares observaciones que la anterior. A2 (sobre todo) y A8 la diferencia de INEFICIENCIA ESTÁN SOBREVALUADAS. A11, es específico materno-infantil por lo que los casos que recibe son de una complejidad que justificaría el error y limitación de este análisis.

La práctica de comparar la frecuencia de cesáreas de distintas instituciones de salud o regiones no tiene beneficios, dado que es poco frecuente encontrar instituciones similares en el tipo de pacientes o en las políticas obstétricas. Un centro asistencial que recibe pacientes de alto riesgo tendrá más cesáreas que uno de bajo nivel de resolución. Como indicador de calidad se utiliza la frecuencia de cesáreas primarias por falta de progreso del trabajo de parto y por asfixia-hipoxia.⁹⁶

DÍA NEONATOLÓGICO, valor día promedio, estadía promedio.

VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO



GRÁFICO 12: DÍA NEONATOLÓGICO

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO EN DIAS

VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE EN MILES DE PESOS

	A1	A10	A11	A12	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
ESTADIA	9,13	0,00	2,70	0,00	2,15	3,07	2,24	5,75	7,03	0,00	0,00	0,25
COSTO	2,91	0,00	2,01	0,00	1,79	1,67	1,26	1,79	1,80	0,00	0,00	0,08

No podemos hablar de ineficiencia en principio sino del COSTO DEL DÍA NEONATOLÓGICO (fundado en los excedentes). La información generada en esta investigación reconoce el impacto económico de las infecciones y los criterios de las sociedades científicas mal interpretados, sugiere la realización de intervenciones para reducir la incidencia de sepsis neonatal y que los fondos públicos ahorrados puedan ser reorientados a la atención de pacientes de menores recursos.⁹⁷

DÍA UTI - UCO (UTI-POLIVALENTE), valor día promedio, estadía promedio.

VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO

Las internaciones de este tipo son complejas debido a que al día cama deben sumarse los excedentes de internación por la complejidad de procedimientos de estos pacientes. De acuerdo a las intervenciones realizadas, se obtienen datos solamente del mes 08 al 12, debido a que el cambio de sistema ya explicado.



GRÁFICO 13: DÍA UTI - UCO (UTI-POLIVALENTE)

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA ó ESTADIA PROMEDIO EN DIAS

VALOR DÍA PROMEDIO ó COSTO DIA PACIENTE EN MILES DE PESOS

	A1	A10	A11	A12	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
COSTO	20	3	1	1	1	3	5	3	4	0	0,4	0
ESTADIA	3,4	2,2	0,5	0,9	0,7	0,6	1,3	1,9	1,3	-	1,4	2,5

A11 y A6 son INEFICIENTES. A6 se encuentra en una región crítica. Aquí más que excelencia habría que con una licencia literaria y/o científica hablar de MEDIOCRIDAD. La Mala calidad provoca deserción hacia los prestadores públicos y un Estado de Bienestar para pobres “aparente” con pérdida de universalidad y arraigo social.

RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

ENTREVISTAS QUE NO PUDIERON REALIZARSE.

A8, A9 y A12 no aceptaron realizar ningún tipo de entrevista y/o intercambio. Las respuestas en general de los interlocutores válidos del prestador invocaron su falta de interés, su currículum, que cuesta convencer al médico, su tiempo de trabajo con la Obra Social dejando claro que el objetivo de la atención era meramente económico. A8 y A9 pertenecen al mismo grupo empresarial.

ENTREVISTAS QUE SÍ PUDIERON REALIZARSE SIN INTEGRACIÓN.

A2, A3, A4, A6 y A7 aceptaron realizar la entrevista y/o intercambio. Dejando claro que el objetivo de la atención era meramente económico.

Escucharon atentamente las observaciones pero tuvieron para una respuesta fundamentalmente basada en la explicación del auditor de lo actuado y no justificado en la historia clínica, en la gran demanda de la atención, con un mínimo rasgo en la gestión de calidad sin que ello implique mala atención. A6 y A7 pertenecen al mismo grupo empresarial interesándose por la oferta de camas en la urgencia, siendo en este punto altamente contenedores. A2 pese a su complejidad se dedicó a recusar los débitos y abundar en el término “capacidad no instalada” (el diálogo estuvo enmarcado en utilizar el pretexto del contrato como justificación para sus acciones, sumado a conductas dictatoriales). A3 se basó en la explicación del auditor de lo actuado y no justificado en la historia clínica.

ENTREVISTAS QUE SÍ PUDIERON REALIZARSE CON INTEGRACIÓN.

A1, A4, A5 y A11, aceptaron realizar la entrevista y/o intercambio. Escucharon atentamente las observaciones aceptaron como eje en cambiar conductas, generar nuevos módulos, buscar alternativas (care management) y discutir casos médicos en línea. Con A1 y A4 se observó la mayor integración.

Como veremos las mismas deben ser aplicadas a la “meso gestión” y “micro gestión”.

MESO GESTIÓN: Decisiones sanitarias tomadas por organizaciones (financiadores o proveedores) con repercusiones inter-institucionales

MICRO GESTIÓN: Decisiones tomadas en el proceso de atención médica, en la relación directa entre proveedores y pacientes.

Las entrevistas fueron realizadas en el marco de la comunicación eficaz con procesos que han sido probados como alternativas válidas y eficientes. Esta tiene tres elementos clave: Actitud, Conciencia y Atención. Valorar una actitud positiva que debe ser permanentemente monitoreada y asegurarnos que nuestros “de vista” son para nosotros y no en contra. Una mente clara y libre de distracción induce una personalidad agradable y carismática. Para ello se deberá centrar en el peor de los casos, no realizar planes ajenos sin antes evaluar lo positivo, no ampliar una mala experiencia de manera que nuble el juicio porque esto impide evaluar nuevas situaciones, no asumir que siempre se dará la peor alternativa recuerde que es un gran error “no exagerar consecuencias con el pánico”. Las comunicaciones exitosas equivalen a un alto grado de conciencia de allí el hecho de hablar persuasivamente y escuchar atentamente. Así se pueden experimentar nuevas estrategias para mejorar la comunicación en el trabajo de salud.^{98 99 100}

Según A. Maslow podemos dirigirnos a las Necesidades del otro. Para ello se necesita paciencia, saber qué es lo que busca el financiador y lo que busca el prestador entrevistado, debiendo persistir hasta ganar con un acuerdo en el que todos ganen. No hemos de buscar la mayor tajada del pastel sino cómo agrandarlo.¹⁰¹

LA BÚSQUDA DE ESA INTEGRACIÓN SE ORIENTA A:

LA COMPARACIÓN ENTRE LOS COSTOS DE ALTERNATIVAS intervenciones sanitarias (tecnologías o modalidades de atención) y sus correspondientes efectos en salud. Los contratos o compromisos generados por los compradores de servicios deberían (explícitamente) promover las prestaciones más costo promover las prestaciones más costo - efectivas.¹⁰²

SEGÚN LA VISIÓN DE LOS ACTORES SE ENCUENTRAN PRESENTES: Usuario (Micro); Proveedores (Micro) y Proveedores (Micro y Meso); Financiadores (Meso y Macro) y Planificadores ó Reguladores (Macro). *Todo puede ser llevado a un conjunto intergador.*¹⁰³

RESPUESTA	% FACTURACION	% ESTADA	N° PRESTADORES
NO	17%	44%	3
SI, SIN INTEGRACION	34%	19%	5
SI, CON INTEGRACION	49%	37%	4

RESPUESTA A LAS ENTREVISTAS SEGÚN EL TOTAL DE FACTURACIÓN

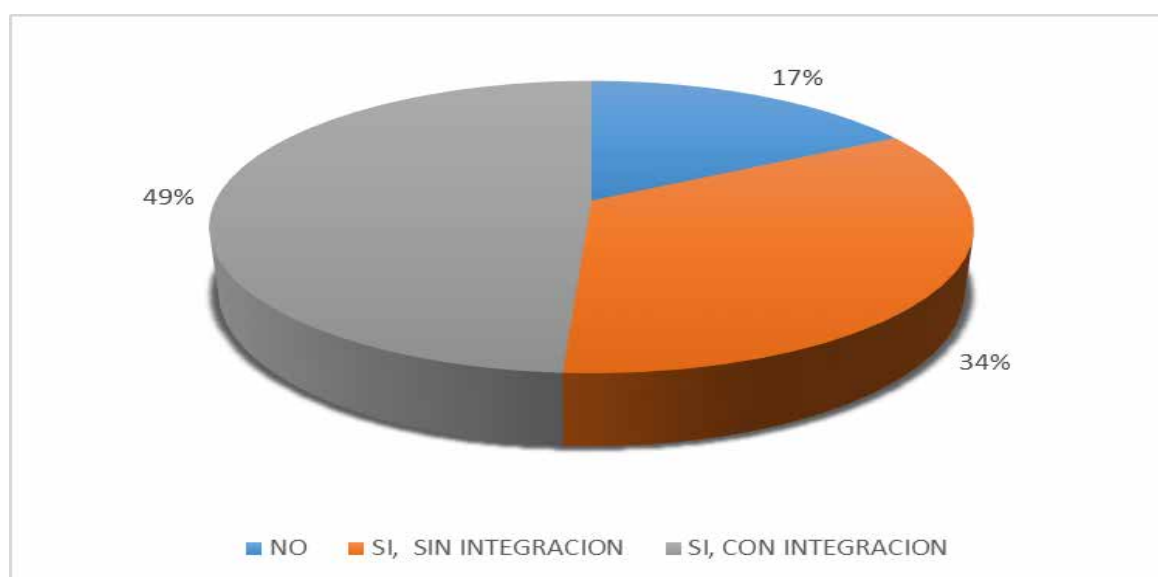


GRÁFICO 14: RESPUESTA A LAS ENTREVISTAS SEGÚN EL TOTAL DE FACTURACIÓN

PODREMOS TRABAJAR SOBRE EL 49% E INTEGRAR EL 34%, QUE RESULTA EL 83% SEGÚN EL VALOR DE FACTURACIÓN, HECHO QUE SE CONSIDERA POSITIVO. De aquí podemos Introducir los criterios de costos como insumos en las decisiones sanitarias. Identificar las mismas como objeto de los procesos de fortalecimiento institucional mutuo. Caracterizar las capacidades organizacionales básicas para generar nuevas "lógicas" en el proceso decisorio.

RESPUESTA A LAS ENTREVISTAS SEGÚN LA ESTADIA PROMEDIO

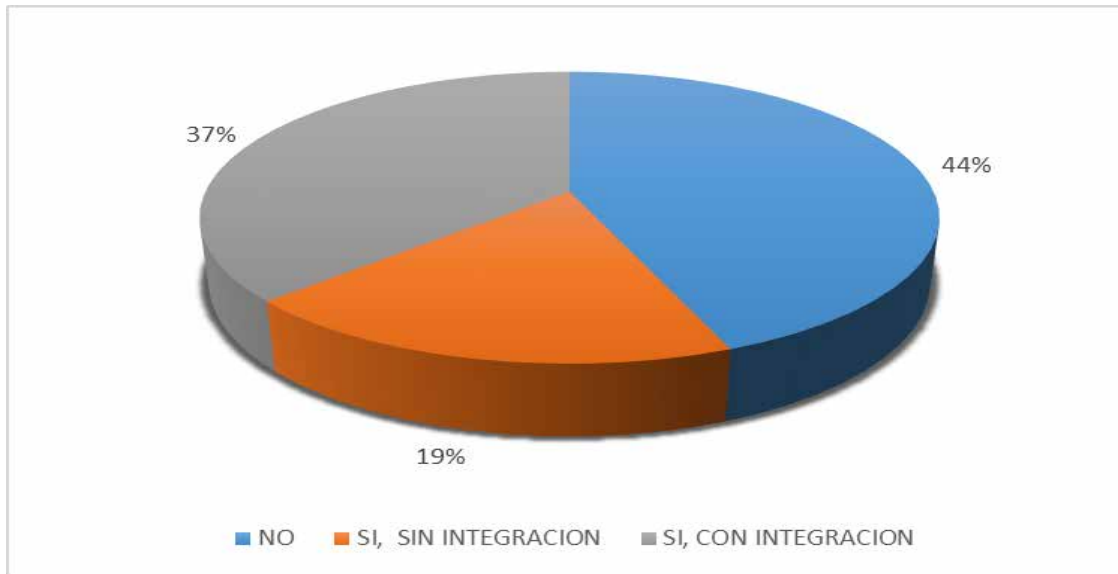


GRÁFICO15: RESPUESTA A LAS ENTREVISTAS SEGÚN LA ESTADIA PROMEDIO

PODREMOS TRABAJAR EN LA INTEGRACIÓN SOBRE EL 44% E INTEGRAR EL 19%, QUE RESULTA INTEGRAR EL 34%, SEGÚN EL DÍA DE PERMANENCIA, HECHO QUE SE CONSIDERA POSITIVO AUNQUE EN MENOR GRADO AL ANTERIOR. Este marco, no se vincula directamente las decisiones sanitarias, sino que el análisis debe mediatizarse en función de los equipos de “meso y micro” gestión institucional y de la capacidad organizacional del prestador.

Observe el lector que aquellos prestadores ineficientes: ESTADÍA PROLONGADA SON LOS QUE NO ACEPTAN LA INTEGRACIÓN. Es decir existe una relación entre la Ineficiencia (ausencia de recursos productivos ociosos, es decir, a que se están usando de la mejor manera posible los factores en la producción de bienes o servicios) y el trabajo conjunto con el financiador.

LIMITACIONES: La significación del indicador puede variar según la patología atendida y características del establecimiento. La variación de la magnitud es muy grande en función de las patologías atendidas. Como reflejo de los servicios prestados, su significación está relacionada con la duración de la internación, ya que la intensidad del servicio es máxima poco después del ingreso, donde se consumen una gran cantidad de recursos, y tiende a disminuir cada vez más a partir de ese momento, a menos que se agrave la condición clínica del paciente. El promedio de días de estada tiene limitaciones cuando se trata de unidades operativas determinadas, tales como patologías complejas o aquellas que atienden las enfermedades crónicas. Este indicador es útil para evaluar la gestión de un establecimiento y no sirve para comparación a nivel de áreas geográficas en el ámbito nacional ni entre el ámbito nacional e internacional.

Hay que TRABAJAR PRESTADOR POR PRESTADOR, mucho MÁS EN LA ESTADÍA QUE EN EL COSTO.

DISCUSIÓN

SUPUESTOS:

El mayor peso del costo total, tanto estándar como real, recayó en ambos casos sobre la variable “día cama”. El costo real de todos los acontecimientos investigados, sin incluir los costos indirectos, no superó al costo estándar.

Frente a la necesidad de obtener financiamiento y sustentabilidad institucional se celebran contratos en las OSN con innovaciones en términos de riesgo, y trasladando estos riesgos a los propios profesionales o proveedores. La pérdida del peso relativo de las OSN debido a la reducción de afiliados, la debilidad financiera de tales entidades y la inestabilidad de la duración de los contratos y de la cobranza de los mismos han sido factores que influenciaron negativamente sobre las fuentes de financiamiento de la oferta privada.¹⁰⁴

Las instituciones de asistencia médica colectiva presentan características particulares que la diferencian de cualquier otro tipo de organización: es una empresa de servicios y funciona en un ambiente de salud; a su vez, los productos que ella presta también tienen sus particularidades: son intangibles, difícil de hallar una unidad de medida, son de fabricación artesanal por lo que no se pueden automatizar, y sobretodo, son poco o nada homogéneos.

El objetivo del presente trabajo es mostrar una herramienta que proporcione datos que hagan de la toma de decisiones un proceso con resultados positivos entre financiador y prestador. Por lo tanto, entendemos que la única respuesta viable a lo anterior es la obtención de un Costo por Paciente / Patología. El gasto del paciente depende exclusivamente del tratamiento de su enfermedad; esa es la realidad y por lo tanto lo que tiene que mostrar el sistema de costos.¹⁰⁵

Sobre los datos disponibles en la Base PICAM se constituyen valores de referencia para cada indicador. Estos se toman valores comparativos (benchmarking) para reflexionar sobre las diferencias observadas en cada establecimiento o procurar identificar, consecuentemente, las causas que determinan las mismas. Metodológicamente, se utilizan como referencia los valores de cuartiles de los indicadores resultantes de la base PICAM, a los efectos de ubicar en relación a ellos, la posición relativa de los indicadores de cada establecimiento. El mejor valor de referencia en la mayoría de los indicadores PICAM es el expresado por el cuartil 25.

Los indicadores obtenidos se construyen sobre la base de los documentos metodológicos PICAM (Manual 2012 y Manual Operativo). Fueron analizados por DOMINIOS. Este abordaje interrelaciona las diferentes dimensiones de la calidad de la atención médica. En consecuencia denominamos DOMINIOS a la integración, conjunto ó dimensión, de indicadores de calidad.

Los valores de referencia definitivos PICAM para establecimientos privados 2011 se incluirán en la base inferior de la matriz de los resultados.¹⁰⁶

	Cuartil 25	MEDIA	Cuartil 75
SERVICIOS ESPECÍFICOS			
Razón de Prácticas Ambulatorias de Laboratorio / Consulta	0,88	1,18	1,40
GESTIÓN ASISTENCIAL			
Razón de Ecografía Ambulatoria por Mil Consultas	49,88	70,42	83,05
Porcentaje de Cesáreas Sobre Total De Partos	40,89	49,17	60,00
GESTIÓN OPERATIVA			
Promedio de Días de Estada de los Egresos	2,84	3,44	4,14

Una de las fuentes de referencia del Proyecto PICAM ha sido el programa ORYX, que con la misma finalidad puso en funcionamiento la Joint Comisión de los EE.UU. Otra fuente de referencia ha sido el Programa HEDIS (Health-Plan Employer Data and Information Set) del National Committee for Quality Assurance (NCQA), también de EE.UU. En el primer caso, los indicadores están dirigidos a instituciones hospitalarias; en el segundo a redes de servicios de salud.^{107 108}

También en América Central y América del Sur contamos con ejemplos de Programas de Indicadores, como los trabajos realizados en Cuba por Rosa E. Jiménez Paneque, el monitoreo en el Hospital de Clínicas de Montevideo¹³, la Red Interagencial de Informaciones de la Salud¹⁴, en Brasil, y otras experiencias. El desarrollo de programas de este tipo es diverso, heterogéneo y muy dinámico. No obstante todos se caracterizan por identificar problemas relevantes y contar con fuentes de datos estructurados y adecuados para obtener los indicadores.

RAZÓN DE ECOGRAFÍAS AMBULATORIAS POR 1000 CONSULTAS.

Se observan comportamientos de los profesionales relacionados con una adecuada aplicación de los conocimientos científicos, pudiendo reflejar también la disponibilidad y capacitación personal y de los sistemas de apoyo. Asimismo, puede vincularse con otros factores, tales como los mecanismos de retribución profesional; Existen estudios internacionales que indican que “la información diagnóstica ecográfica puede mejorar la atención a los pacientes de un modo eficiente”, así como también mejorar la calidad asistencial⁵, con lo cual no debemos alarmarnos a priori si se observan valores mayores a los esperados.¹⁰⁹

La frecuencia de neonatos pretérmino se relaciona con el número de embarazos múltiples y las intervenciones obstétricas (que disminuyen la tasa de mortalidad fetal). Este indicador, de la frecuencia de inducciones y cesáreas pretérmino, de la utilización ecográfica precoz (para valorar la edad gestacional), cambios en factores demográficos y factores conductuales.^{110 111}

La literatura se explaya en que indicador prácticas de laboratorio por consulta no resulta apropiado como indicador de conductas médicas globales, dado que sumado a la “contaminación” (muchos análisis que se realizan en los hospitales son indicados por médicos externos), no es muy diferente la cantidad de análisis de laboratorio solicitados por consulta en los distintos hospitales (pensemos que normalmente se lo utiliza como rutina), como para poder percibir diferencias producidas por la gestión institucional sobre las conductas médicas.

EN NUESTRO CASO LA EXISTENCIA DE UNA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA CONTROLADA EVITA LA SOBREUTILIZACIÓN.

PORCENTAJE DE CESÁREAS SOBRE TOTAL DE PARTOS (VAGINALES MÁS CESÁREAS)

Este indicador permite evaluar el proceso de la atención médica obstétrica, trazador de la calidad médica asistencial. El nacimiento por medio de operación cesárea abdominal tiene el aspecto positivo el hecho de poder evitar obstáculos que de no eludirse comprometerían seriamente la condición fetal y materna. Sin embargo, la utilización exagerada de esta operación exacerba notablemente sus aspectos negativos, tales como la introducción de dificultades en la relación madre e hijo, retardo de la recuperación materna y su retorno al grupo familiar, retardo en la instalación de la lactancia materna, morbilidad postoperatoria, asociación con infección materna a veces severa, asociación con riesgo anestesiológico, y globalmente, aumento de la muerte materna asociada al nacimiento.¹¹²

El valor de Brasil alcanza el 50%, valor mayor aún que el de Estados Unidos que es 33%. En Francia, por otro lado, el valor es 21%. PICAM observa el valor de cesáreas sobre el total de partos realizados, siendo en los en la Entidades Privados de 54, 24%.¹¹³

LIMITACIÓN: No se consideró el porcentaje de cesáreas en nulíparas / primíparas, por número insuficiente ó desconocido (véase poblaciones de migraciones limítrofes). Entendemos el Dominio "Gestión Asistencial" como aquel que contiene indicadores de conductas médicas y de cumplimiento de normativas médicas. En la base de datos PICAM los indicadores siguientes cargan en un mismo factor y presentan una fuerte cohesión estadística.

GUARDIA O URGENCIA SOBRE EL TOTAL DE CONSULTAS DEL ESTABLECIMIENTO.

De acuerdo al análisis llevado adelante en el trabajo de Representatividad de Indicadores realizado en el PICAM (Vázquez, 2011), este indicador junto con la Tasa de accidentes laborales, tanto desde el punto de vista conceptual como estadísticamente (correlación), funcionan como trazadores respecto de la Seguridad del Paciente.

Asimismo, la existencia de desvíos en la distribución de las consultas médicas de urgencia podría estar indicando fallas en la provisión de servicios programados y en la atención ambulatoria de primer nivel, una escasa cobertura real y la consecuente inequidad en la atención. En este caso el valor de los Hospitales Públicos, 33,83%, supera en un 66% al de los Establecimientos Privados que es 20,31.¹¹⁴

Vincent ha estudiado a fondo la seguridad hospitalaria y formuló un marco teórico donde coloca la sobrecarga de trabajo en el tope de las condiciones que generan inseguridad. En la base de datos PICAM vemos como aumenta escalonadamente la tasa de accidentes del personal en la medida que aumenta la sobrecarga de trabajo, deducida ésta a partir del aumento en el % de consultas de guardia (la "presión de la guardia"), y el aumento en el % de pacientes graves. Es fuerte la evidencia que las internaciones más comunes se relacionan con falencias en la atención ambulatoria. De hecho indicadores fuertes de la calidad ambulatoria son tasas de internación de problemas comunes.¹¹⁵

LA ATENCIÓN AMBULATORIA ES RELEVANTE SI NOS INTERESA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

EL PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA

Es considerado unánimemente el indicador de eficiencia hospitalaria. Se carga conjuntamente con el indicador “% de completabilidad”, que se refiere a la proporción de datos entregados al en relación a los solicitados. Este ultimo indicador, expresa el compromiso institucional y desde lo conceptual se considera que representa la Gestión Clínica.

EL PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA REPRESENTA LA EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE INTERNACIÓN.

INDICADORES FALTANTES

La ausencia de indicadores por patología es crítica, con la consiguiente dificultad para evaluar Efectividad Clínica, así como para definir con mayor precisión la relación entre los indicadores. Ello se debe a la falta de formación o de normas en la “macrogestión” que obliguen a su inclusión.

ES NECESARIO INCORPORAR INDICADORES POR PATOLOGÍA EN LOS PROGRAMAS DE CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA.

CONCLUSIONES

El desarrollo presentado apunta a integrar, dialogar y mejorar la ecuación generando sinergias y ventajas competitivas para lograr mejor Calidad de Atención y reducir Costos en la Seguridad Social. Tomando a la estrategia como plan puede ser aplicado:

- a) “macro gestión” o planificación estratégica de políticas de salud, por ejemplo a los efectos de asignar adecuadamente los presupuestos a servicios y sistemas de salud, con la posibilidad de medir sus costos y producción. También de reformular ó aggiornar los indicadores de la resolución 650/97.
- b) “meso gestión” a profesionales que se desempeñan en la dirección o integrantes de equipos gestión de servicios y sistemas de salud en la Seguridad Social, a los efectos de tener información de la producción de los servicios y poder compararlos.
- c) “micro gestión” o gestión clínica, ejemplo jefes de servicios, mandos medios para medir la actividad de su área y tener presente sus costos y también a médicos clínicos con interés en la investigación sobre su actividad asistencial de los servicios y sistemas de salud.

El modelo integrado define a los financiadores y las instituciones proveedoras formando una única organización. Pero no hay ningún financiador que tenga todo integrado, sino que existen más bien grados de integración donde algunos financiadores. ¹¹⁶

El 29 de marzo se realizó la charla “Obras sociales - prepagas: ¿integración del sistema?”, a cargo de quien era en ese momento superintendente de Servicios de Salud, Ricardo Bellagio. El funcionario habló de la necesidad de un sistema de salud integrado. ¹¹⁷

Un modelo de servicios que permite tener un solo interlocutor para resolver todos los temas en torno a los sistemas de información, tomando el rol de integrador de todos los otros servicios de genera una integración virtual. ¹¹⁸

El aumento de costos directos reales es un factor preponderante en la integración sanitaria. Los hallazgos justifican: Medidas de control y discusión mutua entre financiador y prestador. Considerar incentivos en el futuro y perfilar los centros como medida de optimización. ^{119 120 121}

El modelo aquí propuesto excede lo precedente y abarca la gestión y la integración virtual. La gestión eficiente de la cadena de valor constituida por el sistema de contrataciones es un elemento clave que permite posicionar al financiador con ventajas competitivas para garantizar la viabilidad de largo plazo y fundamentalmente brindar excelencia prestacional a los usuarios del sistema de salud. Todo esto lleva a la discusión semántica del mal uso de las palabras (en cuanto a la terminología). Entonces si estamos midiendo las intervenciones de la calidad de vida todo aquello que le permita favorecer la independencia es valioso para el paciente. Ha sido interesante en el análisis del eje el concepto “Es muy difícil integrar lo que no se tiene por información o aprehendido”. Esta expresión se la toma como una visión integradora.

IDEAS FUERZA DE LA CONCLUSIÓN

Alto uso de las tecnologías diagnósticas en relación a los conocimientos
Falta de una adecuada aplicación de los conocimientos científicos
Cambio estructural en los servicios y de educación médica para mejorar la calidad
Evaluar si la demanda cubre las necesidades de salud de la población
Fallas en la provisión de servicios de la atención ambulatoria.
Mejor disponibilidad de los sistemas de apoyo en ecografía.
Buena de la disponibilidad de los sistemas de apoyo en laboratorio
Mejor disponibilidad de los sistemas de apoyo en radiología e imágenes
Evaluar mecanismos de retribución profesional
Evaluar mecanismos de retribución cesárea / parto
Judicialización de la medicina
De acuerdo a los incrementos prestacionales poder anticiparse
Falla en el seguimiento médico del caso de internación y demora en interconsultas
Conducta expectante no justificada
Falla en el control del embarazo y cesárea previa
Poblaciones de migraciones limítrofes

DETALLE

ALTO USO DE LAS TECNOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS EN RELACIÓN A LOS CONOCIMIENTOS

FALTA DE UNA ADECUADA APLICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS

CAMBIO ESTRUCTURAL EN LOS SERVICIOS Y DE EDUCACIÓN MÉDICA PARA MEJORAR LA CALIDAD

EVALUAR SI LA DEMANDA CUBRE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

FALLAS EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA.

La utilización de la tecnología como auxiliar en el diagnóstico y terapéutica médica tuvo su mayor desarrollo y esplendor durante las últimas décadas del siglo XX, debido a los beneficios directos que la radiología ofreció al proceso salud enfermedad, representando sin duda uno de los campos más dinámicos de la práctica médica. Los valores humanos de la práctica médica como la compasión, la misericordia, calidez y algunas habilidades clínicas para el diagnóstico han sido desplazadas a menudo por el abuso de la tecnología, favoreciendo un empobrecimiento de la relación médico paciente, el encarecimiento de insumos, así como disminución en la satisfacción en los servicios de salud. ¹²²

Es fundamental considerar la transformación en la forma como el profesional se percibe a sí mismo y la percepción por las demás especialidades, reconociéndolo ahora como un participante del equipo de salud, si bien altamente tecnificado pero con poco compromiso hacia el destino clínico final de los pacientes. Este último aspecto es quizá el más preocupante de los cambios observados en el perfil profesional del médico en la actualidad. En algunos países de Latinoamérica y Europa se educa al residente o al médico para desarrollar habilidades hacia la correlación directa clínica como la forma más efectiva de asegurar el diagnóstico preciso, en sistemas como el norteamericano esta relación prácticamente se ha ido desvaneciendo y favorece por un lado, el aislamiento en el profesional de la radiología y por otro, el contacto del paciente con el médico que debe liderar el equipo de salud.¹²³

Los desafíos que se ciernen sobre las universidades en el mundo actual y cuál es el papel que le corresponde en la transformación de la educación superior para el próximo milenio. Se analiza cómo la excelencia y calidad académicas constituyen elementos claves y controversiales en la educación superior y se analizan las diferentes variables que en ella intervienen. Se indica la influencia de la globalización y cómo para hacerle frente es necesario fortalecer la capacidad de negociación, inserción y competitividad de las universidades. Se fundamenta cómo para incrementar la calidad del proceso universitario se precisa de una gestión académica eficaz y eficiente, la capacidad de autoevaluación, así como el intercambio y cooperación interuniversitaria e intersectorial. Se precisa cómo está influyendo la explosión científico-técnica de estos tiempos y las características que debe reunir el nuevo tipo de profesional a formar.^{124 125 126 127}

Retornando a un concepto que recalcamos en la página 50 de este escrito; tomamos del catedrático Ortún Rubio: ¿QUÉ DEBERÍA SABER UN CLÍNICO DE ECONOMÍA?

“QUE LA EFICIENCIA es la marca del virtuosismo en Medicina, pero que el camino a la eficiencia pasa por la efectividad. QUE LA ÉTICA MÉDICA exige la consideración del coste de oportunidad en las decisiones diagnósticas y terapéuticas. QUE LAS UTILIDADES relevantes son las del paciente....”

La mayoría de los programas de las Facultades de Medicina adolecen de insuficiente formación metodológica y de disciplinas básicas. El futuro médico debe tener conocimientos sólidos que permitan evaluar de forma crítica la evidencia disponible y enfrentarse a problemas para los que no se ha sido preparado específicamente. Esto implica orientar la formación hacia la atención primaria, desplazar al hospital como núcleo único de educación médica y reconocer, en el nuevo curriculum, la importancia de las características sociodemográficas y los problemas de salud prevalentes en nuestra sociedad.^{128 129}

Trabajar por los derechos es luchar por los derechos de las personas que tenemos a nuestro cuidado, porque para cumplir la tarea, es indispensable estar compenetrado con la realidad social del otro. Los propios trabajadores y trabajadoras conocen el problema y tienen el derecho a hablar en primera persona sobre lo que les ocurre y a asegurarse que sus puntos de vista se tienen en cuenta. La prevención en salud tiene que ser parte del Transformar la percepción subjetiva de sus compañeros/as en demandas de mejoras es lo que da sentido. La opinión de los trabajadores/as es la principal fuente de información y el mejor indicador de lo que está sucediendo. Averiguar qué problemas sienten, cómo los viven y qué creen que se puede hacer para solucionarlos es una tarea fundamental para implicarlos en la actividad preventiva y favorecer su participación. Recoger su opinión de forma espontánea o a través de instrumentos específicos. Realizar la vigilancia de la salud de los trabajadores/as es una actuación básica para detectar daños en su estado inicial y poder desarrollar políticas preventivas. Conocer en cada momento qué daños, alteraciones o molestias que padecen el conjunto de personas que trabajan juntas orienta hacia las posibles causas, ayuda a detectar nuevos problemas y es un indicador de cómo está funcionando la prevención. Desde la base se puede realizar una vigilancia de la salud desde criterios consensuados de antemano, integrando los resultados de esta vigilancia en todas las planificaciones preventivas que se realicen.^{130 131 132}

MEJOR DISPONIBILIDAD DE LOS SISTEMAS DE APOYO EN ECOGRAFÍA.

BUENA DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS SISTEMAS DE APOYO EN LABORATORIO

MEJOR DISPONIBILIDAD DE LOS SISTEMAS DE APOYO EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES

Todo proceso asistencial se inicia con el diagnóstico del paciente, por lo que la realización de procedimientos diagnósticos es uno de los aspectos fundamentales de la práctica clínica. En la medicina actual este es un proceso de gran complejidad organizativa, ya que una petición de apoyo diagnóstico puede englobar varias pruebas distintas e implica a gran cantidad de profesionales durante su desarrollo, tanto clínicos como administrativos. Además, no se trata de un proceso aislado, ya que deben coordinarse actuaciones relacionadas.^{133 134}

En general, podemos decir que un sistema de apoyo en Laboratorio, mejora el proceso de toma de decisiones. La decisión es una elección entre alternativas basadas en estimaciones de los valores de esas alternativas. El médico también puede comparar los resultados con los resultados de los análisis anteriores. Los análisis de laboratorio suelen ser parte de un examen de rutina para detectar cambios en su salud. También ayudan a los médicos a diagnosticar cuadros clínicos, planificar o evaluar tratamientos y controlar enfermedades.

¹³⁵

Algunos medios de diagnóstico en la radiología actual brindan eficiencia y velocidad en el diagnóstico y representan el ideal a seguir en muchos servicios de atención a la salud en diversos niveles de atención, en países en desarrollo. Sin embargo, esta visión de la práctica médica basada primordialmente en la ponderación de la tecnología también cuenta con numerosos claroscuros; por un lado, estos medios brindan el diagnóstico cercano a la verdad nosológica de la enfermedad con precisión asombrosa, pero de la misma manera si no son utilizados con mesura y reflexivamente dejan al descubierto aspectos delicados en el área afectiva del paciente y en la calidad en la relación con el prestador de servicios.¹³⁶

EVALUAR MECANISMOS DE RETRIBUCIÓN PROFESIONAL

EVALUAR MECANISMOS DE RETRIBUCIÓN CESÁREA / PARTO

El trabajo médico es un trabajo en equipo, su función es el trato directo con el paciente, esta relación incluye dos aspectos básicos el primero de ellos relacionado con la salud fisiológica del paciente y el segundo de los mismos relacionado con la parte psicológica con la comprensión del mal y la forma en que afecta al paciente, esta última perfectamente compatible con el trato y el respeto hacia los pacientes. Las retribuciones médicas, ajustadas por paridad de poder adquisitivo, difieren de manera notable, pero, sin ajustar por cantidad de horas trabajadas ni lo que resulta mucho más difícil e importante por la calidad del trabajo realizado tienen un valor informativo limitado. Aprender de las políticas de selección y retención de profesionales de otros países, atrayendo, por ejemplo, para que vuelvan a la actividad profesional los (acreditados) que han abandonado las tareas asistenciales por la gestión, la política, la docencia, la investigación, la industria, etc. Flexibilizar las condiciones laborales ha sido una herramienta muy efectiva en otros países, como en el Reino Unido, donde en el año 2000 se puso en marcha una iniciativa llamada Improving Working Lives (IWL). Para mejorar el rendimiento de las organizaciones sanitarias se ofrecieron mejores condiciones de trabajo, entre ellas, un mayor acceso a horarios flexibles. Los sindicatos y otras organizaciones han reconocido la importancia de esta iniciativa para lograr retener a los profesionales. Las organizaciones contemporáneas enfrentan mercados cada vez más turbulentos y mutables del punto de vista tecnológico, económico y social, necesitando dar respuestas adaptadas para que se mantengan productivas y para sobrevivir a las presiones que esos mercados ahora les ejercen. Los cambios y presiones que emergen del entorno en que las organizaciones se encuentran son cada vez más frecuentes y rápidos, presentando importantes desafíos para las organizaciones.¹³⁷

El concepto de adaptabilidad de carrera y respectivas dimensiones (la preocupación, el control, la curiosidad y la confianza), centrado en el individuo y que decoren del abordaje teórico de carrera propuesto por Mark Savickas, proporciona un marco con potencial de transposición y de aplicación a las organizaciones. El artículo presente tiene como objetivo proponer la adecuación de este concepto a las organizaciones, dando paso a un nuevo concepto, el de adaptabilidad de organización. Las intervenciones psicológicas deberán abordar este concepto para promover un mejor ajuste entre los recursos de adaptabilidad de los trabajadores y las necesidades de adaptabilidad de las organizaciones. La adaptabilidad, en última instancia, puede ser una variable importante para mejorar y aumentar la disponibilidad y los recursos de una organización para enfrentar los cambios previstos, o actuales, que presentan los contextos de trabajo turbulentos.¹³⁸

NINGÚN SISTEMA SANITARIO ES MEJOR EN TODO: No es cuánto; sino cómo se gasta la Calidad puede reducir costos o NO. Los sistemas sanitarios funcionarán cuando los profesionales sanitarios que asignan los recursos tengan la información y los incentivos convenientes para tomar decisiones clínicas coste-efectivas.

Se consigue lo que se paga que se paga: De cobrar por ser a cobrar por hacer; De cobrar por hacer a cobrar por resultado; MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA: consecuencias que espera conseguir (salario); MOTIVACIÓN INTRÍNSECA: consecuencias en el propio individuo (satisfacción con una buena labor); MOTIVACIÓN TRASCENDENTE: consecuencias en otros (ayudar a un colega). INCENTIVOS: Instituciones como mecanismos de cooperación y racionalización que mejoran nuestra ADAPTACIÓN A UN ENTORNO MUY CAMBIADO. Valores y percepciones compartidas sobre el SIGNIFICADO DE LA PROFESIONALIDAD. RELACIONES CON LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA. FUNCIÓN SOCIAL BENEFICIOS: Premiar eficiencia; Estimular innovación; Compensar el riesgo.¹³⁹

CARRERAS PROFESIONALES: debe evitarse el profesional que va de la ambigüedad de una institución a otra. Rendimiento observable, con frecuencia, solo a largo plazo; Necesidad de invertir en capital humano específico a la relación = contrataciones a largo plazo; Promoción horizontal y CONSENSUAR CON LA CORPORACIÓN MÉDICA. *La así denominada admite sobre todo a nivel periférico que el médico asistencial recorre unidad de internación por unidad de internación en diferentes prestadores sin una cohesión al tratamiento y a la Gestión Clínica ni un arraigo a la Institución.*

Crear unidades de atención integral que garanticen el desarrollo de los programas específicos para su problemática, incluyendo medidas para reducir la tasa de cesáreas. La atención integral a la mujer implicará la elaboración, implantación y evaluación de procesos asistenciales integrados y de vías rápidas. Es evidente el incremento del número de operaciones cesáreas en los últimos tiempos, especialmente en los países latinoamericanos.

Aumentó la edad promedio de las cesareadas.

Aumentó la prematurez.

Aumentaron las presentaciones viciosas (hecho que debe ser revisto)

Fueron afectados mayormente los grupos etarios de 25 a 29 años y mayores de 40.

Hay mayor incidencia de cesáreas entre las nulíparas y grandes múltiparas.

Las causas que motivan más operaciones fueron: FPD ó Falta de Progresión, HTA ó Hipertensión, HIV, Gemelares, RPM ó Ruptura Prematura de Membranas. Las causas antes mencionadas son susceptibles de ser mejoradas, lo cual implicaría un descenso en el número de operaciones y sus temibles complicaciones. La preclamsia y el HIV, detectados precozmente son pasibles de tratamiento y la utilización de la vía baja. La pesquisa de infecciones vaginales o del grupo B y su pronto tratamiento evitaría la RPM. En cuanto a la FPD, es Falta de Progresión y PACIENCIA.^{140 141}

JUDICIALIZACIÓN DE LA MEDICINA

La medicina defensiva trataría de proporcionar al médico la protección necesaria ante futuras reclamaciones planteadas por los posibles perjudicados por la prestación asistencial recibida, de modo que el médico ante el que se formule la reclamación, estuviera en condiciones de probar en todo caso que se actuó con arreglo a los protocolos aplicables y que la prestación asistencial fue conforme al criterio de la *lex artis*, entendida esta como criterio de normalidad en la prestación asistencial. La actuación médica "a la defensiva" supone que se practiquen las pruebas diagnosticadas y que se actúe tomando no solo las precauciones normales (en las que siempre se corre algún riesgo, pues no puede garantizarse que siempre la salud y la vida triunfen en el combate contra la enfermedad) sino más allá de las normales, acentuando hasta el límite máximo las precauciones con el fin de reducir al mínimo de lo razonable los riesgos derivados del tratamiento médico.¹⁴²

El primer punto de ruptura es la relación médico-paciente y luego con la familia. Además de la interconsulta médica de la especialidad o de otra especialidad ligada y en interconsultas a otras profesiones. La presencia de algún letrado litigante es una última causa. El buen registro de la patología y el tratamiento efectuado en una prolija y completa historia clínica es un aliado incondicional para el médico, el prestador y el financiador. Asimismo, deben ser realizadas diariamente y deben estar completas en caso de ser necesarias para cualquier trámite.

Debemos tener un criterio ético y responsable para con otros colegas, ya que, en prácticamente en la mayoría de los casos de los casos, existe ó existió algún comentario originado en alguna rama de la medicina.^{143 144}

Las Historias Clínicas deben cumplir recomendaciones a saber: a) De Confección, una historia clínica será completa y actualizada con citas por consultorio externo, aclarando si el paciente cumple o no con las indicaciones adecuadamente. b) De Adecuación: la complejidad de las prácticas deben estar adecuadas a las posibilidades y recursos del centro asistencial donde éstas vayan a realizarse. c) Y de Prescripción: al realizar prescripciones y recetas, hacerlo con letra clara y legible, aclarando las indicaciones. Toda estructura de gerenciamiento generalmente por medio de procesos de tecnología de la información y herramientas informáticas (y ahí nuestro caso) deben evitar las Historias Clínicas Desagregadas.¹⁴⁵

DE ACUERDO A LOS INCREMENTOS PRESTACIONALES PODER ANTICIPARSE

Rescatar este aspecto de la planificación (Toma de Decisiones Anticipando el Suceso) como proceso mental, nos permite resaltar un par de “verdades”: Se planifica, de una manera u otra, toda actividad humana voluntaria, en la medida en que ello significa el poder anticipar, prever, organizar y decidir cursos de acción. El argumento, muy generalizado, referido a la planificación adquiere entonces otra dimensión: la dificultad mayor no radica en este proceso de pensamiento sino en la modalidad de su explicitación. Aun el decisor que manifiesta que no planifica, no puede dejar de reconocer que, en el nivel de proceso, de una u otra manera trata de anticipar cursos de acción.¹⁴⁶

FALLA EN EL SEGUIMIENTO MÉDICO DEL CASO DE INTERNACIÓN Y DEMORA EN INTERCONSULTAS

CONDUCTA EXPECTANTE NO JUSTIFICADA

Care management puede ser definido como un programa compuesto por gestiones coordinadas de salud y comunicaciones con poblaciones de pacientes con patologías crónicas o con predisposición a las mismas. Los financiadores típicamente disponen de una vasta cantidad de datos de sus afiliados, de variadas fuentes. Tienen información de perfiles de utilización, datos financieros, datos de facturación de prestadores y hasta de resultados clínicos. Los programas de *Care management* utilizan herramientas informáticas que ayudan a los financiadores a integrar las informaciones financieras con clínicas. Tener un enfoque de colaboración e integración es crítico. No basta con fijarse en “eventos” de salud o “episodios” de enfermedad; hay que entender lo que sucedió en el pasado y tratar de predecir qué puede ocurrir con la salud del paciente para hacer contribuciones que eviten recaídas. Esto requiere integrar la información en el continuo de la atención. Este enfoque proporciona mejores resultados y reducción de costos. La adecuada gestión de salud requiere más que la suma de buenas voluntades de financiadores, prestadores y pacientes. El enfoque colaborativo es crítico; requiere integración, colaboración y el uso de nuevas herramientas y canales de comunicación. Ya no se trata de enfocarse en “eventos” de salud sino entender el estado de salud.¹⁴⁷

No justificar una conducta médica expectante constituye según la literatura un problema bioético. “Existe ambigüedad y falta de definición en términos supuestamente sobreentendidos, pero que parecen lejos de serlo, por ej.: comunidad, representante e intereses de aquélla, población, vulnerabilidad -personas vulnerables, poblaciones vulnerables-, capacidades a evaluar en miembros de la comunidad o legos, etc.”. No tenemos respuestas para estos problemas, ni es la pretensión elaborarlas. Buscamos, ponerlas en evidencia, destacando las dificultades fácticas que los comités afrontan para interpretar y cumplir las normas impuestas, lo que puede conducir a la parálisis o a actuar de cualquier manera, como se pueda, generando un alejamiento y divorcio entre el propósito y el hecho obtenido. No hay conclusiones. Solo aspiramos a abrir el debate.¹⁴⁸

FALLA EN EL CONTROL DEL EMBARAZO Y CESÁREA PREVIA

POBLACIONES DE MIGRACIONES LIMÍTROFES

Volvemos sobre el tema. El parto vaginal después de una cesárea tiene un éxito superior. Bajo ciertas condiciones, es considerado seguro, y con una baja probabilidad de complicaciones. Sin embargo, cuando estas ocurren, pueden resultar catastróficas para el feto y la madre. Una de las más temidas es la rotura uterina. Los datos aportados por diferentes trabajos sugieren que la revisión transcervical de la cicatriz uterina de cesárea anterior, debe ser realizada solamente en los pacientes sintomáticos (dolor supra púbico persistente, retención placentaria, sangrado excesivo durante trabajo de parto) o cuando los factores de riesgo están presentes (trabajo prolongado, expulsivo prolongados, extracción instrumental) (Demostrando que la revisión de la cicatriz de cesárea de rutina no se justificaría. Finalmente queda demostrada la validez de una prueba de trabajo de parto en aquellas pacientes con antecedente de una cesárea, debemos recordar que a pesar de la baja incidencia de complicaciones, como es la rotura uterina, debemos estar atentos y por sobre todo sospecharla a la luz de los antecedentes expuestos. Ya que puede resultar una verdadera catástrofe tanto para el feto como para la madre.^{149 150}

En una OS Nacional Industrial como la estudiada el peso de las migraciones limítrofes es el 53 por mil ó 5,3% de la población en general pero dado que se concentran en CABA y el Cinturón del Conurbano el peso se duplica, necesitando instruir a los médicos de la red de APS, como a los delegados de base en el manejo de los casos testigo. Cabe aclarar que todas las personas que viven o transitan el suelo argentino tienen garantizado el pleno acceso a los servicios públicos de salud y a programas de provisión de medicamentos, de manera gratuita. El derecho a la salud es uno de los derechos humanos fundamentales para los ciudadanos. En la Argentina, este derecho está garantizado por la Constitución Nacional.¹⁵¹

Como nuestro país tiene una política de libre inmigración desde tiempos históricos, en los últimos tiempos las industrias de la manufactura y fundamentalmente aquellas como la población que nos ocupa han tenido un flujo de ingreso de comunidades hermanas fundamentalmente de Perú y Bolivia.¹⁵²

En salud intercultural ha habido avances importantes, que se reflejan en numerosos estudios sobre este tema, en la formulación de políticas públicas y en experiencias en centros de salud intercultural en Bolivia y América Latina. Sin embargo, la operatividad del enfoque de la interculturalidad en salud todavía es limitada. Existe una relación inversa entre el nivel de instrucción de la madre y la mortalidad infantil.¹⁵³

Estas comunidades ameritan un gran control del embarazo, percentiles específicos, alta tasa de enfermedades prevalentes en la niñez y discapacidad. Se mantienen en comunidades cerradas por lo que resulta imperioso trabajar con los delegados de base y los médicos de la red de APS.^{154 155 156}

Bolivia es un país atravesado por la imposición de una cultura que domino por sobre otra que quedo dominada y excluida, sin embargo esta última merced a situaciones diversas ha logrado no solo subsistir sino ser parte del bagaje de la sociedad en general y esto no se contempla en la formación. En Argentina, país carente de una identidad cultural marcada y que en los últimos años va aceptando su latinidad americana, la ciencia moderna avanza sin tropiezos siendo aceptada universalmente. Sin embargo esto nos excluye de los aportes de un conocimiento milenario del "arte de la cura", que vuelve de la mano de una dudosa arenga New Age, que debiera ser integrada de manera más responsable en sus virtudes y posibilidades, dentro del campo de la medicina tradicional en conexión con la occidental. La complementación entre ambas culturas en lo que respecta a sus métodos de abordajes, se vuelve entonces una oportunidad y una visión compleja de la concepción de la salud, que debiera intentarse, lo cual implicaría un mayor cuidado en evitar las reducciones epistemológicas.^{157 158}

Cuando las poblaciones indígenas entran en contacto con los servicios de atención de salud biomédica, surgen una serie de barreras culturales y socioeconómicas que influyen negativamente en los niveles de salud de esta población. Las barreras culturales se refieren a las limitaciones lingüísticas, la subvaloración del origen cultural del paciente, el rechazo y prejuicio a prácticas y procedimientos de la medicina tradicional, consideradas desagradables o incómodas bajo los estándares biomédicos, y a la falta de conocimiento y respeto de las creencias indígenas por el personal de salud. Por otra parte, las creencias o expectativas del proceso de curación de la comunidad indígena (que incluyen ritos y uso de medicina tradicional) y la necesidad del rol activo de la familia en éste, generan que la población indígena prefiera utilizar sus métodos a los biomédicos. ¹⁵⁹

IDEAS FUERZA DE LA CONCLUSIÓN DE INTERNACIÓN

Falta de documentación respaldatoria

Falta firma conformidad del beneficiario y médico (consentimiento bilateral)

Falta de datos en la historia clínica que permita evaluar lo facturado

Falta de hojas de indicaciones médicas

Falta de resultado de anatomía patológica

Falta de informe de práctica efectuada

Medicación en exceso de acuerdo a días de estada

Material descartable en exceso.

Ausencia de letra clara y legible

Los registros son incompletos, no oportunos y no pertinentes (Desagregación)

AQUÍ NO PODEMOS OBVIAR LA PRESENCIA DE LA AUDITORÍA MÉDICA

Tanto financiador como prestador deben evaluar:

La calidad de la prestación médica brindada

La cantidad de prestaciones ejecutadas, determinándose si ellas proceden y se ejecutan de acuerdo a las necesidades de los usuarios y si son compatibles con los protocolos de atención previamente establecidos.

Evaluar el grado de satisfacción de los prestadores y usuarios.

Revisar la dinámica de las estrategias con el fin de alcanzar la mayor eficacia posible.

Es una unidad funcional con fines específicos que hacen a la prevención de problemas económicos y legales que pueden derivar de los estados de los registros médicos de beneficiarios atendidos de la entidad. Le corresponde efectuar el control de los pacientes internados. ^{160 161}

RECOMENDACIONES

Hoy en la realidad las instituciones analizadas no utilizan los Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP) a saber el CIE 10, ó el GRD, utilizando un gran número de diagnósticos fundamentados en la literatura con dispersión de diagnósticos y tratamientos. Tienen como objetivo medir el producto hospitalario que se basa en la agrupación de los mismos a partir de la información contenida en la hoja de cierre de la historia clínica, conformando grupos homogéneos en cuanto a consumo de recursos y con coherencia clínica, calidad y seguridad del paciente.

LAS INTERVENCIONES A LOS INDICADORES QUE NO PUDIERON CONSTRUIRSE

INCORPORAR EL INPUT DEL DATO ESPECÍFICO, a saber:

Que pueda calcularse el número de tomografías y resonancias en los prestadores con internación; siendo el proceso donde se debe trabajar: control de facturación ambulatoria.

Que para cada internación pueda calcularse el número de internación dentro de los 30 días del egreso. Sumado al número de derivación.¹⁶²

Registrar el número de internación, de derivación como así la razón de la misma. Siendo los procesos donde se debe trabajar: seguimiento de la historia clínica durante la internación y control de facturación de internación.

En el caso de las Denuncias deberá existir un apartado especial para registrar el Anexo A y Anexo B, ambos se incorporarán (por prestador, por paciente, por internación, con una breve observación sobre la queja específica y la resolución). Además del número que lleva la denuncia en el Registro de denuncias que lleva la Obra Social.

LAS INTERVENCIONES A LOS INDICADORES QUE SÍ PUDIERON CONSTRUIRSE:

Sabiendo por el denominador que el mayor número de consultas ocurre en agosto (dado que en el cálculo del indicador utilizamos el valor consultas) el pico de estudios en el mes de noviembre dando un retraso en los resultados hacia fin de año amerita una intervención. Los procesos donde se debe trabajar: son dos, Gestión del Caso Clínico en Consultorio y Gestión de los turnos/resultados de laboratorio en línea.

Estudiando caso por caso existe una tendencia a la prescripción ecografías de partes blandas sin justificación. No obstante el uso de la ecografía como método en la consulta implica que no debe ser dejado de lado al analizar “la consulta vestida” y sus inclusiones. El proceso donde se debe trabajar: Gestión del Caso Clínico en Consultorio en línea y pactar con el prestador en la consulta vestida el tipo de ecografía incluido (sobre todo como se observa en los prestadores de mayor complejidad).

Analizar las consultas del prestador A10 y El proceso donde se debe trabajar: Gestión del Caso Clínico en Consultorio (del mismo). En otras palabras aceptar por parte del prestador la observación realizada.

ANALIZAR LOS CASOS MÉDICOS DESTACADOS Y EL PROCESO DONDE SE DEBE TRABAJAR

Gestión del Caso Clínico en la Justificación de la Cesárea y Cesárea previa. Evaluar las razones de control del embarazo (poblaciones de migraciones limítrofes) e indicaciones de la persona por nacer. Proceso donde se debe trabajar: Gestión del Caso Embarazo y Justificación del Procedimiento Cesárea.^{163 164 165}

QUE PUEDEN REALIZARSE TOMA DE DECISIONES ANTICIPANDO EL SUCESO.

El describir la actividad que “harán”, puede servir a modo de “hacernos la película”, para poder así intentar anticipar algunos probables modos de resolución de situaciones conflictivas inesperadas que se puedan presentar (De todos modos nunca podremos afirmar que de este modo disminuirán o desaparecerán las “zonas de incertidumbre” que nos plantea la compleja realidad áulica, en todo caso aparecerán nuevas zonas de incertidumbre). Parece útil considerar a la planificación como un proceso constante, que a la par que intenta anticipar y prever, no garantiza la aparición de lo previsto y anticipado; por lo tanto más que errores que deberían haber sido evitados, haciendo referencia a la incidencia que la realidad compleja tiene en nuestras programaciones, llevándonos constantemente a repensar lo planificado, reorganizar lo previsto, en un trayecto en el cual los “errores” permiten la reconstrucción activa de lo planificado, considerando variables siempre novedosas en la realidad compleja, sin que ello implique ausencia de previsión ni sumisión a los imprevistos.^{166 167}

QUE PUEDEN APLICARSE SEMÁFOROS PERSONALIZADOS

En algunos casos se necesita de reglas especiales no contempladas para determinar el estado. Para resolver esto los sistemas deben proveer de los datos necesarios como para que se desarrollen componentes a la medida de las necesidades de determinado indicador. *Por ejemplo calcular el semáforo de un indicador a partir del último estado disponible de los indicadores fuentes, aunque no correspondiera al periodo de tiempo siendo calculado en ese momento.*¹⁶⁸

VERDE: otorga una cifra igual al estándar o superior indica Normal. Dejar fluir sólo controles periódicos. AMARILLO: la cifra del indicador mostrará que se ha entrado en zona de alerta y Precaución. Llamado de Atención, hay que estar muy atento, hay que comenzar a actuar con acciones correctivas menores. ROJO: a partir de esta alarma es que se llega a una cifra del indicador que presagia que la organización está teniendo problemas bastante importantes. Hay Peligro. Es un alerta máximo que refleja la necesidad de actuar en forma rápida con acciones correctivas muy importantes. Esta herramienta, a diferencia de las tradicionales que son usadas para las mediciones de las organizaciones, hace énfasis en la “estrategia” como pilar fundamental en el arco de la cual se establecen los inductores de actuación, y los indicadores que posibilitarán la medición del logro de los objetivos fijados.¹⁶⁹

La opinión de los trabajadores/as es la principal fuente de información y el mejor indicador de lo que está sucediendo. Averiguar qué problemas sienten, cómo los viven y qué creen que se puede hacer para solucionarlos es una tarea fundamental para implicarlos en la actividad preventiva y favorecer su participación. Recoger su opinión de forma espontánea o a través de instrumentos específicos. Realizar la vigilancia de la salud de los trabajadores/as es una actuación básica para detectar daños en su estado inicial y poder desarrollar políticas preventivas. Conocer en cada momento qué daños, alteraciones o molestias que padecen el conjunto de personas que trabajan juntas orienta hacia las posibles causas, ayuda a detectar nuevos problemas y es un indicador de cómo está funcionando la prevención.^{170 171 172}

COROLARIO

Al estimar conductas médicas (sobreutilización), con indicadores, ES PREFERIBLE SELECCIONAR AQUELLOS ESTUDIOS QUE NO SEAN UTILIZADOS HABITUALMENTE PARA RASTREO DE RUTINA.

El aumento en el % de consultas de guardia SE RELACIONA CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El promedio de DÍAS DE ESTADA REPRESENTA LA EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE INTERNACIÓN; siendo conveniente vigilar el % de reingresos.

Los indicadores % de cesárea, y ecografías por 1000 consultas, se perfilan como indicadores de Gestión Asistencial.

La atención ambulatoria es relevante si nos interesa la seguridad del paciente.

Es NECESARIO INCORPORAR INDICADORES POR PATOLOGÍA en los programas de calidad de atención médica.¹⁷³

El problema principal de la integración en este contexto se UBICA MÁS EN la INEFICIENCIA DE LOS PRESTADORES (no todos) MÁS QUE EN EL COSTO.

REFERENCIAS

- 1 PODER EJECUTIVO NACIONAL. *Obras Sociales - Desregulación - Derecho De Opción. Decreto 446/2000. Publicado en el Boletín Oficial del 06-jun-2000; Número: 29413; Página: 2, Argentina. 2000*
- 2 FEDERICO TOBAR. *Cómo se regulan los Seguros de Salud. Lecciones de la experiencia internacional. ISALUD, Argentina. 2001*
- 3 FEDERICO TOBAR. *Salud: ¿derecho o mercancía?, Columna 55-55, 2010*
- 4 REGLAMENTACION DEL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES Y DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD. *Libre elección de obra social. Decreto nº 576-93 – SSSalud*
- 5 GONZÁLEZ GARCÍA Y TOBAR,F. *Salud para los argentinos. Ediciones Isalud. Argentina. 2004.*
- 6 DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), París. 10 de diciembre de 1948.
- 7 FEDERICO TOBAR. *Salud: ¿derecho o mercancía?, Columna 55-55, 2010*
- 8 GINÉS GONZALEZ GARCÍA. *Creación del Sistema de Seguro de Salud, Capítulo II, 114 y 115; SSSalud, 2011*
- 9 CENTRO DE ESTUDIOS PARA EL DESARROLLO INSTITUCIONAL, *“El funcionamiento del sistema de Salud argentino en un contexto federal”. Documento 77, Septiembre 2002, pág.5.*
- 10 FEDERICO TOBAR, *Herramientas para el análisis del sector salud, Fuente: Medicina & Soc.; 23(2):83-96, abr.-jun. 2000. AR351.1 - Centro de Documentación Dr. Néstor Rodríguez Campoamor.*
- 11 DANANI, CLAUDIA. *“Condiciones y prácticas sociopolíticas en las políticas sociales: las obras sociales, más allá de la libre afiliación”;* en Lindenboim y Dañan (coordinadores) *entre Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada. Buenos Aires. Editorial Biblos. 2009*
- 12 BOLETÍN OFICIAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. Número 30747. Año CXIII,27-09-2005
- 13 PATRICIA A. COLLADO. *Encrucijadas y encierros de la transformación del trabajo en Argentina. La puesta en cuestión de la ciudadanía social. CONICET- CRICYT- INCIHUSA: Unidad de Sociedad, Política y Género. Av. Ruiz Leal S/Nº, Parque Gral. San Martín, Mendoza, CP: 5500*
- 14 GUTIÉRREZ, MOUNA Y WULLNER, *Las formas de contratación entre prestadores y administradores de salud, Geos,Bogotá, 199~ pág. 15.*
- 15 TOBAR, FEDERICO Y LIFSCHITZ ESTEBAN *“Modelo Argentino de Salud, PES 2027”. Fundación Sanatorio Güemes, pág.29.*
- 16 MACHO, *“Incentivos en los servicios sanitarios”, en: Ibern, Incentivos y contratos en salud, Springer, Barcelona, 1999, pág. 29.*
- 17 RES 083-07 Y RES 076-98. Superintendencia de Servicios de Salud.
- 18 HENRY MINTZBERG - JAMES BRIAN QUINN. *El proceso estratégico, Teoría de la organización, Segmentos: 1993*
- 19 HAYES, B.: *Cómo medir la satisfacción del cliente. Diseño de encuestas, uso y métodos de análisis estadístico. Segunda edición. Traducción María del Pilar Carril Villarreal. Año 1999. Oxford University Press.*

- 20 OMS | DERECHO A LA SALUD. Nota descriptiva N°323; Noviembre de 2013.
- 21 DONABEDIAN, A. GARANTÍA DE CALIDAD *¿Quién es responsable? Calidad de la Atención en Salud 1996*; 3 Números 1 y 2.
- 22 ANLLÓ, G. Y CETRÁNGOLO, O. (2007). *Políticas sociales en Argentina. Viejos problemas, nuevos desafíos*, CEPAL, Buenos Aires. Capítulo X.
- 23 DELBANCO, T.L. and DALEY, J. *Through the Patients elles: Strategies toward more successfulcontraception. Obstetrics and Gynecology 88(3 Suple.): 41S-47S. Sep. 1996.*
- 24 VISADO DE INSPECCIÓN EN ESPAÑA. *Situación actual desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Informe preliminar de resultados.*
- 25 HOWARD KB, PATHAK DS. *Determining the differences among cost savings, cost avoidance, and cost reduction. Pharm Pract manag Q 1999; 19:1-7.*
- 26 ARGENTINA. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: censo del Bicentenario: resultados definitivos*, 1a ed. - Buenos Aires: 2012. v. 1, 378 p.; ISBN 978-950-896-421-2
- 27 CELADE (2010). *Población y Salud en América Latina y el Caribe: Retos pendientes y nuevos desafíos*". Comité especial de la CEPAL sobre población y desarrollo.
- 28 CEPAL (2010). *Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos*. Comité Especial de la CEPAL sobre población y desarrollo. Santiago de Chile.
- 29 PNUD ARGENTINA, OPS Y CEPAL (OFICINA EN BUENOS AIRES). La investigación estuvo a cargo de un equipo integrado por OSCAR CETRÁNGOLO (COORDINADOR), MARIANO SAN MARTÍN, ARIELA GOLDSCHMIT, LAURA LIMA QUINTANA Y MALENA APRILE, con la coordinación ejecutiva DE RUBEN MERCADO (PNUD) Y EL ASESORAMIENTO EJECUTIVO DE GABRIELA CATTERBERG (PNUD). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed.* - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2011. 88 p. ; 28x21 cm. pág. 65 ISBN 978-987-1560-32-5
- 30 FOX, JONATHAN. *"The Politics of Food in Mexico, Cornell University Press"*, New York. 1992
- 31 DIPRETE, ET. AL. *Garantía de la Calidad de la Atención de salud en los países en desarrollo.* U.R.C. Bethesda, M.D. Segunda Edición 7:17. 2000
- 32 KATZ, JORGE Y ALBERTO MUÑOZ. *"Organización del sector salud: puja distributiva y equidad"*, CEAL/CEPAL, Buenos Aires.1988.
- 33 RESOLUCIÓN650/1997ADMINISTRACION NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD OBRAS SOCIALES Y AGENTES DEL SEGURO *Prestaciones Médicas*; Publicada en el Boletín Oficial del 14-abr-1997 Número: 28625; Página: 43 NOTA: Reestablécese Su Vigencia Por Art. 2 De Res. SSS Nro. 78/2000 - BO
- 34 ARMANDO REALE - *1º Seminario: Nacional sobre Indicadores de Calidad y Atención Médica Julio 2001-* Buenos Aires – Argentina
- 35 CARLOS MARIO ZAPATA J, CHRISTIAN DE JESÚS CARDONA VELÁSQUEZ. *Avances en Sistemas e Informática* (Universidad Nacional de Colombia), vol. 8 n° 2, julio 2011, pp. 143-154.
- 36 AVEDIS DONABEDIAN. *"Garantía y Monitoreo de la Calidad de la Atención Médica. Un texto introductorio"*. Trabajo publicado originalmente en Silliamsburg Conference Report. 1988.
- 37 PERRONE N. *"Evaluación de un sistema de salud. Programa de educación a distancia: Calidad de la atención médica en servicios y sistemas de salud"*. Medicina y Sociedad, Fundación Avedis Donabedian, Instituto Universitario CEMIC. Fascículo 1. 2000
- 38 P.DE MOLINERO I. – CASARIEGO. M. Ministerio de Salud. *Encuesta de utilización de servicios y gastos en Atención Médica.* 1972.

- 39 ABADIE, JUAN PABLO *Políticas de estado: participación y salud*. - 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2009. 82 p. ; 24x17 cm. ISBN 978-950-710-121-2
- 40 MERA, JORGE A. *Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina: una introducción* / Jorge A. Mera y Julio N. Bello.- 1ª. ed.- Buenos Aires: OPS, 2003. 224 p.; 22x16 cm. ISBN 950-710-078-4
- 41 LAURA GOLBERT. *De la Sociedad de Beneficencia a los Derechos Sociales*, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Buenos Aires, 2010, página 155
- 42 OIT. *Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa*, Conferencia Internacional del Trabajo, 100.a reunión, Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo. 2011.
- 43 MINTZBERG H., QUINN J.B., VOYER J. *El proceso estratégico*. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.(1997).
- 44 HENRY MINTZBERG., *Directivos, NO MBAs: Una Crítica De La Dirección de Empresas y la Formación Empresarial*. Deusto S.A. Ediciones. 2007, ISBN 9788423423064
- 45 RODRIGO AVENDAÑO. *Estrategias. El negocio de la salud ahora le apunta a la integración*. Diario La Capital. Rosario, domingo 18 de agosto de 2002 Año CXXXV., N° 49.57
- 46 DRA ARACAMA ZORROAQUÍN, DR ENZO ARDIGO. *Auditoría Médica Clásica y Moderna*. Editorial Dunken. Noviembre 2001.
- 47 DR. ARANGUREN, DR. REZONICO. *Auditoría Médica Garantía de Calidad en la Atención de la Salud*, Tomo 1. Centro Editor de la Fundación Favalaro. Enero 1996.
- 48 SCHIAVONE, MIGUEL ÁNGEL. *Gestión en tiempos de crisis*, Editorial Revista de la Sociedad Argentina de Administración de Organizaciones de atención de salud, Buenos Aires. 2003.
- 49 SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. *Apruébese la Guía a la que deben ajustarse los Agentes del Seguro de Salud al Contratar con los Prestadores y Redes de Prestadores*. Resolución 194/2001. Publicada en el Boletín Oficial del 30-may-2001; Número: 29658; Página: 1; Argentina. 2001
- 50 MALGIOGLIO, JOSÉ MARÍA Y OTROS. *Capital Intelectual: el intangible generador de valor en las empresas del tercer milenio*. Trabajo presentado en las Sextas Jornadas "Investigaciones en la Facultad de Ciencias Económicas y Estadística. U.N.R." Noviembre de 2001.
- 51 HANSEN LO, YOUNG RS, HINAMI K, LEUNG A, WILLIAMS MV. *Intervenciones para reducir la re hospitalización de 30 días: una revisión sistemática*. Annals of internal medicine. 2011 Fuentes: MEDLINE, EMBASE, Web of Science, y la Biblioteca Cochrane se buscaron informes publicados entre enero de 1975 y enero de 2011.
- 52 ADMINISTRACION NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD. *Normativa referida a actualización de población beneficiaria. Estadísticas de prestaciones médicas. Relevamiento de recursos humanos afectados a las prestaciones médicas en establecimientos propios de las obras sociales. Recursos físicos y equipamiento seleccionado afectado a prestaciones medico asistenciales*. Resolución 650/97. Publicada en el Boletín Oficial del 14-abr-1997; Número: 28625; Página: 43. Argentina 1997. NOTA: Reestablécese su vigencia por art. 2 de Res. SSS Nro. 78/2000 - BO 5/04/2000.
- 53 EVANS, PETER. "El Estado como problema y como solución", Desarrollo Económico N° 140, Buenos Aires. 1996.
- 54 GABRIEL A. DADIEGO. *Control de Gestión para Obras Sociales Desarrollo y Utilización de Tableros de Comando Operativos y Cuadro de Mando Integral para el seguimiento de la gestión de Obras Sociales*. Instituto Universitario de la Fundación ISALUD. Maestría en Economía y Gestión De La Salud. Argentina.2003-2004

- 55 MA. RODRIGO LUGONES, DR. FEDERICO TOBAR. *Opinión de los usuarios de salud en la Argentina* (Spanish Edition) [Kindle Edition]. Ediciones Fundación Sanatorio Güemes; 1 Edición. Amazon Digital Services, Inc. (Noviembre 21, 2013).
- 56 MARÍA TERESA BÜRGIN DRAGO. *El amparo judicial como instrumento de ampliación del PMO. El estado nacional como garante de la salud.* - 1a ed. - Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes, 2013.
- 57 BRIGGS, C. J., CAPDEGELLE, P. & GARNER, P. (2005), *Estrategias para la integración de los servicios de atención primaria en países de medianos y bajos ingresos: efectos sobre la práctica, los costos y los resultados en los pacientes.* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford.
- 58 LAURA CORDERO. *Modelos de contratación de servicios asistenciales. Formas de Retribución Profesional en Salud Directora de la Carrera de Médico Especialista en Auditoria Médica de la Fundación del Sanatorio Güemes y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.* Revista Médicos. Número 81; Página 24. BUENOS AIRES, Copyright 2000-2014
- 59 JORGE JAÑEZ Y GUSTAVO MAMMONI. *Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Serie seminarios salud y política pública.* El trabajo resume la presentación realizada por los autores en el Ciclo de Seminarios de Salud y Política Pública organizado por el CEDES, realizado el día 15 de noviembre de 2007.
- 60 GASTALDI, JOSÉ MARÍA, " *Introducción al estudio de los contratos comerciales. Su relación con los contratos civiles*". Editorial de Belgrano. 2º edición, 1985. pg. 14
- 61 DEIS. *Guía de Establec. de Salud.* 2013
- 62 MINISTERIO DE SALUD. DIRECCIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. *Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. Resolución 54/2003. Guía de indicadores básicos de calidad para establecimientos de salud.* Bs. As., 20/6/2003.
- 63 MARRACINO C.; SOSA C.; ABADIE, J.P. *Programa de monitoreo de Obra Social de la actividad minera.* PROS. Banco Mundial. Ministerio de Salud de la República Argentina. 1998.
- 64 MESA N. *Costos Sanatoriales.* FECLIBA. Federación Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Buenos Aires. República Argentina. 1998.
- 65 LIMA QUINTANA, L., LEVCOVICH, M. Y DÍAZ MUÑOZ, A. R., *Cobertura de servicios para el cuidado de la salud. Alcances del PMO, AES,* Buenos Aires, 1999
- 66 ISMAEL MARTÍNEZ NICOLÁS. *La Información Como Mejora En La Calidad Asistencial. Trabajo Fin De Máster. Máster universitario en gestión de la calidad en los servicios de salud departamento de ciencias socio sanitario.* Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. NIF: 48630950-A. Junio de 2012
- 67 DIEGO REYES OSORIO. *Segundas Jornadas internas de excelencia en Gestión de Calidad. «Hacia el liderazgo en calidad».* Servicio, Departamento o Unidad: Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 2011
- 68 ANSOLEAGA MORENO, ELISA; ARTAZA BARRIOS, OSVALDO; *Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud.* Santiago, Chile: OPS/OMS, 2012. ISBN: 978-92-75-31695-5
- 69 SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. *Apruébese un procedimiento administrativo de reclamos, frente a hechos o actos de los agentes del seguro de salud, que afecten o puedan afectar la normal prestación medico asistencial.* Resolución 75/1998. Publicada en el Boletín Oficial del 23-jul-1998; Número: 28943; Página: 7. Argentina. 1998

- 70 MA ALEJANDRA, GALIANO G; MA SILVIA, CALVO A; MA ALICIA, FEITO T; *Condición de salud y cumplimiento de la guía clínica chilena para el cuidado del paciente diabético tipo 2 / Health condition and compliance of the chilean clinical guideline for type 2 diabetic patient*; Cienc. enferm.; 18(3); 49-59; 2012SciELO Chile, Idioma: Español.
- 71 DONABEDIAN A. *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol1. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, 1980*
- 72 HANSEN LO, YOUNG RS, HINAMI K, LEUNG A, WILLIAMS MV *Intervenciones para reducir la re hospitalización de 30 días: una revisión sistemática. Annals of internal medicine. 2011 Fuentes: MEDLINE, EMBASE, Web of Science, y la Biblioteca Cochrane se buscaron informes publicados entre enero de 1975 y enero de 2011.*
- 73 CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA. *Aprobada por la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado. San Salvador (El Salvador), 26 y 27 de junio de 2008. Adoptada por la XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno. San Salvador (El Salvador), del 29 al 31 de octubre de 2008. (Resolución N° 25 del "Plan de Acción de San Salvador"); Año: 2010 - Páginas: 48*
- 74 AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (AETS) (1998) *Ecografía en APS. Madrid.*
- 75 GARCÍA PALOMEQUE J.C., CEBALLOS ARAGÓN J.M. (2011) *Aplicación de la ecografía pediátrica en Atención Primaria; interconexión con la atención hospitalaria. Rev. Pediatría de Atención Primaria 2011; 13:359-66.*
- 76 JESÚS M. ARANAZ ANDRÉS, RAFAEL MARTÍNEZ NOGUERAS, *Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. Medicina Clínica, Volumen 123, Issue 16, Pages 615-618*
- 77 SOTELO, I. Y COL... *Estudio comparativo sobre la elección del hospital para la consulta de urgencia en cuatro hospitales generales del MERCOSUR: Facultad de Psicología. UBA. Secretaría de Investigaciones, 2014*
- 78 GUTERMAN SJ, VAN ROOYAN MJ. *COST-EFFECTIVE MEDICINE: the financial impact that practice guidelines have on outpatient hospital charges in the emergency department. J Emerg Med 1998; 16:215-9.*
- 79 MARRACINO C.; SOSA C.; ABADIE, J.P. *Programa de monitoreo de Obra Social de la actividad minera. PROS. Banco Mundial. Ministerio de Salud de la República Argentina. 1998.*
- 80 MESA N. *Costos Sanatoriales. FECLIBA. Federación Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Buenos Aires. República Argentina. 1998.*
- 81 DIRECCION DE ESTADISTICAS E INFORMACION DE SALUD. *Sistema estadístico de salud - Subsistema de estadísticas de servicios de salud. Guía para la elaboración de indicadores seleccionados, Prueba uno11/14/0511:12 AMPage 1 – 20. Serie 1N° 19 ISSN 0325 – 0008. República Argentina, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Actualización 2010*
- 82 BOUZA A. *Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector de la salud. Rev. Cubana Salud Pública 2000; 26: 50-56.*
- 83 GARCA SERVEN, J. *Guía Práctica de los Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica. Editorial Disinlimed, C.A. Caracas, 1993.*
- 84 BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. *Progreso Económico y Social en América Latina. Informe 1996, tema especial Como Organizar con Éxito los Servicios Sociales. Noviembre 1996, Washington D.C.*
- 85 SALVATO DE FIGUEROA, S. *Financiamiento del Gasto en Salud en Venezuela. Octubre de 1998. 4. Bittar, O.J.N.V. Rev. Saude Publica, 30 (1): 5360 1996.*

- 86 VELARDE, CR. ANA TESTA Y CR. FEDERICO ANTÚNEZ. COORDINADOR: CR. ALFREDO KAPLAN. *Sistema de Costos y su relación con la toma de decisiones en las instituciones de asistencia médica colectiva*. Cr. Martín trabajo de investigación monográfica. Universidad de la República. Año 2010.
- 87 GILMA ARROYAVE LOAIZA* EDGAR C. JARILLO SOTO** *Docente FCA-UNAM **Investigador titular c, costos hospitalarios: costo del día-paciente UAM-X Tejocotes 42 - 502 Colonia Del Valle 03100 D.F. México. *Cruzando Fronteras: Tendencias De Contabilidad Directiva Para El Siglo XXI* Pág. 2-17, 2003
- 88 CARLOS M^a GIMÉNEZ Y COLABORADORES. *Costos para empresarios*. Ediciones Macchi 2000.
- 89 VICENTE ORTÚN RUBIO. *Qué debería saber un clínico de economía? Dimensión HUMANA 2007; 1(4): 17-23 Utilización pedagógica. Departamento de Economía y Empresa Centro de Investigación en Economía y Salud Universidad Pompeu Fabra, Barcelona Ramón Trías Fargas 25. 08005 Barcelona. tel.: 93-5421857.*
- 90 HORACIO VILLANUEVA. *Control permanente de la gestión sanitaria por monitoreo de costos mediante acontecimientos indicadores*. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 10(6), 2011 PAG. 405
- 91 JIMÉNEZ RE. *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual*. Rev Cubana Salud Pública 2004;30(1)
- 92 BURNS LR, DENTON B, ET AL. *The use of continous quality improvement methods in the development and dissemination of medical practice guidelines*. QRB Qual Rev Bull 1992; 18:434-9.
- 93 JORGE F.RIOS. XII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud Modalidades de pago. *Gestión estratégica de servicios de Salud 4de Abril de 2003*. Patient Risk Index Score, NNIS, 2001.
- 94 SHAPIROM, 1982. Mac Gowan JE, 1991.
- 95 CUTLER, DM ET AL "The determinants of mortality" Journal of Economic Perspectives Volume 20, Number 3, 2006. P 11-25
- 96 MSAL ARGENTINA. GUÍA DE INDICADORES. Serie 1Nº 19 ISSN 0325 – 0008 2011
- 97 SALINAS H, ALBORNOZ J, ERAZO M, CATALÁN J, HÜBNER E, PREISLER J, ET AL. *Impacto económico de la prematuréz y las malformaciones congénitas sobre el costo de la atención neonatal*. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006; 71(4): 234-38.
- 98 CRISTINA MEJIAS. *Los Gerentes Del 2000*. Editorial: Planeta Año: 2002
- 99 CRISTINA MEJIAS. *Talentos Del Siglo XXI*. Editorial: Planeta Año: 2002
- 100 ESTRASSEN J. *La ética de la comunicación*. Fórum Mundial de la Salud. 15 (2): 190 – 192, 1994.
- 101 ABRAHAM MASLOW (Brooklyn, Nueva York, 1 de abril de 1908-8 de junio de 1970 Palo Alto, California) fue un psicólogo estadounidense conocido como uno de los fundadores y principales exponentes de la psicología humanista, una corriente psicológica que postula la existencia de una tendencia humana básica hacia la salud mental, la que se manifestaría como una serie de procesos de búsqueda de auto actualización y autorrealización.
- 102 ERNESTO BÁSCOLO. *Evaluación de Costo efectividad y Evaluación de Costo efectividad y decisiones sanitarias decisiones sanitarias*. XIII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud XIII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud Mendoza. Argentina, abril del 2003
- 103 VIVEIROS DE CASTRO, EDUARDO (2012). *Metafísicas caníbales*. Katz.
- 104 CEPAL - SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO NO 206. *Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad*. Pág. 22 – 26, 2009

- 105 I.A.M.C., *SISTEMA DE COSTOS, PACIENTE / PATOLOGÍA*. Tema: costos en servicios de salud. Una propuesta de costos para las instituciones de asistencia médica colectiva: costos por pacientes y patología. CABA 2011.
- 106 PICAM-BAIRES. *Programa de Indicadores de Calidad de Atención Médica para HOSPITALES PUBLICOS de la Provincia de Bs. As. Desarrollado en forma conjunta por ITAES-SACAS y el Ministerio de Salud de la Pcia. De Bs. As. Año 2011*
- 107 SHAW C.: *Quality and accreditation in Health care Services - A global Review*. Ed. ISQua - Geneva, 2003.
- 108 ROBERTS J., COALE J., REDMAN R.: *A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 1987; 258: 936-940.
- 109 AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (AETS) (1998) *Ecografía en Atención Primaria*. Madrid.
- 110 MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN. DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD. PROGRAMA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE SALUD. "Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) aprobados de Interés Nacional - Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) recomendados de Interés Jurisdiccional", Serie 1 N° 14 ISSN 0325-0008, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, setiembre de 2004.
- 111 GARCÍA PALOMEQUE J.C., CEBALLOS ARAGÓN J.M. (2011) *Aplicación de la ecografía pediátrica en Atención Primaria; interconexión con la atención hospitalaria*. *Rev. Pediatría de Atención Primaria* 2011; 13:359-66
- 112 MALUF PATAH L. E. Y MALIK ANA MARIA (2011) *Models of childbirth care and cesarean rates in different countries*. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45
- 113 ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES 2012, Organización Mundial de la Salud.
- 114 VÁZQUEZ F. (2011) *Evaluación de la representatividad de Indicadores de Calidad en hospitales de la República Argentina*. Disponible en www.calidadensalud.org.ar sección PICAM, capítulo: Monitoreo de Indicadores de Calidad para establecimientos Privados con internación.
- 115 VÁZQUEZ F. (2011) *Consulta para obtener el grado de acuerdo sobre las conclusiones del trabajo: Evaluación de la representatividad de Indicadores PICAM en hospitales de la República Argentina, con metodología Delphi*. A partir de una beca Carrillo Oñativia del Ministerio de Salud, del año 2009, se concluyó el trabajo ya citado sobre la Representatividad de indicadores hospitalarios. Las conclusiones de este trabajo fueron evaluadas por 11 expertos independientes del PICAM, a través de metodología Delphi.
- 116 OGGIER, GUILLERMO R. *Modelos de contratación y pago en salud: ¿integración vertical o tercerización de servicios?* - 1a ed. - Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes, 2012. 164 p.; 16x23 cm. ISBN 978-987-24399-6-5
- 117 La disertación se realizó en el auditorio Fundación Sanatorio Güemes, en el marco del "Ciclo abierto de debate 2012.
- 118 CARLOS VASALLO; *Calidad Y Gestión En Los Sistemas De Salud*; 5º Encuentro Gestión Estratégica Y Perspectivas En Salud, Córdoba; 28 de Junio 2013.
- 119 J. RÍOS A, C. MURILLO A, G. CARRASCO B, C. HUMET B; *Incremento de costes atribuible a la infección quirúrgica de la apendicetomía y colectomía a Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)*. Universitat Pompeu Fabra (UPF). bSCIAS-Hospital de Barcelona. España. Pág. 21-30. *Gac Sanit* v.17 n.3 Barcelona mayo-jun. 2003
- 120 RÍOS, JORGE FRANCISCO; *Economía y Financiamiento de la Salud*. Editorial Dunken, 1/11/2013 - 360 páginas pág. 100 - 120

- 121 BELLAGIO abrió la 8ª Conferencia General de Salud. Prensa S.S.SALUD, "Quo Vadis Salud 2011", Buenos Aires, 6 de octubre de 2011
- 122 ROGERS L, WHOLE BODY CT. *Screening: Edging toward commerce* AJR 2002; 179:823.
- 123 WHO'S *World Health Reports 2004*; 328:6
- 124 KENT R. *Evaluación y acreditación en la educación superior latinoamericana. Razones, logros, desafíos y propuestas*. Documento de trabajo comisión 2. Conferencia regional sobre políticas y estrategias para la transformación de la educación superior en América Latina y el Caribe. La Habana: CRESALC, UNESCO, MES, 2006:6.
- 125 TÜNNERMANN C. *Conferencia introductoria. Conferencia regional sobre políticas y estrategias para la transformación de la educación superior en América Latina y el Caribe*. La Habana: CRESALC, UNESCO, MES, 2006:9-12.
- 126 ACOSTA E. *Educación hacia la búsqueda de su calidad. Tema Libre*. Conferencia regional sobre políticas y estrategias para la transformación de la educación superior en América Latina y el Caribe. La Habana: CRESALC, UNESCO, MES, 2006:2.
- 127 SUÑE TORRENTS A.: *El impacto en las barreras de aprendizaje en el rendimiento de las organizaciones*. Tesis doctoral. Universidad Politécnica de Cataluña. Año 2004.
- 128 RODRÍGUEZ ARTALEJO F, BANEGAS JR, RODRÍGUEZ ARTALEJO A, RODRÍGUEZ ARTALEJO C. *Un modelo para el análisis de la actividad académica en medicina*. Med Clin 1997; 108: 499-502.
- 129 Se plantea como objetivo de los nuevos estudios de Medicina la producción de médicos y médicas con competencias clínicas para diagnosticar y tratar de forma correcta las enfermedades más prevalentes en su entorno y capaces de orientar los casos que requieran atención especializada. Además, una licenciatura polivalente los hará aptos para asumir otras responsabilidades en el proceso de atención a la salud incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y la gestión de los servicios. Durante su formación médica y médica adquirirán habilidades y actitudes positivas en comunicación médico-enfermo-familia, ética profesional, práctica interdisciplinaria, investigación y formación continua.
- 130 JANE AUSTEN. *Sentido y sensibilidad*. Editorial: Plaza & Janés. 2010.
- 131 PERE BOIX, REBECA TORADA, LOLA ESTEVE. *El libro del delegado y la delegada sindical. Metodología de Intervención Sindical en Salud*. Secretaría Confederal de Formación Sindical de CC.OO. Paralelo Edición, S.A. ESPAÑA. D.L.: M-20483-2000. Edición revisada 2001.
- 132 SONIA M. CAVALLO. *El impacto de la conectividad en el sistema de salud argentino*. Director of Health Care Policy Sonia M. Cavallo, BA in Economics, Universidad de San Andrés (UDESA). Master in Public Policy (concentration in Health Care Policy), Kennedy School of Government, Harvard University. Director of Health Care Policy Area, CIPPEC. 2003
- 133 BERMEJO J. *El sistema de información de la red sanitaria del Gobierno de Navarra*", Revista BOLETIC, Monográfico "Las tecnologías de la información y la comunicación en la salud", Madrid, Asociación Profesional del Cuerpo de Sistemas y Tecnologías de la Información de la Administración del Estado (ASTIC). (2000)
- 134 Wiler, J et al. *Optimizing emergency department front-end operations*. Ann Emerg Med. 2010;55:140-160
- 135 Wu A, Mckay C, Broussard L, Hoffman R, Kwong T, Moyer T et al. National Academy of Clinical Biochemistry Laboratory Medicine Practice Guidelines: *Recommendations for the Use of Laboratory Tests to Support Poisoned Patients Who Present to the Emergency Department*. Clin Chem 2003; 49: 357-89

- 136 THOMAS POPE; THOMAS L. POPE JR.; THOMAS L POPE; T. POPE. Harris y Harris *Radiología de Medicina en Emergencias*, p: 1020 – 27; Editorial: AMOLCA – 2014. ISBN: 9789588816425
- 137 VICENTE ORTÚN, Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber. *Determinantes de las retribuciones médicas*, Centro de Investigación en Economía y Salud. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona. b Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España. 2003;138:273-98
- 138 SANDRA FRAGA. *La adaptabilidad organizacional: un aporte conceptual para las organizaciones contemporáneas = Organizational adaptability: a conceptual contribution for today's organizations*. Revista Española de Orientación y Psicopedagogía. Calle Juan del Rosal, 14, 2º 28040 - MADRID. ISSN: 1989-7448 (versión electrónica), ISSN: 1139-7853 (versión impresa) (hasta 2010), COD. UNESCO: 580
- 139 VICENTE ORTÚN. *Incentivos a la Calidad Incentivos a la Calidad Más no siempre es mejor Más no siempre es mejor*. Buenos Aires, 1 noviembre 2006
- 140 DRA. CLELIA PARRAL LONGOBARDI DR. LUIS GIORGETTI DR. HUGO MATARAZZO. *¿Por qué aumentan las cesáreas? Enfoque Médico Año 11; N° 43; enero - febrero 2006* - Es una publicación del Colegio Médico de Bs. As. Distrito II. Registro de la propiedad intelectual N° 681.030, págs. 20-21
- 141 ROCÍO MOSQUERA ALVAREZ. *Estrategias Sergas 2014 avanzando en la modernización del Sistema Sanitaria Público Gallego*. Localización: I+S: informática y salud, ISSN 1579-8070, N°. 89, 2011 , págs. 10-12
- 142 MARISA AIZENBERG VADIM MISCHANCHUK, ABOGADOS DE LA AMM. Observatorio de la Salud. Se estableció en 2009 en la Facultad de Derecho de la UBA. Su objetivo es fortalecer los lazos entre el derecho y la salud.
- 143 MAIZA, HERNAN. *Mala praxis en ortopedia y traumatología: cuando y donde se genera el juicio? Un llamado de atención / Rev. Asoc. Argent. Ortop. Traumatol; 66(3):195-197, sept. 2001. AR337.1 - Biblioteca A.A.O.T.*
- 144 PARACELSO, SPITALBUCH. PEDRO LAÍN ENTRALGO. *Ateneo Historia Clínica. La relación médico-enfermo*. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán 2012.
- 145 J GONZÁLEZ. *Grado de Cumplimiento de las Historias Clínicas*. Revista del Hospital Ramos Mejía. CABA. 2010.
- 146 PROFESOR HOSSEIN ARSHAM. *Toma de Decisiones con Periodos de Tiempo Crítico en Economía y Finanzas*. Sitio Espejo para América Latina Versión en Español del sitio Web principal en Inglés, el cual se encuentra disponible en: Time-Critical Decision Making for Economics and Finance. 2003.
- 147 DANIEL RÍOS *Newsletter de la práctica de salud de Accenture Latinoamérica*. Socio responsable de la práctica de Health and Life Sciences para Latinoamérica Accenture. A nivel mundial la compañía cuenta con más de 170.000 profesionales en 49 países y en el ejercicio finalizado el 31 de agosto de 2007 logró una facturación de US\$19.70 billones.
- 148 BECCAR, EDUARDO DARÍO. Ponencia sobre el tema “Distinción y separación de los comités de ética”. “Formación de los miembros de los comités de ética”. VII semana de la Bioética. Hospital de Clínicas. Buenos Aires. Octubre 2011. Pág. 34-50
- 149 DRS. PAOLO RICCI A., ERNESTO PERUCCA P., ROBERTO ALTAMIRANO A. *Nacimiento Por Parto Vaginal Después De Una Cesárea. Prueba De Trabajo De Parto Versus Cesárea Electiva A Repetición. Rotura Uterina, Una Complicación Posible. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Barros Luco Trudeau REV CHIL OBSTET GINECOL 2003; 68(6): 523-528*

- 150 PROF. DR. HAROLDO TROUCHOT. *¿Por qué el obstetra puede indicar una cesárea?* Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Ponencia 2011; pág. 3-5
Copyright © 2014 SOGIBA | Director de Publicaciones: Dr. Miguel Huésped
- 151 CRISTIAN STORNI. *En la Argentina, al derecho a la Salud está garantizado por la Constitución Nacional a partir de la reforma de 1994, que incluyó en el texto constitucional los pactos y convenciones que lo establecen en el nivel internacional.* Área disciplinar: Formación Ética y Ciudadana. Secuencia didáctica elaborada por Educ.ar - Argentina 2006
- 152 CARAMÉS GARCÍA, TERESA. *Proceso socializador en ciencias de la salud, salud e interculturalidad en América Latina.* Ecuador: Editorial Abey Yala, 2009.
- 153 HUANACUNI F. *Visión Cósmica de los Andes.* La Paz. Ed. Librería Armonía. 2004.
- 154 REGINA G. SCHLÜTER, *Turismo y Patrimonio en el siglo XXI,* CIET, Buenos Aires, 2002.
- 155 JOSÉ MORENO PÁEZ, *“La Argentina es aplaudida en el mundo entero por sus políticas migratorias”.* UNASUR, Buenos Aires, 2008.
- 156 EDUARDO MUÑOZ PERNÍA, *“Argentina mira hacia el futuro de la integración latinoamericana, marcando el ejemplo, con el plan Patria Grande”.* Torremolinos, Madrid, 2006.
- 157 Benencia, Roberto (2003) *“La inmigración limítrofe”*, en Fernando Devoto, Historia de la inmigración en Argentina, Buenos Aires, Sudamericana.
- 158 AILLÓN, ESTHER. *Los extravíos de la interculturalidad: Higiene y saneamiento, ambientes saludables y letrinización.* Bolivia, La Paz: UNICEF. Junio 2010. 33p.
- 159 HUANACUNI F. *Visión Cósmica de los Andes.* La Paz. Ed. Librería Armonía. 2004.
- 160 AVEDIS DONABEDIAN. *“Garantía y Monitoreo de la Calidad de la Atención Médica. Un texto introductorio”.* Trabajo publicado originalmente en Silliamsburg Conference Report. 1988.
- 161 P.DE MOLINERO I. – CASARIEGO. M. Ministerio de Salud. *Encuesta de utilización de servicios y gastos en Atención Médica.* 1972.
- 162 DELGADO, ANA ET AL. *Derivaciones en los centros de salud de Andalucía según el sexo de profesionales y pacientes: un análisis de género.* Rev. Esp. Salud Pública, Jun 2014, vol.88, no.3, p.359-368. ISSN 1135-5727
- 163 DR. ARANGUREN, DR. REZONICO. *Auditoría Médica Garantía de Calidad en la Atención de la Salud,* Tomo 1. Centro Editor de la Fundación Favalaro. Enero 1996
- 164 PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA.
- 165 PROFESOR HOSSEIN ARSHAM. *Poisson Process Approximation of Confidence Regions For Distribution Functions Based Upon Generalized K-S Statistics,* D.Sc. The George Washington University, available also from, University Microfilms International. 1982
- 166 PROFESOR HOSSEIN ARSHAM. *Toma de Decisiones con Periodos de Tiempo Crítico en Economía y Finanzas.* Sitio Espejo para América Latina Versión en Español del sitio Web principal en Inglés, el cual se encuentra disponible en: Time-Critical Decision Making for Economics and Finance. 2003.
- 167 ANDRÉS SCHUSCHNY. HUMBERTO SOTO. *Guía metodológica, Diseño de indicadores compuestos de desarrollo sostenible.* Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Publicación de las Naciones Unidas LC/W.255 Naciones Unidas, mayo de 2009.
- 168 GUILLERMO A. NERVI. *El cliente... ¿Siempre tiene razón?* Consulmed. Presentación: Fundación Sanatorio Güemes. 15 de Mayo de 2013

- 169** CR. GABRIEL A. DADIEGO. *Control de Gestión para Obras Sociales Desarrollo y Utilización de Tableros de Comando Operativos y Cuadro de Mando Integral para el seguimiento de la gestión de Obras sociales*. Fundación Isalud. Maestría en Economía y Gestión de la Salud. Año 2003-2004
- 170** JANE AUSTEN. *Sentido y sensibilidad*. Editorial: Plaza & Janés. 2010.
- 171** PERE BOIX, REBECA TORADA, LOLA ESTEVE. *El libro del delegado y la delegada sindical. Metodología de Intervención Sindical en Salud*. Secretaría Confederal de Formación Sindical de CC.OO. Paralelo Edición, S.A. ESPAÑA. D.L.: M-20483-2000. Edición revisada 2001.
- 172** SONIA M. CAVALLO. *El impacto de la conectividad en el sistema de salud argentino*. Director of Health Care Policy Sonia M. Cavallo, BA in Economics, Universidad de San Andrés (UDES). Master in Public Policy (concentration in Health Care Policy), Kennedy School of Government, Harvard University. Director of Health Care Policy Area, CIPPEC. 2003
- 173** FERNANDO RAMÓN VÁZQUEZ. *Evaluación de la representatividad de Indicadores de calidad en hospitales de la República Argentina. Análisis conceptual y matemático de sus posibles relaciones, utilizando la base de datos PICAM*. Tesis de Doctorado; Universidad De Buenos Aires; Facultad De Medicina(Año 2003-2008). Año 2011

BIBLIOGRAFÍA

- 1 FEDERICO TOBAR. *Como se regulan los Seguros de Salud*. Lecciones de la experiencia internacional. ISALUD, Argentina. 2001
- 2 FEDERICO TOBAR. *Salud: ¿derecho o mercancía?*, Columna 55-55, 2010
- 3 REGLAMENTACION DEL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES Y DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD. *Libre elección de obra social. Decreto n° 576-93 – SSSalud*
- 4 GONZÁLEZ GARCÍA Y TOBAR, F. *Salud para los argentinos*. Ediciones Isalud. Argentina. 2004.
- 5 DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS, *adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III)*, París. 10 de diciembre de 1948.
- 6 GINÉS GONZALEZ GARCÍA. *Creación del Sistema de Seguro de Salud*, Capítulo II, 114 y 115; SSSalud, 2011
- 7 CENTRO DE ESTUDIOS PARA EL DESARROLLO INSTITUCIONAL, “*El funcionamiento del sistema de Salud argentino en un contexto federal*”. Documento 77, Septiembre 2002, pág.5.
- 8 FEDERICO TOBAR, *Herramientas para el análisis del sector salud*, Fuente: Medicina & Soc.; 23(2):83-96, abr.-jun. 2000. AR351.1 - Centro de Documentación Dr. Néstor Rodríguez Campoamor.
- 9 DANANI, CLAUDIA. “*Condiciones y prácticas sociopolíticas en las políticas sociales: las obras sociales, más allá de la libre afiliación*”; en Lindenboim y Dañan (coordinadores) entre Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada. Buenos Aires. Editorial Biblos. 2009
- 10 PATRICIA A. COLLADO. *Encrucijadas y encierros de la transformación del trabajo en Argentina. La puesta en cuestión de la ciudadanía social*. CONICET- CRICYT- INCIHUSA: Unidad de Sociedad, Política y Género. Av. Ruiz Leal S/N°, Parque Gral. San Martín, Mendoza, CP: 5500
- 11 GUTIÉRREZ, MOUNA Y WULLNER, *Las formas de contratación entre prestadores y administradores de salud*, Geos, Bogotá, 199~ pág. 15.
- 12 TOBAR, FEDERICO Y LIFSCHITZ ESTEBAN “*Modelo Argentino de Salud, PES 2027*”. Fundación Sanatorio Güemes, pág.29.
- 13 MACHO, “*Incentivos en los servicios sanitarios*”, en: Ibern, *Incentivos y contratos en salud*, Springer, Barcelona, 1999, pág. 29.
- 14 HENRY MINTZBERG - JAMES BRIAN QUINN. *El proceso estratégico, Teoría de la organización*, Segmentos: 1993
- 15 HAYES, B.: *Como medir la satisfacción del cliente. Diseño de encuestas, uso y métodos de análisis estadístico*. Segunda edición. Traducción María del Pilar Carril Villarreal. Año 1999. Oxford University Press.
- 16 OMS | DERECHO A LA SALUD. *Nota descriptiva N°323*; Noviembre de 2013.
- 17 DONABEDIAN, A. GARANTÍA DE CALIDAD *¿Quién es responsable? Calidad de la Atención en Salud 1996*; 3 Números 1 y 2.
- 18 ANLLÓ, G. Y CETRÁNGOLO, O. (2007). *Políticas sociales en Argentina. Viejos problemas, nuevos desafíos*, CEPAL, Buenos Aires. Capítulo X.
- 19 DELBANCO, T.L. and DALEY, J. *Through the Patients elles: Strategies toward more successfulcontraception*. Obstetrics and Gynecology 88(3 Suple.): 41S-47S. Sep. 1996.

- 20 VISADO DE INSPECCIÓN EN ESPAÑA. *Situación actual desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Informe preliminar de resultados.*
- 21 HOWARD KB, PATHAK DS. *Determining the differences among cost savings, cost avoidance, and cost reduction.* Pharm Pract manag Q 1999; 19:1-7.
- 22 CELADE (2010). *Población y Salud en América Latina y el Caribe: Retos pendientes y nuevos desafíos*". Comité especial de la CEPAL sobre población y desarrollo.
- 23 CEPAL (2010). *Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos.* Comité Especial de la CEPAL sobre población y desarrollo. Santiago de Chile.
- 24 PNUD ARGENTINA, OPS Y CEPAL (OFICINA EN BUENOS AIRES). La investigación estuvo a cargo de un equipo integrado por OSCAR CETRÁNGOLO (COORDINADOR), MARIANO SAN MARTÍN, ARIELA GOLDSCHMIT, LAURA LIMA QUINTANA Y MALENA APRILE, con la coordinación ejecutiva DE RUBEN MERCADO (PNUD) Y EL ASESORAMIENTO EJECUTIVO DE GABRIELA CATTERBERG (PNUD). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2011. 88 p. ; 28x21 cm. pág. 65 ISBN 978-987-1560-32-5*
- 25 FOX, JONATHAN. *"The Politics of Food in Mexico, Cornell University Press", New York. 1992*
- 26 DIPRETE, ET. AL. *Garantía de la Calidad de la Atención de salud en los países en desarrollo.* U.R.C. Bethesda, M.D. Segunda Edición 7:17. 2000
- 27 KATZ, JORGE Y ALBERTO MUÑOZ. *"Organización del sector salud: puja distributiva y equidad", CEAL/CEPAL, Buenos Aires. 1988.*
- 28 ARMANDO REALE - *1º Seminario: Nacional sobre Indicadores de Calidad y Atención Médica Julio 2001- Buenos Aires – Argentina*
- 29 CARLOS MARIO ZAPATA J, CHRISTIAN DE JESÚS CARDONA VELÁSQUEZ. *Avances en Sistemas e Informática (Universidad Nacional de Colombia), vol. 8 n° 2, julio 2011, pp. 143-154.*
- 30 AVEDIS DONABEDIAN. *"Garantía y Monitoreo de la Calidad de la Atención Médica. Un texto introductorio". Trabajo publicado originalmente en Silliamsburg Conference Report. 1988.*
- 31 PERRONE N. *"Evaluación de un sistema de salud. Programa de educación a distancia: Calidad de la atención médica en servicios y sistemas de salud". Medicina y Sociedad, Fundación Avedis Donabedian, Instituto Universitario CEMIC. Fascículo 1. 2000*
- 32 P.DE MOLINERO I. – CASARIEGO. M. Ministerio de Salud. *Encuesta de utilización de servicios y gastos en Atención Médica. 1972.*
- 33 ABADIE, JUAN PABLO *Políticas de estado: participación y salud. - 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2009. 82 p. ; 24x17 cm. ISBN 978-950-710-121-2*
- 34 MERA, JORGE A. *Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina: una introducción / Jorge A. Mera y Julio N. Bello.- 1ª. ed.- Buenos Aires: OPS, 2003. 224 p.; 22x16 cm. ISBN 950-710-078-4*
- 35 LAURA GOLBERT. *De la Sociedad de Beneficencia a los Derechos Sociales, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Buenos Aires, 2010, página 155*
- 36 OIT. *Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa, Conferencia Internacional del Trabajo, 100.a reunión, Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo. 2011.*
- 37 MINTZBERG H., QUINN J.B., VOYER J. *El proceso estratégico.* Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. (1997).

- 38 HENRY MINTZBERG., Directivos, NO MBAs: *Una Crítica De La Dirección de Empresas y la Formación Empresarial*. Deusto S.A. Ediciones. 2007, ISBN 9788423423064
- 39 DRA ARACAMA ZORROAQUÍN, DR ENZO ARDIGO. *Auditoría Médica Clásica y Moderna*. Editorial Dunken. Noviembre 2001.
- 40 DR. ARANGUREN, DR. REZONICO. *Auditoría Médica Garantía de Calidad en la Atención de la Salud*, Tomo 1. Centro Editor de la Fundación Favalaro. Enero 1996.
- 41 SCHIAVONE, MIGUEL ÁNGEL. *Gestión en tiempos de crisis*, Editorial Revista de la Sociedad Argentina de Administración de Organizaciones de atención de salud, Buenos Aires. 2003.
- 42 MALGIOGLIO, JOSÉ MARÍA Y OTROS. *Capital Intelectual: el intangible generador de valor en las empresas del tercer milenio*. Trabajo presentado en las Sextas Jornadas "Investigaciones en la Facultad de Ciencias Económicas y Estadística. U.N.R." Noviembre de 2001.
- 43 HANSEN LO, YOUNG RS, HINAMI K, LEUNG A, WILLIAMS MV. *Intervenciones para reducir la re hospitalización de 30 días: una revisión sistemática. Annals of internal medicine*. 2011 Fuentes: MEDLINE, EMBASE, Web of Science, y la Biblioteca Cochrane se buscaron informes publicados entre enero de 1975 y enero de 2011.
- 44 EVANS, PETER. "El Estado como problema y como solución", Desarrollo Económico N° 140, Buenos Aires. 1996.
- 45 GABRIEL A. DADIEGO. *Control de Gestión para Obras Sociales Desarrollo y Utilización de Tableros de Comando Operativos y Cuadro de Mando Integral para el seguimiento de la gestión de Obras Sociales*. Instituto Universitario de la Fundación ISALUD. Maestría en Economía y Gestión De La Salud. Argentina.2003-2004
- 46 MA. RODRIGO LUGONES, DR. FEDERICO TOBAR. *Opinión de los usuarios de salud en la Argentina* (Spanish Edition) [Kindle Edition]. Ediciones Fundación Sanatorio Güemes; 1 Edición. Amazon Digital Services, Inc. (Noviembre 21, 2013).
- 47 MARÍA TERESA BÜRGIN DRAGO. *El amparo judicial como instrumento de ampliación del PMO. El estado nacional como garante de la salud*. - 1a ed. - Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes, 2013.
- 48 BRIGGS, C. J., CAPDEGELLE, P. & GARNER, P. (2005), *Estrategias para la integración de los servicios de atención primaria en países de medianos y bajos ingresos: efectos sobre la práctica, los costos y los resultados en los pacientes. (Revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford.
- 49 LAURA CORDERO. *Modelos de contratación de servicios asistenciales. Formas de Retribución Profesional en Salud Directora de la Carrera de Médico Especialista en Auditoria Médica de la Fundación del Sanatorio Güemes y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires*. Revista Médicos. Número 81; Página 24. BUENOS AIRES, Copyright 2000-2014
- 50 JORGE JAÑEZ Y GUSTAVO MAMMONI. *Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Serie seminarios salud y política pública*. El trabajo resume la presentación realizada por los autores en el Ciclo de Seminarios de Salud y Política Pública organizado por el CEDES, realizado el día 15 de noviembre de 2007.
- 51 GASTALDI, JOSÉ MARÍA, " *Introducción al estudio de los contratos comerciales. Su relación con los contratos civiles*". Editorial de Belgrano. 2º edición, 1985. pg. 14
- 52 LIMA QUINTANA, L., LEVCOVICH, M. Y DÍAZ MUÑOZ, A. R., *Cobertura de servicios para el cuidado de la salud. Alcances del PMO, AES*, Buenos Aires, 1999
- 53 ISMAEL MARTÍNEZ NICOLÁS. *La Información Como Mejora En La Calidad Asistencial. Trabajo Fin De Máster. Máster universitario en gestión de la calidad en los servicios de salud departamento de ciencias socio sanitario*. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. NIF: 48630950-A. Junio de 2012

- 54 DIEGO REYES OSORIO. *Segundas Jornadas internas de excelencia en Gestión de Calidad. «Hacia el liderazgo en calidad»*. Servicio, Departamento o Unidad: Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 2011
- 55 ANSOLEAGA MORENO, ELISA; ARTAZA BARRIOS, OSVALDO; *Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2012. ISBN: 978-92-75-31695-5
- 56 MA ALEJANDRA, GALIANO G; MA SILVIA, CALVO A; MA ALICIA, FEITO T; *Condición de salud y cumplimiento de la guía clínica chilena para el cuidado del paciente diabético tipo 2 / Health condition and compliance of the chilean clinical guideline for type 2 diabetic patient*; Cienc. enferm.; 18(3); 49-59; 2012 SciELO Chile, Idioma: Espanhol.
- 57 HANSEN LO, YOUNG RS, HINAMI K, LEUNG A, WILLIAMS MV *Intervenciones para reducir la re hospitalización de 30 días: una revisión sistemática*. Annals of internal medicine. 2011 Fuentes: MEDLINE, EMBASE, Web of Science, y la Biblioteca Cochrane se buscaron informes publicados entre enero de 1975 y enero de 2011.
- 58 CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA. *Aprobada por la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado. San Salvador (El Salvador), 26 y 27 de junio de 2008. Adoptada por la XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno. San Salvador (El Salvador), del 29 al 31 de octubre de 2008. (Resolución N° 25 del "Plan de Acción de San Salvador")*; Año: 2010 - Páginas: 48
- 59 GARCÍA PALOMEQUE J.C., CEBALLOS ARAGÓN J.M. (2011) *Aplicación de la ecografía pediátrica en Atención Primaria; interconexión con la atención hospitalaria*. Rev. Pediatría de Atención Primaria 2011; 13:359-66.
- 60 JESÚS M. ARANAZ ANDRÉS, RAFAEL MARTÍNEZ NOGUERAS, *Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios*. Medicina Clínica, Volumen 123, Issue 16, Pages 615-618
- 61 SOTELO, I. Y COL... *Estudio comparativo sobre la elección del hospital para la consulta de urgencia en cuatro hospitales generales del MERCOSUR: Facultad de Psicología. UBA. Secretaría de Investigaciones, 2014*
- 62 GUTERMAN SJ, VAN ROOYAN MJ. *COST-EFFECTIVE MEDICINE: the financial impact that practice guidelines have on outpatient hospital charges in the emergency department*. J Emerg Med 1998; 16:215-9.
- 63 BOUZA A. *Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector de la salud*. Rev. Cubana Salud Pública 2000; 26: 50-56.
- 64 BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. *Progreso Económico y Social en América Latina. Informe 1996, tema especial Como Organizar con Éxito los Servicios Sociales*. Noviembre 1996, Washington D.C.
- 65 SALVATO DE FIGUEROA, S. *Financiamiento del Gasto en Salud en Venezuela*. Octubre de 1998. 4. Bittar, O.J.N.V. Rev. Saude Publica, 30 (1): 53 60 1996.
- 66 VELARDE, CR. ANA TESTA Y CR. FEDERICO ANTÚNEZ. COORDINADOR: CR. ALFREDO KAPLAN. *Sistema de Costos y su relación con la toma de decisiones en las instituciones de asistencia médica colectiva*. Cr. Martín trabajo de investigación monográfica. Universidad de la República. Año 2010.
- 67 GILMA ARROYAVE LOAIZA* EDGAR C. JARILLO SOTO** *Docente FCA-UNAM **Investigador titular c, costos hospitalarios: costo del día-paciente UAM-X Tejocotes 42 - 502 Colonia Del Valle 03100 D.F. México. *Cruzando Fronteras: Tendencias De Contabilidad Directiva Para El Siglo XXI* Pág. 2-17, 2003
- 68 CARLOS M^a GIMÉNEZ Y COLABORADORES. *Costos para empresarios*. Ediciones Macchi 2000.

- 69 VICENTE ORTÚN RUBIO. *Qué debería saber un clínico de economía? Dimensión HUMANA* 2007; 1(4): 17-23 Utilización pedagógica. Departamento de Economía y Empresa Centro de Investigación en Economía y Salud Universidad Pompeu Fabra, Barcelona Ramón Trías Fargas 25. 08005 Barcelona. tel.: 93-5421857.
- 70 HORACIO VILLANUEVA. *Control permanente de la gestión sanitaria por monitoreo de costos mediante acontecimientos indicadores*. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 10(6), 2011 PAG. 405
- 71 JIMÉNEZ RE. *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual*. Rev Cubana Salud Pública 2004;30(1)
- 72 BURNS LR, DENTON B, ET AL. *The use of continuous quality improvement methods in the development and dissemination of medical practice guidelines*. QRB Qual Rev Bull 1992; 18:434-9.
- 73 JORGE F.RIOS. XII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud Modalidades de pago. Gestión estratégica de servicios de Salud 4 de Abril de 2003. Patient Risk Index Score, NNIS, 2001.
- 74 SALINAS H, ALBORNOZ J, ERAZO M, CATALÁN J, HÜBNER E, PREISLER J, ET AL. *Impacto económico de la prematuridad y las malformaciones congénitas sobre el costo de la atención neonatal*. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006; 71(4): 234-38.
- 75 ESTRASSEN J. *La ética de la comunicación*. Fórum Mundial de la Salud. 15 (2): 190 – 192, 1994.
- 76 ERNESTO BÁSCOLO. *Evaluación de Costo efectividad y Evaluación de Costo efectividad y decisiones sanitarias decisiones sanitarias*. XIII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud XIII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud Mendoza. Argentina, abril del 2003
- 77 CEPAL - SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO NO 206. *Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad*. Pág. 22 – 26, 2009
- 78 I.A.M.C., SISTEMA DE COSTOS, PACIENTE / PATOLOGÍA. *Tema: costos en servicios de salud. Una propuesta de costos para las instituciones de asistencia médica colectiva: costos por pacientes y patología*. CABA 2011.
- 79 PICAM-BAIRES. *Programa de Indicadores de Calidad de Atención Médica para HOSPITALES PUBLICOS de la Provincia de Bs. As. Desarrollado en forma conjunta por ITAES-SACAS y el Ministerio de Salud de la Pcia. De Bs. As. Año 2011*
- 80 SHAW C.: *Quality and accreditation in Health care Services - A global Review*. Ed. ISQua - Geneva, 2003.
- 81 ROBERTS J., COALE J., REDMAN R.: *A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Journal of the American Medical Association (JAMA), 1987; 258: 936-940.
- 82 AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (AETS) (1998) *Ecografía en Atención Primaria*. Madrid.
- 83 GARCÍA PALOMEQUE J.C., CEBALLOS ARAGÓN J.M. (2011) *Aplicación de la ecografía pediátrica en Atención Primaria; interconexión con la atención hospitalaria*. Rev. Pediatría de Atención Primaria 2011; 13:359-66
- 84 MALUF PATAH L. E. Y MALIK ANA MARIA (2011) *Models of childbirth care and cesarean rates in different countries*. Rev. Saúde Pública 2011; 45
- 85 VÁZQUEZ F. (2011) *Evaluación de la representatividad de Indicadores de Calidad en hospitales de la República Argentina*. Disponible en www.calidadensalud.org.ar sección PICAM, capítulo: Monitoreo de Indicadores de Calidad para establecimientos Privados con internación.

- 86 VÁZQUEZ F. (2011) *Consulta para obtener el grado de acuerdo sobre las conclusiones del trabajo: Evaluación de la representatividad de Indicadores PICAM en hospitales de la República Argentina, con metodología Delphi. A partir de una beca Carrillo Oñativia del Ministerio de Salud, del año 2009, se concluyó el trabajo ya citado sobre la Representatividad de indicadores hospitalarios. Las conclusiones de este trabajo fueron evaluadas por 11 expertos independientes del PICAM, a través de metodología Delphi.*
- 87 OGGIER, GUILLERMO R. *Modelos de contratación y pago en salud: ¿integración vertical o tercerización de servicios?* - 1a ed. - Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes, 2012. 164 p.; 16x23 cm. ISBN 978-987-24399-6-5
- 88 CARLOS VASALLO; *Calidad Y Gestión En Los Sistemas De Salud*; 5º Encuentro Gestión Estratégica Y Perspectivas En Salud, Córdoba; 28 de Junio 2013.
- 89 J. RÍOS A, C. MURILLO A, G. CARRASCO B, C. HUMET B; *Incremento de costes atribuible a la infección quirúrgica de la apendicetomía y colectomía a Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES). Universitat Pompeu Fabra (UPF). bSCIAS-Hospital de Barcelona. España. Pág. 21-30. Gac Sanit v.17 n.3 Barcelona mayo-jun. 2003*
- 90 RIOS, JORGE FRANCISCO; *Economía y Financiamiento de la Salud*. Editorial Dunken, 1/11/2013 - 360 páginas pág. 100 - 120
- 91 WHO'S World Health Reports 2004; 328:6
- 92 TÜNNERMANN C. *Conferencia introductoria. Conferencia regional sobre políticas y estrategias para la transformación de la educación superior en América Latina y el Caribe. La Habana: CRESALC, UNESCO, MES, 2006:9-12.*
- 93 ACOSTA E. *Educación hacia la búsqueda de su calidad. Tema Libre. Conferencia regional sobre políticas y estrategias para la transformación de la educación superior en América Latina y el Caribe. La Habana: CRESALC, UNESCO, MES, 2006:2.*
- 94 SUÑE TORRENTS A.: *El impacto en las barreras de aprendizaje en el rendimiento de las organizaciones. Tesis doctoral. Universidad Politécnica de Cataluña. Año 2004.*
- 95 RODRÍGUEZ ARTALEJO F, BANEGAS JR, RODRÍGUEZ ARTALEJO A, RODRÍGUEZ ARTALEJO C. *Un modelo para el análisis de la actividad académica en medicina. Med Clin 1997; 108: 499-502.*
- 96 SONIA M. CAVALLO. *El impacto de la conectividad en el sistema de salud argentino. Director of Health Care Policy Sonia M. Cavallo, BA in Economics, Universidad de San Andrés (UDES). Master in Public Policy (concentration in Health Care Policy), Kennedy School of Government, Harvard University. Director of Health Care Policy Area, CIPPEC. 2003*
- 97 BERMEJO J. "El sistema de información de la red sanitaria del Gobierno de Navarra", Revista BOLETIC, Monográfico "Las tecnologías de la información y la comunicación en la salud", Madrid, Asociación Profesional del Cuerpo de Sistemas y Tecnologías de la Información de la Administración del Estado (ASTIC). (2000)
- 98 VICENTE ORTÚN, Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber. *Determinantes de las retribuciones médicas*, Centro de Investigación en Economía y Salud. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona. b Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España. 2003;138:273-98
- 99 SANDRA FRAGA. *La adaptabilidad organizacional: un aporte conceptual para las organizaciones contemporáneas = Organizational adaptability: a conceptual contribution for today's organizations.* Revista Española de Orientación y Psicopedagogía. Calle Juan del Rosal, 14, 2º 28040 - MADRID. ISSN: 1989-7448 (versión electrónica), ISSN: 1139-7853 (versión impresa) (hasta 2010), COD. UNESCO: 580
- 100 PARACELSO, SPITALBUCH. PEDRO LAÍN ENTRALGO. *Ateneo Historia Clínica. La relación médico-enfermo.* Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán 2012.

- 101 J GONZÁLEZ. *Grado de Cumplimiento de las Historias Clínicas*. Revista del Hospital Ramos Mejía. CABA. 2010.
- 102 PROFESOR HOSSEIN ARSHAM. *Toma de Decisiones con Periodos de Tiempo Crítico en Economía y Finanzas*. Sitio Espejo para América Latina Versión en Español del sitio Web principal en Inglés, el cual se encuentra disponible en: *Time-Critical Decision Making for Economics and Finance*. 2003.
- 103 DANIEL RÍOS *Newsletter de la práctica de salud de Accenture Latinoamérica*. Socio responsable de la práctica de *Health and Life Sciences para Latinoamérica Accenture*. A nivel mundial la compañía cuenta con más de 170.000 profesionales en 49 países y en el ejercicio finalizado el 31 de agosto de 2007 logró una facturación de US\$19.70 billones.
- 104 BECCAR, EDUARDO DARÍO. *Ponencia sobre el tema "Distinción y separación de los comités de ética". "Formación de los miembros de los comités de ética"*. VII semana de la Bioética. Hospital de Clínicas. Buenos Aires. Octubre 2011. Pág. 34-50
- 105 CRISTIAN STORNI. *En la Argentina, al derecho a la Salud está garantizado por la Constitución Nacional a partir de la reforma de 1994, que incluyó en el texto constitucional los pactos y convenciones que lo establecen en el nivel internacional*. Área disciplinar: *Formación Ética y Ciudadana*. Secuencia didáctica elaborada por Educ.ar - Argentina 2006
- 106 HUANACUNI F. *Visión Cósmica de los Andes*. La Paz. Ed. Librería Armonía. 2004.
- 107 JOSÉ MORENO PÁEZ, *"La Argentina es aplaudida en el mundo entero por sus políticas migratorias"*. UNASUR, Buenos Aires, 2008.
- 108 EDUARDO MUÑOZ PERNÍA, *"Argentina mira hacia el futuro de la integración latinoamericana, marcando el ejemplo, con el plan Patria Grande"*. Torremolinos, Madrid, 2006.
- 109 DELGADO, ANA ET AL. *Derivaciones en los centros de salud de Andalucía según el sexo de profesionales y pacientes: un análisis de género*. Rev. Esp. Salud Pública, Jun 2014, vol.88, no.3, p.359-368. ISSN 1135-5727
- 110 ANDRÉS SCHUSCHNY. HUMBERTO SOTO. *Guía metodológica, Diseño de indicadores compuestos de desarrollo sostenible*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Publicación de las Naciones Unidas LC/W.255 Naciones Unidas, mayo de 2009.
- 111 CR. GABRIEL A. DADIEGO. *Control de Gestión para Obras Sociales Desarrollo y Utilización de Tableros de Comando Operativos y Cuadro de Mando Integral para el seguimiento de la gestión de Obras sociales*. Fundación Isalud. Maestría en Economía y Gestión de la Salud. Año 2003-2004