

Enfoque Colaborativo en los Sistemas y Servicios de Salud

*Este trabajo está en proceso de corrección del título,
de corrección ortográfica, de estilo, de crítica literaria,
como así de diseño, edición y maquetado*

Enfoque Colaborativo en los Sistemas y Servicios de Salud

*Una recolección sistemática de la información
para la toma de decisiones,
en el segundo decenio del Siglo 21*

Autor

Mg. Antonio Ángel Camerano

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
ORIGINALIDAD DE LA PROPUESTA	9
MARCO TEÓRICO	11
DESARROLLO.....	16
COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL.....	19
LOS CAMBIOS DE CONTEXTO	24
EJES DE POLÍTICAS SUSTANTIVAS	33
LA OBLICUIDAD	36
OBJETIVOS.....	40
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
MATERIALES Y MÉTODOS.....	43
INDICADORES DE PRESTADOR POR TIPO DE INTERNACIÓN	43
SISTEMA BASICO DE DATOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	43
POBLACIÓN	44
RESULTADOS Y RECOMENDACIONES	47
DÍA CLÍNICO,.....	49
ESTADÍA vs. COSTO	50
DÍA CLÍNICO PEDIÁTRICO,	51
DÍA QUIRÚRGICO	53
DÍA QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO,	60
NORMAS Y CONSENSOS DE LA SAP	62
DÍA PARTO	64
DÍA CESÁREA.....	64
EL CUIDADO PRECONCEPCIONAL.....	65
ENTIDADES CIENTÍFICAS FUNDANTES	66
DÍA NEONATOLÓGICO,.....	66
DÍA UTI - UCO (UTI-POLIVALENTE).....	68
CESÁREAS PROMEDIO	72
EDAD PROMEDIO DE LAS CESAREADAS	73
LA PREMATUREZ.	73

LAS PRESENTACIONES VICIOSAS	74
POBLACIONES MIGRATORIAS	75
RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS	81
TÉRMINOS SUPERINTENDENCIA Y AGENCIA	81
TEMÁTICA A DESARROLLAR	88
PRIMERA ETAPA	88
SEGUNDA ETAPA	88
TERCERA ETAPA	89
ENTREVISTAS	90
AUTOEXCLUIDOS	90
NO COLABORATIVOS.....	91
COLABORATIVOS	91
RESPUESTA SEGÚN LA FACTURACIÓN.....	93
RESPUESTA SEGÚN LA ESTADIA PROMEDIO	93
EL ENFOQUE VA A SER EL FUTURO.....	94
CONCLUSIONES.....	98
LOGROS DEL SISTEMA	99
LOS EFECTORES ANTE VARIACIONES DE LA ECONOMÍA	101
EDUCACIÓN MÉDICA Y ECONOMÍA	101
GESTIÓN DE ENFERMEDAD	103
MACRO GESTIÓN	103
POLÍTICA DE MEDICAMENTOS EN EL MÓDULO.....	103
EL ERROR MEDICO y NO EL ERROR DEL MEDICO.....	104
COLABORADORES TÓXICOS.....	105
RESPECTO DE LA SENTENCIA	106
SUPERAR LA EXTREMA TURBULANECIA	113
ENFERMEDADES CATÁSTROFE	115
EL PESO DE LA MASA LABORAL	116
PRESTACIONES POR PRESTADOR.....	117
LA AUDITORÍA DEL SIGLO 21	118
UN AUDITOR DEBE SABER	119
PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (PMO).....	119

INCLUSIONES INDIRECTAS	122
EL MECANISMO DE INTEGRACIÓN	124
EL AUTOR	128
SOBRE PRESUNTAS SIMILITUDES	129
NOTA.....	131
REFERENCIAS	132

A mi Familia

INTRODUCCIÓN

Dícese que un funcionario o gerente califica para ser idóneo en un cargo poseer el expertise, el carácter y la estrategia para gestionar y transformar las organizaciones altamente complejas y cruzadas por los conflictos permanentes. Y es por ello que uno debe capacitarse en el conocimiento y la estrategia de forma convencional. Ya sea por formaciones en ejes, en casos o por módulos. Personalmente creo que el carácter más allá de lo propio y lo pragmático se debe fundar en un apoyo casi permanente de un marco terapéutico, el más acorde a la persona, a su tiempo y a su entorno. La toma de decisiones es uno de los procesos más difíciles a los que se enfrenta el ser humano. Este trabajo es la continuidad en el tiempo de mi tesis de maestría de la Universidad de Buenos Aires. ¹

En la Universidad de Buenos Aires, el estudio se funda en el principio darwiniano de la supervivencia del más apto: todos pueden ingresar, pero sólo una reducida minoría se gradúa, y lo hacen a menudo gracias a una gran tenacidad. La UBA sigue siendo la más prestigiosa del país, y aunque está perdiendo terreno ante instituciones privadas, sus graduados tienen un status considerable: son brillantes e hicieron un gran esfuerzo en un medio difícil. Lo dijo Philip Altbach, profesor y director del Centro Internacional de Educación Superior en el Boston College. ^{2 3}

Esto de por sí, no es una crítica, es la demostración del esfuerzo del estudio y de la cultura del trabajo. Muchas de nuestras preguntas deben responderse técnicamente en un marco académico de experiencia indubitable. Es por ello que tras pasar por diferentes críticas académicas perfilé y adecué los procesos enunciados en aquel trabajo de tesis y tomando como columna vertebral el “speech” preparado para mi defensa ante el jurado como respuesta y seguimiento del mismo. ^{4 5}

El proyecto es la continuidad del estudio en administración de sistemas y servicios de salud, donde el ámbito de realización fue la obra social sindical del ámbito industrial (subsector) y sus efectores donde el autor cumple la función de conducción de dirección. El procedimiento metodológico y el abordaje del tema ha tenido con el tiempo algunas críticas que trataré de refutar a lo largo de esta actualización.

Aquellos que vivieron el desarrollo de las Leyes de la Seguridad Social hoy expresan que cierto es que, el debate de los subsectores debería haber quedado en la historia. Con el pasar del tiempo se fue consolidando una estructura financiada con dinero de los trabajadores y empleadores, que son las Obras Sociales Nacionales. Son una realidad, no se puede dar vuelta la página y hacer de cuenta que no existen. Estas dan cobertura a millones de beneficiarios y tienen mejores índices de performances que las poblaciones no nominadas. Todo es perfectible, y hay que lograr que las poblaciones que sólo tienen acceso al sector público puedan ser nominadas, y lograr que tengan índices mejores. Podemos hacer muchos planes y proyectos, pero hay una verdad incontrastable, la falta de acceso a agua corriente y a cloacas, como así otros factores condicionantes de las necesidades básicas insatisfechas. Hay que apuntar a mejorar la calidad de vida. (*Mario Lugones 2015*)¹

Y al hablar de vida me permito tomar unas expresiones locuaces y didácticas: “Las categorías “ciclo de vida” y “curso de vida” son cada vez más frecuentes tanto en discursos (artículos, conferencias y clases) como en el diseño de políticas (e incluso hasta en la reingeniería de ministerios de salud).⁶

Y concluyo citando una célebre frase de Scalabrini Ortiz...” lo económico tiene hoy primacía sobre todos los órdenes. Lo extranjero en esta tierra no es el hombre. El extranjero que aquí vive y se multiplica es hermano e igual al argentino. Lo extranjero aquí es el capital esclavizador y lo que no vaya contra él, está a su favor”.⁷

¹ *Disertante Maestrando ANTONIO CAMERANO y DR. MARIO LUGONES director del IMSSET, Facultad de Medicina, UBA. Ciclo Abierto de Debate 2014 - Mesa de Controversia; FSG.*

ORIGINALIDAD DE LA PROPUESTA

La Integración o ENFOQUE COLABORATIVO, del Financiador - Efector es un plan apoyado por la gestión clínica tanto desde su aspecto asistencial como desde la economía de la salud. El aporte de la tesis excede lo precedente y abarca la gestión y la integración virtual. La originalidad es el análisis del módulo donde el problema principal es la ineficiencia de los Efectores por sobre el costo. Resultando más importante que las exclusiones, los días excedentes o perdidos. El enfoque es crítico; requiere integración, colaboración y el uso de nuevas herramientas y canales de comunicación. ya no se trata de enfocarse en “eventos” sino en el estado de salud. El problema principal en este contexto se ubicaría como hipotético más en la ineficiencia de los Efectores que en el costo. He aquí nuevamente explícito la originalidad de la propuesta analizar al módulo más que por sus exclusiones, por los días perdidos o excedentes.

Utilizando los indicadores propuestos y las entrevistas cualitativas, pueden instrumentarse medidas que conlleven a un sistema con monitoreo de calidad constante que permita un consenso de negociación entre el Financiador y el Efector a la que puede sumarse un plan estratégico que contemple un conjunto de indicadores sobre procesos y resultados, determinar el Efector Eficiente versus no Eficiente (Esquema de Eficiencia del Efector), con comunicaciones ágiles para establecer en conjunto mecanismos ideales. 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.

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. Hay que comprender ciertas intimidades del sistema. Saber que las Obras Sociales Sindicales son organizaciones de administración privada que administran fondos públicos. Se observa un crecimiento de estas organizaciones, así como la permanencia de otras con estructuras insuficientes en las que prima el interés por sostener la entidad por encima de los objetivos para las que fue creada, lo que marca una tendencia a la privatización. Existe competencia tanto entre los Financiadores como en los Efectores conformando dos mercados. El término integración suele causar preocupación e inquietudes porque suele asignársele connotaciones que incomodan o afectan el estatus o posición que tiene cada uno de los actores del sistema y que en realidad quieren conservar, razón por lo que es difícil avanzar en términos de integración. El desafío es organizar el sistema.

El aporte del trabajo se basa en la hipótesis de generar sinergias y ventajas competitivas para lograr mejor calidad de atención y reducir costos en la integración o ENCUADRE COLABORATIVO del Financiador – Efector como un diálogo que apunte al análisis del módulo de prestación y cambiar el paradigma de la exclusión como un costo, demostrando en la investigación propuesta que los días perdidos por falta de gestión del caso médico son los que generan pérdidas al Paciente, al Efector y al Financiador por la ineficiencia mencionada.

Los informes son utilizados para las entrevistas con informante/s clave/s de las instituciones efectoras. 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. Para evaluar la validez de las conclusiones se realizará una devolución al grupo de informantes (etapa cualitativa).

MARCO TEÓRICO

“Es muy difícil integrar lo que no se tiene por información o aprehendido”

Antonio Ángel Camerano. Tesis de Maestría – 2014

El concepto de Integración Financiador y Prestador fue ampliamente observado, por algunos como un concepto antiguo de los años 70 y por otros confundido con la metodología de la Atención Gerenciada.^{8 9}

Hoy prefiero remitirme a la crítica constructiva en donde se me ha sugerido modificar el concepto de Prestador por el de Efector (como definición sanitaria académica) y el de Integración por Enfoque Colaborativo. Como un desafío que deviene de la innovación tecnológica para ambos (Efectores y Financiadores), que también se ajusta a los cambios del Siglo 21.

El concepto Enfoque Colaborativo fue tomado de los comentarios a la Tesis de Maestría del autor por el Lic. Guillermo Oggier - Magister en Administración de Empresas (MBA - UBA) y Licenciado en Economía (UNR) - en la Mesa de Controversia del Ciclo Abierto de Debate de la Fundación Sanatorio Güemes. “Seguridad Social: pago por prestaciones, e integración con los prestadores. Dos Tesis propuestas”, realizado el 23 de abril de 2015.

Nuestro país posee tanto en educación como en salud una organización federal, donde las provincias retienen su autonomía. Donde a lo largo del siglo 20 las estructuras culturales, en muchos casos corporativas crecieron generando la Seguridad Social nacida de los trabajadores.^{10 11}

Respecto a los orígenes del sistema, y a partir de una lectura de los debates públicos en torno al mismo, puede afirmarse que el objetivo declarado por los legisladores fue implementar un sistema que brinde cobertura a la totalidad de la población trabajadora y sus dependientes. Sin embargo, diversos especialistas argumentan que el sistema de seguridad social argentino es “bismarckiano” en el sentido que su intención fue privilegiar la cobertura del asalariado formal antes que estar dirigido a los sectores que quedan fuera del mercado de trabajo. Un sistema “beveridgiano” en cambio, brinda

cobertura a la totalidad de la población independientemente de su situación laboral. Más allá de cual haya sido la intención real de los legisladores, al menos en sus discursos afirmaban su intención de que el sistema brindara cobertura a todos los trabajadores.

En un trabajo realizado en el año 2002 a pedido del Banco Mundial, se encuentra fragmentado en tres subsectores con falta de coordinación y articulación que impide un “sistema formal” de Salud y atenta contra el uso eficiente del recurso y equidad en su cobertura. (CEPAL 2010)

La asistencia sanitaria universal se provee en la mayoría de países desarrollados, y en muchos países en desarrollo a lo largo del globo. En la década de 1880, la mayoría de alemanes obtuvieron cobertura bajo el sistema de asistencia sanitaria obligatoria adelantado por Otto Von Bismarck. El National Health Service del Reino Unido fue el primer sistema universal de asistencia sanitaria provista por el gobierno. Se estableció en 1948. Entre los sistemas universales actuales más completo están francés, el italiano y el de Cuba. Otros ejemplos son Medicare en Australia, establecido en la década de 1970, y por el mismo nombre, Medicare de Canadá, establecido entre 1966 y 1984. El sistema universal de asistencia sanitaria contrasta con los sistemas de asistencia sanitaria en los Estados Unidos y en Sudáfrica, aunque Sudáfrica es uno de los muchos países que intentan reformar su sistema de asistencia sanitaria. El 23 de marzo de 2010, el presidente de los Estados Unidos Barack Obama promulga la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible en reforma del sistema sanitario estadounidense. En el tercer mundo, el sistema nacional de salud de Cuba es considerado un ejemplo, pues provee, cuidados de salud para todas las incidencias de salud a toda la población cubana.

Hoy en 2017, las elecciones en América del Norte cambian en parte el sentido: Trump planea cortar el crédito que ofrece el Gobierno Federal a aquellas personas que no sean solventes económicamente. Sin dudas, esta nueva medida que pretende tomar Trump, no es inclusiva. Todo lo contrario. De esta forma, los pacientes con bajos ingresos volverán a la misma situación que reinó antes del Obamacare Estados Unidos. Un estudio realizado por RAND Corporation reveló que, con el plan de salud de Trump, unas 44.6 millones de personas se quedarían sin seguro de salud para el 2018. Sus planes alternativos desatarán varios efectos en el gran negocio de los seguros médicos

Estados Unidos. Entre ellos se encuentran: las deducciones impositivas y la autorización a que las compañías aseguradoras operen en más de un estado.

Días después de que unos 5 millones de personas se manifestaran en todo el mundo para exigir respeto por los derechos de las mujeres, el presidente de Estados Unidos Donald Trump restableció la “Ley Mordaza Global”, una política que amenazaría la vida de las mujeres en todo el mundo^{2 12}

Los republicanos, atrapados por su retórica, se enfrentan ahora a la ira de sus votantes. California, el mercado más grande de Estados Unidos, alerta de una “espiral mortal” si se destruye el sistema de Obama. El llamado American Health Care Act (AHCA), con el que los republicanos quieren sustituir Obamacare. Las claves de la propuesta republicana son: primero, reducir la ampliación de Medicaid; segundo, reducir los subsidios para comprar seguros privados; tercero, eliminar la obligación de tener seguro, el punto más controvertido ideológicamente de Obamacare. Se sustituye por un incentivo fiscal y una multa en caso de no tener seguro de manera continuada. El proyecto republicano, como le pasó a Obama, parece condenado a sufrir modificaciones importantes para poder ser aprobado. La idea cacareada durante años de “revocar y reemplazar” la ley (“repeal and replace”, un mantra republicano) puede ser un tiro en el pie. “Nadie sabía que la sanidad era tan complicada”, llegó a decir Donald Trump. ¹³

Algunos sistemas de asistencia sanitaria gubernamental permiten que practicantes privados provean los servicios, y otros no. En el Reino Unido, se les permite a los doctores proveer servicios por fuera del sistema gubernamental; en Canadá, algunos servicios son permitidos y otros no. ^{14 15 16}

En cuanto a el Reino Unido un BREXIT aprobado en referéndum este 23 de junio, cuyos partidarios defendieron que supondría una inversión semanal extra de 350 millones de libras en el sector sanitario. "Me parece que desde el principio fue una campaña deshonesto la del *Leave*, la gente no era consciente de lo que estaba apoyando", asegura Aida Santa Olalla, investigadora de cáncer de próstata en el King's College de Londres., Según algunos autores esas estructuras de crecimiento son fragmentadas, por lo tanto, es lógico pensar que nuestro sistema de salud así lo sea. A

2MFI MY FAMILY INSURANCE. Es una agencia de seguros que ofrece seguros médicos en Miami, con ofertas y especiales de Obama Care. Miami, FL, 33135. USA. 2017

partir de 1943, en nuestro país prevalece la idea del Estado hegemónico con el hospital público en un centro de nuevos profesionales. Actualizado en 1988 por la Ley N.º 23.660 y 23.661 con los alcances de un seguro social. Finalmente, los extranjeros del NHS abandonan el país, como se ha temido durante los últimos meses, el sistema colapsará. Para ello sugieren que se le ofrezca la nacionalidad británica a todos aquellos que formen parte del aparato sanitario, ya sea en investigación o atención. ¹⁷

Tras la crisis del 2001, ya en el Siglo 21, políticas inspiración keynesiana con un estado de bienestar que se confunden con la emancipación de la cuestión social, la flexibilización legal del trabajo y por lo tanto la baja de la masa laboral, la descarga en el ámbito judicial de los conflictos que atenta con la solidaridad del sistema, y la generalización del plan social, (como modo de proveer a la subsistencia de un grueso de la población) se presentaron como obstáculo. Tras un nuevo camino que y un cambio de paradigma se destrabaron a modo de reparación histórica fondos (es decir no actualizados, pero valores al fin) que permanecían en el Tesoro Nacional como el Fondo Solidario de Redistribución o FSR ¹⁸

Estos recursos provienen de los aportes y contribuciones hechos al sistema de salud por los trabajadores y las empresas empleadoras. En el caso de los empleados, por ejemplo, del descuento salarial del 3% de la remuneración bruta que se puede ver cada mes en el recibo, un 15% no va a la obra social en forma directa, sino que tiene como destino el llamado Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Ese fondo se creó con una porción de los aportes fiscales de las obras sociales sindicales con el objeto de reembolsarles el valor de tratamientos médicos de alta complejidad e intervenciones o medicamentos costosos, cuyo impacto podría generar el quebranto de una organización de salud gremial. Una parte del FSR constituyó cada año el presupuesto de la Superintendencia, pero el resto quedó depositado en una cuenta en el Banco Nación que creció de manera sostenida, al mismo ritmo en que se pactaron los aumentos salariales de cada organización.

Entre sus funciones, el FSR otorga reintegros a las obras sociales por los gastos que demandan determinados tratamientos de alta complejidad y alto costo. Entre 2002-2015, ingresaron en el FSR poco más de \$ 65.000 millones y se reintegraron fondos por

\$ 38.000 millones. En promedio, el Gobierno retuvo el 41% de lo ingresado. Los años de mayor distribución de fondos fueron 2002 y 2003: se distribuyeron el 92% de fondos. Los años más críticos fueron entre 2010 y 2013, y el más crítico 2012: distribuyó el 23% y la retención llegó al 77 por ciento.

A raíz de la retención de los fondos, “los sindicatos debieron auxiliar a las obras sociales para poder mantener financieramente los servicios de atención médicas”. (Scervino 2016).

DESARROLLO

Garantizar una cobertura médica asequible y de Mantener la cobertura cuando una persona cambia de empleo o lo pierde. Eliminar los obstáculos para la cobertura de personas con afecciones médicas preexistentes. Pero es el momento de la agenda política; Deberemos sumar y las banderas de Bismarck; Con la participación de cada uno de los sectores para no borrar de un plumazo la realidad existente por ser “pragmático” y en una segunda etapa asumir las banderas de Beveridge. Reconociendo los subsectores implicados, las corporaciones: (médica y de los laboratorios) quizás más que la presunta pelea sindical. Cuando en nuestro país hablamos de salud no podemos ignorar a dos grandes maestros, a Don Ramón Carrillo quien claramente expresó que “Solo sirven las conquistas científicas sobre la salud si éstas son accesibles al pueblo, y a Don Arturo Oñativia quien se enfrentó al “club de París por “poner los medicamentos al servicio de la Sociedad”.^{19 20}

No por salir del tema e ir más atrás recordemos que fue de importancia estratégica la ley de Medicamentos -la 16.462 y 16.463-conocida como ley Oñativia que le daba al medicamento un carácter de “bien Social” al servicio de la Salud Pública y de la Sociedad. Esta ley, promulgada en 1966, reglamentaba un estricto control técnico de las drogas sujetas a la experimentación humana, además del control de precios, según la demanda de las mismas.²¹

Como decía Marañón, cada vez que debas hablar, párate para que te vean, habla fuerte para que te escuchen, mejor corto, para que te aplaudan. Hoy no puedo ni quiero perderme ninguna de estas oportunidades. Porque traigo un mensaje desde el otro lado del océano y bien vale la pena, si logro recrear algunos de los paradigmas que, por cierto, están en cada y emergencia, Precisamente por ello debemos hablar, sumar, debatir y ver el permanente cambio de paradigma en este modelo que a la luz de la encuesta mencionada es puramente médico hegemónico. Nos debemos la participación social, la política en salud y dejar para los políticos puros en el ámbito de la macrogestión hacer políticas con la salud. Con una vocación irrenunciable, buscando el tiempo. Podemos estar de acuerdo con el Pacto, en más o en menos. Alabar el trabajo eximio del autor y los comentarios del Dr. Tobar con su visión más que sanitaria y no por denigrar a esta sociológica.

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. ^{22 3 23}

Respecto del tema el concepto de Estado de Bienestar y modelos de Seguridad Social, algunos autores lo consideran enmarcado entre los años '60 a los '80, y desde los '90 y comienzos del Siglo 21: la Globalización, Calidad, Seguridad y sustentabilidad. ²⁴

En cuanto a la visión de los resultados debemos mencionar a 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 de reflexionar sobre esa teoría. Necesidad de construir alianzas estratégicas "Por ello, los aseguradores diseñan los contratos con los prestadores y con los usuarios, destacando la distribución de los riesgos y las coberturas".

Un Grupo no es un Equipo, se convierte en un Equipo cuando coexisten: Objetivos compartidos, Comunicación entre sus miembros y se ve al conflicto como una oportunidad para dar nuevas ideas y progreso hacia los mejores resultados. ^{25 26}

La calidad es uno de los cuatro derechos a la salud (OMS – 2013). ¿Qué es calidad? Es hacer lo correcto, en forma correcta. Una metodología consiste en la recolección sistemática para la toma de decisiones, la aplicación de la ciencia y tecnología que maximice beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. Se requiere de indicadores de procesos y resultados. Los indicadores de calidad son pilares de los sistemas de mejora continua.

La Informática es una herramienta. La facturación es la única disponible sobre producción, la imputación y carga de datos bajo la tecnología cliente-servidor, para facilitar la unidad de carga, teniendo en cuenta el cúmulo de información. Se propone armar un cuadro o matriz de acuerdo a lo expuesto donde tenga los N Efectores (Prestadores), los N Indicadores de calidad y el precio por prestación, de esta manera se

3 GREGORIO MARAÑÓN. *Las Ganas, la Fuerza, el Destino, el Desafío: valen la pena; Artículo atribuido a ..*

puede determinar la Eficiencia del Efecto. De una manera simple que ayude a la sistemática de una interacción permanente.

Y en la actualidad junto con la recomposición histórica (explicar lo de histórico), surge la Cobertura Sanitaria Universal, término ya acuñado por la salud americana e internacional (OMS 1948 y 1978), como para terminar de acuñar el marco sobre el que sigue este trabajo de investigación.

El objetivo de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Para que una comunidad o un país pueda alcanzar la cobertura sanitaria universal se han de cumplir varios requisitos, a saber: La existencia de un sistema de salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento, que satisfaga las necesidades de salud prioritarias en el marco de una atención centrada en las personas (incluidos servicios de VIH, tuberculosis, paludismo, enfermedades no transmisibles, salud materno infantil). Un sistema de financiación de los servicios de salud, de modo que las personas no tengan que padecer penurias financieras para utilizarlos. Esto se puede lograr por distintos medios. (Asequibilidad). El pleno acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el diagnóstico y tratamiento de problemas médicos, y una dotación suficiente de personal sanitario bien capacitado y motivado para prestar los servicios que satisfagan las necesidades de los pacientes, sobre la base de las mejores pruebas científicas disponibles. ²⁷

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

*La economía condiciona mucho de la utilización y
los resultados del sistema sanitario.
De manera que un ministro de Economía vale,
entre nosotros, varios ministros de Salud.
(Javier Vilosio, publicado en Confluencia Digital, 2016)*

Este concepto que surge de la reparación histórica planteada por el gobierno que comenzó a gestionar en el año 2016, y es denominado CUS, fue desarrollado en el trabajo inicial como recomendación sin aún conocerse el proyecto a nivel país. Véase páginas 7, 14, 20, 54 y 72 al respecto. ²⁸

Dichas recomendaciones surgieron de los conceptos de Kenneth Arrow, premio Nobel de economía, es profesor emérito de economía y profesor de investigación sobre operaciones en la Universidad de Stanford, recientemente fallecido. Apurva Sanghi es el economista principal para Kenia del Banco Mundial. Su trabajo se trata al parecer del autor de un desarrollo, de escritura cerrada por lo cíclica y compleja, y muchas veces llena de metáforas y conocimientos lejanos del no economista. En relación a un artículo de opinión que hace referencia al peso de la Economía de la Salud en el presente y a la cobertura médica universal que califica como valiosa y plantea además cómo convertirla en realidad. (“Diario EL PAÍS de España; Traducción al español por Leopoldo Gurman” – 2016) ²⁹

Viene este comentario del artículo a propósito de los puntos claves en el cambio de las políticas públicas del nuevo gobierno en nuestro país de la cual no podemos estar enterados: “Plan de un sistema de salud mixto integrado: cobertura universal “. Lo ideal (que nos remontaría a Platón en su mundo filosófico de las ideas) todas las personas tendríamos acceso a los servicios de salud de acuerdo a la necesidad (es decir a la equidad y no a la sentencia judicial), en todas partes y sin tener que pagar de lo que pudiéramos. *La duda (... es lo que genera la investigación...)* que se plantea es si este

*dilema es válido tanto para los países ricos tanto como para los pobres (colocándonos en el mundo real de Aristóteles, el de lo terrenal y fáctico).*⁴

Dícese de la duda como la incertidumbre ante la verdad o falsedad de un enunciado. La duda era la condición que los escépticos consideraban suficiente para suspender el juicio. En Descartes adquiere un carácter metodológico, al conferirle sólo un valor provisional, en tanto no se alcance alguna verdad de la que no se pueda dudar. La filosofía tiene una cierta degradación progresiva y que el método está muy bien para ámbitos no físicos como las matemáticas, pero en cuanto nos encontremos en ámbitos que tengan en cuenta el mundo sensible, esta postura filosófica no será útil. Descartes fue un gran filósofo ya que le debemos muchos conceptos matemáticos, muchas conexiones neuronales y, sobre todo, el inicio del racionalismo. Filósofo es aquel que sabe lo que tiene que pensar. Con Descartes, la libertad del espíritu opone la unidad pensante a la generalidad de la opinión. No se trata de una mera alternativa entre otras para “entrar en materia”; dar lugar a lo que se abre paso cuando ha llegado la hora: la instauración del pensamiento filosófico. Su temporalidad nada tiene que ver con la ordinaria, mundana. Tiene su propio tempo; es comienzo absoluto, fundación. La evidencia de esta simplicidad o generalidad inteligible no se obtiene en absoluto por medio de una reducción continua que descubre a cada paso la resistencia de un núcleo de certeza sensible o imaginativa. No se experimenta ninguna invulnerabilidad de lo sensible a la duda. Gabriel d’Empaire ha expresado que si la calidad es uno de los derechos a la salud. Y dudamos de la misma, investigamos: ¿Qué es calidad? Es hacer lo correcto, en forma correcta. Una metodología que consiste en la recolección sistemática para la toma de decisiones, la aplicación de la ciencia y tecnología que maximice beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. Federico Tobar nos ha enseñado que tiene valor la investigación sanitaria en la 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 o aggiornar los indicadores de las Normas. En mi Tesis de Maestría he expresado que 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

4 DR. MARIO LUGONES, *Acto de Adjudicación, Residencias 2015, UBA – FSG*

del equipo de salud. Este último aspecto es quizá el más preocupante de los cambios observados en el perfil profesional del médico en la actualidad. Esto implica orientar la formación hacia la atención primaria, desplazar al hospital como núcleo único de educación médica y reconocer, en los nuevos currículos, la importancia de las características demográficas y los problemas de salud prevalentes en nuestra sociedad. Un concepto clásico y que se torna en mí repetitivo perteneciente a Ortún Rubio define a la eficiencia como 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 (presupuesto) de oportunidad en las decisiones diagnósticas y terapéuticas. Que las utilidades relevantes son las del paciente. La actuación médica supone que se practiquen las pruebas y que se actúe tomando no sólo 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. La Real Academia Española define a la sensibilidad (Del lat. sensibilitas, -atis) como la propensión natural del hombre a dejarse llevar de los afectos de compasión, humanidad y ternura. Trabajar por ello es luchar por los derechos de las personas que tenemos a nuestro cuidado, porque para cumplir eficientemente la tarea, es indispensable estar compenetrado con la realidad social del otro. La frase de Mario Lugones (que menciono en párrafos anteriores), movió mi pensamiento a la duda, al método y a la investigación como producción de conocimiento.³⁰

Las Naciones Unidas han adoptado nuevo conjunto de metas mundiales a 15 años para orientar los esfuerzos globales para erradicar la pobreza, promover la prosperidad inclusiva y garantizar un planeta saludable para 2030.

Para los economistas, la visión a esta declamación es clara: la estrategia de desarrollo debe priorizar el mejoramiento de la salud, sin dejar a nadie atrás. La salud, la supervivencia y los alimentos son valores básicos para todas las personas. No pueden ser provistos sin una política social deliberada. El hecho de que las muertes evitables continúen siendo frecuentes en los países con ingresos bajos y medios es un síntoma de que los sistemas de salud no funcionan o no cuentan con suficientes recursos, pero no indican que carecemos de conocimientos médicos. La cobertura médica universal es una

acción inteligente dado que cuando la gente está sana y cuenta con estabilidad financiera, las economías resultan más sólidas y prósperas.

Como método los economistas se plantean tres áreas en particular tecnología, incentivos e inversiones aparentemente ajenas a la salud que pueden generar avances en la cobertura médica universal. En primer lugar, la tecnología se está convirtiendo en algo revolucionario, especialmente en los países en vías de desarrollo, donde la brecha en el acceso a la atención sanitaria es más amplia (de allí la aparición del concepto entre otros de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias). Un aumento de la telemedicina está permitiendo que los pacientes rurales y los profesionales de la salud interactúen a través de videoconferencias, con personal en los principales hospitales, aumentando así la calidad de la atención con muy bajo costo. Las capacitaciones en línea a voluntarios médicos comunitarios y a complementar esas capacitaciones con mensajes grupales a través de la tecnología para mantener al grupo conectado y compartir actualizaciones importantes. Las inversiones en tecnologías de elevado valor y bajo costo nos ayudarán a lograr más con cada dólar.

En segundo lugar, aprovechar el poder de los incentivos. Esto se puede y se debe hacer sin obligar a los pobres a pagar por servicios de atención sanitaria en los lugares de prestación. Por ejemplo, se sabe que cuando el Estado paga al sector privado según los resultados (por ejemplo, la cantidad o la proporción de niños vacunados), tanto la responsabilidad como los resultados mejoran. Los programas con vales para los servicios de salud están proporcionando acceso a atención de calidad del sector privado.

El tercer lugar y final es la construcción de sistemas de atención sanitaria resilientes flexibles para poder sobrevivir a los shocks que implica mejorar otros bienes públicos estrechamente vinculados con la salud humana. Es decir, el agua potable, los servicios sanitarios, los caminos, la infraestructura de emergencia y la prestación de servicios. No debemos considerar a la medicina como la única forma para mejorar la salud.

El artículo finaliza con un párrafo claro y consistente más allá de lo declamatorio: “Lograr la cobertura médica universal es hacer lo correcto (como la ética en cuanto a hacer lo que se debe hacer correcto). Así lograremos un mundo donde se cubran las necesidades médicas de todos y nadie quede atrapado en la pobreza, nuestros líderes deben escuchar este mensaje y actuar en consecuencia.” No estamos lejos de las

declamaciones de Carrillo, de Oñativia, o de nuestros contemporáneos como Sonis. De hecho, no tiene que ver con las Políticas Partidarias, sino con las Políticas Públicas de una Nación. (SIC) ³¹

La cobertura sanitaria universal implica la necesidad de reconocer la función crucial que desempeñan todos los sectores para asegurar la salud de las personas, en particular los de transporte, educación y planificación urbana. La cobertura sanitaria universal tiene consecuencias directas para la salud de la población. El acceso a los servicios sanitarios permite a las personas ser más productivas y contribuir más activamente al bienestar de sus familias y comunidades. Además, asegura que los niños puedan asistir a la escuela y aprender. Al mismo tiempo, la protección contra riesgos financieros impide que las personas se empobrezcan al tener que pagar de su propio bolsillo los servicios de salud. Por lo tanto, la misma es un componente fundamental del desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza, y un elemento clave de todo esfuerzo por reducir las desigualdades sociales. Es el sello distintivo de un gobierno determinado a mejorar el bienestar de todos sus ciudadanos. Está sólidamente basada en la Constitución de la OMS de 1948, en la que se declara que la salud es un derecho humano fundamental, así como en el programa de Salud para todos establecido en 1978 en la declaración de Alma-Ata donde la equidad es un aspecto primordial. Eso significa que los países deben evaluar los progresos no solo en el conjunto de la población nacional, sino en los diferentes grupos (por ejemplo, niveles de ingresos, sexo, edad, residencia, condición de migrante u origen étnico). ^{32 33}

No hay un sistema de salud perfecto, pero puede valorarse según los resultados que obtienen en términos de salud y económicos. Los sistemas hegemónicos o dominantes observan un mejor desempeño de aquellos en los que coexisten en competencia más de un modelo.

Por otra parte, en los países en los que el modelo público está consolidado, el camino hacia la cobertura equitativa está más cerca que los aludidos modelos bi y tripartitos. Estos sistemas no han permanecido estáticos, sino que buscan perfeccionarse frente a los nuevos problemas, con la finalidad de mantener la universalidad del sistema y sostener el financiamiento, como respuesta a los nuevos desafíos demográficos, tecnológicos y económicos. ³⁴

De los dos puntos y medio del PBI que gasta el Estado en Salud, sólo medio corresponde a la Nación. El resto a Provincias y Municipios. Las obras sociales provinciales también doblan en gasto a la Nación. En segundo lugar, la máxima autoridad sanitaria, tiene poca o nula incidencia en el funcionamiento de dos organismos fundamentales el PAMI – que gasta casi el doble que la jurisdicción nacional- y la SSSalud, que gasta casi el triple solo en lo referido a las OS y tiene bajo su jurisdicción, además, a las empresas de medicina prepaga. La experiencia en Argentina no abunda en ejemplos de equipos con un programa explícito que aúnen esfuerzos entre todos los mencionados. (Valores Macro y Aproximados).³⁵

LOS CAMBIOS DE CONTEXTO

Si bien ya hemos hablado del tema en párrafos anteriores como especialidad humanística este trabajo no puede estar ausente de los cambios de contexto que han ocurrido en los años que se desarrolló este estudio.

En los primeros años observamos que si tomamos en forma conjunta las características esbozadas en las diferentes tipologías como (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.

36

En los dos últimos años aproximadamente, con el nuevo gobierno y sus propios cambios, las reformas al sistema de salud que propone el gobierno a partir del 2016 se estructuran sobre cuatro ejes que merecen un análisis crítico en materia conceptual y de política sanitaria: cobertura universal en salud, nominalización de poblaciones para el descuento en los medicamentos, creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología de la Salud y la implementación de un mecanismo denominado “pronto pago” a los Hospitales.

Los alcances de estas medidas remiten, en primer lugar, a pensar de qué hablamos cuando hablamos de “cobertura universal” en un país como el nuestro dónde el acceso a

la salud pública ya representa un derecho históricamente consolidado para todos los habitantes y, en segundo lugar, a analizar los impactos sobre el modelo de atención y financiamiento de la salud en materia de equidad.

Según a la propuesta inicial del grupo que se encuentra a cargo del contexto sanitario del país a la fecha, cabe aquí para cada subsector definir alguna de los fundamentos conceptuales y funciones esenciales de la salud concebidas en este contexto como:

- Identificación, nominalización y documentación de beneficiarios.
- Mejoramiento de las determinantes sociales de salud.
- Desarrollo, equipamiento y puesta en valor de efectores públicos de salud.
- Fortalecimiento y modernización del sector público de salud.
- Acciones de Atención Primaria de la Salud.
- Desarrollo y optimización de las Redes Integradas de Servicios de Salud.
- Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
- Fortalecimiento de los recursos humanos en salud.
- Actividades de Promoción y Protección de la salud y medicina preventiva.
- Asistencia financiera a OS ante situaciones de Epidemias y o Emergencias.
- Asistencia financiera a OS que desarrollen programas de prevención aprobados.
- Apoyo financiero a las OS para la adquisición y/o remodelación.
- Asistencia financiera para la adquisición de equipamiento tecnológico.
- Asistencia financiera para programas de fortalecimiento institucional.
- Apoyo financiero para programas de modernización en el campo informático.
- Financiamiento no contemplado con impacto negativo.^{37 38}

Así presentado cada uno de los puntos resulta interesante respecto a las políticas de salud en el país, el proceso que está teniendo lugar en la actual gestión de gobierno, antecedentes de interés respecto a estos asuntos en el plano nacional, y algunas precisiones conceptuales respecto a políticas sustantivas e instrumentales, importancia de la información en salud, la intersectorialidad, y la arquitectura en salud, entre otros aspectos.

Varios grupos de estudio centra en la actualidad trabajos sobre “Federalismo y Funciones Esenciales de Salud Pública”, a punto de partida de literatura y teniendo la

materialización del derecho universal a la salud como eje conductor. (Mera y Bello 2016).

A ESTO SE SUMAN:

1. El documento completo del Grupo PAIS ³⁹
2. El documento del Grupo MEDEOS ⁴⁰
3. Dr. Mera, Medicina y Sociedad “Encrucijada en el Futuro del Sistema de Salud”
4. Un informe de evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública en Entre Ríos. ⁴¹

Surge aquí expresar en forma textual: “El tema salud ha sido ubicado en la agenda pública a partir de la propuesta del gobierno nacional sobre Cobertura Universal de Salud y aparece prioritario orientar dicha iniciativa – y otras de naturaleza similar que puedan surgir – a través de caminos que, concibiendo a la salud como un derecho humano básico, pongan a las personas y a la familia como eje de los esfuerzos e intervenciones que la sociedad realice por la salud de los argentinos. En nuestro país los grupos de población más vulnerables y menos aventajados se atienden casi exclusivamente en los hospitales públicos. Por eso, como medio para lograr el propósito de la cobertura universal de salud, se requiere hoy un programa sistemático de puesta en valor de nuestros servicios públicos de salud, no solo en sus aspectos edilicios sino también en su organización administrativa, su relación con el resto del Sistema y la búsqueda de modos de participación ciudadana en su Gestión.” (Dr. Mera 2016) ⁴²

Desde la Organización Panamericana de la Salud se han escuchado voces haciendo “focus” en los conceptos del Conocimiento de la Información; la necesidad de una Historia Clínica Única, tener presente los puntos Críticos de la Estrategia y los procedimientos de Rectoría y Gobernanza similar a otros países de la región. (Dr. Artaza 2016)

La gobernanza es una característica fundamental y común denominador sobre la capacidad de un gobierno. Definida como el arte de gobernar que tiene como objetivo el logro de un desarrollo social, económico e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía, haciendo posible actuar en la dirección correcta.

Ante tantos datos, resoluciones, legislación desagregada y “emparchada” surge la idea de este autor sobre el hecho que las funciones en salud se toman a criterio como una intervención prioritaria y no absoluta, dentro de un contexto de cambio del Estado donde se deberá tener presente que siempre existirán grupos de presión con capacidad para actuar especialmente en lo relativo a las decisiones políticas y económicas. Un objetivo ante la federalización debería ser construir una rectoría en salud e implantar mecanismos de consenso y concertación estables. Así definiríamos como primera a la Nación, y el COFESA como órgano de coordinación en el que se consensue la estrategia nacional.

Teniendo en cuenta que la fragmentación no sólo es geográfica, poblacional política, de gestión y de recursos, sino también existe al interior de los subsectores, lo que se expresa como un conflicto de intereses, constituyendo así un grave problema. La mayor dificultad está en que lo que se discute es la propiedad, sea financiadora o proveedora, si estatal o privada, si provincial o municipal. Lo que importa en un sistema de salud, no es la propiedad, sino que funcionen para el orden público.

Además, el término integración inquieta porque se le atribuyen condiciones para alcanzarla que afectan a cada uno de los actores y a las instituciones. Sin embargo, se puede lograr de muchas maneras, a través de hilos conductores como serían el modelo proveedor, el modelo de gestión, pero fundamentalmente a través de la obtención de los resultados que independientemente de cómo se organicen deben ser similares.

A continuación, se presentan cuatro ejes propuestos por el autor con las políticas sustantivas y la federalización. En estos ejes se trata de simplificar las decisiones políticas que resulten en reformas que mejoren la accesibilidad, el incremento de la eficiencia de los servicios y la reducción de las desigualdades, debiendo conocerse las intimitades de un modelo que no creció a favor de la definición previa del sistema de salud, sino que se desarrolló de manera consecuente y adaptativa de otras políticas e intereses.

El futuro del sistema de atención requiere pensar en cambios graduales mejorando los instrumentos existentes con coherencia técnica y adaptación social, estrategia que necesita la definición de la Visión, que guíe la acción. El desafío es organizar el sistema

que al pasar de un modelo de competencia a otro matricial necesita también trasladar recursos que posibiliten que cada jurisdicción asuma sus responsabilidades, contribuyendo así al fortalecimiento del federalismo, para el abordaje de los problemas de salud y en la convergencia de los clásicos modelos sanitarios para determinar las reglas del sistema. (*Dr. Armando Reale 2017*) ⁴³

Con la objetividad que debe caracterizar a este trabajo y por sobre todo desde el ámbito político han surgido críticas y amerita exponerlas, y nobleza obliga más allá que este autor ha fundamentado la misma en los párrafos anteriores; La CUS es conceptualizada como una variable de múltiples dimensiones, relacionadas con tres ámbitos: la cobertura poblacional, la garantía de servicios y la protección financiera. Desde un comienzo ha existido una discusión respecto a los alcances de este término. Para algunos es continente de todos los principios y los alcances que deben guiar el desarrollo de los Sistemas de Salud. Para otros, tiene una connotación muy vinculada al aseguramiento, debido a que no explicita claramente el modelo de atención ni la situación de acceso a los servicios de salud y no garantiza los principios de integralidad, equidad y Justicia Social. (*Arnaldo Medina 2016*) ⁴⁴

Si Bien este es un trabajo sobre un Enfoque Colaborativo, no podemos evitar, aunque no se trate de toda la evolución del mismo hablar de los cambios y críticas recientes, además de cómo se comportan los Efectores. Según el actual gobierno, como dijimos, el objetivo es alcanzar una “cobertura universal” y efectivizar el reintegro de los casi 30 mil millones de pesos acumulados en el Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Para ello fue sancionado el Decreto 908/2016, bajo el título Cobertura Universal de Salud y como subtítulo Fondo Solidario de Redistribución. En el anuncio se detalló la “creación de la Cobertura Universal de Salud, que comenzará a funcionar progresivamente y que permitirá que alrededor de 15 millones de personas que carecen de obra social puedan recibir atención en el sistema público y acceder a descuentos en la compra de medicamentos con una credencial”.

Del total del financiamiento acumulado en el FSR, 2.704 millones de pesos serán girados para el pago de prestaciones de alto costo que se adeudaba a las obras sociales. Otros 8.000 millones de pesos serán destinados a financiar el fortalecimiento de los hospitales públicos en el marco de la estrategia de la Cobertura Universal. Además, 4.500 millones de pesos conformarán el Fondo de Emergencia y Asistencia de los

agentes del seguro de salud, que brindará asistencia financiera a obras sociales ante casos de epidemias y para el desarrollo de programas de prevención o la atención de situaciones especiales. El remanente, de poco más de 14.000 millones de pesos, será colocado en bonos en pesos (Bonar 20). En principio estamos hablando de una redistribución circunstancial de fondos y no de una reforma del sistema. Si bien parte de ese financiamiento se propone para financiar la estrategia de Cobertura Universal en Salud, no se dice cómo ni con qué objetivos.

Otro anuncio instituye el sistema de Pronto Pago a los hospitales públicos inscriptos en el Registro de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. El hospital informará, vía Internet, las internaciones y otras prestaciones que brinden a beneficiarios de las obras sociales. Luego del trámite de verificación, a cargo de la Superintendencia de Servicios de Salud, se les pagará en forma directa dentro de los 30 días.

El paquete de reformas se completa con un proyecto de ley recientemente girado al Congreso y que promueve la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET), que estudiará los medicamentos y sus condiciones de uso, los dispositivos e instrumentos médicos, además de los procedimientos clínicos y quirúrgicos.

La Cobertura Universal de la Salud (CUS) ha sido definida por la OMS como un objetivo de desarrollo para todos los Sistemas de Salud. En el Informe Mundial de la Salud 2008, la CUS es referida como uno de los cuatro principios rectores de la Atención Primaria de Salud (APS) y el Informe Mundial de la Salud 2010 pauta la manera en que los países pueden reformar sus sistemas de financiamiento para avanzar hacia la CUS. La CUS es conceptualizada como una variable de múltiples dimensiones, relacionadas con tres ámbitos: la cobertura poblacional, la garantía de servicios y la protección financiera. Desde un comienzo ha existido una discusión respecto a los alcances de este término. Para algunos es continente de todos los principios y los alcances que deben guiar el desarrollo de los Sistemas de Salud.

Para sus opositores, tiene una connotación muy vinculada al aseguramiento, debido a que no explicita claramente el modelo de atención ni la situación de acceso a los servicios de salud y no garantiza los principios de integralidad, equidad y Justicia Social. En el 53° Consejo Directivo de la OPS en octubre de 2014 se definió la estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Como

podrá advertirse, la introducción del término Acceso Universal, como complemento del de Cobertura Universal, no es inocente ya que fue producto de arduas discusiones en las que muchos de los países de la Región, entre ellos la Argentina, discutieron sobre el limitado alcance de la CUS. En este caso la introducción del concepto Acceso Universal, daba garantías de resguardar el principio de accesibilidad. La estrategia de Cobertura Universal se justifica en que, a nivel mundial, existen 400 millones de personas que no tienen acceso a los servicios de salud esenciales. (Fuente: WHO/Banco Mundial. Tracking Universal HealthCoverage /Seguimiento de la cobertura sanitaria universal). Cada año, unos 150 millones de personas de todo el mundo se enfrentan a gastos sanitarios catastróficos, debido a los pagos directos, como las cuotas de usuarios, y 100 millones terminan situándose por debajo del umbral de la pobreza. (Fuente: Xu K et al. Protecting households from catastrophic Health spending). Sin embargo, en nuestro país la Cobertura Universal existe. Todos los ciudadanos tienen derecho, y lo ejercen, a los tratamientos más frecuentes y a los menos frecuentes y de alto costo. Esto nos diferencia claramente de otros países de la región. Pero sí padecemos graves problemas de fragmentación de nuestro sistema y de acceso a los servicios, situación ésta que lleva a inequidades importantes. Además, existen distintas capacidades económicas de las provincias y de los diferentes sistemas de financiamiento, lo que aumenta las disparidades. En cuanto al modelo de atención, éste no está orientado a la Atención Primaria de la Salud (APS), por lo que subsisten problemas de coordinación muy fuertes y de falencias en la continuidad de la atención. La debilidad de los mecanismos de puerta de entrada al sistema, o sea la falta de un primer nivel de atención, desarrollado con la presencia de equipos de salud familiar y comunitaria que resuelvan la mayoría de los problemas de salud y que aseguren la coordinación con otros niveles de atención, es uno de los desafíos más importantes. El fortalecimiento de la estrategia de APS y el desarrollo de redes integradas de servicios de salud, requiere del ejercicio de un potente rol del estado como garante del derecho a la salud y, en este caso sí, de importantes reformas en el sistema. (*Arnaldo Medina – 2017*)⁴⁵

Por otro lado, la Agrupación Raúl Laguzzi, revierte el concepto derecho y con negocios. Esto en mi parecer no tiene nada que ver con el concepto de la salud como empresa, sino con un concepto más partidario. Evalúan que estamos atravesando en nuestra

región una etapa en la que predominan gobiernos que apuntan sus faros a la desfinanciación de los Estados, con lo cual justifican un nuevo ciclo de fabuloso endeudamiento público que sólo beneficia a los acreedores y comisionistas. Estamos simplemente ante nuevas expresiones de neoliberalismo. Educación y salud, en esta concepción, son tomados como variables esencialmente económicas. Siguiendo los lineamientos del Consenso de Washington y del Banco Mundial, en México y en Colombia ya se aplicaron proyectos de “seguros de salud”, pudiéndose ver las fatídicas consecuencias, como sucedió en Cali, Colombia, cuyo Hospital Escuela por ejemplo se declaró en quiebra, cual una empresa vaciada.⁴⁶

El Dr. Rubén Torres (Médico Sanitarista Contemporáneo) quien ha forma parte del Grupo Medeos ha concluido públicamente que existe una amplia percepción de que una fuerte retórica, casi vacía de contenido, que rodea la CUS más allá de intenciones, expresiones de deseos, a las que todos adherimos y no cuestionamos desde su fundamentación, como nuevo slogan que reemplaza incumplidos postulados, abandonados en reuniones y documentos de consenso etéreos, que pocos leen, y los que firman no esperan cumplir. Avanzar en la CUS requiere un ministerio con poder, que pueda incidir sobre la realidad de la gente; porque, aunque formalmente encarne la máxima autoridad sanitaria, en la práctica tiene poca o nula incidencia sobre dos organismos que gastan más del doble que el ministerio y tienen en su jurisdicción la salud del 60% de los argentinos: PAMI y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). Buena salud no es sólo atención médica sino mejorar acceso equitativo a servicios de calidad, innovar en redes de atención inicial de calidad y resolutiva, corredores que preserven emergencias de vida, atención especializada de corta estadía, prestadores de cuidados de transición, a la Tercera Edad, adicciones, salud mental, y cobertura universal de medicamentos ambulatorios.⁴⁷

Una mirada más cercana a las inquietudes de los postergados, pensando en, con y por ellos, sin conflictos de intereses o posturas partidarias, superará diagnósticos para dejar paso a la acción y concreción. La inequidad repercute en la salud toda la vida y es indispensable poner salud en todas las políticas, como cuestión de justicia social, con acciones universales, de intensidad proporcional al nivel de desventaja.

Reincorporar la idea de justicia social porque ésta no tiene eco en un sistema de maximización de ganancias, cuyo principal argumento son hoteles de lujo que dan

servicios de salud, farmacia en cada esquina, médico a domicilio, implantes importados, medicamentos por marca, con despilfarro y demagogia social y promueve una desigualdad que jerarquiza a quienes tienen capacidad de pago, y posterga a los que no tienen cobertura formal. Para generar una sociedad más justa debemos crear una sociedad más sana.

Nadie duda que nuestro país ya brinda una cobertura de salud al 100% de la población, desde la gestión de Ramón Carrillo en los 40 y sus seguidores como Oñativia. Con sus logros y deudas, la Salud Pública sigue dando respuesta a la demanda de servicios a pesar de haber sido casi continuamente boicoteada y hostigada, salvo durante algunos cortos lapsos en los que las políticas del Estado apuntaron a cumplir su obligación de tutela de este derecho humano básico.

EJES DE POLÍTICAS SUSTANTIVAS

*¿Podría ocurrir un mayor milagro
que detenerse a mirar por los ojos de los demás por un instante?
-Henry David Thoreau (1817 - 1862)*

EFICIENCIA: Según el Diccionario de la Real Academia Española, eficiencia (del latín *efficiencia*) es ‘la capacidad de describir a una persona eficaz de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado’. El seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud; la vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y en salud pública; la promoción de la salud; y la participación de los ciudadanos en la salud.

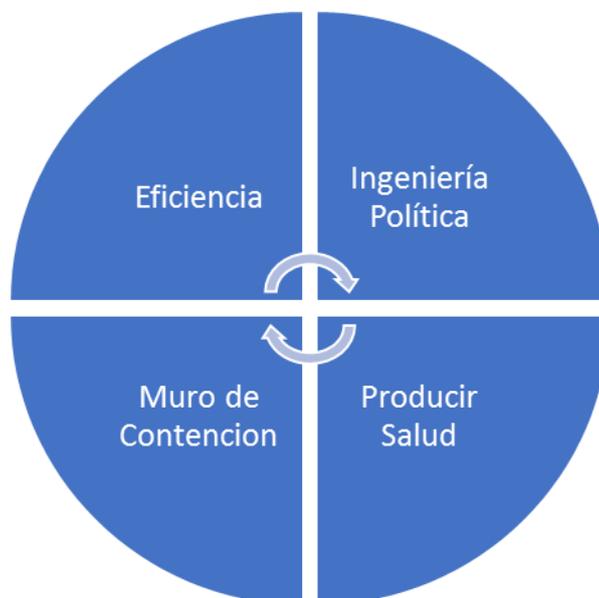
INGENIERÍA POLÍTICA: Es la aplicación de los principios de la ciencia política, los principios y buenas prácticas de la ingeniería, y el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación en la planificación, diseño, construcción, valoración, y despliegue de un sistema o arquitectura de recursos humanos y tecnológicos. Véase en el desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud; el fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública; la evaluación y promoción del acceso

equitativo de la población a los servicios de salud necesarios; y el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

PRODUCIR SALUD: desde el enfoque de promoción de la salud es que las personas utilicen las herramientas para buscar la salud. Consumir asistencia es lo contrario. El bienestar no es compartido, no lo busca la persona, no busca la salud, sino escapar de la enfermedad. Las funciones son la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios sanitarios individuales y colectivos; como así la investigación en salud pública.

UN MURO DE CONTENCIÓN: Es la Acción de contener o contenerse. Del lat. contentio, -onis, der. de contendere ‘tender con fuerza’, f. desus. Intención y esfuerzo. Es decir, lograr que se haga lo que se puede hacer y no se suele hacer en las condiciones diarias de la práctica clínica. Aunque parezca extremo, la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud (que el redactor agregaría, de todos los días).? ^{48 49}

50



“Cuando del disenso nace el consenso hay diálogo y, por lo tanto, nadie sobra”

En lo desarrollado se reiteran los conceptos de “gestión concertada” ó “encuadre colaborador” en un marco de basado en los conceptos de economía colaborativa y salud. Uno de los modelos que más adeptos gana día tras día es la economía colaborativa, el cual se basa en prestar, alquilar, comprar o vender productos en función de necesidades específicas y no tanto en beneficios económicos. De hecho, en este sistema es posible que el dinero no sea el único valor de cambio para las transacciones. Los servicios son considerados bienes de intercambio. Como su propio nombre lo indica, es un modelo centrado en la colaboración y la ayuda mutua. Actualmente, casi todos los sectores de la economía ya cuentan con negocios colaborativos, pese a que, tras su irrupción en el año 2010, aún es temprano para decir si este sistema tendrá un alcance global o sólo parcial.

51

De las líneas precedentes surgen que humanísticamente de la incertidumbre pasamos al cambio y por qué no al cambio dentro del cambio. Lo que más de un juego de palabras sirve para dar fin a esta inserción del trabajo en el contexto de la realidad que en principio afianza al EJE de POLÍTICAS SUSTANTIVAS PROPUESTO.

LA OBLICUIDAD

Un artículo de Javier Vilosio sobre los programas verticales abunda en detalles precisos. Desde 1978 resuena en nuestros oídos Alma-Ata y la APS como estrategia. Recomiendo como inicio del presente su lectura por la precisión y excelencia de sus conceptos. Quizás en este Siglo aparezcan también los programas “oblicuos...”.⁵²

Han pasado un poco más de treinta años, donde resonaban de su texto las frases “serio revés ante el FMI”; de la necesidad de un “ajuste estructural”; de “privatizaciones y luchas” hechos que pertenecen en la gran mayoría al Siglo 20. Algunos lectores interpretarán que al hablar de los programas “oblicuos” del Siglo 21, me refiriera en relación con alguna paradoja del destino, cambio de paradigma, dilentancia intelectual o “licencia” poética. No es así, si bien en el ámbito sanitario aún no figura el concepto, existe en la estrategia. En el decenio de 1970, la OMS comenzó, por fin, a buscar un equilibrio entre los programas verticales (centrados en una sola enfermedad) y el enfoque horizontal (centrado en los sistemas de salud).

Hoy las Estrategias Oblicuas son instrucciones, e ideas y posibilidades desarrolladas desde 1980 por Brian Eno y Peter Schmidt. En su origen, toman la forma de una baraja de cartas que contiene una serie de sentencias ampliables y modificables recopilada por sus autores a partir de experiencias de trabajo en música o pintura (aunque lo interesante es que son aplicables a cualquier disciplina). Extraídas de forma aleatoria, estas sentencias se emplean como herramientas para desactivar situaciones de bloqueo, de presión o de especial dificultad, sobre las que un acercamiento estrictamente lógico y racional a menudo nos impide avanzar. Rompiendo nuestro esquema lineal de pensamiento, las estrategias oblicuas nos permiten activar nuevas posibilidades, desarrollar actitudes alternativas sobre un problema, o arrojar nuevas miradas sobre lo ya existente. Son potentes herramientas para resolver problemas de forma tangencial. Nos permiten abrir las puertas a intereses y encuentros inesperados.⁵³

En la estrategia un frente de operaciones paralelo se diferencia de un frente de operaciones oblicuo. El paralelo presenta ventajas para las concentraciones rápidas y para los ataques centrales, mientras que el oblicuo sirve generalmente para preparar los movimientos envolventes siempre que cubra bien las comunicaciones del ejército a la

vez que amenaza las del enemigo. La matriz RMG un elemento muy necesario para conocer la competitividad de una empresa. Es una herramienta de análisis en marketing, netamente española, desarrollada por la empresa que le da nombre. No fue casual sino tras más de 20 años de investigación y experiencia en marketing; se fue realizando el desarrollo de esta. Y lejos de ser pura teoría, se aplicó en casos concretos de empresas y productos a través de auditorías de marketing, siendo un elemento vital para evaluar la situación de la empresa o el rechazo o aceptación de los productos en el mercado y acerca a la empresa hacia la “Excelencia” para ser eficaz y competitiva. De este modo según la valoración que se le dé a cada una de estas variables dentro de la empresa estudiada (eje vertical), y en función también al grado de autonomía y profesionalidad del departamento de marketing (eje horizontal). Con las respuestas que se obtengan, se construirá una pirámide que indicará la situación de excelencia en la que se haya la empresa comparada en la tabla del nivel de competitividad sumando las dos coordenadas indicadas. La altura de dicha pirámide (suma de las 10 variables estudiadas) se traducirá en la aceptación o rechazo del mercado hacia la empresa o producto. La base de la pirámide se asentará en función del grado de autonomía y profesionalidad del departamento de marketing, lo que nos configurará la solidez y reconocimiento del departamento de marketing. (Oblicuidad). ⁵⁴

El cambio es un fenómeno que se produce cuando las empresas crecen y tratan de constituirse en compañías más grandes. Cuanto mayor su crecimiento, más aumenta el temor al riesgo, la innovación, crece la burocracia y eso ralentiza cualquier proyecto. Además, si consiguen su entrada en el mercado de valores, el miedo al riesgo es aún mayor, ya que habrá que dar cuentas a inversionistas y cualquier acción puede resultar negativa y se plasmará en su cotización. El Marketing Relacional (oblicuo) que está definiendo el estilo de comunicación en el siglo 21, utilizando Social Media entre otros caminos, representa en sus objetivos principales la creación de técnicas concretas para fidelizar a la clientela. La evolución en el mercado ha dado lugar a una etapa actual en la que lo importante hoy día es jugar a lo que se llama Marketing de Percepciones en el que lo “importante no es serlo, sino parecerlo “.

No creo que la Políticas en Salud deban ser un Mercado, pero el hecho que aprehendamos del Mercado no indica que dejemos nuestros principios de Equidad y Solidaridad de lado. ⁵⁵

Aunque no parezca académico la serie Estadounidense del Dr. House, puede verse como un grito casi desesperado, para que la ética vuelva a presidir las relaciones humanas en un mundo pervertido por la falsedad de lo políticamente correcto. Lo esencial es la ética inquebrantable: el rechazo a la hipocresía tan posmoderna y poscristiana. Lo realmente inmoral es quedarse en los medios, métodos, reglamentos y no hacer el bien. Por otra parte, podemos cumplir las normas y no ser buenos. Ya aconsejaba Don Quijote a Sancho que no hiciera “muchas pragmáticas, y si las hicieres, procura que sean buenas y, sobre todo, que se guarden y se cumplan, que las pragmáticas que no se guardan lo mismo es que si no lo fuesen”. Cumplir la norma no garantiza ni que se haga el bien, ni que éste marque las pautas de una sociedad. El posmoderno es egoísta. Un sentimiento, por definición, es particular, nunca universal. No es un principio ético, aunque la cultura posmoderna se empeñe constantemente como referentes en los debates éticos en los que nos jugamos el futuro... “Quiten de esos debates el sentimentalismo y se acabaron las objeciones”. Nadie dice que sea santo. Pero quiere hacer el bien. La ética no es cosa de normas, ni de sentimientos etéreos, sino la combinación de todo ello a la luz de la prudencia, con ese objetivo: el bien. “Este médico no viola normas, las ignora”. Porque para inventarse normas, códigos y procesos están los intervencionistas del signo que sean, que odian la ética porque temen la libertad.

Al fin y al cabo, lo que pretende el médico de la ficción no es tanto enseñar medicina o deontología médica sino entretener fascinando a su público, con apasionantes asuntos de vida o muerte y un fingido carácter insoportable. En el fondo late un corazón humano capaz de insospechada ternura. En el capítulo final de la serie titulado “todos mienten” se debate entre dos alternativas: quedarse y morir o volver a prisión por los próximos seis meses, lo que implica no pasar con su mejor amigo, quien tiene cáncer, los últimos meses de su vida.

A partir de diversos sucesos de la serie, se desarrolló un libro de ensayos elaborados por profesores y doctores en filosofía de significativo rango académico, que intentan explicar, desde un punto de vista filosófico, ético y religioso, lo que llamaríamos “el universo de Gregory House” La primera parte analiza el sentido de la vida, la modalidad particular del conflictivo comportamiento con los otros, en el sentido sartreano, y la discusión de la llamada “suerte moral” en la responsabilidad médica: *¿Son los médicos responsables de los errores que se cometen como consecuencia de factores que no*

pueden controlar, tales como la negligencia o las mentiras del paciente como factores de confusión o distracción?

La segunda, resulta la más interesante, desarrolla las diferentes analogías entre este médico y Sherlock Holmes, y explica el método de diagnóstico mediante el razonamiento abductivo que Charles Sanders Peirce (1839-1914) llamó retroducción. La tercera considera a sus principios en sus distintas modalidades, especialmente desde el utilitarismo, donde el fin justifica los medios. En la última se tratan sus dificultades de conducta en la amistad, el amor y hasta la necesidad de permanente conflicto como forma de ironía socrática. Si bien, la traducción tiene dificultades, en parte por el uso del slang médico en el texto original y porque expresa los términos filosóficos literalmente permite una adecuada e interesante mirada para entender al personaje y su universo.

JUSTIFICACIÓN

Siguiendo a Henry Mintzber, (un teórico de la ingeniería de los procesos) una de las cinco definiciones estratégicas es la propia 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. 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 efector y financiador en forma integrada lo que puede generar sinergias y ventajas competitivas para lograr mejor calidad de atención. 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. ^{56 57}

Los sistemas de medición deben estar funcionando en "tiempo real", para que puedan ser incorporados a la toma de decisiones gerencial, estableciendo mecanismos apropiados de procesamiento y análisis de los productos de monitoreo y evaluación. El proceso es aún más complejo si se pretende que el instrumento sea útil para facilitar la integración entre financiador y prestadores. (Mesogestión). ⁵⁸

Utilizando los indicadores propuestos 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; 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. ^{59 60}

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 – efector tendiente a la integración del sistema 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. ^{61 62}

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. ⁶³

Un estudio preliminar de enero a diciembre del 2013 sobre el costo/afiliado demuestra de por sí la solidaridad del sistema, como la validez del concepto de alto costo y baja incidencia. En pocos afiliados se concentran un porcentaje superior al 10 % del gasto anual: discapacitados, pacientes crónicos, a los que se suman los socio-económicos propios del sector. Además, las INTERNACIONES POR MÓDULO suman el 21,8% del consumo anual. Esto de por sí amerita su estudio en esta población.

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 (o aspecto colaborativo) efector-financiador.

Se realiza un estudio exploratorio retrospectivo utilizando datos particulares de la obra social, a fin de establecer las diferentes características de los prestadores. Se calculan indicadores 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 al cierre del ejercicio del 2016, siguiendo su evolución mensual. ^{64 65 66}

Se aplican técnicas cualitativas con informantes clave de instituciones efectoras (prestadoras) para comprender la adecuación o no de cada uno en el proceso de enfoque colaborativo (integración). ^{67 68}

Amerita aclarar entre las técnicas cuantitativas que la evaluación paramétrica (comparación de tasas con estándares) de servicios y sistemas ha dejado de ser un proceso de evaluación desde hace unos años. Pero en la práctica continúa siendo útil. Sin embargo, ya no se publican estándares. Pero señalan variaciones que hay que explicar para ver si se justifican o se trata de un desvío a corregir. Hay estándares de referencia que orientan si bien varían según una serie de variables directas o indirectas vinculadas a las características socioeconómicas y culturales de la población, la forma de pago y las características de la oferta, entre otras.

Hay algunas planillas confeccionadas incluyendo el perfil prescriptivo que se está sistematizando con la idea de contar con cuadro de mando. Lo importante es determinar los informes de referencia propios y seguir su evolución. Es importante "congelar " al inicio los estándares y luego evaluar las variantes.

Hay algunos que tienen una importancia techo, como el Valor de referencia inicial como índice dado que si la variación sobrepasa de 0.5 % es grave pues casi no tiene retorno fácil. Los programas preventivos suelen impactar los estándares de modo que permite

ver también su comportamiento. El que haya otros procedimientos no le quita importancia. ⁶⁹ ⁷⁰

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. ^{71 72 73 74}

INDICADORES DE PRESTADOR POR TIPO DE INTERNACIÓN

Se calcularon los indicadores listados, construyendo tablas y gráficos descriptivos con la información desagregada por mes o efector. 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 efector el gráfico de columnas permite claramente comparar los valores entre las diferentes categorías del mismo. En otros casos se eligió la modalidad visualmente más efectiva.

SISTEMA BASICO DE DATOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Tasa de natalidad: 17,2 / 1000 beneficiarios.

Tasa de Mortalidad General: 6 / 1000 beneficiarios.

Tasa de mortalidad infantil: 9,76 / 1000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad materna: 3,1 / 10000 nacidos vivos

Salud Bucodental: Índice CPOD a los 12 años de edad: 3,7

Prevalencia de sobrepeso en población adulta:

Mujeres (entre 20 y 74 años): 31,6 %

Hombres (entre 20 y 74 años): 34,2 %

Prevalencia de Diabetes Tipo I y II en población General: 1% de los cuales el 80% son del tipo II y el 20% restante es tipo I (banda de edad predominante de 40 a 50 años).

Egresos Hospitalarios y/o Sanatoriales por enfermedad diabética y sus complicaciones: (No se poseen datos concretos, se está trabajando sistematización de las internaciones codificadas). Prevalencia de Hipertensión arterial en población General: 23% (banda de edad predominante de 40 a 55 años). Egresos Hospitalarios y/o Sanatoriales por hipertensión arterial y sus complicaciones: (No se poseen datos concretos, se está trabajando sistematización de las internaciones codificadas).

En función de la distribución de los beneficiarios por sexo y por edad antes descripta, la masa poblacional presenta 28 años edad promedio, en la cual se pueden establecer los siguientes subgrupos:

- Infancia: de 0 a 14 años
- Infanto-Juvenil: de 15 a 19 años
- Adultos: de 20 a 49 años
- Adultos mayores: de 50 a 69 años
- Beneficiarios mayores de 70 años:

POBLACIÓN

Criterios de inclusión: Prestadores del Conurbano Bonaerense y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que internaron afiliados de una Obra Social Nacional Sindical relacionada a la Industria, durante el año 2013 al cierre del ejercicio 2016.

La oferta de salud de la Región ha crecido descoordinada. Se configura de esta manera una sobreoferta de servicios con un pobre o mediano desempeño. Es por ello amerita

presentar un mapa territorial de los prestadores del área. (Gestión territorial). Esto significa, garantizar que todos los afiliados de la región tendrán respuestas equitativas.

En cuanto al perfil y la epidemiología poblacional el 2,38% son Monotributistas con un uso del 60% de la Obra Social. Siguen observándose migraciones externas que han llegado a un 6,5 % de población andina significativas en CABA, y Conurbano. 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 Atención Primaria. Por último, no se pudo mitigar las fluctuaciones del peso producto del proceso inflacionario, incremento, modificaciones de valores de convenios, homologación al valor dólar o a índices de consumo. La tecnología médica ha logrado las mayores ganancias de salud de la historia; Pero las nuevas tecnologías son responsables del aumento del gasto sanitario; Y no siempre gastar más en sanidad redundo en mejoras de salud. Hoy, el gasto sanitario ha aumentado más que el PIB en nuestros países, siendo un bien “de lujo”.

La relación del grupo 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. ^{75 76}

Las camas de dotación totales variaron en el período estudiado junio 2013 al junio 2016 de 1287, a 1604; todas instituciones son generales y una monovalente materna infantil.
^{77 78}

La pirámide poblacional durante toda la secuencia del estudio permaneció con una estructura mixta (pico Bizantino -población de trabajadores calificados con problemáticas adultas- y Base Piramidal –población de madres y recién nacidos con problemáticas crónicas y de poblaciones andinas-). Esto define dos costos o consumos (adultos) y (menores - adolescentes). Enfermedad Cardiovascular, hipertensión y trastornos metabólicos, diabetes y obesidad.; hernias y eventraciones. Enfermedades

Traumatológicas y Ginecológicas (que se sitúan al tope). Luego se ha elevado índice de nacimientos: menores y adolescentes: Bronquiolitis; Prevención; Infecciones; Traumatismos; Sobrepeso; Celulitis; Convulsiones, y Discapacidad. La realidad social en ambos grupos genera internaciones crónicas en las que se concentra significativamente el gasto médico, como Enfermedades Catastróficas. En resumen, en la porción superior la población se avejenta y en la base se incrementa la población infantil con su problemática sumada a la de las poblaciones andinas.

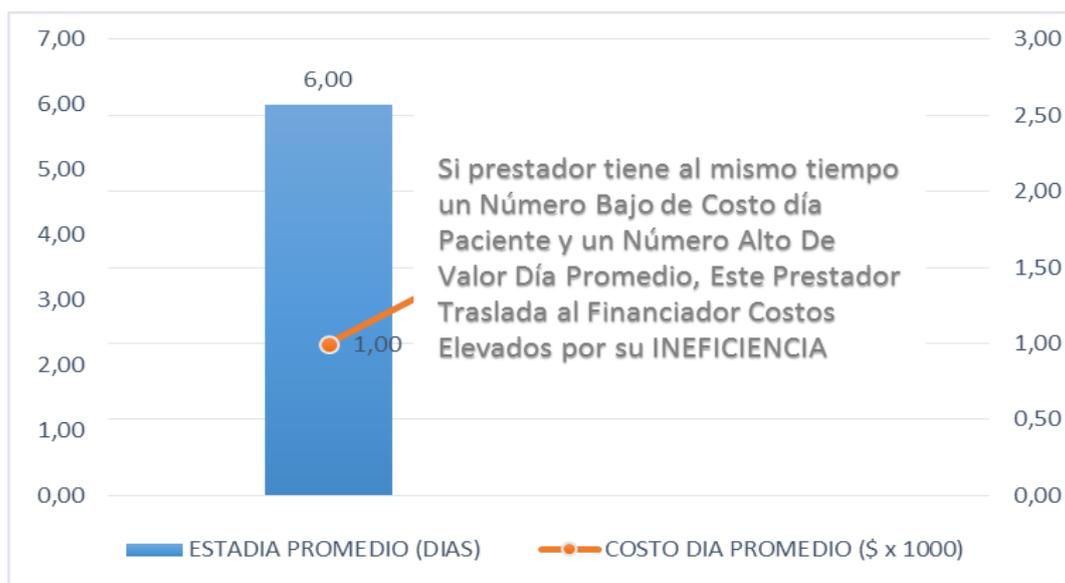
En resumen, en la porción superior la población se avejenta y en la base se incrementa la infantil con su problemática sumada a la de las poblaciones andinas.

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

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

El promedio de días de estada o ESTADIA PROMEDIO es un indicador de producción, productividad y de uso de recursos, el valor día promedio o COSTO DIA PACIENTE es un indicador de capacidad instalada del prestador. 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. ⁷⁹

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



Sistema de Costos y su relación con la toma de decisiones en las instituciones de asistencia médica colectiva. (Modificado 2015)

El estudio de la eficiencia en unidades de salud contribuye a diseñar estrategias de distribución de gastos hacia alternativas que lleven a alcanzar mejores resultados con los escasos recursos disponibles. Esta es una preocupación de muchos directivos, estados y países. Conocer el nivel de eficiencia, identificar las de mejor práctica y puntualizar las áreas potenciales de mejora en cada unidad es un objetivo estratégico para el sector. Para que una organización sea eficiente debe operar sobre la frontera de costos o de producción. Es evidente que la eficiencia es un concepto relativo. De hecho, el análisis de frontera es básicamente una forma de llevar a cabo una comparación respecto a un marco de referencia (benchmarking) de la eficiencia relativa de las llamadas unidades de decisión.

Eficiencia se emplea para relacionar los esfuerzos frente a los resultados que se obtengan. Si se obtienen mejores resultados con menor gasto de recursos o menores esfuerzos, se habrá incrementado la eficiencia. Esto es alcanzar los objetivos por medio de la elección de alternativas que pueden suministrar el mayor beneficio. Es la relación recursos/resultados bajo condiciones reales y se expresa por la fórmula que figura arriba. a eficiencia supone conseguir un resultado concreto a partir de un mínimo de recursos o bien obtener el máximo beneficio de unos recursos limitados.

La eficiencia se evalúa a partir de comparaciones. Los estudios de eficacia y efectividad no incluyen recursos, los de eficiencia sí. En la eficiencia se consideran los gastos y los costos relacionados con la eficacia o efectividad alcanzados. 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. ^{80 81 82 83}

DÍA CLÍNICO,

El día clínico es uno de los más difíciles de gestionar por la complejidad de los casos. Este estudio tiene una limitación: ningún prestador codifica CIE 10 o GRD para un análisis más exhaustivo. La cama clínica merece en general una participación mutua entre las auditorías del financiador y efector para optimizarla. Basándonos en la referencia (el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada) ⁸⁴

Los módulos clínicos y quirúrgicos incluyen todos los servicios para el diagnóstico y tratamiento del paciente durante el período de internación, sólo se podrán adicionar a la facturación los aranceles de otras prestaciones en los casos expresamente indicados.

Todo paciente a quien se le dio el egreso hospitalario, que no sea retirado dentro de las 24 horas de comunicada la misma, el hospital facturará un módulo clínico por día de permanencia.

Las prestaciones realizadas en horarios nocturnos y/o feriados no modifican sus aranceles.

Los aranceles modulados correspondientes a internaciones contemplan a cargo del Efector tanto el traslado del paciente a otro establecimiento para la realización de prácticas como el costo de las mismas de todas aquellas prestaciones incluidas en los módulos.

Cuando el motivo de la internación, no esté contemplado en los módulos valorizados por diagnóstico se utilizará el módulo clínico y/o quirúrgico para su facturación.

Cuando un paciente durante una internación clínica requiera tratamiento quirúrgico, se facturará el módulo clínico hasta su intervención quirúrgica y posteriormente se facturará el módulo quirúrgico correspondiente.

ESTADÍA vs. COSTO

El cálculo de este indicador permite evaluar el uso que se le da a la cama y la "prolongación innecesaria de los días de hospitalización, incoordinación entre los servicios administrativos, auxiliares, diagnóstico o terapéuticos y los servicios de hospitalización". De hecho, las prolongaciones innecesarias, ya sea por causa administrativa o científica (deficiencias en la calidad técnica o prestación inapropiada de los servicios), genera costos por hospedaje y terapéuticos a la institución hospitalaria, que se identifican como ineficiencia y poca productividad, debido a que el promedio de estancia está relacionado directamente con el índice de rotación, que de acuerdo con el autor antes citado "podría interpretarse como la producción por cama en un período determinado". También se considera que es importante que cada institución hospitalaria establezca el patrón de comparación del índice de rotación de acuerdo con el promedio de días de estadía que requieran los pacientes, según la especialidad. Datos similares se obtuvieron en este estudio y otros con respecto al análisis de esos indicadores. ^{85 86 87}



DÍA CLÍNICO
PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA o ESTADIA PROMEDIO EN DIAS

VALOR DÍA PROMEDIO o COSTO DIA PACIENTE EN MILES DE PESOS

En el cuadro siguiente la simple explicación gráfica es que cuanto más baja la curva naranja sobre la barra celeste más aumenta la ineficiencia trasladada al prestador, ello puede darse en principio por varios factores dos que “a priori” se observan es cuando se gestiona el caso de manera que los días se exceden o cuando se aumenta el costo haciendo que el trazo anaranjado descienda (inversamente proporcional). Es decir, la relación Estadía/Costo o E/C se hace mayor.

Para darle al presente un valor no gráfico sino numérico calculamos en la tabla siguiente los datos.

	EFECTORES 2013 – 2016												\bar{x}
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	3,13
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	1,48
E/C	4,51	$\frac{2,17}{5}$	1,78	1,95	3,03	3,61	2,29	2,25	2,16	1,32	1,64	1,00	4,51

El Efector con valor de 1 desfinancia menos al Financiadador.

En este caso se colocaron todos los Efectores dado la importancia de la gestión clínica.

DÍA CLÍNICO PEDIÁTRICO,

Sólo dos Efectores, tienen una gestión del caso pediátrico superadora. En este indicador se puede combinar 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, los niveles de instrucción de la familia contribuyen al análisis sobre la población atendida.

	EFECTORES 2013 – 2016											\bar{x}
ESTADIA	2,78		3,23									4,39
COSTO	3,03		1,81									3,93
E/C	0,92		1,79									1,81

El efector con valor de 0,92 desfinancia menos al Financiador.

En este caso se colocaron los Efectores destacados (score) y especializados en pediatría.

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.

La gestión en pediatría no difiere en esencia de la gestión de otros servicios clínicos. En numerosos centros se desarrolla desde un concepto global de servicio y en otros pocos está dividida en subespecialidades pediátricas. (meso y microgestión).

Con independencia del tamaño de los Efectores, para llevar a cabo una eficiente gestión clínica, se debe dotar a las pequeñas unidades de gestión de autoridad y herramientas de trabajo que les ayuden a asumir sus responsabilidades. Estas microunidades son los servicios. Se entiende por "servicio": el equipo de profesionales a los que les mueven una misma misión y objetivos y que tienen unos valores marcados que los identifican, y además el lugar donde se toman las decisiones, se define la organización y se planifican las actividades. El desarrollo de estos criterios fundamentales recae en el servicio, y para llevarlos a cabo sería conveniente crear una figura directiva, que podría ser la comisión de dirección del servicio (CDS).⁸⁸

La CDS se constituye como órgano de gestión para la totalidad del servicio. Está compuesta por los siguientes miembros: jefe de servicio (presidente de la comisión), jefes de sección, médico adjunto, supervisora de enfermería y coordinador de calidad del servicio. A esta comisión le corresponden funciones estratégicas orientadas a procesos y tecnología, a la organización, a las personas, a los valores y funciones de gestión clínica, todo ello enmarcado en las líneas del plan estratégico del hospital y del

propio servicio, y basado en: orientación del servicio al paciente y a la familia; el liderazgo del servicio: trabajar en procesos y objetivos compartidos. Quieren crecer y cambiar; impulso del trabajo en equipo; gestión de la información; orientación del servicio al logro, estímulo al trabajo bien hecho, a la mejora de resultados, a la competitividad (en calidad) y a la innovación; la identificación de problemas y oportunidades; el desarrollo de personas en competencias y valores; la dirección de personas: comunicar qué es necesario hacer para lograr los objetivos del servicio, e dar ejemplo de compromiso y de implicación. Una vez constituida la CDS, y dentro del marco institucional (plan estratégico), es necesario diseñar un plan de acción dinámico basado en políticas de estrategia y de gestión, en el desarrollo de conocimientos (técnicos y no técnicos) y en formación, para facilitar la toma de decisiones. Llegado a este punto, en el cual se conoce qué, cómo y cuánto se hace, así como los costes imputados a las decisiones adoptadas por el servicio, es responsabilidad de la CDS realizar evaluaciones de las decisiones y los resultados para conseguir un servicio más eficiente y competitivo.^{89 90 91}

DÍA QUIRÚRGICO

Detectamos dos EFECTORES con baja producción. Uno con incremento en complicaciones por el retraso en la toma de la decisión quirúrgica y el otro donde la Conducta Expectante No Justificada es la causalidad. En principio y en general: LA PRODUCCIÓN del DÍA QUIRÚRGICO es MAYOR que la del CLÍNICO y no requiere de equipos multidisciplinarios complejos que incrementen la estadía.

Módulos quirúrgicos son aquellos que corresponden a patologías que determinen la necesidad de efectuar la cirugía que tipifica el módulo. En caso de no haberse realizado el acto quirúrgico solamente podrá facturarse módulo día clínico cuando las razones no fueran atribuibles al Efector. En caso de ser las razones atribuibles al mismo, esos días no se facturarán.

Las reintervenciones por la misma patología durante una internación no deberán facturarse y las intervenciones múltiples realizadas durante un mismo acto quirúrgico por distintas vías de abordaje se facturarán el 100% del módulo de mayor valor y el

25% de los restantes. Cuando se trate de la misma vía de abordaje sólo se facturará el módulo de mayor valor.

Toda pieza quirúrgica incluye la totalidad de valor del estudio anátomo-patológico. En caso de re internaciones en el mismo Hospital, por la misma patología que se produzcan dentro de las 48 hs. de producido el egreso no se facturará. Superado este plazo se considerará nueva internación.

Las prácticas de diagnóstico y tratamiento incluidas, en caso de requerir internación, sólo debe facturarse módulo clínico o quirúrgico según corresponda. No podrá facturarse el valor de la práctica más la internación. Los aranceles no sufren variación sea cual fuere la edad del paciente.

Los módulos quirúrgicos valorizados por patología incluyen hasta 48 hs. de internación en áreas críticas, salvo los expresamente indicados en módulos específicos, superado ese plazo se adicionará al módulo los días de internación en áreas críticas excedentes, continuando luego bajo la cobertura del módulo quirúrgico correspondiente.

En caso de prolongarse la internación luego del alta quirúrgica, por razones médicas debidamente justificadas, se podrán facturar módulos clínicos hasta el egreso hospitalario.

Toda Tecnología Sanitaria, (entendiendo a la misma como: cirugías, prácticas de diagnóstico o tratamiento, técnicas, equipos, dispositivos, fármacos, procedimientos, materiales descartables, insumos en general, cirugías especializadas, sistemas, etc., con destino a la prevención, diagnóstico, tratamiento, paliación, rehabilitación de las condiciones clínicas, mejora de la salud y calidad de vida de las personas y/o las comunidades), de uso no habitual y que no esté taxativamente incluida en este anexo, deberá probarse para su autorización su evidencia científica; obtenida mediante revisión exhaustiva y síntesis sistemática de los informes de evaluación de tecnología sanitaria disponibles, proporcionando así las bases que sustenten conclusiones y recomendaciones para la toma de decisiones, siendo la Comisión Permanente de Actualización quien se expedirá al respecto, para su aprobación final con rigor científico.

Los medicamentos se facturarán al menor precio según Manual Farmacéutico vigente a la fecha de la monodroga prescrita, no pudiendo facturarse todos aquellos que podrían ser provistos por los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados e incluidos en programas especiales (EJ. medicamentos para HIV entregados por los mismos a los afiliados por tratamientos mensuales).

Para proceder a su facturación deberá presentarse juntamente con el Comprobante de Atención de Beneficiarios o Historia Clínica y una planilla detallando: Apellido y Nombre del Beneficiario; Nombre del/os medicamento/s; Cantidad/es utilizada/s; Precio/s unitario/s y Total/ es, la que deberá estar firmada por el médico tratante con aclaración de: Apellido y Nombre y Número de Matrícula. Incluyéndose en la actualidad las normas de trazabilidad, medicina traslacional y farmacovigilancia junto al consentimiento informado bilateral de corresponder.

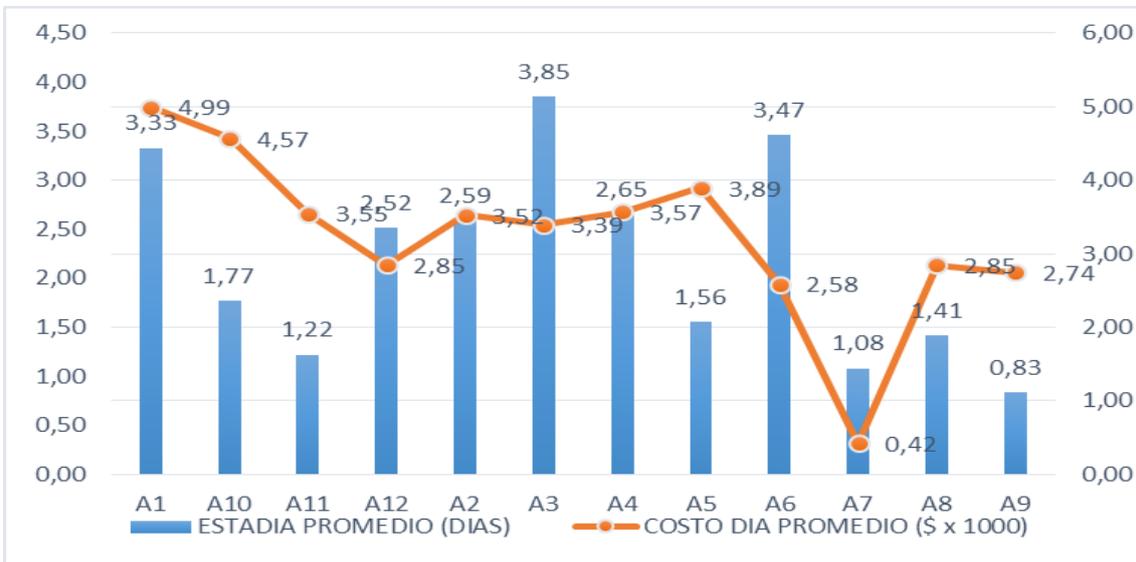
Los materiales descartables e facturarán al menor valor del mercado, o serán provistos por los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Para proceder a su facturación deberá presentarse juntamente con el Comprobante de Atención de Beneficiarios o Historia Clínica y una planilla detallando: Apellido y Nombre del Beneficiario; Nombre del/os medicamento/s; Cantidad/es utilizada/s; Precio/s unitario/s y Total/ es, la que deberá. En el caso de tratarse de prótesis deberá adjuntarse el correspondiente troquel o ticket de identificación de la misma. Para el caso de recupero deberá aportarse la documentación que establece la resolución correspondiente.

Cuando la internación se realiza por módulo valorizado por diagnóstico y el paciente debe ser derivado a otro Efector, el módulo quirúrgico será facturado por el hospital que realiza la cirugía y resuelve la patología.

Las prótesis y ortesis están excluidas de los módulos, salvo indicación expresa.

El valor de los módulos de internación incluye las prácticas de laboratorio de baja complejidad. Tratándose de internación por módulo día se facturará el día del ingreso, pero no del egreso. Se podrán facturar solamente 2 (dos) días a valor módulo clínico como pre-quirúrgicos, salvo justificación médica expresa, cuando el paciente ingresa para cirugía programada. El total de los aranceles de las prestaciones de este

nomenclador estarán 100% a cargo de los Agentes del Sistema, INSSJP, pre-pagos, seguros, etc. En pacientes con riesgo de contacto biológico, se excluyen materiales descartables para la prevención. Todo aquello no contemplado que no pueda ser facturado se lo hará por similitud u homologación. Las prácticas de diagnóstico y tratamiento incluyen en el valor consignado los materiales descartables, sustancias de contraste y toda aquella medicación que requiera la práctica. Lo que NO FIGURA como EXCLUIDO EXPRESAMENTE, se entiende como INCLUIDO. ^{92 93 94 95}



DÍA QUIRÚRGICO

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA o ESTADIA PROMEDIO EN DIAS
 VALOR DÍA PROMEDIO o COSTO DIA PACIENTE EN MILES DE PESOS

	EFECTORES 2013 – 2016										\bar{x}				
ESTADIA						3,85					1,08				2,5
COSTO						3,39					0,42				1,9
E/C						1,13					2,57				2,2

El efector con valor de 1,13 desfinancia menos al Financiador.

En este caso se colocaron los Efectores destacados (score), en cirugía.

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 los dos observados tienen razones diferentes. En el primero (a la izquierda) un incremento en complicaciones y/o eventos adversos y en el segundo a la derecha un en la toma de la decisión quirúrgica o la conducta expectante 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 el segundo que en el primero.

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

Prácticas quirúrgicas de cirugía menor y mayor ambulatoria susceptibles de ser realizadas en quirófanos anexos a consultorios o centros de cirugía ambulatoria según especificidad de cada uno Nota: para la factibilidad de la realización de estos procedimientos es importante tener en cuenta las condiciones psicofísicas del paciente, el examen pre quirúrgico, la variabilidad clínica de la patología y el consentimiento informado del paciente. ⁹⁶

CIRUGIA MENOR AMBULATORIA Cirugía General Cirugía Quiste. Cirugías del TCS. Shunt A-V para hemodiálisis Cirugía Máxilofacial ORL y de Cabeza y Cuello Cirugía de los senos paranasales endoluminal Cirugía dentaria. Biopsias orales. Biopsia ganglionar. Cirugía de las glándulas salivares. Amigdalectomía. Adenoidectomía Miringoplastía. Cirugía del oído externo y medio. Cirugía Obstétrica y Ginecológica Raspado uterino diagnóstico con o sin biopsia de cuello o aspiración endometrial para citología exfoliativa. Crio coagulación. Escisión local de lesión de cuello (pólipo), electrocoagulación de cuello o cauterización química, biopsia de cuello. Colpotomía, vaginotomía de drenaje (absceso pelviano escisión local de lesión vaginal) Biopsia de

vagina, punción de vagina (diagnóstica o exploradora, punción de saco de Douglas) Amniocentesis transabdominal o vía vaginal Escisión local de lesión de mama (quiste, fibroadenoma o tejido mamario aberrante) de lesión de conducto de pezón. Escisión de lesión de mama o pezón para biopsia. Drenaje de absceso mamario. Punción quiste mamario, punción biopsia de mama Marcación mamaria pre quirúrgica. Videohisteroscopia diagnóstica y/o terapéutica. Cirugía Oftalmológica Cataratas. Estrabismo. Cirugía de la cámara anterior. Cirugía de párpados y conjuntiva. Cirugía del conducto lagrimal. Cirugía Ortopédica y Traumatológica Artroscopia diagnóstica Biopsia ósea y muscular. Extracción de osteosíntesis. Cirugía Urológica Riñón y Uréter Cambio de nefrostomía Retiro de catéter ureteral Biopsia renal por punción evacuadora de quiste renal Vejiga Punción evacuadora vesical Cistostomía por punción Uretra Meatotomía uretral Próstata y vesículas seminales Biopsia de próstata por punción. Testículo, Deferente y Epidídimo Biopsia de testículo Drenaje de absceso testicular Punción de derrame escrotal Biopsia de epidídimo Vasectomía Pene Escisión de lesión de pene Biopsia de pene Cauterización de lesión HPV Postioplastia-Circuncisión Sección de frenillo Escisión de cuerda dorsal o ventral Cirugía plástica estética y reparadora Auriculoplastias Tumores de piel y celular subcutáneo Implantes capilares Zetaplastias Colgajos por deslizamiento y rotación (menores) Injertos de piel Blefaroplastia Dermoabrasión profunda.

CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA Cirugía General Cirugía de Hernias (inguinales, crurales, umbilicales) Orquidopexia Patología orificial anal: hemorroides, trombosis hemorroidal, fistulas anales, fisura anal. Laparoscopia diagnostica Cirugía Venosa periférica (safenectomía, fleboextracción, resecciones escalonadas). Gastroenterología Fibroendoscopías Altas y/o bajas. Diagnosticas y/o Terapéuticas Videoendoscopias Altas y/o bajas. Diagnosticas y/o Terapéuticas Neumonología Bronoscopías. Cirugía plástica estética y reparadora Cirugía de fisura labio alveolo palatina Lifting completo Mini Dermolipectomía Lipoaspiración localizada Tratamiento de quemaduras de hasta un 15% de profundidad intermedia Rotación de colgajos medianos Mastoplastía de inclusión Mastoplastía reductora y Ptosis pequeñas que no requieran transfusión sanguínea Rinoplastias Injertos de piel Cirugía Oftalmológica Cirugía de Cámara Posterior Cirugía Obstétrica y Ginecológica Celioscopia, culdoscopia o laparoscopia

convencional con hidroturación, biopsia o debridación. Laparoscopia con cirugía anexial Raspado uterino terapéutico Conización de cuello como única práctica con Leep. Colporrafia por herida, desgarro (fuera del parto) Escisión de labios mayores, labios menores, de glándulas de Bartholino, glándulas de Skene (absceso) Episiorrafia, perineorrafia o episioperineorrafia (fuera del parto) Cirugía mínimamente invasora para incontinencia de orina. Cirugía Ortopédica y Traumatológica Cirugía de Hallus Valgus Artroscopia terapéutica

Esta resolución del MSAL, deberá tenerse en cuenta en los futuros convenios como así en los cálculos de costos, infraestructura, auditoría como y gestión del paciente. Un error frecuente de los Financiadores es analizar que las nuevas técnicas quirúrgicas por más caras que fuesen disminuyen los días de internación. Lo que sí es un desafío evaluar en cada prestador los eventos adversos.

Hemos observado que el incremento de Colecistografías Laparoscópicas en determinados servicios incrementa ya sea por falta de protocolo al intervenir (exploración de la vía biliar) o por falta de idoneidad en el Efector la cantidad de CPRE. A propósito, se estableció en Suecia un registro nacional validado de calidad para la cirugía y presentar algunos datos de los 7 (siete) años de su existencia, así como el impacto sobre el tratamiento de la litiasis vesicular. ⁹⁷

Los resultados de este estudio muestran disminuciones significativas del 8,7% en la administración de antibióticos profilácticos y del 17,8% en la profilaxis tromboembólica, desde el 2006 hasta el 2011, en la CL electiva, lo que consideran los autores que puede estar relacionado con los resultados de los estudios realizados con los datos del GallRiks (nombre del comité de estudio), presentados en las reuniones anuales y posteriormente publicados en la literatura. El aumento del 11,9% en las operaciones de urgencia comenzadas con la técnica laparoscópica desde 2006 hasta 2011, puede ser el resultado de la introducción del parámetro del porcentaje de colecistectomías con técnica mínimamente invasiva, como un indicador de calidad. Asimismo, es importante para un registro de calidad, indicar si cambia algo que puede afectar la seguridad del paciente. Una observación sobre ello en este estudio es que la tasa de pancreatitis en la CPER o CPRE electiva ha aumentado desde el 3,8% en 2009 hasta el 5,6% en 2011 ($P = 0,007$), lo que debe ser analizado ulteriormente. ^{98 99}

DÍA QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO,

En principio se destacan los PEORES 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 percentil 75 por cada tipo de operación) y la Profilaxis antibiótica en Cirugía con la introducción de protocolos específicos La rentabilidad quirúrgica es “a priori” la mayor. ^{100 101.}

	EFECTORES 2013 – 2016											\bar{x}	
ESTADIA						1,00			1,00				1,00
COSTO						0,60			1,20				0,9
E/C						1,66			0,83				0,95

El efector con valor de 0,83 desfinancia menos al Financiadore.

En este caso se colocaron los Efectores destacados (score), en cirugía pediátrica.

En este caso la literatura no lleva a la importancia en conocer los distintos roles a ser cumplidos alrededor del paciente en la cirugía. Tanto los profesionales de la salud, como familiares tienden a tener distintas reacciones frente a los mecanismos de defensa naturales del paciente en cuestión.

Los niveles de progreso tanto en la adaptación preoperatoria como en la recuperación postoperatoria, dependen mucho del rol del médico, pero hay que sumar también la gran importancia que el grupo de enfermería ejerce sobre este; ya que estos tienen mayor tiempo de contacto.

No hay que dejar de destacar el ámbito familiar el cual varía mucho de acuerdo al

estado de ánimo del paciente, pero estos también influyen sobre este con sus características y roles sociales predeterminados.

Económicamente, y siguiendo a Guillermo Oggier, en la atención hospitalaria, se imparten consultas especializadas en las áreas de: medicina interna, cirugía, ginecoobstetricia y pediatría. Finalmente, el tercer nivel de atención concentra las actividades de alta complejidad médica. Así es posible que para cada nivel se opte por una modalidad diferente pudiendo, por ejemplo, un financiador atender a sus afiliados en su propio centro ambulatorio (para el primer nivel), contratar por cápita el segundo nivel y por prestación el tercer el nivel. ¹⁰²

La Cirugía Pediátrica es una especialidad joven en el mundo, que se inicia por cirujanos de adultos que se van dedicando a la atención de los niños. El marco lógico o matriz del marco lógico es un instrumento metodológico de gran utilidad en el manejo de proyectos sociales, dentro de los cuales están incluidos los proyectos de salud, por la relación causa-efecto que establece entre todos los componentes del proyecto. Mientras más estrechos sean las relaciones causa-efecto establecidas entre los objetivos y demás componentes del proyecto, mejor elaborado estará. Desde esta lógica el módulo (valga la redundancia) es un proyecto de inversión en salud, donde el flujo de caja y el presupuesto facilitan la cuantificación de los costos y beneficios en la medida que sea esto posible con muchos cuantificados monetariamente. ^{103 104}

Si bien los módulos son multidisciplinarios y se interrelacionan para ello, menciono al trabajo del Jorge F. Ríos. En estos módulos pediátricos tiene mucha validez que los sistemas de costos de la no calidad se basan en la valoración económica de los gastos medibles y no medibles necesarios para alcanzar los objetivos de calidad. ^{105 106}

En estos casos 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. ¹⁰⁷

En un menor: La infección de sitio quirúrgico es una causa de no calidad y determina un incremento de los costos hospitalarios. La cuantificación del costo es una de las fases imprescindibles de un programa. Se aporta una metodología válida para la obtención de evidencia respecto a los efectos económicos de la infección en dos procesos

asistenciales distintos. La Infección de Sitio Quirúrgico determina: Prolongación de la estadía hospitalaria: Incrementos totales superiores a 300%. ¹⁰⁸

NORMAS Y CONSENSOS DE LA SAP

Cirugía limpia Es aquella cirugía realizada sobre tejido no inflamado, sin apertura de mucosas (respiratoria, oro faríngeo, del tracto genitourinario y gastrointestinal) con técnica quirúrgica correcta. La incidencia de infección en este tipo de cirugía es menor al 1-2%. ¹⁰⁹

Cirugía limpia-contaminada Las heridas se han realizado con apertura de mucosas, sin evidencias de infección o con mínimo derrame de su contenido por la flora del tracto digestivo, respiratorio, oro faríngeo o genitourinario, o se ha producido alguna falla en la técnica quirúrgica empleada. La tasa de infección oscila en el 10%.

Cirugía contaminada o sucia Corresponden a este grupo las heridas producidas por traumatismos, técnicas quirúrgicas incorrectas o cirugías con apertura de mucosas sobre procesos inflamatorios con material purulento o sin él. Las perforaciones de vísceras y aquellas realizadas sobre procesos infecciosos o tejidos desvitalizados se consideran sucias. La tasa de infección puede alcanzar al 30-40%.

La infección es la complicación más frecuente de los procedimientos quirúrgicos. Es importante destacar que la disminución del número de infecciones en cirugía no depende exclusivamente de un uso adecuado de antibióticos, sino que deben cumplirse también de la mejor manera posible todas las etapas previas, intraquirúrgicas y posquirúrgicas. El conocimiento de las normas por todo el equipo de salud redundará en un manejo adecuado del paciente quirúrgico con un menor número de infecciones, menor tiempo de internación, ahorro en los costos del tratamiento, disminución de la morbimortalidad y mejor confort para el paciente y su familia. ¹¹⁰

La Cirugía Pediátrica se ha fortalecido como especialidad debido a los resultados exitosos que ha tenido en la corrección de las afecciones quirúrgicas del recién nacido. En los últimos 45 años, la cirugía neonatal experimentó un gran impulso en su desarrollo, porque muchas de las malformaciones congénitas antes incompatibles con la vida, hoy tienen una sobrevida del 90 %, a veces cercana al 100 %, cuando no están

asociadas a malformaciones graves. Los éxitos responden al conocimiento acumulado sobre las enfermedades, al perfeccionamiento y sistematización de las técnicas quirúrgicas, a la contribución conjugada de neonatólogos, anesthesiólogos, radiólogos y patólogos, a los mejores cuidados pre, intra y postoperatorios, al desarrollo de la ventilación mecánica, alimentación parenteral¹⁵ y por la atención en centros especializados para los casos complejos, hecho que ocurrió por primera vez en Liverpool, Inglaterra, en 1953, cuando Rickham logró llevar la supervivencia del neonato quirúrgico de 22 al 74 %. El futuro de la cirugía pediátrica, desde el punto de vista técnico-científico y de los resultados es fascinante, siempre dependerá del diagnóstico precoz, de la adecuada atención médica y de la ejecución perfecta de los procedimientos quirúrgicos. ¹¹¹

Es difícil admitir fuera de la casuística que, así como en las décadas anteriores se modificaron los criterios de la cirugía otorrinolaringológica. En esta época observamos algunas tendencias:

Incremento en la cirugía de FIMOSIS: deberán cumplirse las normas SAP: “Debe tratarse, siempre, a partir de los 3 años con corticoides tópicos. Si no hay respuesta o existen complicaciones asociadas, está indicada la realización de una plastia prepucial o una circuncisión. El tratamiento quirúrgico se llevará a cabo a partir de los 3 años. Antes de esta edad, se intervendrán solo aquellos pacientes que sufran balanitis de repetición o infecciones de orina. ECEPCIÓN FIMOSIS PUNTIFORME.” ^{112 113}

Cuando el valor abonado resulta insuficiente, los Efectores inmediatamente piden aumentos, pero cuando tienen superávit no devuelven el dinero sobrante. Si los valores luego del aumento continúan siendo insuficientes, entonces lo que hace es ajustar por cantidad (por ejemplo, restringir autorizaciones, demorar turnos, dilatar cirugías programadas, etc.).

Internaciones mínimas donde se sugiere otorgar un día de internación y de requerir más se deberá solicitar indefectiblemente la evolución diaria y siempre se autorizará “ad referéndum” de la documentación avaladora a posteriori. *se recomienda que el médico auditor debe observar independientemente de autorizar lo que observa para que sirva al médico que controla la facturación.*

A tal efecto se dice recientemente que no es lo mismo: Fundamentar: tr. Establecer la razón o el fundamento de una cosa. Fundamenta su decisión en los datos citados. Que Justificar: tr. Probar algo con razones convincentes, testigos o documentos. Para quien suscribe es un eufemismo, frecuentemente utilizado en las denominadas auditorías compartidas. ¹¹⁴

DÍA PARTO

La discusión parto - cesárea se mantiene permanentemente. Los módulos no varían y cabe aclarar que un Efector habilitado para ello, no realizó partos, sino que los derivó. Como veremos más adelante es un DOMINIO correlacionado con las causas MATERNAS (prevención y cesárea previa) como así de los días Neonatológicos. Al no poder construir el indicador de derivación nos encontramos LIMITADOS y SESGADOS en los comentarios iniciales. ¹¹⁵

	EFECTORES 2013 – 2016												\bar{x}
ESTADIA	2,31	0,83	1,79	0,58	2,18	2,11	1,62	2,41	1,93		1,33	0,88	1,70
COSTO	2,47	0,81	2,89	0,55	2,04	3,24	2,00	2,53	2,15		1,53	1,14	1
E/C	2,39	0,82	2,34	0,565	2,11	$\frac{2,67}{5}$	1,81	2,47	2,04		1,43	1,01	1,64

El efectore con valor de 0,82 desfinancia menos al Financiadore.

En este caso se colocaron todos los Efectores dado la importancia del parto vs. cesárea

DÍA CESÁREA

El primero a la izquierda, es específico materno-infantil que justificaría el error y limitación. Un centro asistencial que recibe pacientes de alto riesgo tendrá más cesáreas. Como indicador de calidad se utiliza la frecuencia de cesáreas primarias por falta de progreso del trabajo de parto y por asfixia-hipoxia. Caben similares observaciones que

la anterior. A los otros dos hacia la derecha donde las diferencias de INEFICIENCIA están SOBREVALUADAS.

	EFECTORES 2013 – 2016											\bar{x}	
ESTADIA			2		2						1,0		0,42
COSTO			3,3		4,2						2,5		0,83
E/C			2,65		3,1						1,75		0,62

El efector con valor de 1,75 desfinancia menos al Financiado.

En este caso se colocaron los Efectores destacados (score), en cirugía cesárea.

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. ¹¹⁶

Se recomienda el estricto cumplimiento de las normas de las Sociedades Científicas y de la Resolución 648/2003.

EL CUIDADO PRECONCEPCIONAL

La etapa para implementar las actividades de promoción y protección de la salud en la mujer parte desde la adolescencia. Esta etapa es considerada como un período preparatorio para el embarazo ya que condiciona la salud de la madre y de su futuro hijo. Además de elegir el momento oportuno para el embarazo, a partir de la decisión responsable, la mujer debe informarse sobre los aspectos psicológicos y biológicos para asumir un embarazo seguro. Una importante proporción de mujeres, fundamentalmente las adolescentes, no acceden a estas opciones vitales. Es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan

el riesgo materno perinatal y que pueden ser reducidos o controlados en esta etapa. Estas acciones deben estar incluidas en los programas de salud integral de la mujer, en especial para adolescentes. ¹¹⁷

Por la experiencia acumulada en los servicios de salud y por las evidencias científicas de que hasta hoy se dispone, se puede decir que el cuidado de la salud durante el embarazo (control prenatal), es un buen ejemplo de medicina preventiva en el campo perinatal.

ENTIDADES CIENTÍFICAS FUNDANTES

AAGOP Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática; ASSER. Asociación Argentina de Salud Sexual y Reproductiva; ADOM. Asociación de Obstétricas Municipales (GCBA); AMA. Asociación Médica Argentina; AMADA. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción; ASAPER. Asociación Argentina de Perinatología; ASAPER. Asociación Argentina de Perinatología Filial La Plata; FASGO. Federación Argentina de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; FORA. Federación de Obstétricas de la República Argentina; INUS. Instituto Universitario de Salud. Facultad de Medicina. Universidad de La Plata; SAGIJ. Sociedad Argentina de Ginecología Infanta Juvenil; SAHE. Sociedad Argentina para el Estudio de la Hipertensión del Embarazo; SAP. Sociedad Argentina de Pediatría; SOGBA. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires; SOGIBA. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires; OPS-OMS. Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud; UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

DÍA NEONATOLÓGICO,

No podemos hablar de ineficiencia, sino del COSTO DEL DÍA NEONATOLÓGICO (fundado en los excedentes). La información generada: 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. ¹¹⁸

	EFECTORES 2013 – 2016												\bar{x}
ESTADI A	9,13		2,70		2,15	3,07	2,24	5,75	7,03			0,25	2,69
COSTO	2,91		2,01		1,79	1,67	1,26	1,79	1,80			0,08	1,10
E/C	6,02		2,355		1,97	2,37	1,75	3,77	4,415			0,17	1,90

El efector con valor de 0,165 desfinancia menos al Financiadore.

En este caso se colocaron los Efectores destacados (score), neonatología.

Una causa importante es el Incremento de la HIPERBILIRRUBINEMIA en Neonatología donde las Normas de Hiperbilirrubinemia – SAP en cuanto a lo Normal es hasta 15, de 15 a 19.9 necesita estar observado (lo que no es estar internado), y de 20 a más, necesita fototerapia, si llegara a sobrepasar 30 necesitaría una transfusión, hay criterios de esperar a que tenga 22 para poner en fototerapia. Para más datos ver en documento PRONAP la Figura 3. Guía para fototerapia en RN en la página 28. ¹¹⁹

También debe analizarse toda la secuencia de servicios desde el parto cesárea hasta la neonatología. Utilizando una normativa que tiene por objeto, establecer los criterios y pautas para vigilar y atender la salud de la mujer embarazada, parturienta y puérpera, institucionalizando prácticas sanitarias que se ha demostrado son más seguras, más efectivas, más eficaces y menos costosas, que puedan ser aplicadas en establecimientos de menor capacidad resolutive, permitiendo la articulación con niveles de mayor capacidad de resolución que sean capaces de atender las complicaciones que se deriven de esta atención para lograr la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. ¹²⁰

DÍA UTI - UCO (UTI-POLIVALENTE)

De acuerdo a las intervenciones realizadas, debido a que el cambio de sistema. Al día cama deben sumarse los excedentes por la complejidad.

	EFECTORES 2013 – 2016												\bar{x}
COSTO	20	3	1	1	1	3	5	3	4		0,4		3,45
ESTADI A	3,4	2,2	0,5	0,9	0,7	0,6	1,3	1,9	1,3		1,4		1,18
E/C	11,7	2,6	0,75	0,95	0,85	1,8	3,15	2,45	2,65		0,9		

El efector con valor de 0,75 desfinancia menos al Financiador.

En este caso se colocaron todos los Efectores dado la importancia polivalencia UT-UCO

Dos prestadores son claramente INEFICIENTES. Uno de ellos se encuentra en una región crítica. Aquí más que excelencia hay 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.

Gyldmark y cols, analizan 20 publicaciones relacionadas con los costos en UCIs y encuentra una gran variabilidad en los costos promedio por paciente, que van desde 1,783 hasta 48,435 dólares USA. Ellos explican esta variabilidad en función de los siguientes puntos: El desarrollo tecnológico en los años ha afectado a los costos de una manera tanto negativa como positiva. Los pacientes en estos estudios son diferentes respecto a las necesidades de cuidado, severidad de la enfermedad, edad, diagnóstico y otras características. Las características de la unidad (ej.: tamaño, staff, políticas de tratamiento, actividades de investigación y enseñanza) pueden diferir ampliamente e influir en los costos. Las posibilidades de tratamiento y cuidado en varias unidades pueden ser muy diferentes, y pueden contribuir a la diversidad tanto en la selección de los pacientes tratados como en la actividad terapéutica de la unidad; una unidad que esté actualizada en los desarrollos y equipo más novedosos ofrecerá más servicios, los cuales aumentan el costo del tratamiento (y deseablemente mejoran la evolución). El método

para calcular los costos de los servicios varía mucho; esto produce sesgo metodológico y no refleja las diferencias actuales. Debido a estas circunstancias no es fácil comparar los resultados de diferentes estudios; es necesario, entre otras cosas, ajustar para la mezcla de casos de pacientes y la variación de la severidad de la enfermedad. Este mismo autor explica la dificultad que existe para calcular los costos (internos, externos, directos, indirectos) en una UTI y las diferentes interpretaciones que se le da a este concepto (con frecuencia se confunde con cargos), lo que dificulta hacer estudios comparativos entre unidades. ^{121 122}

Debemos reconocer que los servicios son dispares, los costos adicionales de traslados por estudios cuando los mismos no cuentan con soportes de estructura diagnóstica (por ej. Las unidades de traslado). Del análisis de los costos por cada día de internación y teniendo en cuenta los diferentes niveles de complejidad, puede calcularse lo que se invierte en un período determinado de tiempo. La aparición de complicaciones que requieran utilización de recursos de mayor complejidad, no siempre puede estimarse en cada nivel, y modifican las variables. ¹²³

Al mencionar estos servicios cerrados, complejos y de alto costo/día amerita sincerarse con el tema del Encarnizamiento Terapéutico, también observado en Neonatología. Él médico fue preparado para manejar tecnología con pericia, pero confrontado a dilemas éticos quedó perplejo, perdió tiempo y energías, y se agotó emocionalmente, demostrando que no estaba integralmente preparado. Con la experiencia, el sentido común, y el hecho de ser una buena persona, no alcanzó para resolver estas cuestiones. El médico que trabaja en contacto de pacientes terminales, necesita aprender científicamente sobre cuestiones bioéticas. No hacerlo, puede ser más grave que no conocer de farmacología, resonancia magnética nuclear, o no concurrir al último congreso de la especialidad. *Parafraseando, diríamos “el enfermo terminal es una cosa demasiado importante como para dejarla solo en manos de los médicos”. No basta saber de técnicas quirúrgicas, de tipos de sondas, de vías de abordaje, o de tipos de marcapaso. Hay que saber si corresponde en ese particular enfermo, utilizarlos o no. Debe conocerse mucho más que de técnicas médicas: “El que solo medicina sabe, ni siquiera medicina sabe”.* ^{124 125 126}

A pesar de tener algunas limitaciones, el Índice de Barthel puede recomendarse como un instrumento de elección para la medida de la discapacidad física, tanto en la práctica clínica como en la investigación epidemiológica. El Índice de Barthel fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejora de los niveles de dependencia de los pacientes. Se trata de asignar cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente).¹²⁷

La Federación Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva y la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva se expresan de esta manera: *" No existe diferencia desde el punto de vista ético entre la no aplicación y la suspensión de medidas de soporte vital en pacientes sin expectativas de recuperación, dado que estos tipos de terapéutica están indicados con el fin de preservar la vida personal, y no para prolongar el proceso de morir"*. Este concepto es importante ya que muchas veces hay que iniciar medidas de soporte y en un segundo paso decidir si se las suspende o no. Según una encuesta realizada por el Comité de Ética de la Sociedad Americana de Medicina Crítica, desde el punto de vista psicológico, a los médicos les afecta menos no iniciar una medida de soporte vital que suspenderla, a pesar que desde el punto de vista ético- legal es lo mismo. Esto podría explicarse porque si el médico decide no iniciar una medida de soporte vital, no entra en contacto con el paciente y no establece vínculos con él, en cambio, si la inicia y después decide discontinuarla, se convierte en el conductor del proceso que culminará con la muerte del paciente.¹²⁸

Es por ello que se recomienda que cada área crítica cerrada, de tercer nivel (crónico) e internación domiciliaria (cónica) deberá ser evaluada al inicio, en su mantenimiento y en su retiro, en orden a su vigencia en la idea directriz de tratamiento. Cuando una

terapia evidenció como fútil, inútil y desproporcionada en la carga/beneficio, se debería plantear su retiro. Ante la duda, el discernimiento clínico-ético en, en equipo multidisciplinario debe darse con la participación de los Médicos Legistas y de Comité de ética. Y llegamos a los dos extremos en preguntarnos cuántas instituciones de acuerdo a los registros se encuentran categorizadas en el NIVEL IX Internación complejidad, docencia universitaria. ¿Cuántas tienen comité de ética o recursos medico legales? ^{129 130}

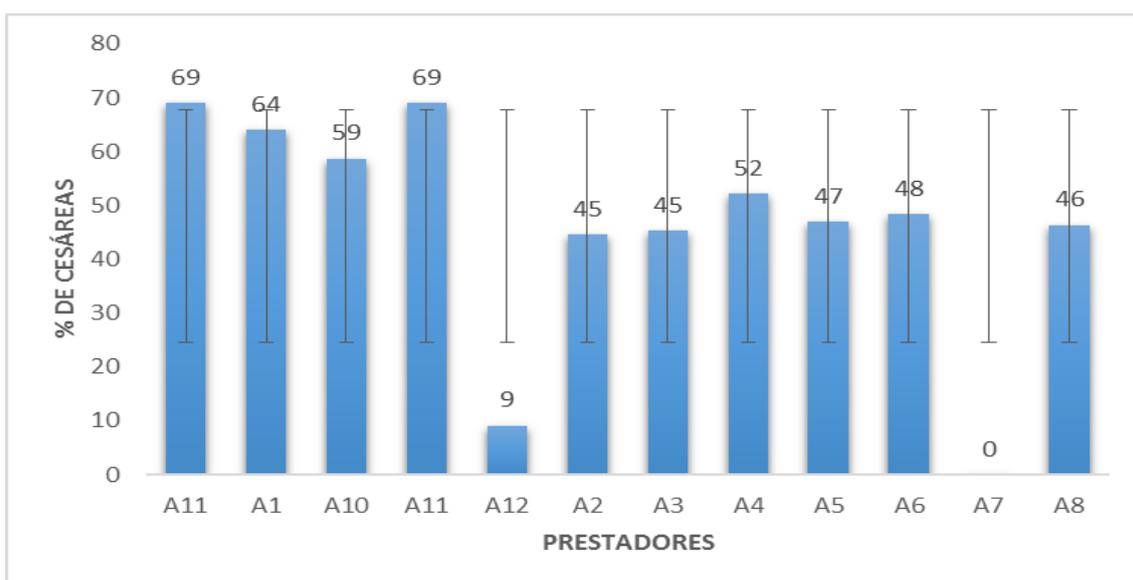
Cuanto nos planteamos las disposiciones de los Señores Jueces, a la ética deontológica y a la Moral. El abogado Ignacio Maglio, dice que hay tres grandes reglas éticas en la salud: la veracidad, el consentimiento informado (que implica informar al paciente sobre todos los riesgos y ventajas de los tratamientos) y la confidencialidad (el derecho del paciente a que no se divulgue el secreto médico). ^{131 132 133}

Una visión general del tema nos permite comprobar una tendencia legislativa y jurisprudencial dirigida a potenciar la autonomía de la voluntad en el ámbito del derecho a la salud. Sin embargo, debemos reconocer que el legislador ha captado en cierta medida la necesidad de resguardar determinados bienes jurídicos fundamentales. ^{134 135}

El art. 19 de la CN suele ser considerado como una fuente de autonomía absoluta e ilimitada, olvidando que el mismo constituyente ha fijado como límite infranqueable al orden y la moral pública, así como también al eventual perjuicio a terceros. Esto impide ubicar a los derechos personalísimos dentro de una pretendida zona metajurídica extraña al derecho. Más allá de todo lo expuesto, somos conscientes del largo camino que queda por recorrer en materia de bioderecho. Por ello, confiamos en que el legislador reforzará los bastiones jurídicos implicados, a fin de lograr una mayor protección de los derechos humanos en el ámbito del derecho privado argentino. ^{136 137}

CESÁREAS PROMEDIO

Todos realizan atención materna infantil. Otros efectores derivan los procedimientos por una razón de complejidad anestésica que invocan los titulares del mismo. Otros son especializados en patología de alta complejidad que justificaría el procedimiento. Se han incluido en el gráfico los desvíos estándares, debido a su amplitud.



	P: 2013 - 2016	Teóricos PICAM
X	69	49,2
Q25	36	40,9
Q74	79	60,0
MAX	100	

p = promedio de los años 2013 al 2016

x = media de los prestadores

q = media de los cuartiles

EDAD PROMEDIO DE LAS CESAREADAS

También aumenta el número de tomas forcipales; Aumenta la edad promedio de las cesareadas de 26.7 a 27.7; Se desplaza hacia la derecha la curva de edad de las cesareadas; Se advierte gran aumento de cesáreas entre las nulíparas; Se deduce un desplazamiento hacia mayor edad entre las nulíparas; Las causas fueron: la FPD, la HTA, el HIV+, los gemelares, la RPM, y obviamente las pacientes con más de dos cesáreas anteriores.

Vemos que ha habido un 30% de aumento en el índice de cesáreas. Con estos resultados, podríamos asegurar que es posible bajar aún más los índices de nuestras cesáreas y con ellos las temibles complicaciones derivadas de ellas. La enfermedad hipertensiva, detectada y tratada precozmente, es posible de terminar en parto normal al mejorar el estado materno, y no presentarse las complicaciones. Las pacientes con serología positiva que realicen precozmente el tratamiento antirretroviral, podrán acceder al parto vaginal si cursan con baja carga viral y altos CD4. Las RPM son susceptibles de prevenirse realizando cultivos vaginales y tratamientos adecuados al 100% de las embarazadas, o implementando una buena campaña contra el hábito del tabaco. La FPD (llamada en la intimidad de nuestra Maternidad como FP y Paciencia), podría disminuirse llevando la conducción del parto de manera más natural, con paciencia y tranquilidad. Por último, las pacientes con dos o más cesáreas, disminuirían automáticamente en cuanto baje el número de cesáreas. ^{138 139 140 141}

LA PREMATUREZ.

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando. Más de tres cuartas partes de los bebés prematuros pueden salvarse con una atención sencilla y costo eficaz, consistente, por ejemplo, en ofrecer una serie de servicios sanitarios esenciales durante el parto y el periodo postnatal, para todas las madres y todos los lactantes, administrar inyecciones de esteroides prenatales (a las embarazadas que corren riesgo de parto prematuro, para fortalecer los pulmones del bebé); aplicar la técnica de la “madre canguro” (la madre sostiene al bebé desnudo en contacto directo con su piel y lo

amamanta con frecuencia); y administrar antibióticos para tratar las infecciones del recién nacido. Por ejemplo, se ha demostrado que la atención dirigida por personal de partería ha reducido la prematuridad en alrededor de un 24% allí donde existen servicios eficaces de partería.

La OMS ha publicado una serie de nuevas directrices con recomendaciones para mejorar los resultados obstétricos en casos de prematuridad. Se trata de un conjunto de intervenciones clave que pueden mejorar las posibilidades de supervivencia y los resultados sanitarios en los neonatos prematuros. Las directrices incluyen, por un lado, intervenciones destinadas a la madre –por ejemplo, administrar inyecciones de esteroides antes del parto, administrar antibióticos si la madre rompe aguas antes de tiempo y administrar sulfato de magnesio para prevenir futuros trastornos neurológicos en el niño– y, por otro, intervenciones destinadas al recién nacido –por ejemplo, cuidados para mantener una temperatura idónea (en particular, el método madre canguro, si el bebé está estable), sistemas seguros de administración de oxígeno y otros tratamientos que ayuden al lactante a respirar con mayor facilidad–. ^{142 143}

LAS PRESENTACIONES VICIOSAS

Para que ocurra el parto es necesaria la integridad del canal del parto. Las alteraciones de la pelvis ósea son las que con más frecuencia ocasionan distocia. La distocia puede ocurrir en pelvis con morfología normal donde puede haber problemas cuando los diámetros menores de la pelvis son reducidos. Esto se conoce con el nombre de estrechez pélvica que es diferente a la desproporción céfalo-pélvica, en el que los diámetros son normales pero el feto es voluminoso. Las distocias en pelvis con morfología anormal menos frecuentes y pueden ocurrir como consecuencia de anomalías de columna, extremidades inferiores y propias de la pelvis. La distocia por anomalías de la parte blanda puede ocurrir por problemas de útero, cuello, vagina y vulva. Las primeras pueden ser por malformaciones congénitas, mal posiciones uterinas, prolapso y tumores, de los cuales el más frecuente es el mioma. La mayoría de estos casos produce distocia porque favorecen las presentaciones viciosas. ^{144 145}

La distocia cervical puede ser primaria o secundaria. La secundaria ocurre por enfermedades o lesiones del cuello, mientras que en la primera no existe el antecedente anterior. Las lesiones vaginales pueden ser por problemas congénitos, cirugía vaginal previa y tumores. Las lesiones bulbares capaces de producir distocia son el edema por tactos repetidos o expulsión prolongada, las lesiones infecciosas y los tumores.

AFECTADOS LOS GRUPOS ETARIOS DE 25 A 29 AÑOS Y MAYORES DE 40.
MAYOR INCIDENCIA DE CESÁREAS NULÍPARAS Y GRANDES
MULTÍPARAS.

POBLACIONES MIGRATORIAS

Muchas son las mujeres migrantes que trabajan en el comercio informal, dejan de hacerlo en la etapa final del embarazo y luego retornan con un bebé de pocos meses, a quien cuidan mientras trabaja. El grupo de mujeres sin pareja y que tienen hijos menores de 18 años a cargo podría constituir el conjunto más receptivo para la formalización del trabajo. Estas trabajadoras tienen una relación más fluida con los agentes del Estado, a partir de la obtención de ayudas sociales, lo que las vuelve más ávidas de obtener información sobre cuáles son los mecanismos para poder jubilarse en el futuro. ¹⁴⁶

Se tiene en cuenta (como una verdad de perogrullo) que la cobertura materna es: Embarazo y Parto: consultas, estudios diagnósticos exclusivamente relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio, ya que otro tipo de estudios tendrá la cobertura que rige el resto del PMO, psicoprofilaxis obstétrica, medicamentos únicamente relacionados con el embarazo y el parto, todo con cobertura al 100%. Como así la Infantil: obligatoria la atención perinatólogica de los estudios de fenilcetonuria, de hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística del recién nacido, consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del período, cobertura del 100% de la medicación requerida siempre que esta figura en el listado de medicamentos esenciales. A fin de estimular la lactancia materna no se cubrirán las leches maternizadas o de otro tipo, salvo expresa indicación médica, con evaluación de la auditoría médica.

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.

El análisis de las migraciones está orientada a conocer las características de la población en el momento de realizar el censo y los fenómenos que se sucedieron entre períodos censales. Tiene como objetivo rescatar el lugar geográfico donde la persona reside habitualmente, lo que permite medir la migración interna y captar la migración internacional del período. Con esta información se pueden identificar migrantes inmigrantes, emigrantes-, corrientes migratorias, saldos migratorios, áreas de atracción y de expulsión. Se elaboran las estimaciones para la construcción de las tasas de migración del período (tasas de emigración, de inmigración, de migración bruta y neta). Otra información sumamente importante para el conocimiento de la estructura de la población de un país es cuantificar la población nativa y la extranjera.

La información que brinda esta temática permite caracterizar a la población con y sin cobertura y el tipo de cobertura en función de una variedad de atributos que releva el censo, como puede ser el sexo, la edad, la condición migratoria, la composición del hogar y su inserción laboral. Más de la mitad de la población nacida en el extranjero declara tener algún tipo de cobertura de salud. Más allá de la población que cuenta con cobertura de Obra Social o Medicina prepaga, en la República Argentina el acceso al sistema de salud es universal. Esto quiere decir que la atención de la salud está garantizada, en todos los niveles de complejidad y de manera gratuita, para todos los habitantes del país, independientemente de su lugar de nacimiento.

El 62,2% de los nacidos en el extranjero se encuentra en los partidos del Gran Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Del total de población extranjera, el 29,4% ha arribado al país entre 2002 y 2010. Más de la mitad declara tener algún tipo de cobertura de salud y el 85,5% de las personas de 65 años y más tiene cobertura jubilatoria.

A los fines censales se considera que la población tiene cobertura de salud cuando declara tener obra social (incluyendo al PAMI), prepaga a través de obra social, prepaga sólo por contratación voluntaria, o programas o planes estatales de salud. Por el

contrario, aquellas personas que declaran no poseer ninguna de las opciones mencionadas son consideradas como “población sin cobertura de salud”.

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. El Estado nacional define políticas públicas que son desarrolladas y aplicadas por el Ministerio de Salud de la Nación y el Consejo Federal de Salud, encargado de coordinar tales políticas con todas las provincias. Esta secuencia tiene como objetivo que los alumnos conozcan y valoren el derecho a la salud como un derecho fundamental de las personas.

La Constitución Nacional sancionada en el año 1994, en su artículo 31.º establece: "Esta Constitución, las leyes de la Nación que en su consecuencia se dicten por el Congreso de la Nación y los Tratados con las potencias extranjeras son la Ley Suprema de la Nación..." y en su artículo 75 inciso 22, se confiere Jerarquía Constitucional a los Tratados Internacionales allí enumerados, entre ellos y en consonancia con el tema en tratamiento, se encuentran: La Declaración Americana de los Derechos del Hombre (arts. VII y XI); Declaración Universal de Derechos Humanos (arts. 3.º, 8.º Y 25.º); Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 24.º); Convención Americana de Derechos Humanos (art. 4.º) y la Convención de los Derechos del Niño (arts. 6.º, 23.º, 24.º y 26.º), que conforme fuera dicho, tienen Jerarquía Constitucional Nacional y no pueden ser desconocidos por las Constituciones de las Provincias ni por las Reglamentaciones del poder Ejecutivo Nacional, Provincial o Municipal. ¹⁴⁷

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. Sobre un total de 441.191 personas censadas en viviendas colectivas, 315.682 (más del 70%) declaran tener algún tipo de cobertura. ¹⁴⁸

Por un lado, una Obra social (incluye PAMI) es decir como se ha descripta cobertura de salud que obtienen los trabajadores por el descuento en sus salarios, en su haber previsional o a través de su aporte (para los Monotributistas o autónomos). Incluye a los

familiares del titular. Este descuento les permite estar afiliados a obras sociales sindicales, de empleados estatales nacionales, provinciales o municipales, del poder judicial, del poder legislativo o del PAMI.

Los bajos indicadores de salud de las poblaciones andinas están directamente relacionados con los niveles de pobreza, condiciones precarias de vida, diferenciación social, exclusión social, y discriminación. También se explican por factores tales como los problemas estructurales del sistema de salud boliviano, la calidad de sus servicios y la inexistencia de una salud pública gratuita. Otros aspectos que influyen en las brechas de salud, entre poblaciones indígenas y no Indígenas, se refieren a la cobertura y accesibilidad de servicios de salud en los territorios donde viven y a la discriminación dentro del mismo sistema de salud. 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.

La biomedicina se basa en el método científico aceptado, actualmente válido para la construcción del conocimiento que genera verdades. Debido al poder que se le concede a este método y por tanto a la biomedicina, la incorporación de otras formas de concebir las enfermedades y sus antídotos, así como la manera de proveerlos son difíciles de aceptar e incorporar en los procesos de atención de salud. La dificultad de incorporar conocimiento o procesos de construcción de conocimiento distintos a los hegemónicos en la sociedad ha sido un fenómeno relativamente común en la historia de la humanidad en detrimento de los grupos minoritarios. Este fenómeno en la salud, se evidencia en países con poblaciones indígenas, las cuales tienen visiones distintas y propias de las enfermedades y métodos de curación. El mundo indígena andino considera a la salud y la enfermedad “en sí una dualidad pareja de opuestos y complementarios, en la cual se define la vida de los individuos”. El tratamiento consiste “en recomponer el equilibrio con todo lo que rodea a las personas enfermas”. Las enfermedades del cuerpo, espíritu o alma pueden ser agrupadas en dos categorías:

Las mágicas o culturales, originadas por agresiones sobrenaturales, que sólo pueden ser alejadas con rituales y ceremonias y las enfermedades naturales provocadas por objetos y circunstancias externas, “se producen como un desequilibrio que se manifiesta con calor o frío y que debe restablecerse atendiendo a su contrario”. Por ejemplo, la menstruación y el parto son “procesos debilitantes de salida, son acontecimientos fríos que se tratan con mates y caldos calientes”. Por ejemplo: “El cuestionamiento a los saberes (en general) por parte de las mujeres antropólogas, que formaban parte del movimiento feminista en la década de los ‘60, permitieron evidenciar que los saberes no son neutrales, es decir presentan un carácter ideológico y que el conocimiento tiene un papel central en la transformación de las relaciones sociales de desigualdad”. ¹⁴⁹

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. ¹⁵⁰

Quiero agregar aquí un concepto mencionado por uno de mis docentes en la maestría publicado recientemente sobre la “lectura económica del embarazo adolescente”, lo que sería en una Obra Social el concepto del “nieto de titular”.

El autor (Federico Tobar) se pregunta ¿Por qué el embarazo adolescente configura un problema económico? -Siendo un tema no intencional es un problema social, sanitario y económico. El análisis económico puede aportar soluciones. Es un problema de prevención. La medicina nos dice que, a menor madurez física de la madre, mayores serán los riesgos en la gestación y el parto para la adolescente y para su hijo. Además, los embarazos adolescentes afectan las trayectorias de vida de las madres, a sus familias y comunidades (aquí expuestas en su gran mayoría de contexto como migratorias). Se

asocian con el abandono y el retraso escolar de las madres y con una inserción laboral precaria y menos calificada. El tema no ha sido asumido como un objetivo por los gobiernos de la región.

Como solución cabe preguntarse ¿Se han calculado esos costos y beneficios? -Las soluciones efectivas al problema del embarazo adolescente incluyen promover el acceso a la información y a la educación adecuada en temas de sexualidad, y garantizar consejería y servicios de salud amigables y de calidad, además de promover el acceso a los métodos anticonceptivos modernos (altamente dificultosos en las comunidades cerradas). Según el autor, quien es asesor Regional del Fondo de Población de Naciones Unidas para América latina y el Caribe y firmante del “pacto país” “Por cada dólar invertido en proveer anticonceptivos a mujeres de 14 a 19 años se obtienen ahorros de US\$ 17,23. En 2016, 6 millones de mujeres de 15 a 19 años usaron anticonceptivos modernos en América latina y el Caribe. Ello implicó un costo promedio de US\$ 20 por cada una y generó un ahorro de unos US\$ 345 dólares. En la región, 3,4 millones de adolescentes dicen querer usar métodos anticonceptivos para postergar el embarazo y prevenir infecciones y no acceden a ellos. Garantizarles acceso costaría US\$ 77 millones al año (unos US\$ 21 por joven). Dividido por toda la población son sólo 20 centavos que darían beneficios del orden de los US\$ 1326 millones.”¹⁵¹

RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

“Cada sistema está perfectamente diseñado para lograr exactamente los resultados que logra”

Donald M. Berwick. (Born 1946)

Administrator of the Centers for Medicare and Medicaid Services.

President Barack Obama.

Es la parte del estudio cualitativo y más compleja por no decir más complicada.

El autor debe admitir que se confunden en la redacción y desarrollo lo siguiente:

TÉRMINOS SUPERINTENDENCIA Y AGENCIA

Cuando me refiero a Superintendencia y/o agencia uso el vocablo en un concepto no estricto y ajironado a nuestro país. En el siglo 21 la gestión del ente referido tiene un cambio definido por la reafirmación de su misión que está definida por el Decreto 1576/98 a saber de la regulación y control de los actores del sector para asegurar el cumplimiento de las políticas del área, destinadas a la Promoción, Prevención y Recuperación de la Salud de la población. Sus objetivos (establecidos en la misma norma) son: El Control del funcionamiento de las Obras Sociales, de los Agentes del Seguro de Salud, los prestadores y todos aquellos financiadores de prestaciones medico asistenciales que se incorporen.

Aprobar la incorporación de nuevas Obras Sociales y promover la intervención de los mismos cuando esté en peligro la continuidad de las prestaciones de salud. Aprobar los Programas Medico Asistenciales y sus correspondientes presupuestos. Asegurar y Controlar el efectivo cumplimiento de la libertad de elección de Obras Sociales. Rendir cuentas de lo actuado, una vez al año en audiencia pública. Desarrollar mecanismos de control y procesos contra fraude y corrupción interna. (en referencia a la Unidad de Auditoría Interna)

Por otro lado, amerita mencionar el Art.19 de la Ley 23.661 (del Seguro de Salud) en donde se integran sindicaturas colegiadas, medica, jurídica y económica con el objetivo, no solo de “controlar” sino también de “asistir” y “coordinar” a las Obras Sociales.

¿A que llamamos en el seguimiento de este trabajo un Cambio de Paradigma? A los nuevos desafíos propuestos por una nueva gestión. Nótese que muchos de los mismos concuerdan con las recomendaciones hechas en el trabajo original precedente a este y en su continuidad.

Por otra parte, el concepto de Agencia estrictamente Académico resulta que toda discusión en políticas de salud debe tomarse en base a la opinión del marco académico y a la experiencia, es por ello que ante las nuevas tecnologías sanitarias los países deben recurrir a una evaluación. Nadie está en condiciones de proveer todo. No se puede invertir en algo que no sirve, y por el contrario el beneficiario merece que discutamos su beneficio y su costo. Hoy nos encontramos ante el médico inducido, una industria inductora, un financiador desfinanciado, de los cuales muchas veces es el Estado el que debe dar respuestas. Mientras tanto el beneficiario se encuentra silente o “exige lo que le dicen”. (el paciente Gorrón).

Su misión está definida por el Decreto 1576/98 a saber de la regulación y control de los actores del sector para asegurar el cumplimiento de las políticas del área, destinadas a la Promoción, Prevención y Recuperación de la Salud de la población. Sus objetivos (establecidos en la misma norma) son: el CONTROL del funcionamiento de las Obras Sociales, de los Agentes del Seguro de Salud, los prestadores y todos aquellos financiadores de prestaciones medico asistenciales que se incorporan. APROBAR la incorporación de nuevas Obras Sociales y promover la intervención de los mismos cuando esté en peligro la continuidad de las prestaciones de salud. APROBAR los Programas Medico Asistenciales y sus correspondientes presupuestos. ASEGURAR Y CONTROLAR el efectivo cumplimiento de la libertad de elección de las Obras Sociales. RENDIR cuentas de lo actuado, una vez al año en audiencia pública. DESARROLLAR mecanismos de control y procesos contra fraude y corrupción interna. (UNIDAD DE AUDITORIA INTERNA) ¹⁵²

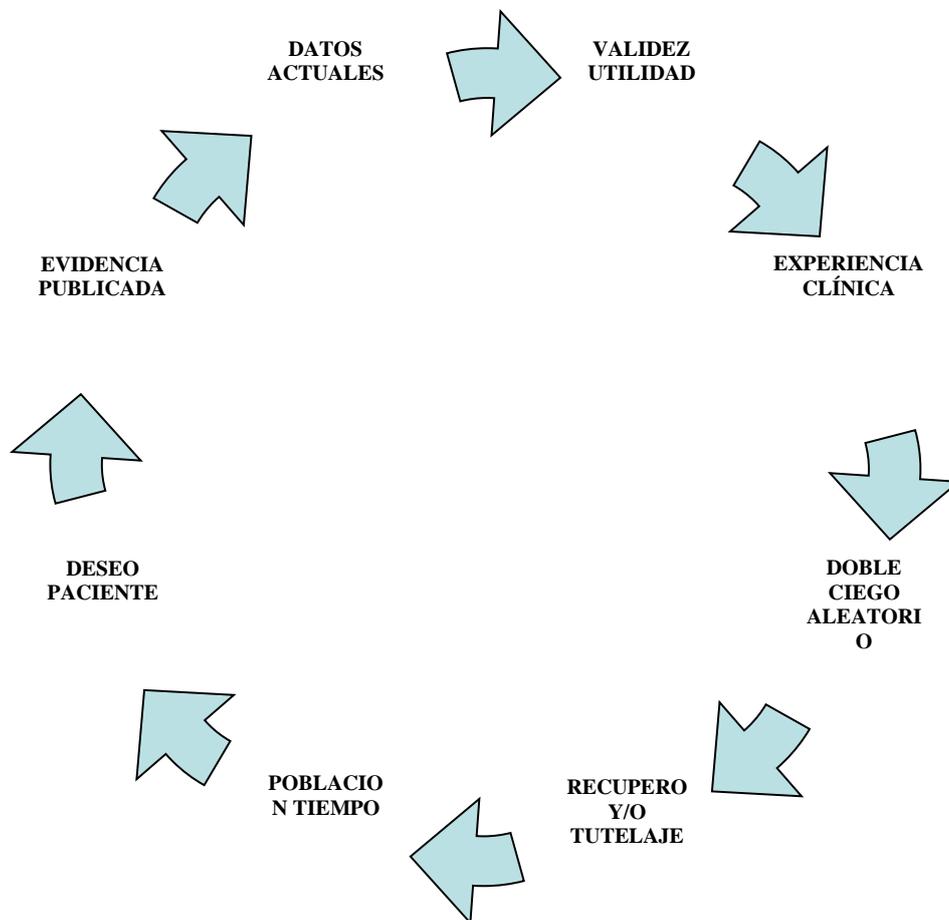
Sobre lo expuesto ¿A que llamamos Cambio de Paradigma? A los nuevos desafíos propuestos por una gestión: de PRIVILEGIAR las tareas de asistencia, coordinación y regulación SOBRE LAS ACTIVIDADES BUROCRATICAS y DE CONTROL.

El avance del conocimiento necesita de un proceso sistemático de evaluación tecnológica en donde definamos los servicios asegurados explícitamente, priorizando objetivos y buscando consensos. Como pilares básicos en nuestro querido país deberíamos replantearnos nominar a la población, una gestión territorial, prevención en la APS, con la presencia de Acciones Federales sobre resultados deseados. Resulta indubitable que el marco de las enfermedades catastróficas, e las enfermedades raras, de los costos en salud como inversión y el de los recursos judiciales conducen a la necesidad de la AGNET. Esto forma parte de una estrategia que se impone no solo en el mundo global, sino ya existente en nuestros vecinos como economías emergentes. Es parte de la Salud Pública.

Otra razón de la AGNET es la penetración por incentivos y la evidencia patrocinada. En poco tiempo el macheo de los genómicos (medicamento individual) puede dejar atrás la investigación clínica. Si ante tales cambios paradigmáticos no nos tenemos que poner a trabajar en equipo, con un compromiso de gestión sanitario y con Agencias Regulatorias como la AGNET careceremos de criterios de selección y todo será un libre albedrío. El hecho de normatizar tratamientos, acreditar prestadores, fortalecer las Guías de Práctica Clínica, nos dará un esquema de marco lógico: EL ESTUDIO Y LA EQUIDAD.

La implementación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de la salud (AGNET), es recomendada por la OMS, la OPS y otros organismos internacionales, y fue incluida entre los objetivos de las Bases para el Plan Federal de Salud 2004 - 2007 que firmaron todos los ministros de Salud de las Provincias y el Ministro de Salud de la Nación en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA). La experiencia en distintos países muestra los beneficios de esta herramienta para regular la introducción y el uso de la tecnología, lo que se traduce en mejoras en la asignación de recursos, la equidad y la eficiencia en el sistema de salud. No obstante, existen algunas cuestiones controversiales que se desprenden de la redacción del decreto propuesto por el Poder

Ejecutivo. En el proyecto propuesto no se menciona la situación de conflicto de intereses que pueden tener los Directivos de este organismo. Situación que es clave para garantizar la adecuada transparencia de las evaluaciones. Por ejemplo, quién sea directivo no podría tener intereses en la industria del medicamento. Por otro lado, en el artículo 2° del proyecto, se menciona que el organismo tendrá por objeto determinar la incorporación o no de determinada tecnología al Programa Médico Obligatorio (PMO) o la Canasta Básica de Prestaciones, lo que resulta un contrasentido porque el fin debería ser autorizar o no la utilización de la tecnología en todo el territorio nacional, caso contrario quedaría abierta la posibilidad de su utilización por aquellos que tienen capacidad de pago o forzaría el pago en forma directa. En el mismo sentido, tanto el artículo 3°, que plantea el momento de actuación de la Agencia que es posterior a la autorización de los productos por parte del ANMAT, como el artículo 20° que plantea el condicionamiento de las provincias que adhieran a la sujeción a los programas médicos aprobados por la Agencia, muestran a las claras la intención primaria de imponer una Canasta Básica de Prestaciones, lo que altera la finalidad original de esta iniciativa. Este condicionamiento por parte de la agencia también avasallaría el carácter federal del Sistema de Salud y las posibles implicancias locales o regionales que podría tener la utilización de la tecnología. Por último, ¿cómo se garantizará un equitativo acceso a las prestaciones en provincias con capacidades y recursos tan diferentes? ¿Se optará por reducir la canasta? Otra pregunta que cabe hacerse es qué sucederá entre las Obras Sociales donde la cápita por afiliado de las “ricas”, quintuplican al de las “pobres”, ¿cuál será la Canasta a garantizar? ^{153 154 155}



¿La medicina basada en la evidencia (MBE) en realidad funciona?
 Trisha Greenhalgh BMJ Oxford 2015
 (Interpretación del Autor)

Primero, el concepto de recuperó y/o tutelaje, no debe ser otro inductor a la decisión médica. Es simplemente una financiación hacia el Financiador desde el FSR y no un fundamento de por sí (que aplico en nuestro país).

Segundo, amerita ante tanta bibliografía ofertada por los “inductores” el concepto del estudio doble ciego aleatorio. Doble ciego describe una manera especialmente rigurosa de conducir un experimento, generalmente con sujetos humanos, en un intento por

eliminar el sesgo subjetivo tanto de parte de los sujetos de experimentación como de los investigadores. En la mayoría de los casos, los experimentos a doble ciego se efectúan para alcanzar un mayor nivel de rigor científico.

En un experimento a doble ciego, ni los individuos ni los investigadores saben quién pertenece al grupo de control y quién al grupo experimental. Solamente después de haberse registrado (y en algunos casos, analizado) todos los datos, los investigadores conocen qué individuos pertenecen a cada grupo.

La ejecución de un experimento del tipo doble ciego es una forma de disminuir la influencia de los prejuicios o de las pistas físicas no intencionales sobre los resultados (el efecto placebo, el sesgo del observador, y el sesgo del experimentador). La aleatorización (asignación al azar) de cada sujeto al grupo experimental o al grupo de control es una parte crítica del diseño de la investigación a doble ciego. La clave que identifica a los sujetos y al grupo que pertenecen es guardada por terceros y no se les entrega a los investigadores hasta que el estudio se completa. Los métodos de doble ciego se pueden aplicar a cualquier situación experimental donde exista la posibilidad de que los resultados sean afectados por prejuicio consciente o inconsciente por parte del experimentador. A veces, a los experimentos controlados por computador, también se los llama experimentos a doble ciego, puesto que el software no debería causar ninguna influencia. Haciendo analogía al párrafo anterior, la parte del software que proporciona interacción con el ser humano es el investigador a ciegas, mientras que la parte del software que define la clave representa a los terceros. Un ejemplo es la prueba ABX, donde el sujeto humano tiene que identificar un estímulo desconocido X como A o B. Es relativamente fácil de alcanzar el doble ciego en estudios con fármacos. Esto se logra haciendo que el medicamento investigado y el control (un placebo o un fármaco determinado) tengan aspecto idéntico (color, sabor, etc.). Un coordinador del estudio asigna aleatoriamente a los pacientes a un grupo experimental o a un grupo de control y les asigna números de identificación al azar. El mismo también codifica los fármacos con números aleatorios concordantes. Ni los pacientes ni los investigadores que supervisan el resultado saben qué paciente está recibiendo cuál tratamiento, hasta que el estudio finaliza y se revelan los códigos. Puede ser difícil alcanzar un doble ciego eficaz cuando un tratamiento es notoriamente efectivo (de hecho, se han suspendido los

estudios en aquellos casos donde las combinaciones de medicamentos en prueba fueron tan eficaces que se juzgó poco ético continuar reteniendo los resultados del grupo de control, y la población en general), o donde el sabor es muy característico, o cuando el tratamiento tiene efectos secundarios inusuales que permiten al investigador o al sujeto adivinar a qué grupo fue asignado. También es difícil utilizar el método doble ciego para comparar intervenciones quirúrgicas y no-quirúrgicas (aunque podría ser aceptable éticamente una cirugía falsa, en la que se usara una incisión simple). Un buen protocolo clínico preverá estos problemas potenciales para asegurar que el doble ciego será tan eficaz como sea posible. ¹⁵⁶

Y por último no he agregado (pues no lo mencionan, en el trabajo original) a la medicina traslacional. Donde la separación entre la investigación biomédica básica y su aplicación clínica ha crecido paulatinamente, y a pesar de una explosión en el conocimiento sobre los mecanismos de los procesos biológicos, esto no se ha traducido en el incremento correspondiente de nuevos tratamientos. En este contexto surge el concepto de medicina traslacional con un objetivo tan fácil de definir como difícil de conseguir: facilitar la transición de la investigación básica en aplicaciones clínicas que redunden en beneficio de la salud. ¹⁵⁷

TEMÁTICA A DESARROLLAR

Informantes Claves: Directores Médicos o Asociados, Directores Ejecutivos, Gerentes o Jefes de Prestación, Gerentes o Jefes de Auditoría, Gerentes o Jefes Contables, Socios y/o Dueños del Efector; siempre que tengan poder de decisión en el mismo.

PRIMERA ETAPA

Presentación, charla informal. Se buscará establecer una relación de confianza con el informante que permita que la persona se abra y manifieste sus sentimientos internos al investigador.

SEGUNDA ETAPA

¿Alguna vez se realizó una evaluación de su empresa o se identificaron problemas presentes o futuros que enfrenta como Efector de salud? ¿Se realiza o realizará registro de datos relacionados con este tema? ¿Cuáles problemas considera importantes en relación con la atención de sus pacientes? ¿Cuáles cree que son las causas o factores que facilitan la ocurrencia de esos problemas (retrasos diagnósticos, errores, aumento de costos)? ¿Las causas o factores predominan en áreas o servicios específicos dentro de su institución o es algo difuso? ¿Los problemas y sus causas le parecen que son característicos de esta institución o compartidos por otras instituciones efectoras (públicas o privadas)? ¿Las causas o factores están centradas en el individuo, la organización institucional o sistema, o el contexto político-económico sociocultural? ¿Se realizan recomendaciones de mejoras cuando se identifica algún problema? ¿Se implementó o piensa implementar un comité de calidad de atención? ¿Cuenta la institución con Normas de Atención (protocolos)? ¿Cumple o ha acreditado normas ISO u otras?, ¿Conoce el programa nacional de garantía de calidad? ¿Conoce la resolución 194/2001 de la SSSalud que plantea que la relación entre efector y financiador no es un mero contrato económico? ¿Le parece que interactuar con el Financiador podría mejorar la gestión? ¿Cómo? ¿Le parece que los contratos o

compromisos generados por los compradores de servicios deberían (explícitamente) promover las prestaciones más costo – efectivas?

TERCERA ETAPA

Se explorará si le resultó de utilidad realizar las reflexiones planteadas en el desarrollo y se indagará sobre la necesidad de realizar más entrevistas para ampliar algunos de los temas conversados.

CATEGORIZACIÓN DE LOS EFECTORES

- TIPOLOGIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
- CRITERIOS DE CATEGORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
- TIPOLOGÍAS DE CAMAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Todos estos en el nuevo marco de la Resolución 900-E/2017 del Ministerio de Salud de la Nación. ⁵

⁵ Fecha de publicación 19/07/2017

ENTREVISTAS

Se invitó a representantes de cada efector, que dieron consentimiento, a una entrevista para dialogar sobre la posibilidad de interacción en la gestión con el financiador y se desgravaron los encuentros. Los informes cuantitativos serán utilizados para analizar en conjunto. Las entrevistas fueron realizadas en el marco de la comunicación eficaz. Se compara qué es lo que busca el Financiador y lo que busca el Efector entrevistado, debiendo persistir hasta definir un acuerdo. La búsqueda de la integración o ENFOQUE COLABORATIVO se orienta a la comparación entre los gastos del financiador en diferentes alternativas de intervenciones sanitarias (tecnologías o modalidades de atención) y sus correspondientes efectos en salud. Esto sería posible con aquellos que acepten realizar la entrevista y escuchen atentamente las observaciones y cambiar conductas, generar nuevos módulos, buscar alternativas (“Care Management” - “Disease Management”) y discutir casos médicos. Aquí la diferencia es el cambio en la conducta del Efector, interpretando al cambio según el Diccionario de la Real Academia Española: (Del lat. cambiāre, voz de or. galo. intr.) modificarse la condición o comportamiento.

AUTOEXCLUIDOS

No aceptaron realizar ningún tipo de entrevista. La respuesta falta de interés, su currículum, que cuesta convencer al médico, su tiempo de trabajo con la OS, dejando claro que el objetivo era meramente económico. Sólo dos prestadores pertenecen al mismo grupo. Esta dimensión nos permite identificar aquellos que habiendo percibido su necesidad integración y/p colaboración con el Financiador, es decir, contienen sus necesidades de por sí. Esto se denomina “autoexclusión”. Las causas pueden referirse a barreras de tipo económico, calidad del servicio, problemas culturales, distancia y otros. No comparten estrategias y lineamientos con diversas Áreas con cuyos equipos de trabajo articula y cogestiona intervenciones conjuntas para la formación de los recursos humanos en temáticas específicas y adecuadas a lineamientos propuestos, tanto como para la implementación conjunta de prácticas de gestión que den solución a

problemáticas específicas de salud de la población. Se pierde el fortalecimiento de estos lazos con la plena convicción de que la continua suma de esfuerzos revitaliza las prácticas de gestión y capacitación para el fortalecimiento de la estrategia de APS. ¹⁵⁸

159

NO COLABORATIVOS

Aceptaron realizar la entrevista. Dejando claro que el objetivo de la atención era meramente económico. Escucharon atentamente, 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. Un solo prestador de los doce pese a su complejidad se dedicó a recusar los débitos y abundar en “capacidad no instalada” (el diálogo estuvo enmarcado en utilizar el pretexto del contrato). Para poder identificarlos, basta con poder identificar analógicamente con las diferencias entre un equipo y un grupo de trabajo la cual parte de las siguientes premisas: Grupo: Si hay desacuerdo, éste causa desagrado y sus miembros tratarán de imponerse. Si el líder titular percibe que puede haber daño, interviene y toma las decisiones. El mal ambiente de trabajo que se genera cuando hay personas que están de mal humor y se convierten en generadoras de quejas que impactan en un ambiente de trabajo “no colaborativo”, ...^{160 161}

COLABORATIVOS

Aceptaron realizar la entrevista. Escucharon atentamente las observaciones aceptaron como eje en cambiar conductas, generar nuevos módulos, buscar alternativas (Care management) y discutir casos médicos. Como veremos las mismas deben ser aplicadas a la “meso gestión” y “micro gestión”. *Ello se interpretó como integración y/o enfoque colaborativo, pero en base a la crítica enunciada en los párrafos anteriores resultan dificultades observadas se definirían como una incorrecta metodología de elección para demostrar la hipótesis.*

Es decir que la fase cualitativa resultaría inadecuada y subjetiva, no obstante, en la práctica y durante el período observado demostró que: Pudo utilizarse un marco de comunicación eficaz. 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 tajada del pastel sino cómo agrandarlo. Que puede desarrollarse un programa mutuo 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 seguimiento utilizan herramientas informáticas que ayudan a integrar las informaciones financieras con las clínicas, creando una visión longitudinal de la historia de salud del paciente.

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. ¹⁶²

Por practicidad en esta segunda y ampliada revisión de trabajo de los módulos haber explicitado las conductas “macro” de los prestadores al pie de los resultados para facilitar la interpretación del lector. Forman un Equipo: Los miembros se escuchan y dialogan con calidad. Las ideas de cada uno son apreciadas. Se define como aquellos procesos intencionales de un grupo para alcanzar objetivos específicos, más que herramientas de dar soporte y facilitar este tipo de aportes. Un ejemplo de esto son las llamadas tecnologías de la información y la comunicación.

En la definición presentada por Cabero y Márquez, se dice que el trabajo colaborativo es una estrategia de enseñanza-aprendizaje en la que se organizan pequeños grupos de trabajo; en los que cada miembro tiene objetivos en común que han sido establecidos previamente y sobre los cuales se realizará el trabajo. Es de suma importancia crear una “comunidad” que buscara el logro de las metas que se tienen en común. El grupo debe de generar procesos de reconstrucción del conocimiento, esto se refiere a que cada individuo aprende más de lo aprendería por sí solo, debido a que se manifiesta una interacción de los integrantes del equipo. Los miembros de cada grupo podrán reconocer sus habilidades y de la misma manera sus diferencias, por lo que se debe crear la comunicación, lograr escuchar y atender cada punto de vista de los individuos; es así como se podrá adquirir el conocimiento y aplicarlo en el desarrollo de los proyectos que se propongan en ese grupo de trabajo. ^{163 164}

RESPUESTA SEGÚN LA FACTURACIÓN

Amerita introducir los criterios de costos como insumos en las decisiones sanitarias. Identificar las mismas como objeto de los procesos de fortalecimiento institucional mutuo. Generar nuevas “lógicas” en el proceso decisorio. La casi totalidad de los prestadores (en este estudio) son privados y de hecho ajustaron sus módulos fundamentalmente en relación a sus costos, la oferta del mercado, las EXCLUSIONES y un nuevo problema para el financiador LA SELECCIÓN DEL CASO MÉDICO, en función económico-financiera

RESPUESTA SEGÚN LA ESTADIA PROMEDIO

Este marco, no se vincula directamente las decisiones sanitarias, sino que el análisis se debe en función de los equipos de “meso y micro” gestión institucional y de la capacidad organizacional. Aquellos prestadores ineficientes: ESTADÍA PROLONGADA SON LOS 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. Con el devenir del tiempo me encontré con un problema propio del Financiador SE ANALIZAN LOS VALORES y no LA EFICIENCIA, por diferentes causas que me exceden.

LIMITACIONES: El promedio de días de estada tiene limitaciones cuando se trata de unidades operativas determinadas, tales como patologías complejas o aquéllas 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.

EL ENFOQUE VA A SER EL FUTURO

- Cambiará la secuencia del flujo financiero.
- Se trabajará prestador por prestador con mecanismos que se dictaminen.
- Debería priorizarse el valor de la estadía por sobre el costo.
- El valor de estada representará la ineficiencia de la gestión global.
- El problema principal podrá ser la ineficiencia sobre el costo
- Comparación entre los costos de alternativas
- Visión de los actores. ¹⁶⁵ ¹⁶⁶

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. Entonces si estamos midiendo las intervenciones de la calidad de vida todo aquello que le permita favorecer la independencia es valioso para el paciente. En cuanto a poder anticiparse al suceso hemos visto que los efectores en lo inmediato son previsibles, rescatando este aspecto (Toma de Decisiones Anticipando el Suceso) como proceso mental: 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.

Será necesario un control prestacional, de calidad e integración y/o enfoque colaborativo (Financiador - Efector) fundado en cómo generar sinergias y ventajas competitivas para lograr mejor Calidad de Atención y reducir Costos. La idea surge de

buscar estrategias mutuas 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. No serán bajo ningún modo, ni reemplazarán a las Auditorías Médicas.

RESPUESTA	% FACTURACION	% ESTADA	Nº EFECTORES
AUTOEXCLUIDOS	20 %	42 %	3
NO COLABORATIVOS	31 %	19 %	5
COLABORATIVOS	49 %	39 %	4

TABLA RESPUESTA, % FACTURACIÓN, % DÍAS DE ESTADA

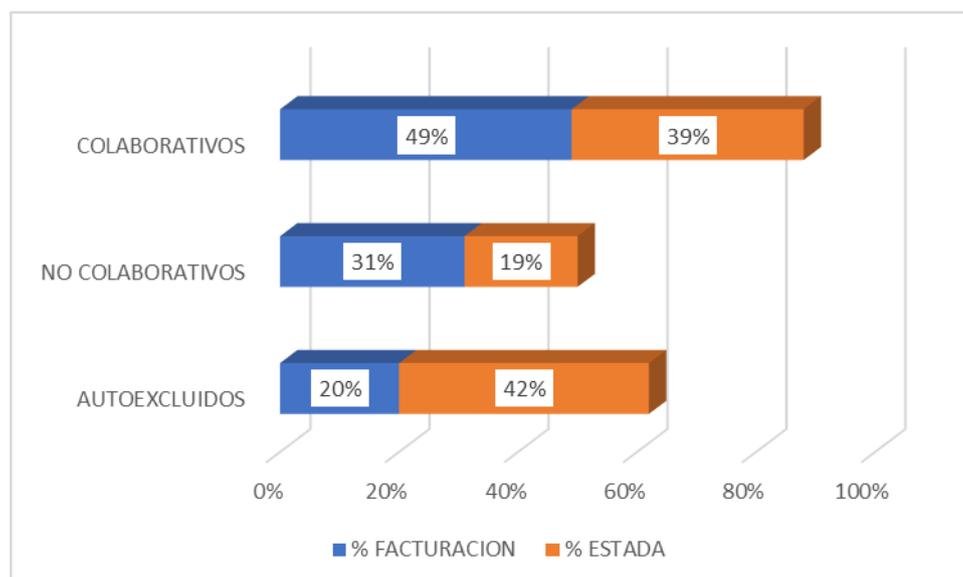


GRÁFICO RESPUESTA, % FACTURACIÓN, % DÍAS DE ESTADA

Observe el lector que aquellos prestadores ineficientes: ESTADÍA PROLONGADA son los que NO ACEPTAN el MÍNIMO CONTACTO. 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 de este indicador es muy grande en función de las patologías atendidas. Como reflejo de 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 aquéllas 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. 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 ^{167 168 169}

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. ¹⁷⁰

CONCLUSIONES

*“El pesimista ve dificultades en todas las oportunidades.
El optimista ve oportunidades en todas las dificultades”
Winston Leonard Spencer Churchill. (1874 – 1965).*

En un sentido práctico “lo que no se mide no se gestiona y lo que se mide mal se gestiona mal”; Expresado en base a un modelo de Contrato que involucra a los Valores y Contribuciones versus la Cuota; como así al método de pago convenido por la provisión de servicios en salud. ¹⁷¹

Es por ello que en este contexto de generan problemas de información a saber:

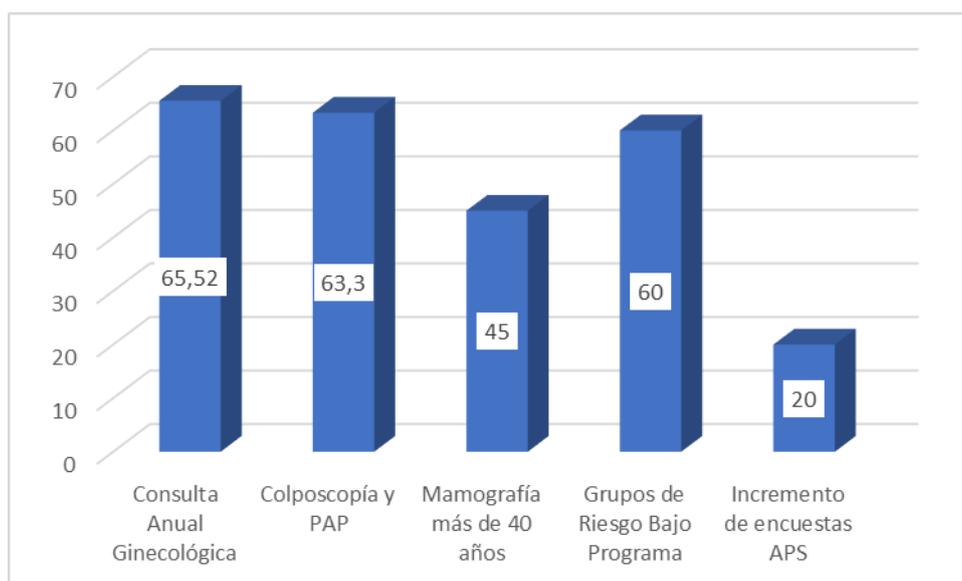
- Asimetría de la Información
- Relación de Agencia
- Financiador como Agente Principal
- Efector (o Prestador) como Agente Secundario
- Delegación del Poder para la Toma de Decisiones



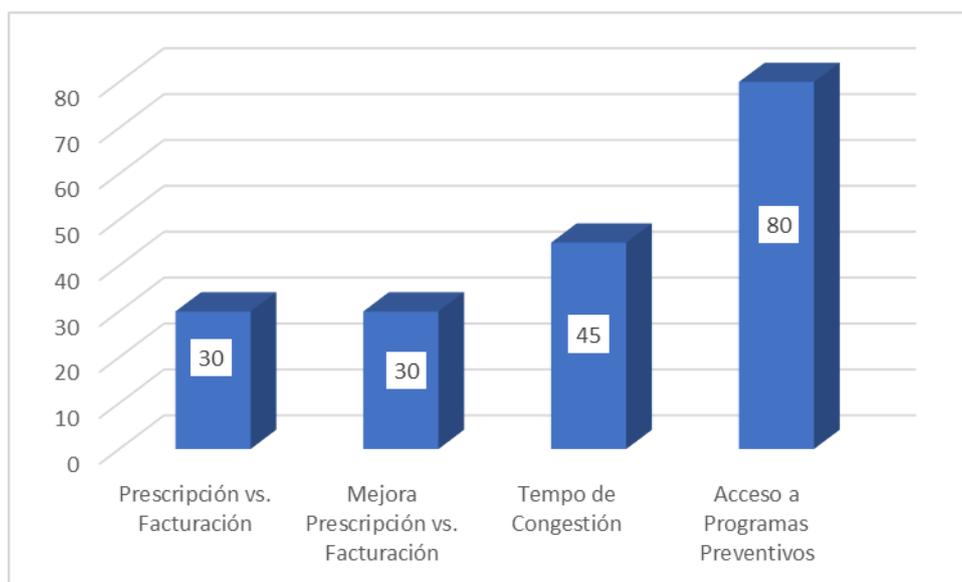
Fuente: Lic. Guillermo R. Oggier, abril de 2015

LOGROS DEL SISTEMA

Se validó el cumplimiento del 65,52 % de la población de más de quince años con una consulta anual, con índice de completabilidad 100%. Se excluyen patologías ginecológicas de seguimiento. Se validó el cumplimiento del 63,30 % de la población de más de quince años con un Papanicolaou y colposcopia anual, con índice de completabilidad 100%. Se excluyen patologías ginecológicas de seguimiento. Se validó el cumplimiento del 45% de la población femenina mayor de cuarenta años con una mamografía anual, con índice de completabilidad del 100%. Se excluyen patologías ginecológicas de seguimiento. Se intensificó la utilización de los servicios de atención primaria de la salud de los prestadores de la red, buscando obtener que más del 60% de la población blanco beneficiaria con factores de riesgo ingrese a población bajo programa en el transcurso del período. Índice de completabilidad del objetivo prestacional 100%. Se confirmó en general que la Atención Primaria mediante datos expuestos y encuestas aumentó un 20% respecto al año anterior en el transcurso del período. Índice de completabilidad del objetivo prestacional 100% con exclusión de patologías de seguimiento. Este es un indicador de Calidad. El tiempo transcurrido entre la prescripción de prácticas en consultas con especialistas y los resultados de los estudios no superan los 30 días en el transcurso del período. Dado que en las razones de cálculo figura la consulta y la fecha de facturación podemos afirmar que en un año descendimos los resultados de los estudios básicos de menos de 30 días en tiempo normal a un máximo de 45 días para estudio de alta complejidad en los picos de atención. Más del 80% de la Población Beneficiaria accedió al conocimiento de Planes, Programas Preventivos, coberturas, prestadores en el transcurso del período. El recurso efectivo de Accesibilidad Comunicacional utilizó diversos instrumentos de difusión, entre ellos Cartillas Médicas vía web o en papel, folletería, volantes, charlas, mail, atención al beneficiario etc.



LOGROS DEL SISTEMA EN %



LOGROS DEL SISTEMA EN % EN RELACIÓN AL TIEMPO

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 o aggiornar los indicadores de la resolución 650/97.

Existen instrumentos de medición con los que cuentan las Obras Sociales y su órgano. 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.

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.

LOS EFECTORES ANTE VARIACIONES DE LA ECONOMÍA

- *Se incrementan las exclusiones de los módulos*
- *Hay criterios de selección de las patologías y los pacientes.*
- *Se incrementa el Costo cuando tienen un buen parámetro estadístico.*
- *Se incorpora la cirugía ambulatoria.*
- *Recurren a la Internación Domiciliaria y al 3er Nivel para casos complejos.*
- *Trabajan sobre la inclusión /exclusión de prótesis y tecnología médica.*
- *Modifican y elevan la formación de los equipos de gestión clínica.*
- *Modifican y elevan la formación de los equipos de gestión pediátrica.*
- *Modifican y elevan la formación de los equipos de gestión neonatológica.*
- *Modifican las técnicas quirúrgicas que tienden a disminuir la estadía.*
- *Incorporan equipos interdisciplinarios.*

EDUCACIÓN MÉDICA Y ECONOMÍA

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. Este último aspecto es quizá el más preocupante de los cambios observados en el perfil profesional del médico en la actualidad.

Esto implica orientar la formación hacia la atención primaria, desplazar al hospital como núcleo único de educación médica y reconocer, en los nuevos currículos, la

importancia de las características sociodemográficas y los problemas de salud prevalentes en nuestra sociedad.

El camino del hospital público presentaba varias dificultades importantes. Por un lado, la gran mayoría de los establecimientos de salud estaba en manos de gobiernos provinciales y municipales sobre los cuales el ministerio nacional no ejercía suficiente imperio como para asegurarse una efectiva colaboración. Por otra parte, el serio deterioro material y humano ocurrido en el subsector a lo largo de años, agravado en el último gobierno militar, suponía un esfuerzo económico gigantesco que el país no hubiera podido afrontar con el quebranto general prevaleciente al inicio del gobierno constitucional.

La idea de utilizar la red que, de hecho, configuraban los prestadores privados es más una hipótesis de análisis actual que una alternativa considerada seriamente entonces, aun cuando muchos de los miembros del equipo y el mismo ministro habíamos estado vinculados a gremios médicos hasta el momento de ocupar nuestras nuevas funciones. La opción por el camino de la seguridad social médica, tal vez inconsciente al principio y recién claramente manifiesta más tarde, puede explicarse ahora como el producto de varias causas de acción simultánea.

“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...”. 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.

Notemos que al momento de redactar el presente y a posteriori de la de la Tesis de Maestría original, en el mismo contexto de las conclusiones y recomendaciones propuestas un Curso de Negocios originado por el Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social y por la Universidad Torcuato Di Tella, plantea tres ejes: ¹⁷²

GESTIÓN DE ENFERMEDAD

La Gestión de Enfermedades constituye una de las áreas que mayor crecimiento e inversión ha experimentado dentro de la medicina gestionada. El objetivo fundamental de los programas de gestión de enfermedades es contener los costes a largo plazo mejorando la eficiencia del mismo y manteniendo un nivel de calidad de la asistencia aceptable y está suponiendo un profundo proceso de renovación en las organizaciones y la metodología de trabajo de las empresas de cuidados gestionados. En este espacio nos proponemos describir los principios y metodología utilizados por la GE, analizar los resultados obtenidos hasta ahora y plantear las limitaciones y oportunidades que este modelo organizativo de la atención sanitaria puede tener en la seguridad social.

MACRO GESTIÓN

En una lógica estructura federal y representativa como la de nuestro país es de suma importancia conocer la visión de los representantes de los tres poderes del estado en relación a la gestión en salud. Nos proponemos conformar una mesa de exposición y discusión en torno a este tema desde la visión del poder ejecutivo, del legislativo y del judicial.

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS EN EL MÓDULO

En la coyuntura actual, el impacto económico de los medicamentos es considerable llegando a comprometer cerca del 40% de los presupuestos de salud en algunos países latinoamericanos. El financiamiento de los medicamentos es crítico y se deben diseñar estrategias económicas para lograr su cubrimiento. Tales estrategias contemplan un amplio rango de elecciones sobre decisiones de política que pueden ser de importancia para el diseño de una política nacional de medicamentos. En este bloque nos proponemos analizar la realidad en relación a la cobertura de medicamentos y su accesibilidad proponiendo esquemas superadores que permitan volver más eficaces y eficientes los mecanismos de asignación de recursos actuales.

EL ERROR MEDICO y NO EL ERROR DEL MEDICO

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.

El primer punto de ruptura es la relación médico-paciente y luego con la familia. Las Historias Clínicas deben cumplir recomendaciones. De todos es conocido que es necesario conseguir una adecuada relación paciente-equipo de salud para lograr un buen control de las enfermedades crónicas. A menudo, esta relación dura años pues las enfermedades crónicas como su nombre indica, perduran en el tiempo y necesitan de un control periódico. Esta relación puede ser para bien o para mal de ambos polos, y tanto médicos como pacientes, necesitan aprender a conducirla de manera mutuamente satisfactoria. Algunos aspectos de esta relación desde la perspectiva de los profesionales de la salud y algunas estrategias para su solución que pueden y deben usar estos profesionales, pero creo que es útil también para los pacientes, pues ayudará a comprender cómo pueden valorar los médicos, ciertos tipos de comportamientos. Quizás una de las situaciones más difíciles de manejar para los profesionales de la salud es la del paciente agresivo, criticón y que constantemente amenaza (y en muchas ocasiones, lo hace realmente) con quejarse a los superiores. Las causas por las que un paciente actúa de esta forma son que ha tenido experiencias de maltrato en otras ocasiones y está predispuesto; Está asustado, temeroso y encubre el miedo con este tipo de comportamientos; Está deprimido por su enfermedad o por alguna otra causa; Es una persona litigante y agresiva habitualmente, que no sabe utilizar otras formas de comunicarse más efectivas; Todas o algunas de estas razones combinadas.

Aquí el médico NO DEBE: Enfadarse y responder con agresividad; Dejarse apabullar por el enfermo, o mostrar que le tiene miedo; Evitar al enfermo, ignorarlo; Tratar al enfermo como si fuera un loco que no sabe lo que hace o dice; Sentirse culpable.

El médico DEBE: Escuchar con atención las quejas del enfermo, intentando descubrir en qué cosas puede tener razón; Tratar de comprender el punto de vista del enfermo, por muy irracional o injusto que nos pueda parecer. Este es el punto de partida para poder lograr una eficaz comunicación; Intentar profundizar en las emociones y creencias del paciente con respecto al origen de su enfermedad y su tratamiento; Suministrar información verídica, comprensible y realista, en un lenguaje que el sujeto pueda comprender y asegurarse que ha comprendido; Si se da cuenta de que rechaza al paciente y se siente incapaz de realizar los comportamientos anteriores, debe transferir el caso a otro profesional.

Cuando médico se da cuenta de que tiene que lidiar con un "paciente tóxico", (y por supuesto no es psiquiatra) debe saber que tiene que actuar rápido. Aunque el mismo tenga capacidades, su comportamiento venenoso indefectiblemente comienza a infectar la relación interpersonal. Resulta imposible dado su personalidad tóxica y psicopática demostrarle que una persona no está por encima, sino a su favor. El costo del enfermo "tóxico" es altísimo: La mayoría de nosotros hemos tenido que soportar a un paciente corrosivo. De hecho, puede ser bueno colaborador y adhesivo al tratamiento, pero su mal comportamiento, el egoísmo, la intimidación, la grosería, su estilo demasiado dominante o simplemente por estar opinando constantemente de un modo enojoso, puede tener un impacto devastador en la moral del tratante. Una experta independiente del Reino Unido Sarah Trota es de las que considera que "el comportamiento perturbador debe ser cortado de raíz". Trota agrega que los equipos médicos deben trabajar duro para prevenirlo. capaces de expresar sus puntos de vista de una manera constructiva". ¹⁷³

COLABORADORES TÓXICOS

solo diré que estos personajes subsisten en aquellos ámbitos donde "La politiquería interna es parte de la organización. Como parte de sus esfuerzos por evitar la presencia de empleados tóxicos, algunas instituciones de salud tratan de eliminar los problemas potenciales en la etapa de la entrevista. La compañía canadiense Royalty On, que administra sistemas de lealtad de clientes para otras empresas, va aún más lejos, y se

asegura que todos los aspirantes a puestos se entrevisten con psicólogos. Bryan Pearson, director ejecutivo de la firma, dice que los psicólogos "son capaces de identificar dónde puede haber factores de riesgo al contratar a un individuo".

RESPECTO DE LA SENTENCIA

Actualmente se observa con frecuencia la divulgación y promoción de supuestos tratamientos realizados no convencionales realizados en nuestro país y en el extranjero, que generan falsas expectativas y son potencialmente peligrosos para la salud. Cualquier uso que no sea el que deba considerarse experimental y/o traslacional; no debe ser reconocido. El no haber demostrado seguridad y eficacia científica, cuando no existe evidencia clínica, ni tratamientos establecidos a nivel nacional e internacional, que hayan demostrado la eficacia ni seguridad al paciente para curar otras enfermedades.

Con respecto a este tema, los comités de ética han manifestado su preocupación frente a "la promoción de tratamientos con no autorizados" y que cualquier uso que "deba considerarse una práctica experimental, con el peligro de una práctica ilegal que puede afectar tanto la seguridad, salud y vida de los pacientes en particular, como a la salud pública, en general".

Muchos procedimientos "son presentados ante potenciales pacientes y a sus familiares con promesas irrealizables de curación y mejora de las enfermedades, a pesar de la evidencia que señala que muchas de las prácticas ofrecidas no poseen efectos terapéuticos comprobados ni siquiera en modelos animales". "Numerosas clínicas en todo el mundo están explotando las esperanzas de los pacientes ofreciendo nuevas terapias para tratar pacientes, generalmente por grandes sumas de dinero y sin una razonable credibilidad científica, transparencia, seguimiento o sin ninguna protección para el paciente".

Es importante destacar que las prácticas experimentales deben realizarse bajo un marco regulatorio estatal que compruebe su eficacia terapéutica y la ausencia de efectos secundarios indeseables. Asimismo, los protocolos de investigación clínica y/o medicina traslacional deben ser gratuitos para los pacientes.

Según la OMS, la concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal causalidad de los eventos adversos a las deficiencias del diseño de la organización y del

funcionamiento del sistema, en lugar de poner la vista en los proveedores o productos individuales. La mayoría de estos casos no se deben a negligencias o a falta de formación profesional, no son problemas individuales, sino que se producen debido a la implementación de estrategias de una determinada organización, de su cultura, de su planeamiento de la gestión de calidad, la prevención de riesgos y de su capacidad para aprender de los errores. Los fenómenos adversos en la prestación de atención de salud son un problema que afecta a cada país, a cada hospital, a cada clínica alrededor del mundo, desde los médicos hasta las enfermeras y los trabajadores de salud. Todos los actores están involucrados, desde el sector público, el Estado, funcionarios, agentes, profesionales, y en el privado o de la seguridad social, obras sociales, prestadores, clínicas, consultorios, clientes, pacientes, usuarios, cada uno con un régimen jurídico diferente y desconocido. Por ello, la OMS ha presentado durante el mes de octubre de 2004 una nueva alianza destinada a reducir enfermedades, lesiones y muertes prevenibles como consecuencia de la atención médica, cuyo lema propuesto, para llegar a todos los rincones de la tierra es “Primero no hacer daño” (First do no harm). Entre un 3,5 y 16,6% de personas hospitalizadas sólo en algunos países industrializados, sufren discapacidades y muertes prevenibles, agravándose en países en desarrollo. Dichas lesiones presentan manifestaciones económicas graves, pérdidas de ingresos, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, pérdida de salarios, gastos médicos reportando un gasto anual entre 6.000 y 29.000 millones de dólares por país.

Esta concepción basada en la seguridad del paciente fortalece la mirada del trabajo preventivo que se plantea, siendo sus pilares:

- La prevención y asistencia interdisciplinaria en “responsabilidad profesional”
- Las redes de asistencia médico legal.
- La construcción de compromisos entre sistema sanitario y sistema judicial.
- El fortalecimiento de la calidad institucional del hospital.
- Hospital: ámbito de respeto de derechos humanos del equipo de salud y pacientes.
- La formación y concientización sobre la cultura de derechos en salud pública.
- La protección y cuidado de los que nos cuidan.
- La construcción de humanidad.

- El diseño de una política correctiva de errores.
- La anticipación y disminución de la conflictividad social en el ámbito sanitario
- La creación de ambientes saludables y seguros.
- La Abogacía preventiva y Mediación. ¹⁷⁴

El “MOOBING” se encuadra dentro del “estrés Psicosocial” y “Trastorno Adaptativo con ansiedad y depresión asociadas”. Mientras la Organización Mundial de la Salud mantiene sus previsiones para el año 2020 donde la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo alerta sobre la posibilidad de destruir a una persona con frases, miradas y actitudes. Mecanismo que no sólo existe en la pareja, en la familia, sino que es un problema serio en las empresas o instituciones. Patologías de la esfera psicológica que tengan sustrato en un “órgano de choque” por ejemplo: úlcera, presión, trastornos vasculares entre otros, ocultan el problema. Las agresiones proceden de la voluntad de desembarazarse de alguien sin mancharse las manos. Avanzar enmascarado es lo propio del perverso. Esto es lo que hay que develar para que la víctima pueda volver a encontrar sus puntos de referencia y sustraerse a la mano de su agresor. Hoy la experiencia clínica fundada en la victimología, sitúa la problemática del lado de los agredidos con el fin de que el acoso que sufren se considere como lo que es: un verdadero “asesinato psíquico”. La víctima vive una situación de la que no es responsable. El tema “acoso moral” es todavía un tabú que se está transformando en un gravísimo problema que afecta a las estructuras en todos sus niveles desde las bases hasta la alta conducción de la profesión, el individuo, la familia y la sociedad toda. Estudios realizados por el FBI sobre asesinos en serie sitúan el perfil psicológico del acosador moral como un pariente cercano de los mismos. Insomnio, migrañas y dolores de estómago son los primeros síntomas. Algunos beben y toman tranquilizantes. El rol de la compulsión profesional, el traslado de la culpa y la judicialización (acoso legal) entre otros son factores del medio.

Como concluye Marie-France Irigoyen en su clásico libro sobre el tema: “Médicos e inspectores de trabajo han confirmado este fenómeno en plena expansión en el hemisferio norte, y han comenzado a denunciar públicamente estos casos. La toma de conciencia colectiva y corporativa es necesaria para que la gente reaccione. Muchos siguen manteniendo a esa gente destructora”. El acoso empieza cuando la víctima

reacciona y no se deja avasallar. Su capacidad de resistir, a pesar de las presiones es lo que lo señala como blanco. No es un proceso vertical con base única en la autoridad sino más bien tangencial. En países como España el 23 % de alta dirección padece de sintomatología. “La empresa en su conjunto se puede convertir en un sistema perverso: cuando el fin justifica los medios, y cuando está dispuesta a todo -incluso a destruir a sus empleados en toda su escala- con tal de alcanzar sus objetivos”. Enfrentamos a un proceso de acoso sin códigos, que no sólo socava la dignidad del recurso humano, sino de la propia estructura laboral. Si el punto de partida es un conflicto entre personas es porque la empresa o la institución lo permite y aunque ninguna Ley regule el acoso moral, se debe imponer el respeto de los individuos. La víctima no llega a darse cuenta de que la están forzando. Se halla como atrapada en una tela de araña, anestesiada, y a merced del que la domina.

El perverso tiene que poder controlar el juego, su víctima no es más que un objeto que no debe abandonar su posición de objeto, y no un sujeto interactivo. Esta es la fase donde el agresor mantiene a la víctima en un estado de estrés permanente. Lo que nos diferencia de los individuos perversos, es que estos actos, en nosotros, son reacciones pasajeras. La noción de perversidad, implica una estrategia de utilización del otro, sin que se produzca un sentimiento de culpa. Los perversos son considerados como sicóticos sin síntomas que encuentran su equilibrio en este proceso.” Si existe un error de la víctima es en no ser desconfiada y en ser leal en cuanto aceptar lo que se le dice al pie de la letra. Frente a una situación de estrés, el organismo reacciona en un permanente estado de alerta, con secreción de hormonas, depresión del sistema inmunitario con una modificación de los neurotransmisores. En realidad, esto no es un problema de los neurotransmisores sino un problema de relación que los altera. Se dirá entonces, que las víctimas nacieron víctimas, se las acusará de ser las responsables y a la hora de tratar de resolver lo irresoluto se generará un aislamiento que las llevará a la soledad. DSM-IV lo define como el trauma generado que afecta a funciones como la conciencia, la memoria, la identidad o la percepción. Una vez que el proceso de acoso ya se ha establecido, es difícil que se detenga de otro modo que con la marcha de la víctima. Los medicamentos sólo salvan el pellejo.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en un anexo a la declaración de principios relativos a las víctimas, las define como violaciones en materia de derechos

humanos. Otro libro significativo cuya autora es de nuestro país, resulta ser el de la Lic. Diana Scialpi donde la violencia es considerada una epidemia soslayada que, en un futuro próximo, superará a las enfermedades infecciosas como causa principal de morbilidad. El enfoque de salud pública aborda las causas y las consecuencias de la violencia, hace hincapié en la acción colectiva y considera prioritaria la prevención. La autora explora el territorio de la administración y desenmascara conductas violentas habituales a través de una muestra intencional de casos, propia de los estudios exploratorios. Esta investigación es pionera del fenómeno de la violencia laboral institucional (político burocrático). Quienes trabajamos en el área de la salud tenemos la obligación ética y científica de reconocer y alertar sobre estas patologías, y actuar siempre que sea posible desactivando así la relación perversa, así como introducir modificaciones, en el ámbito laboral profesional o familiar donde se manifieste. Y sobre todo los que tenemos alguna responsabilidad en el manejo y liderazgo de equipos de trabajo, debemos estar informados a fin de poder detectar y evitar estas posibles situaciones fundamentalmente manteniendo un bajo nivel de conflictividad.¹⁷⁵

No podremos pensar en Salud o aggiornar nuestra gestión si no avanzamos sobre temas necesarios, sobre todo de calidad y ética como el ERROR MÉDICO. La documentación médica comprendida en lo que comúnmente se denomina “historia clínica” no se encontraba regida por leyes específicas en el país hasta la promulgación de la Ley 26.529 el 19 de noviembre del año 2009. Pero la ley no se limita a la historia clínica: también ejerce su influencia como “estatuto de derechos” de los pacientes en relación al sistema de salud y los profesionales del sistema sanitario. Los invito a perfilar el mismo dentro de un breve –pero necesario– marco teórico.¹⁷⁶

Se denomina Evento adverso en Salud, a una injuria causada por el manejo médico (no del médico) independiente de la evolución de la enfermedad del paciente, mientras que Error propiamente dicho, es el evento adverso prevenible y Negligencia, es el evento adverso que satisface criterios legales para la misma. Todo el proceso de análisis del Error Médico lleva un paso inicial, dado por la Epidemiología, debiendo considerar el diseño de “Estudios de referencia basados en la revisión de un gran número de Historias Clínicas” como una definición operativa de Evento Adverso, el Juicio crítico y objetivo del investigador sobre existencia del Evento Adverso y su posible y/o probable previsibilidad.

Ahora bien, sobre un marco de hipótesis pura, sabemos previamente por estudios mundiales, que los eventos adversos se objetivan sobre un 3% y un 15 % de los pacientes hospitalizados, y que aproximadamente un 50% serían prevenibles. Estos se clasifican por practicidad según categoría clínica o diagnóstica, especialidad y lugar de ocurrencia. Los errores por omisión serían más frecuentes que los errores por comisión. Siguiendo con el mismo ejercicio introductorio, sabemos también de sus posibles consecuencias, hecho que debe importar a quienes tomamos las decisiones en salud. Dichas consecuencias son: 1) Prolongación de la hospitalización 100%; 2) Grupo de patologías que generan Discapacidad menor 1,5 a 8,5%; 3) Otro que genera Discapacidad mayor 1,7% y 4) por último Óbito 0,3%. ¹⁷⁷

El Error Médico es un tema “tabú” por existir las “barreras” como la educación, la organización de la práctica médica y la concepción del error centrada en el individuo. Es por ello que los errores son inaceptables y constituyen una falla personal, dentro de este pensamiento común. Además de la ausencia de ámbitos apropiados para la discusión, el temor a la demanda legal y por último la difusa evidencia sobre la relación entre calidad de la relación médico paciente y la consecuencia del Evento Adverso con el riesgo de demanda. Un esquema epidemiológico debe contar con sistemas de reporte que se pueden enunciar como: Mandatarios vs. Voluntarios, Internos (individuos) vs. Externos (organizaciones) y Tipo específico vs. Generales. Mencionaremos brevemente las características institucionales del sistema de reporte: a) Seguimiento de todos los pacientes clínicos y quirúrgicos por médicos internos; b) Existencia de registro de los pacientes hospitalizados en base de datos médica; Carga de base de datos a cargo de médico responsable nominal del paciente, al alta. ¹⁷⁸

Un sistema de reporte debe establecer una clasificación mínima a saber: a) Infección intrahospitalaria; b) Diagnóstico erróneo o tardío; c) Tratamiento erróneo o tardío; d) Error Médico por drogas; e) Error Médico en relación con procedimiento quirúrgico; f) Error Médico en relación con procedimiento médico diagnóstico o terapéutico no quirúrgico; g) Error Médico en relación con cuidados de enfermería y h) Otros no incluidos en las categorías anteriores. Todo este proceso tiene, para concluir, oportunidades de acción que son, en síntesis: las Actividades de difusión en instituciones médicas, el Desarrollo de un sistema de clasificación de Error Médico de referencia y el Desarrollo de programas de vigilancia de Error Médico multicéntrico

tanto en financiadores como en prestadores y en todo el ámbito del sistema desfragmentado de la salud. Para ello se utilizan la Evaluación interna sistemática de la ocurrencia de Error Médico en las instituciones, el Monitoreo de las Historias Clínicas de pacientes con estadías prolongadas y el Mejoramiento de sistemas de reporte de eventos de riesgo legal.

Mucho se ha hablado de la Relación Médico Paciente y el Respeto Mutuo. En realidad, todo se fundaría en Realizar y Documentar el consentimiento informado. Es decir, el sublime acto o cadena de actos por el cual el Equipo de Salud revela información. Es decir que explica el diagnóstico y el tratamiento aconsejables con palabras simples, da elección cuando hay opciones, marcando expectativas acordes a los resultados esperables. Muchos desvíos a este proceso se presentan inmersos como una “mancha” que se expande con el fin de enmascarar y desbaratar en la realidad el acto médico puro y la capacidad del criterio médico en cuanto al arte de saber hacer. Ellos son la comprensión, la voluntad y el consentimiento, la capacidad de consignar la información y la decisión por escrito, las condiciones laborales, el entorno indigno y la denominada “litigiosidad indebida”.

Antaño, el médico fue considerado una persona con dotes casi mágicas, respetado por conocer y poder solucionar los problemas de salud de la población. La gente jerarquizaba en primer lugar el tener un cuerpo saludable, no comparaba la posibilidad de atención médica con el hecho de adquirir un bien material. Estar sano era irremplazable, y el pago al médico era incuestionable. Esa misma población antes agradecida, hoy no reconoce la medicina como una ciencia inexacta con posibilidades de resultados no buscados ni deseados; no acepta el genio propio de ciertas enfermedades o los efectos adversos de ciertos tratamientos, y así, cuestiona impunemente al profesional a cargo del paciente y busca un castigo hacia aquel que no lo merecería. Se evidencia un deterioro en la relación médico-paciente, de la cual si bien el término literalmente compromete sólo a dos personas: el paciente y el médico, no son sólo ellos quienes determinan las características de la misma. Tanto el médico como el paciente son víctimas de un sistema, donde el médico es responsable por la asistencia del paciente, pero no son quienes definen las reglas de juego. ^{179 180 181}

En materia de judicialización de la salud, el Registro Nacional de Juicios de Amparos en Salud con la información que deberán brindar las Obras Sociales podría aportar información estadística clara para tomar las decisiones que correspondan, porque los jueces muchas veces priorizan el derecho individual frente al derecho colectivo. El principio de LIBRE ELECCIÓN, por el caso individual y el puro convencimiento afecta la SOLIDARIDAD del sistema.

SUPERAR LA EXTREMA TURBULANECIA

Inspirado en una ponencia de Xavier Gimbert de principios de año denominada “Gestión estratégica en entornos de extrema turbulencia. El caso de las empresas argentinas”, surgen en el marco de la administración de los diferentes sistemas y servicios de salud, una interesante tormenta de ideas para reflexionar ya sea desde el entorno del financiador como del prestador, independientemente del subsector de la salud que se encuentre. Tras más de 30 años de escuchar el hablar de crisis (que significa cambio); De la incertidumbre que siguiendo a Ortún Rubio: es una falla de tipo positivo, que equivale a la falta de información, y entre otras a la asimetría de la misma. Hoy suena al lego como una nueva cosmovisión o cambio paradigmático el contexto de extrema turbulencia para definir la situación actual. Sin entrar en consideraciones político partidarias y sí sanitarias, nuestro análisis debe girar en un principio en torno a las empresas argentinas que sobrevivieron al cerco padecido hace unos años, sino que salieron reforzadas de él. Estructurando el texto histórico, económico y social del país, y comparando sus semblanzas y divergencias con la situación económica mundial a modo de ejemplo. Es de mucha utilidad tener presente los modelos estratégicos a seguir y, por último, tener en cuenta que estos contextos pueden hacer que nuestro emprendimiento sanitario salga reforzado del entorno descripto, no por una especulación, sino por una gestión estratégica aprehendida. Para contextualizar el momento económico mundial la mayoría de los economistas ratifican que «nunca más dejaremos de estar en momentos turbulentos», refiriéndose al estado de cambios, rápidos e impredecibles, en el que viven las empresas actualmente. Para sufragar las turbulencias es clave quedarse con poca información, que sea clave y que esté bien interrelacionada. Esta información por medio de los modelos estratégicos, que analizarán variables como el entorno, el análisis interno o las posibles alternativas... nos llevará al camino que se debe seguir.

Aquí se debe poner énfasis en la misión de las empresas: “La misión, es decir, a qué nos dedicamos, es indispensable para tener éxito. De ella dependerá a qué sector nos dirigimos y qué público tenemos como target”. De esta manera, la importancia de un buen análisis de mercado, pues, conociendo sus segmentos, se consigue discriminar las estrategias de mercado erróneas. “Hay una estrategia de mercado por segmento. Si nosotros nos dirigimos a dos segmentos del mercado, deberemos determinar dos estrategias distintas”. Esto nos recuerda a la estrategia de Marco Lógico donde El fin es uno o único por marco lógico y además tiene la característica de que no se cumple en un período corto y no depende exclusivamente de nuestras acciones. Por último, para ejemplificar el caso de las empresas argentinas, volviendo a la exposición de Xavier Gimbert tomamos el ejemplo: “Empresas argentinas como IBM salieron reforzadas de un contexto turbulento por tomar estrategias y acciones adecuadas.” Amerita el desarrollo de un modelo de gestión pensado y posteriormente aplicarlo a una situación de extrema turbulencia; tomando las decisiones estratégicas y organizacionales de las empresas que no solamente superaron un contexto previo, sino que mejoraron ostensiblemente su posición competitiva a partir del momento de extrema dificultad. La experiencia debería aportar ideas a las compañías del mundo para afrontar las dificultades del presente. Surgen dos propósitos: }

Tratar de describir algunos rasgos de un posible escenario de la organización de los sistemas de salud que resulta de tendencias ya observables, y las características del ejercicio de la función de dirección que este exige y provocar algunas reflexiones en torno al papel del directivo que, como tal, es y será responsable, en una buena medida, de ese futuro. 182 183 6 7 184

6 *wobi.com No existe estrategia efectiva sin propósito poderoso. Marcelo Tedesco.2013. Expert in strategic planning and business transformation.*

7 *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Edgar Ortégón, Juan Francisco Pacheco, Adriana Prieto. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Área de proyectos y programación de inversiones. Santiago de Chile, julio del 2005.*

ENFERMEDADES CATÁSTROFE

Estos programas deben estar articulados de manera que aporten significativos impactos sanitarios, teniendo en cuenta el beneficio económico para todos (principalmente el paciente y su familia). En este siglo 21, todos los días la industria farmacéutica imponen tratamientos, que sugieren alta curación, muchas veces cercanas al 95 % o más, con períodos no mayores a un año, y que hace necesario su evaluación. No escapan al lector las graves consecuencias que estas enfermedades crónicas tienen sobre los sistemas organizados de salud; de allí que surgen espontáneamente contrapropuestas que ponen especial énfasis en la detección, registro y tratamiento de los enfermos, como única vía posible de prevenir complicaciones que demanden prestaciones asistenciales de mayor complejidad.

Igualmente es necesaria una contribución a la gestión eficiente de los recursos, del arsenal logístico, para una evaluación clínico-terapéutica donde una vez puesto el sello, se hace necesario (una auditoría de segunda opinión médica, para el control de gestión de los insumos. Debería implementarse con herramientas como una prolija base de datos y registro electrónico de prescripciones un Programa de Control hasta tanto no se desarrolle en nuestro país una agencia gubernamental. Esto es un Programa de Asistencia y Tratamiento.

Un programa por lo tanto debería definir: El impacto de la enfermedad, su cronicidad, su crecimiento y si las características de transmisión están ligadas a factores sociales, culturales y económicos. Si se trata de una epidemia o pandemia, si es responsable de otras patologías, su mecanismo fisiopatológico, la cantidad estimada de afectados y la presencia de predictores útiles al diagnóstico tanto en su especificidad como en su sensibilidad.

En cuanto al tratamiento la justificación, la evidencia, y los factores de Efectividad y Seguridad son elementales. Frente a muchos arsenales terapéuticos disponibles deberá tenerse evidencia científica sólida en cuanto a erradicar o contener el proceso, la respuesta sostenida, y detectar quienes por diferentes razones no obtienen una respuesta útil.

Un programa con estrategia de gerenciamiento se basa en la detección temprana, diagnóstico de certeza, tratamiento óptimo y seguimiento evolutivo como los cuatro

pilares básicos sugeridos, además el uso de prescripciones sistematizadas, mediante el cual cada efector autorizado puede solicitar la medicación correspondiente, previa auditoría de una segunda opinión médica.

EL PESO DE LA MASA LABORAL

La nueva gestión de la Superintendencia de Servicios de Salud (2016) ha realizado dentro de lo que este humilde médico considera un CAMBIO DE PARADIGMA SANITARIO una reparación histórica desde la Presidencia y el Ministerio de Salud. La deuda mal denominada subsidio pues de acuerdo a las leyes 23660 y fundamentalmente 23661 corresponde un flujo del dinero sobrante a los actores correspondientes entre ellos los Financiadores de las OBRAS SOCIALES ¹⁸⁵

Las dos políticas sustantivas del siglo 20 se fundaron en un bipartidismo que se balanceó entre la mística de la militancia y el caudillismo silente por el otro lado. Mientras el Consejo Federal de Salud, encargado de coordinar las políticas con todas las provincias; se redujo a un ámbito de catarsis y negociación tácita de la coparticipación de los programas de financiación externa. Pero en todos los Efectores es donde debe estar presente el Estado con dos funciones sustantivas: La solidaridad y por el otro una más técnica que es el costo /utilidad. (la equidad) ^{186 187 188 189}

Debemos reconocer que el costo no es una función administrativa contable sino una función de producción en la organización. La necesidad de calcular los costos no nace en determinar el costo unitario para cerrar inventarios o el costo total para cerrar resultados; nace de la necesidad básica de sostenibilidad y supervivencia de la organización. Existen sólo dos opciones para sostenerse y supervivir, que son manejar los ingresos y manejar los costos. Los ingresos son manejables, pero hasta cierto punto solamente, porque dependen de su variable principal que para el caso del financiador Obra Social es su paritaria sumada al volumen de aportes. Los ingresos de las Obras Sociales no son controlados por sí mismos, y por mucho esfuerzo de mercadeo que se le imponga, como financiador no pagará más que lo que esté dispuesto en relación al ingreso y a los valores promedio del mercado. Los costos son manejables en dos aspectos: los directos mediante combinaciones de uso y origen (cambios en las recetas o cambios en proveedores) y cambios en la estructura (la organización, el cómo se hacen

las cosas y quién las hace). Para lograrlo, hay que enfocar la tarea de los costos a nivel de toda la organización y no solamente de las necesidades contables. Es recomendable hacer depender la función de costos de los departamentos productivos o del más alto nivel, para que puedan enfocar su accionar hacia todos los detalles en todos los departamentos productivos y de apoyo. Reconocer que los costos deberían ser una preocupación corporativa global, y no solamente de los niveles altos de dirección es un excelente plan. Por lo tanto, debería ser socializado, explicado, confrontado también con técnicas globales. Se deberían crear grupos en todo el personal para analizar las maneras de cómo se trabaja, los recursos que se usan, etc. No basta con tener normas de calidad de cualquier tipo, hay que lograr involucrar al personal en el objetivo de reconocer, denunciar, luchar contra los costos. La lucha contra los costos tendría que ser el eje de liderazgo por el nivel más alto de la empresa. Y recalamos este concepto: es muy distinto al de encargar, ordenar, comandar, monitorear. Esto implica crear organizaciones internas que se encarguen de los costos, programas de socialización y manejo, incitar la emulación entre las unidades, facilitar el acceso a nueva información, capacitar en técnicas, y monitorear estrechamente todo este aspecto crucial de la actividad empresarial.

Una Obra Social tiene gastos fijos definidos por Ley como el administrativo. Pero en muchos casos el desenvolvimiento económico de las Obras Sociales es insuficiente para cubrir adecuadamente los gastos requeridos para la implementación de las prestaciones demandadas por sus afiliados. Nos debemos preguntar: ¿Disminuyó la recaudación por falta de aportes de los empleadores?; ¿Resulta insuficiente el ochenta por ciento (¿80%) de la recaudación para cumplir adecuadamente las prestaciones médicas?; ¿Los recursos de amparo injustificados desfinancian aún más el sistema? Por último, tener siempre presente las palabras de Alberto Einstein: No esperes lograr distintos resultados si sigues haciendo siempre lo mismo. Esta verdad debería ser la columna vertebral de una Política de Costos orientada hacia la productividad. Las medidas del sistema como respuesta a la crisis, a la incertidumbre y los contextos turbulentos deben ser claras:

PRESTACIONES POR PRESTADOR.

Un sistema operativo ágil, requiere de un método de observación, proyección, armado y ejecución concreta. Todo este proceso debe tener presente y aceptación de antemano, la

utilidad de prueba-error, que es lo único que permite la flexibilidad del crecimiento. 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. El prestador debe saber que en la Obra Social hay un profesional que entablará una discusión puntual científica ante una propuesta de prestación y diferentes criterios médicos (es frecuente que esta condición sea desconocida o minimizada). 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.

190

LA AUDITORÍA DEL SIGLO 21

Esto permitirá la formación de profesionales médicos para ejercer funciones específicas e integrarse a los equipos de atención de la salud, tanto en establecimientos públicos como privados, como así también a instituciones prestatarias, financiadoras o efectoras de salud de la Seguridad Social, subsector público y/o privado del sistema de salud argentino. La aprobación de la carrera además de formar recurso humano para su inserción laboral futura, permitirá que muchos profesionales que hoy ejercen actividades propias de la especialidad puedan tener la posibilidad de actualizar y sistematizar sus conocimientos y habilidades mediante la realización del programa de la especialidad con lo que, seguramente, tendrán oportunidad concreta de mejores posibilidades de desarrollo profesional y laboral. ^{191 192 193}

Como corolario y por no extenderse: El creciente y constante aumento de la demanda prestacional obliga tanto a las Obras Sociales, Empresas de Medicina Prepaga y a los Organismos Financiadores a consolidar un modelo de gestión, eficiente, efectivo y eficaz, que contemple además la aparición de nuevos escenarios, tanto en los cambiantes marcos normativos como en la presentación de nuevos paradigmas en los abordajes prestacionales, posibilitando no solo elaborar la respuesta más adecuada a la demanda, si no, y no menos importante, bajar sustancialmente el nivel de litigiosidad.

UN AUDITOR DEBE SABER

¿Se encuentra preparado para la evaluación de la calidad de los servicios prestacionales?

¿El modelo de Auditoría existente responde a las nuevas y crecientes demandas?

¿El inminente crecimiento de la demanda prestacional, encuentra un correlato en el recurso del que disponen los entes financiadores?

Es aquí que el autor encuentra sinonimia de sus conceptos en cuanto y en tanto a: Concebir un programa de Control Prestaciones, de Calidad e Integración (Financiado - Efectivo) fundado en Cómo generar sinergias y ventajas competitivas para lograr mejor Calidad de Atención y reducir Costos. La idea surge de buscar estrategias mutuas 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. Entiéndase que como lo realizará esta Dirección, en conjunto con referentes claves de las Instituciones Efectoras (Dirección, Jefatura de Auditoría Médica, etc.). No serán bajo ningún modo, ni reemplazarán a las Auditorías Médicas. (*Mg. María de los Ángeles Domínguez - directora del CEDIS – ISALUD - 2017*)

PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (PMO)

Se destacan: Los Programas de Prevención, PMI, Ley Nacional de Discapacidad. Ley 26558. Ley 26862, y su Decreto Reglamentario N° 956/2013 y Ley 26743. Este Programa de Salud se refiere al Conjunto de Prestaciones esenciales que deben garantizar los Agentes del Seguro a sus beneficiarios. Es de carácter obligatorio para los Agentes del Seguro de Salud, quienes no son meramente financiadores del sistema, sino, y por, sobre todo, responsables de la cobertura de salud de la población beneficiaria. Se cumplen fundamentalmente en el momento de la consulta médica teniendo en la relación médico paciente el principal puntal de la prevención.

Por ejemplo, el costo unitario de cada una de las prácticas, las tasas de uso y la relación entre consultas (la puerta de entrada al sistema) y las prácticas de diagnóstico. El costo final por afiliado; (total facturado incluyendo los montos parciales y dividido por el padrón total de afiliados), esto da una cápita real en pesos resultando un valor muy consistente con los cálculos que hicieron otras Obras Sociales y ONG de estimación del

costo del PMO a la actualidad. Pero si lo ponderamos por cada prestación para detectar los desvíos seguramente se eleva un 17,9%. Estas expresiones se basan en un informe especial realizado por el Grupo de Trabajo Publicado de los Dres. Ernesto van der Koyy col. el Costo por monto del PMO, sin considerar los gastos de administración, fue estimado en ese valor que comparado con el resultado obtenido en julio de 2014 ha significado un incremento en un año calendario (julio 2014/ julio 2015) del 42,64 %. Si lo comparamos con los ingresos que tienen relación con la paritaria nacional del sector resulta deficitario.

El ministro de Salud de la Nación, encabezó la apertura del 2º Congreso de Salud de los Trabajadores, organizado conjuntamente por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (SSS) y el Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social (IISS). En ese marco, el titular de la cartera sanitaria reflexionó sobre algunas de las políticas de Estado en materia de salud. "El Estado va a ser el primero en ponerse detrás del objetivo de lograr una cobertura universal en salud y de ser el seguro de los que no tienen otro seguro", ponderó al manifestar que el sistema de seguridad social también "forma parte ineludible de esa cobertura universal, al igual que el sector privado y fundamentalmente el sector público". "Para eso es necesario que los tres sectores antes mencionados se unan "con el ánimo de bajar la fragmentación y la segmentación del sistema de salud que nos permita llevar adelante una política de diálogo, consenso y alianzas estratégicas". La futura creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud, como "un punto clave para todo el sistema de salud". Dicha agencia "complementaría la acción de la ANMAT tratando de ver si un nuevo medicamento, nuevas patologías con nuevos procedimientos o nuevas organizaciones para la atención de la salud tienen solvencia y peso científico y fundamentalmente puedan indicarnos cuáles de ellas deben ser cubiertas por la solidaridad social". Por último, Lemus hizo referencia a "la atención primaria de la salud, vista desde sus cuatro perspectivas". Al respecto, aseguró que "el primer nivel de atención, el derecho a la salud, la reorganización del sistema de salud y el conjunto de actividades donde predominan las medidas preventivas sobre las de tratamiento siguen siendo nuestro norte". El titular de la Superintendencia de Servicios de Salud destacó los principales ejes de su gestión y se refirió a la necesidad de replantear el modelo de financiamiento

porque no se está cumpliendo con la ley de discapacidad. La revisión y actualización del Programa Médico Obligatorio (PMO) es otro aspecto clave que se concretará este año. Se refirió a la "necesidad de replantear el modelo de financiamiento porque no se está cumpliendo con la ley de discapacidad."

INCLUSIONES INDIRECTAS

En las Obras Sociales las prestaciones de discapacidad se postergan en favor de otros temas que se presentan como más urgentes, (por ejemplo, casos de leucemia)." Y precisó, "para evitar esta situación, el proyecto que se está planteando es pagar la prestación de discapacidad directamente del Fondo Solidario, de forma automática." Desde el año 2002 comienza a retenerse indebidamente fondos, siendo el año 2012 el más crítico en el cual se retuvo un 77% de los recursos de los trabajadores. En el consolidado de todo el periodo expuesto, el promedio de la retención ha sido del 40% de lo recaudado. La propuesta es volver al régimen pleno de las leyes 23660 y 23661 dado que por Decreto 507/93 la Superintendencia perdió la Autarquía. Esta situación se hizo particularmente crítica a partir del año 2002 y se mantiene hasta la fecha. Al 30 de diciembre de 2015 el monto acumulado asciende a la suma de \$ 28.748.028.772.

Obsérvese que desde el año 2002 comienza a retenerse indebidamente fondos, siendo el año 2012 el más crítico en el cual se retuvo un 77% de los recursos de los trabajadores. En el consolidado de todo el periodo expuesto, el promedio de la retención ha sido del 40% de lo recaudado. Por Decreto 507/93 la S.S. SALUD perdió la Autarquía consagrada en las leyes 23.660 y 23.661 incluyéndose además su recaudación dentro del presupuesto nacional. Esta situación generó un gran perjuicio para la Seguridad Social, entre otras cosas porque el Estado retuvo indebidamente parte de los fondos provenientes de los aportes y contribuciones de los trabajadores destinados a financiar las asimetrías del sistema.

Las Obras Sociales deberían utilizar la plataforma digital para informar mensualmente el listado de pacientes y las prestaciones que reciben los mismos del "Sistema único de prestaciones para personas con discapacidad". La SSSalud auditará los listados e informará a la AFIP los montos que se deberán transferir del FSR a cada Obra Social. Las Obras Sociales deberán abrir una cuenta de aplicación específica y exclusiva para recibir estos fondos y solo podrá ser destinada al pago de prestadores de discapacidad.

Recuperando en el nuevo contexto los recursos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) que fueron retenidos durante años las Obras Sociales solidarizan el sistema, al

destinar 8.000 millones de pesos para la estrategia de la Cobertura Universal de Salud”, que a criterio del autor puede corresponder a un flujo hacia el sector público y participación del mismo. De este modo, el componente solidario trasciende a los beneficiarios de la seguridad social y se extiende a quienes no tienen cobertura, marcando un camino para la integración de la seguridad social con los hospitales públicos. Este hecho a criterio del redactor, debería cumplimentarse con el fin de la expulsión de los pacientes (sobre todos aquellos que por la “emergencia” acceden al Hospital Público

También se creó a través del Decreto 908 un Fondo de Emergencia y Asistencia de 4.500 millones de pesos, para brindar asistencia técnica y financiera a Obras Sociales, por ejemplo, ante situaciones de epidemias, programas de prevención aprobados por la Superintendencia, adquisición o remodelación de efectores propios. Muchas Obras Sociales deberían sobre todo en lo informático y capacitación adecuar su administración y otras que ya están trabajando en un proceso de reconversión y remodelación.

Si los recursos son de los trabajadores, y la obligación es cuidarlos deberá concientizarse a los médicos y a las instituciones LA NECESARIA CONCIENTIZACIÓN SOBRE LOS COSTOS EN SALUD.

Hace mucho tiempo que se declama en generar una ley que permita sostener el equilibrio entre el componente solidario de las obras sociales y el derecho adquirido de los beneficiarios a elegir por una de ellas. Si, el objetivo es repensar el modelo de revisión del financiamiento del PMO desde el FSR.

EL MECANISMO DE INTEGRACIÓN

Luego de hablar del enfoque colaborativo del financiador - efector y de los flujos dinerarios, me pregunto si no será el mecanismo de integración la puntada inicial en el nuevo cambio sobre el cambio (valga la licencia y la redundancia de la expresión). Por ejemplo, ya el PES 2017 proponía que, *para superar la fragmentación del sistema de salud, avanzando hacia su INTEGRACIÓN y logrando un uso racional, eficiente y sostenible de todos los recursos de la sociedad y el Estado. (página 18).*

- Integración Social.
- Integración del Sistema de Salud.
- Modelo de integración vertical.
- Déficit de Camas

... “Que involucra la financiación de la oferta donde la asignación se realiza en función de modelos retrospectivos como los presupuestos históricos. En las dos últimas décadas del siglo XX, muchos países buscaron abandonar esta forma de asignar recursos porque no incentiva un aumento en la eficiencia como resultado de una mayor producción e incorpora costos fijos. Sin embargo, utilizando de forma adecuada la programación de la atención, la integración vertical puede constituir una oportunidad para obtener conquistas en términos de eficiencia y eficacia. Este es uno de los motivos por los cuales en la actualidad son varias las obras sociales y empresas de medicina prepaga que están construyendo o comprando clínicas y sanatorios”. ... (sic) ^{194 195}

... Acordemos en promover la cooperación y no competencia entre prestadores. “La primera característica distintiva de los sistemas provinciales es que partirían de la integración vertical entre prestador y asegurador y de un modelo de provisión directa complementado donde haga falta, con una contratación selectiva de proveedores. La segunda característica es que tiene mayores restricciones en la elección del prestador por parte del paciente” ... (sic) ¹⁹⁶

... debemos promover y aggiornar una Ley Nacional de Salud... “a la cual deberán suscribir todas las provincias. Este es el único camino para lograr que el modelo de provisión pública y el modelo de aseguramiento por medio de obras sociales y prepagos tiendan a integrarse garantizando respuestas equivalentes en acceso, calidad y resolutividad (sic). “...

Aquí la breve pregunta es si estamos hablando de lo mismo, si los integrantes del sistema, ya sean públicos y/o privados ya fuere en la Macro, Meso o Microgestión estarán de acuerdo. *¿No será que nuestro sistema de Salud y específicamente la Seguridad Social no está confeccionada a nuestra propia imagen y semejanza?* El Estado y todos los integrantes de la República nos enfrentamos a dicho dilema. (por lo menos este redactor, lo hace)

Además, el poder de las entidades gremiales (de trabajadores, médicas, y de las propias entidades efectoras) tiende a variar de acuerdo a la estructura del mercado. En zonas donde existe una sobreoferta de establecimientos, como la región metropolitana, la fuerza para negociar de estas asociaciones tiende a ser menor que en otras regiones del país donde los prestadores están más concentrados. Sin embargo, en la ciudad de Buenos Aires existe un importante déficit de camas que está inclinando el poder de negociación hacia los prestadores, lo que ha llevado a algunos financiadores a construir o ampliar clínicas y sanatorios.¹⁹⁷

Así somos, pero las fundamentaciones de los procesos en salud tienen en mucho que ver con la inversión, la inversión correcta, relacionada al costo. En el momento histórico que se escriben estas líneas percibo que han pasado administradores gubernamentales que desde el estado han utilizado varios mecanismos distributivos del FSR. Los destinos, los resultados, los procesos y la historia de los mismos suponen que para muchos y -hasta el momento- no se haya encontrado el camino correcto.

En otra instancia la producción y/o generación de excedentes del Fondo Solidario, (que no son otra cosa que recursos genuinos de la Seguridad Social, aportes y contribuciones de empleadores y trabajadores destinados a salud sin distribuir), no sólo violaría las disposiciones de la ley sino que se transforma en un recurso cual “botín de disputas

políticas” de posiciones que lejos están de tener en cuenta las verdaderas necesidades prestacionales de los beneficiarios de las obras sociales.

Los sistemas de distribución por subsidios o reintegros a prácticas determinadas incluidas en resoluciones que imponen una determinada tramitación han demostrado su ineficiencia. Si se ha observado un crecimiento histórico de los pedidos formulados por las obras sociales a la entonces Administración de programas especiales, y si pese a modificar la sistemática al SUR, cualquiera podría comprender que el ritmo de presentación de expedientes se incrementaría.

La razón radicaría en la demanda por información e inclusión de personas y patologías. Sería lógico procesar en todas las cadenas del denominado recupero más de 300 expedientes diarios como se han calculado, o dicho en otros términos un expediente por minuto dentro del horario de atención al público. Los sistemas basados en el expediente “papel” han demostrado su ineficacia, desde que los organismos públicos carecen del personal y sistemas adecuados para procesarlos, lo que transforma las disposiciones reglamentarias en quimeras. La incorporación de prácticas y medicamentos sólo puede considerarse una expresión de deseos con destino contrario al buscado en la norma.

Pero si pensamos en la informática y la firma electrónica podríamos caminar en una utopía, hasta tanto no dispongamos de los recursos en dinero para aportar a las propias Obras Sociales al software y al hardware. También la capacitación de aquellos profesionales que se han quedado en el tiempo del sello y la tinta. Aquello que este autor llama “analfabetismo informático”.

La aparición de mecanismos de distribución como el SUMA generaron la esperanza de encontrar procedimientos más ágiles y prácticos para evitar la generación de esos excedentes. Probablemente la existencia de poblaciones que podemos llamar “vulnerables”, ya sea desde el punto de vista prestacional y económico tales como discapacitados, jubilados, Monotributistas, Monotributistas sociales, personal doméstico, distribuidos inequitativamente entre los Agentes del Seguro de Salud amerite generar recursos adicionales a los aportes que ellos generan; y para eso está el Fondo Solidario de Redistribución. Autores sostienen y demuestran que, si la distribución dispuesta a través del SUMA alcanza al cinco por ciento (5%) de la recaudación del Sistema en su conjunto -reiterando que puede tratarse de un poco más-

podría utilizarse otros porcentajes para otras finalidades, como por ejemplo aumentar los montos de la distribución automática del SANO (subsidio automático nominativo de obras sociales) y para esas “poblaciones vulnerables”.

Seguir aplicando políticas restrictivas de recursos que fueron imprescindibles en épocas de crisis, convierte al Sistema en un campo de discusión política en lugar de ser un laboratorio de ideas para mejorar la calidad de vida de los beneficiarios.

Y, por último:

Potenciar de una vez por todas la Solidaridad del sistema evitando la Libre Elección ... Y combatir los abusos a los que se habría llegado con los recursos de amparo, donde los señores Jueces pueden desfinanciar por razones de puro convencimiento un sistema. El patrimonio de las obras sociales no pertenece al Estado, sin perjuicio de que en algún caso la entidad reciba el aporte estatal en concepto de ayuda supletoria, afirma la doctrina, por lo que la jurisprudencia ha señalado que administran fondos que constituyen un patrimonio común y exclusivo de los beneficiarios. ¹⁹⁸ Y resaltando, como ya lo señalara, que los actos de los entes públicos no estatales, no son administrativos. Aunque así lo diga el Derecho y la Constitución, hay algo que a este redactor no le cierra. ^{199 200}

EL AUTOR

Título Médico, Graduado de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Ha cursado las Especialidades en Auditoría en Servicios de Salud, Medicina del Trabajo, Medicina Legal, y Especialista en Medicina Nuclear, reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación. Magister de la Universidad de Buenos Aires en Administración de Sistemas y Servicios de Salud de la segunda cohorte de la Fundación Sanatorio Güemes.

Ha ocupado posiciones como Director Médico, Gerente de Prestaciones, Asesor en Internet y Medicina, Capacitador en Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo, además de actuar como consultor especializado en el ámbito internacional y nacional para entidades de prestigio. Posee amplia capacidad de planificación y gestión con énfasis en la eficiencia y la competitividad, trabajando con equipos multidisciplinarios. Ha negociado exitosamente acuerdos entre empresas, cámaras, gobiernos y centros académicos.

Actualmente se desempeña como Director Médico en una Obra Social Sindical y ad honorem del SCAD- Servicio Cooperativo de Acceso a Documentos en BIREME/PAHO/WHO.

SOBRE PRESUNTAS SIMILITUDES

Deseo que este escrito no genere una frecuente polémica en mi retórica. Cuando un conjunto de personas escribe lo mismo y citan a otros autores se debe generalmente a que el autor utiliza frases que por su impronta pueden aparecer en otros sitios. Una buena persona como creo ser, difunde una declaración aclaratoria y el episodio debe quedar allí. Muchas veces ocurre porque en la propia esencia humana de la imperfección "somos estúpidos y mezclamos todo". Sin el ánimo de polemizar, pero sí de fundamentar lo expresado dejo la gran frase de Picasso y que Steve Jobs pronunció mil veces: "Los grandes artistas copian, los genios roban". No me creo ni lo uno, ni lo otro, pero con ella trato de combatir los hechos presuntos, fundados o no.

Y ahora hablando en términos de innovación, podemos encontrar un montón de ejemplos, pero el símil más cercano son los dispositivos electrónicos), donde cuando alguien realiza una innovación que le funciona, los demás corren para copiarla. Cuando los demás equipos ya la han copiado, el original que lo creó ya está un paso por adelante. Esa es la esencia del líder: que otros, además de seguirte, se inspiren en ti y quieran ser como tú.

El valor de la innovación no está en evitar que te copien, sino en conseguir que todos te quieran copiar. Innovar no consiste en blindar lo que haces mediante oscuridad, secretos y patentes para que a otros les sea mucho más difícil seguir por el camino que tú has abierto. No consiste en castigar y multar al que te copia. Porque el que te copia, por definición, va por detrás de ti. Innovar consiste en crear cosas nuevas con la mentalidad de aprovechar la ventaja del pionero que obtendrás con ellos durante un tiempo corto y limitado, sabiendo que cuando los que te quieran copiar lo hayan conseguido, tú ya estarás en el siguiente paso de la innovación, y ellos solo serán eso: copias. Innovar es contribuir al progreso, no dificultarlo. Ser innovador no es tener una idea y buscar vivir de ella en el futuro, sino tener una actitud que te permita tener esas ideas constantemente. Innovar no es un momento, es un continuo. Es una mentalidad, un estado de ánimo, un reto constante, no un acomodarse porque "total, ya lo tenemos patentado". Se innova en las compañías, no en los juzgados. Si tienes que pedir que protejan tu innovación, es que ya no eres realmente innovador. Decir que la victoria de

ayer es “una cuestión de valores” implica, desgraciadamente, que has perdido esos valores. Al final del camino, puede incluso que Samsung haya sido la ganadora de todo esto. ²⁰¹

NOTA

El texto fue escrito en tipografía Times New Roman cuerpo 12.

Espaciado 1.5.

Se empleó papel tamaño A4.

Las páginas están numeradas

Comité de Ética correspondiente (*)

(*) En este caso el proyecto no requiere, por su objetivo, la aprobación por parte de un comité de bioética independiente. El mismo no se relaciona con ningún tipo de ensayo sobre seres humanos, ni animales. Las bases utilizadas serán procesadas con el fin de estandarizarlas y codificarlas para garantizar la confidencialidad de los datos. Con respecto a los análisis propuestos en este estudio, son sólo acerca de relaciones entre indicadores.

La redacción de este trabajo fue procesada por el complemento para Microsoft Word ®. Validado por Fundé BBVA y la Fundación San Millán de la Cogolla de España, con el objeto de revisar la redacción gramatical y mejorar el mismo desde el punto de vista formal. ²⁰²

REFERENCIAS

- ¹ ANTONIO CAMERANO; *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 Versión Kindle*; Editor: Fundación Sanatorio Güemes; Edición: 1 (21 de abril de 2015)
- 2 PHILIP G. ALTBACH. *Higher Education Crosses Borders: Can the United States Remain the Top Destination for Foreign Students? Pages 18-25 | Published online: 25 Mar 2010.*
- 3 PHILIP G. ALTBACH. *Higher Education and the WTO: Globalization Run Amok.* 2015.
- 4 OBAMA'S SPEECH ON IMPORTANCE OF EDUCATION. *Wakefield High School in Arlington, Va., Sept. 8. 2016 (UPI)*
- 5 Z. KHAN. *Speech on Education. Learning to Be" (P.72) in Education Review Committee (NPERC) - USA.* 2015.
- 6 FEDERICO TOBAR; *Asesor Regional del Fondo de Población de Naciones Unidas para América latina y el Caribe, Publicado por Pacto País; 23 febrero, 2017*
- 7 ANTONIO CAMERANO. *Tesis, que Tesis ¿¿?? Nada es imposible... Médicos, 86, pag 40. CABA 2015*
- 8 ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social), 1997. *Informe de los Resultados de los Pases de Afiliados entre Obras Sociales. Buenos Aires: ANSES.*
- 9 BERMUDEZ, I., 1998. *La medicina privada ata su crecimiento a los gremios. Las prepagas en los sindicatos. Buenos Aires: Diario Clarín, 10 de mayo, Economía, p. 23.*
- 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 GINÉS GONZALEZ GARCÍA. *Creación del Sistema de Seguro de Salud, Capítulo II, 114 y 115; SSSalud, 2011*
- 12 JANET WALSH. *Despachos noticiosos; Acting Director, Women's Rights Division. USA 2017.*
- 13 PABLO XIMÉNEZ DE SANDOVAL. *Los Ángeles 13 MAR 2017 - 06:15 CET. El País. España.*
- 14 EL DERECHO A LA SALUD, OMS, *Nota descriptiva N°323, agosto de 2007.*
- 15 «SITUACIÓN DE RATIFICACIÓN DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES» (en inglés). *Colección de tratados de las Naciones Unidas. 2009*
- 16 «COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES». *Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. 2015*

17 AIDA SANTA OLALLA, *Reducción de la financiación en Reino Unido. Investigadora de cáncer de próstata en el King's College de Londres. EM*

18 LUIS SCERVINO, *La Mirada Despierta | 4 de agosto de 2016.*

19 SALUD: ¿DERECHO O MERCANCÍA?, *Por Federico Tobar, Columna 55-55, 2010.*

20 TEXTO DE LA CONFERENCIA DE LA DRA. GRACIELA GHIRARDI, *Pathos 2010, San Sebastián 2010.*

21 BIOGRAFÍA DEL DR. OÑATIVIA, *Escribe: Dra. María Elena Storani, Hospital Central de San Isidro, Buenos Aires, Argentina, 2010.*

22 JAVIER O. VILOSIO. *Argentina tiene un Seguro Nacional de Salud. CABA. 2013*

23 GINÉS GONZALEZ GARCÍA, *Creación del Sistema de Seguro de Salud, Capítulo II, 114 y 115; SSSalud, 2010 – 2011.*

24 HUGO E. ARCE; *EL SISTEMA DE SALUD: DE DÓNDE VIENE Y HACIA DÓNDE VA; 1er Congreso Médico del Hospital San Juan Bautista Santo Tomé (Corrientes), 4 de noviembre de 2011*

25 *GESTIONAR EQUIPOS USANDO LA REGLA DE 3, THOUGHT LEADERS, (ejemplar enero 2015, Q1)*

26 JERNIGAN, E. & BEGGS, J. (2010). *Substitutes for leadership and job satisfaction: is there a relationship? Journal of Organizational Culture, Communications & Conflict, 14(2), 97-106.*

27 DOCUMENTO (CD53/5, Rev. 2 y CD53/R14 OPS/OMS, 2014).

28 ANTONIO CAMERANO, *La Integración entre Financiadores y Prestadores en el Sistema de la Seguridad Social Argentina. Tesis de Maestría, Fundación Sanatorio Güemes - Amazon Digital Services LLC, Buenos Aires, 2015*

29 KENNETH ARROW. *El peso de la Economía de la Salud; Diario EL PAÍS de España; "Traducción al español por Leopoldo Gurman" – 2016.*

30 ANTONIO CAMERANO. *De la Duda a la Investigación. Médicos, 88, pag 46*

31 ANTONIO CAMERANO. *OPINIÓN, ¿Por qué estudiar las políticas de Salud Pública?, Página 36. Médicos Medicina Global. Marca registrada No 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual No 914.339. CABA 2016.*

32 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Organización Mundial de la Salud. Estrategia para la cobertura universal de salud. Resolución CE154. R17. Washington, D. C.: OPS/OMS; 2014*

33 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Organización Mundial de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Resolución CD53.R14. Washington, D. C.: OPS/OMS; 2014*

34 ARMANDO REALE. *Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature* Celia Almeida, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. Ernesto Báscolo, Instituto de la Salud Juan Lazarte, Rosario, Argentina. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 Su: S7-S33, 2006

35 DR. JAVIER VILOSIO. *Un Ministerio de Salud anémico. El artículo ha sido publicado en Confluencia Digital, accesible en: <http://confluenciadigital.com.ar/2016/12/un-ministerio-de-salud-anemico/>*

36 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*

37 GRUPO MEDEOS. *Fundamentos Conceptuales e Instrumentales de un Plan Nacional de Salud para la República Argentina. Julio 2015. 2da Edición. Redactores del documento: Alvarado, y col.*

38 MINISTERIO DE SALUD. *FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PUBLICA, Las FESP 2, Secretario de Promoción y Programas Sanitarios. Director Nacional del Proyecto. Dr. Néstor Pérez Baliño. Buenos Aires 2016.*

39 PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD - *El Pacto Argentino por la Inclusión en Salud es una propuesta para (re) organizar la cobertura y transformar la forma de construir salud en Argentina. Una propuesta que permita garantizar el derecho pleno de todos los ciudadanos a protecciones sanitarias adecuadas. La intención de este blog es lograr un espacio de reflexión que permita dar forma a un Modelo Argentino de Salud consensuado. CABA 2014 - <https://inclusionsalud.org/>*

40 GRUPO MEDEOS, *FUNDAMENTOS CONCEPTUALES E INSTRUMENTALES DE UN PLAN NACIONAL DE SALUD PARA LA REPUBLICA ARGENTINA; CABA Julio 2014. 1ra Edición. y Julio 2015. 2da Edición. <http://www.elforodelasciencias.org/>*

41 MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DEL GOBIERNO DE ENTRE RÍOS Y OFICINA REGIONAL OPS – PAHO. *Funciones Esenciales de Salud Pública; Resultados del Taller de medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública Ejercidas por la Autoridad Sanitaria de la Provincia de Entre Ríos República Argentina. Plan de Acción 2008-2009,*

42 JORGE A. MERA. *Postdoctoral Scholar in Medical Care Organization, University of California; Ex - Subdirector Técnico del Hospital de Niños de Buenos Aires; Ex - Consultor del Banco Mundial, CLAD, OPS, OISS y BID; Inmanencia 2015;4(2):9-17. Sintetiza fundamentos e historia del sistema sanitario, discute y aporta la legislación vigente en cada momento y sugiere soluciones para lograr una oferta equitativa y justa. Se reproduce con autorización del autor y de los editores de la revista.*

43 ARMANDO M REALE. *LAS PRIORIDADES EN EL SISTEMA DE SALUD, Publicado por Pacto País, enero, 2017*

44 DR. ARNALDO MEDINA, *vicerector de la UNAJ, expone para Mestiza sus puntos de vista sobre los alcances y límites de las reformas anunciadas.*

45 ARNALDO MEDINA. *Vicerrector y director del Instituto de Ciencias de la Salud y titular de la Cátedra de Organización y Gestión de Servicios de Salud, director del programa de Investigación en Redes y sistemas de Salud de la Universidad Arturo Jauretche. Ex Director Ejecutivo del hospital "El Cruce" Néstor Kirchner. Ex Subsecretario de Panificación de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Magister en Economía y Gestión de la Salud, Universidad ISALUD, Especialista en Salud Pública de la UBA. Autor del libro "Estado, Integración y Salud". CABA 2017*

46 MARIO ROVERE, *Decano organizador de las carreras de la Salud en la Universidad Nacional de La Matanza, considerado uno de los grandes intelectuales del sanitarismo en el país, y viceministro del Dr. Gollan. 2016*

47DR. RUBÉN TORRES. *Salud no es sólo buena atención médica. (Médico Sanitarista Contemporáneo - La Nación - 16/03/2017)*

48 ANTONIO ÁNGEL CAMERANO. *La Ingeniería Política y las formas de producir Salud. Médicos 95. noviembre 2016. EDITOR RESPONSABLE: Jorge L. Sabatini*

49 FERNANDO RAMÓN VÁZQUEZ. *Evaluación de la representatividad de Indicadores de calidad en hospitales de la República Argentina. Tesis de Doctorado; UBA; Facultad De Medicina (Año 2003-2008). Año 2011.*

50 GÉRVAS, J., ORTÚN, V., PALOMO, L., RIPOLL, M.A. *Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. Rev. Esp Salud Pública 2007; 81: 589-596.*

51PABLO MAJLUF. *La Economía Colaborativa. Forbes México. 2015*

52 JAVIER O. VILOSIO. *A propósito de Los programas verticales. Máster en Economía y Ciencias Políticas; Publicado en: Revista Médicos. Salud Global. Año XVI, N°86, mayo 2015 y en El Blog Pacto País en similar fecha.*

53 BRIAN ENO. *My friend Peter Schmidt used to talk about 'not doing the things that nobody had ever thought of not doing', which is an inverse process – where you leave out an assumption that everybody has always made and see what happens, in A Year with Swollen Appendices, p. 178*

54 ROVER'S MORNING GLORY, *a syndicated morning radio talk-show broadcast from WMMS in Cleveland, Ohio*

55 ANTONIO ÁNGEL CAMERANO. *Una nueva ética en la Deontología Médica A propósito de un caso. Médicos Medicina Global es propiedad de Editorial Médicos S.R.L. EDITOR RESPONSABLE: Jorge L. Sabatini Buenos Aires. Número 80. mayo 2014.*

56 MINTZBERG H., QUINN J.B., VOYER J. *El proceso estratégico. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. (1997).*

57 HENRY MINTZBERG., *Directivos, NO MBAs: Una Crítica De La Dirección de Empresas y la Formación Empresarial. Deusto S.A. Ediciones. 2007, ISBN 978842342306*

58 MINTZBERG, SCHEIN, ADLER, ULRICH Y COL. *"Thoughtful reflection on natural experience, in the light of conceptual ideas, is the most powerful tool we have for management learning" Copyright Coaching Ourselves International Inc., 2016*

59 EMANUEL OROZCO-NÚÑEZ, *Administrative efficiency in the Mexican Fund for the Prevention of Catastrophic Expenditures in Health. Salud pública Méx vol.58 no.5 Cuernavaca sep./oct. 2016*

60 JUAN PABLO BOHOSLAVSKY. *Documento de proyecto Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Fomento de la eficiencia en prestadores sanitarios estatales: la nueva empresa estatal abierta. CEPAL. LC/W.381 Copyright © Naciones Unidas, febrero de 2011.*

61 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*

62 J MULTIDISCIPL HEALTHC. 2014; 7: 503–513. *Implementation of a collaborative care model for the treatment of depression and anxiety in a community health center: results from a qualitative case study, November 2014.*

63 RIOS, JORGE FRANCISCO; *Economía y Financiamiento de la Salud. Editorial Dunken, 1/11/2013 - 360 páginas pág. 100 - 120*

64 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.*

65 *Health Care Quality Indicators Program for Argentine Hospitals. PICAM. PICAM is a program developed jointly Argentine Society of Quality Attention in Health (SACAS) and Technical Institute for the Accreditation of Health Centers (ITAES), providing a benchmarking service to hospitals that adhere. 2016*

66 PLENARIO PICAM 2016. AUDITORIO MADRE JOSEFINA VANNINI, CLINICA SAN CAMILO. julio de 2016

67 FRANCISCO LERÍA DULČIĆ. *Social practices in the context of sensorial disabilities inclusion in the public schools of Copiapó Chile. Pág. Educ. vol.9 no.1 Montevideo jun. 2016*

68 DRA. MA. MARGARITA VILLEGAS. *La Investigación Cualitativa de la Vida Cotidiana. Medio Para la Construcción de Conocimiento Sobre lo Social a Partir de lo Individual. Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad, Vol. 10, No. 2 (2011) Págs.: 35-59*

69 ARMANDO REALE - *1º Seminario: Nacional sobre Indicadores de Calidad y Atención Médica - Buenos Aires – Argentina - Julio 2001*

70 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 básico de calidad para establecimientos de salud. Bs. As., 20/6/2003.*

71 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.*

72 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 Uruguay. Año 2010.

73 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

74 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

75 MARCELA DELIA, MARTA CANTARELL, CARLA FLORENCIA DI GIORGIO, MARINA CELESTE IGLESIAS. *Trabajo monográfico grupal. Calidad de la atención médica. Curso Básico de Auditoría Médica. Profesor: Dra. Laura Cordero. Institución: Médicos Municipales.* 2019

76 LAURA CORDERO, en *Economía y Financiamiento de la Salud.* RIOS Y SCHIAVONE. Editorial Dunken 2015. Capítulo 23. *Modelos de Contratación de Servicios Asistenciales. Formas de retribución profesional en salud.*

77 *LA GESTION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN ARGENTINA. Una estrategia de consensos.* 2015

78 *REGISTRO FEDERAL de Profesionales de la Salud (REFEPS).* SISA - MINISTERIO DE SALUD - 2016

79 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 Uruguay. Año 2010.

80 PEDRO ALFONSO AGUILAR. *Eficiencia en Salud Pública; AMC v.14 n.5 Camagüey sep.-oct. 2010*

81 JOSÉ MARÍA PAGANINI, MD. Dr. PH. *Eficiencia; Centro INUS, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata Argentina.* 2017

82 TEODORO MARTÍNEZ ARÁN. *Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid (UCM)* 2012.

83 ROSA MARÍA GONZÁLEZ RAMOS Y COL. *La calidad de la atención en salud. SUPLEMENTO ORAL.* Madrid. 2011

84 *RESOLUCIÓN 488/2002. Apruébense las normas y módulos para los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada y créase la Unidad Hospital Público (UHP).* 21/8/2002

85 ABEL-SMITH B. *Estudio Internacional de los gastos de sanidad y su incidencia en la planificación de servicios de asistencia médica y salud pública. Cuader Salud Pública* 1969;(32).

86 IZQUIERDO RO. *Gestión estratégica en costos de salud. Herramienta para mejorar su control y reducirlos.* Caracas: Universidad ISALUD, 2008.

87 MSC. FELIPA NERYS LÓPEZ VERANES. *Economic effect of the average hospital stay increase.* Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba.

88 MOCHÓN F. *Las reglas del juego de la economía.* En: Mochón F. *Economía: teoría y política.* 4.ª ed. Madrid: McGraw-Hill, 2000; p. 1-34.

89 RUIZ CANELA-LÓPEZ J. *Fundamentos de la calidad total.* En: Ruiz Canela-López J. *La gestión por la calidad total en la empresa moderna.* Barcelona: Ra-Ma, 2004; p. 53-112.

90 ANTONIO DURÁN & CELIA DÍAZ. *Gestión en pediatría.* Hospital Materno Infantil La Paz. Madrid. España. 2014

91 VALLS A. *Toma de decisiones y resolución de problemas.* En: Valls A. *Las 12 habilidades directivas clave.* Barcelona: Gestión 2000, 2003; p. 23-35.

92 NORMAS DEL NOMENCLADOR DE HPGD Res.226/09

93 ESTRUCTURA DEL NOMENCLADOR Res.1230/08-226/760/09

94 ESTRUCTURA DEL NOMENCLADOR Res. 855/MS/00

95 MÓDULOS DE INTERNACIÓN Y CIRUGÍA: *Las exclusiones propias de cada código, Códigos 35.00, 36.00, 37.00; Prótesis y Ortesis; Laboratorio de categoría IV a X.*

96 MINISTERIO DE SALUD. *Resolución 116 - E/2017.* Ciudad de Buenos Aires, 25/01/2017

97 ENOCHSSON L, THULIN A, ÖSTERBERG J, SANDBLOM G, PERSSON G, *JAMA Surg* 2013; 148(5): 471-478.

98 LUNDSTRÖM P, SANDBLOM G, ÖSTERBERG J, SVENNBLAD B, PERSSON G. *Effectiveness of prophylactic antibiotics in a population-based cohort of patients undergoing planned cholecystectomy.* *J Gastrointest Surg.* 2010;14(2):329-334

99 PERSSON G, STRÖMBERG J, SVENNBLAD B, SANDBLOM G. *Risk of sleeping associated with use of sistémica thromboembolic prophylaxis during laparoscopic cholecystectomy.* *Br J Surg.* 2012;99(7):979-986

100 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.

101 SHAPIROM, 1982. Mac Gowan JE, 1991.

102 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 1. Salud. I. Tít*

103 MALAGÓN-LONDOÑO, G.; GALAN M., R.; PONTÓN L., G: *Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. 3ra. edición. Bogotá. 2008..*

104 GROSFELD JL, O'NEILL JA. *History of Pediatric Surgery: A Brief Overview. En: Coran AG, Adzick NS, Laberge JM, Shamberger RC, Caldamone AA, editors. Pediatric Surgery. 7th ed. Vol 1. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012. p. 3-17.*

105 GROTH T. *Analytical quality, test quality and quality costs. Ups J Med 1986; 2: 205-208*

106 JORGE F. RÍOS. *Costos de la calidad y no calidad. Efectos económicos de la infección hospitalaria. Master en Economía de la Salud UB-UPF*

107 HOWARD KB, PATHAK DS. *Determining the differences among cost savings, cost avoidance, and cost reduction. Pharm Pract manag Q 1999; 19:1-7.*

108 GOYAL K, WILLIAMS AN. *To illustrate and increase chyrurgerie: Ambroise Paré. J Pediatr Surg. 2010; 45:2108-14.*

109 SAP. *Consenso sobre Profilaxis de Infecciones en Cirugía Pediátrica. 2016*

110 BENSON CLIFFORD D, MUSTARD WILLIAN T, RAVITCH MARK M, SNYDER WILLIAN H, WELCH KENNETH J. *Cirugía Infantil. La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1967.*

111 ROTHEMBERG S. *TORACOSCOPIA EN NEONATOS. AVANCES EN CIRUGÍA DEL FETO Y DEL RECIÉN NACIDO. CAPÍTULO 75. En: Martínez Ferro M, Cannizzaro C, Rodríguez S, Rabasa C. Neonatología Quirúrgica. Buenos Aires: Grupo Guía; 2004.p.795-802*

112 DRES. EDUARDO RUIZ & COL. *Dificultades y controversias en el manejo del prepucio en la infancia y adolescencia. Arch. Argent. pediatr / 2001; 99(1) /*

113 COMITÉ DE NEFROLOGÍA (2011-2013): *Nuevas recomendaciones frente a las actuales controversias en infección urinaria. SAP*

114 Real Academia Española © Todos los derechos reservados. 2017

115 CUTLER, DM ET AL "The determinants of mortality" *Journal of Economic Perspectives* Volume 20, Number 3, 2006. P 11-25

116 MSAL ARGENTINA. *GUÍA DE INDICADORES. Serie 1 N° 19 ISSN 0325 – 0008 2011*

117 MSAL ARGENTINA. *Apruébese el documento "El Cuidado Prenatal Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal" incorporándolo al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Bs. As., 5/12/2003*

118 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.*

119 SAP. *Programa Nacional de Actualización Pediátrica. Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría. 2016.*

120 SAP. *Consenso de Infecciones Perinatales. Arch. Argentinos de Pediatría/1999/ Vol 97:3*

121 GYLDMARK M, POLIT C. *A review of cost studies of intensive care units: Problems with the cost concept. Crit Care Med 1995; 23: 964-972*

122 RAPOPORT J, TERES D, LEMESHOW S. *A method for assessing the clinical performance and cost-effectiveness of intensive care units: a multicenter inception cohort study. Crit Care Med 1994; 22: 1385-1391.*

123 HELENA ERI SHIMIZU. *Placer y sufrimiento en trabajadores de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermaren 19(3): [09 pantallas] mayo-jun. 2011*

124 LEAPE LL, BERWICK DM: *Safe health care: ¿are we up to it? BMJ 2000; 320:725-26*

125 AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE, AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. *American Society of Internal Medicine, European Association of Internal Medicine: Medical Professionalism in the New Millennium: a Physician Charter. Ann Intern Med 2002; 136:43-6*

126 DR. MAGLIO IGNACIO. *“Pautas y Recomendaciones para la Abstención y/o Retiro de los Métodos de Soporte Vital en el Paciente Crítico. Anexo IV. Pág. 87 Guías de Buena Práctica Ético Legal en Anestesiología y Terapia Intensiva – 1° edición, Bs. As. Arkhetypo. 2004*

127 JAVIER CID-RUZAFÁ Y JAVIER DAMIÁN-MORENO. *Valoración de la Discapacidad Física: El Índice De Barthel. Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health. Baltimore, EEUU. Rev. Esn Salud Púhhca 1997. 71: 177-137. N.º 2 - marzo-Ahnl 1997*

128 PAUTAS Y RECOMENDACIONES PARA LA ABSTENCIÓN Y/O RETIRO DE LOS MÉTODOS DE SOPORTE VITAL en el paciente Crítico. *Comité de bioética de la sociedad argentina de terapia intensiva. Año 1999.*

129 REGISTRO FEDERAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD -REFES- (RM 1070/2009).

130 Cfr. BASSET, Úrsula C.: *«La ley que regula decisiones sobre la muerte: La paradoja de restringir la autonomía personal del paciente bajo pretexto de ampliarla», La Ley, DFyP, agosto 2012, p. 16, cit. por LAFFERRIERE, Jorge Nicolás y ZABALETA, Daniela B.: Decisiones sobre el fin de la vida en una sentencia de la Corte Suprema. La Ley, DFyP, septiembre de 2015.*

131 Cfr. LORENZETTI, Ricardo L.: *«Presentación al Código Civil y Comercial de la Nación», Código Civil y Comercial de la Nación. Buenos Aires, La Ley, 2014.*

132 Cfr. DELGADO BERBERE, Jorge C.: *«El fin de la distansia, comentario sobre la modificación de la Ley 26.529», en La Ley, Suplemento Especial, mayo de 2012, cit. por VIAR, Ludmila A., «Análisis de la Ley 26.742 de muerte digna», documento inédito perteneciente a la asignatura Bioderecho de la carrera de grado de Abogacía, disponible*

en <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/contribuciones/analisis-ley-26742-muerte-digna.pdf>.

133 *ETICA MÉDICA: SER PACIENTE*. Texto: Leila Guerrero Foto ilustración: Patricia Di Pietro Fotos: Daniel Pessah. La Nación 2001.

134 SAMBRIZZI, Eduardo A.: «Muerte Digna: Modificación de la ley 26.529 sobre Derechos del Paciente», en *La Ley, Suplemento Especial: Identidad de Género y Muerte Digna*, mayo 2012.

135 LAFFERRIERE, Jorge N.; ZABALETA, Daniela B.: *Decisiones sobre el fin de la vida...*, op. cit. et loc. cit; SAMBRIZZI, Eduardo A.: *La supresión de la alimentación e hidratación...*, op. cit. et loc. cit; VIAR, Ludmila A.: *Análisis de la Ley 26.742...*, op. cit. et loc. cit.; OLMO, Juan P.: *La decisión de morir con dignidad: a propósito de un fallo de la CSJN, La Ley, 2015-21, 3.*

136 "BAHAMONDEZ, MARCELO S/ MEDIDA CAUTELAR" por parte de la Corte Suprema de Justicia de la Nación del 6/04/1993, fallo que mereciera notas aprobatorias de destacados juristas nacionales (ver JA, t. 1993-IV, p. 558.).

137 CAROLINA EVELYN ALVAREZ. *Muerte Digna. Aspectos Médicos, Bioéticos y Jurídicos*. Fundación HECTOR A. BARCELO. 2014

138 CLAP: "Preocupa el abuso de cesáreas en Latinoamérica". Nov. 2003

139 BIASOTTI AGUSTÍN: "Innecesarias" *British Medical Journal*. Año 2004

140 GONZALO ROMERO ALBERTO: *Incidencia y principales indicaciones de cesáreas*. Rev. De la VI Cátedra de

Medicina. Febrero 2004

141 HALAC EDUARDO: *¿Debemos reducir el índice de cesáreas?* *Uniceo.com.ar*. 25 octubre 2010

142 BLENCOWE H, COUSENS S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. *National, regional and worldwide estimates of preterm birth. The Lancet, June 2012. 9;379(9832):2162-72. Estimaciones de 2010.*

143 DRA. ZULMA ORTIZ y Lic. Vanessa Brizuela. *Maternidad Segura y Centrada en la Familia: la cultura organizacional de maternidades de la provincia de Buenos Aires*. 254 *Arch Argent Pediatr* 2015;113(6):510-518 - Artículo original

144 AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Perinatal herpes virus simplex infections*. Washington: ACOG Technical Bulletin 1988; No. 122.

145 CRITCHLOW CW, LEE TL, BENEDETTI TJ, DALING JR. *Risk factors and infant outcomes associated with umbilical cord prolapse: a population-based case control study among births in Washington state*. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170(2):613-18.

146 *MIGRACIONES LABORALES EN ARGENTINA: protección social, informalidad y heterogeneidades sectoriales / Organización Internacional del Trabajo, Oficina de País de la OIT para la Argentina*. Buenos Aires: OIT, 2015.

147 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*

148 CUADRO P46. *Total, del país. Población indígena o descendiente de pueblos indígenas u originarios en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud, según provincia. Año 2010*

149 CARAMÉS GARCÍA, TERESA. *Proceso socializador en ciencias de la salud, salud e interculturalidad en América Latina. Ecuador: Editorial Aby Yala, 2009.*

150 AILLÓN, ESTHER. *Los extravíos de la interculturalidad: Higiene y saneamiento, ambientes saludables y letrización. Bolivia, La Paz: UNICEF. Junio 2010. 33p.*

151 FEDERICO TOBAR. *Una lectura económica del embarazo adolescente. Diario la nación, buenos aires domingo 12 de febrero de 2017*

152 Art.19 de la Ley 23.661. *Se integran sindicaturas colegiadas, medica, jurídica y económica con el objetivo, no solo de "CONTROLAR" sino también de "ASISTIR" y "COORDINAR" a las Obras Sociales.*

153 CONCLUSIONES - *Enfermedades Catastróficas en el Sector Público. A. Camerano - 24 de abril de 2014 – FSG*

154 IMSSET - AGNET - *Una Política de Estado hacia la Equidad - mayo 2016 – UBA*

155 TOBAR Y OTROS. (2014). - *Respuestas a las enfermedades catastróficas - Buenos Aires: CIPPEC*

156 DERSIMONIAN, CHARETTE L, ET AL. *Reporting on methods in clinical trials. N Engl J Med. 1982; 306:1332-7*

157 MEDICINA (B. AIRES) VOL.74 NO.2 *Ciudad Autónoma de Buenos Aires abr. 2014*

158 EXCLUSIÓN EN SALUD. ESTUDIOS DE CASO. *Serie Técnica Extensión de la Protección Social en Salud Serie N° 2. WASHINGTON DC. Octubre, 2009. Biblioteca Sede OPS*

159 REDES COMUNITARIAS. *Posgrado en Salud Social y Comunitaria. MSAL 2017*

160 Lic. Norberto Caniggia; Lic. Maximiliano Roa (ITRIS Software); Lic. Fernando Gastron (EcoSistemas). *EL IMPACTO DE LAS PIMES, ECON 2010. UBA - ECONOMÍA*

161 JUAN RAMÓN INURRIA. *COGNILAND. Beneficios de la empresa de los Programas de Salud y Bienestar. Avenida Navarra 19, oficina 7ZM, Arrasate (20500), Gipuzkoa 2016*

162 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.*

163 CATALINA JIMÉNEZ, E ISAAC VARGAS. *Características del Trabajo Colaborativo*. EDUCAR - 2006

164 Mg. OLGA LIGIA MATARRITA. *Curso Ed 0040. Tecnología Educativa*. Universidad De Costa Rica. 2009-LI

165 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

166 VIVEIROS DE CASTRO, EDUARDO (2012). *Metafísicas caníbales*. Katz.

167 JANE AUSTEN. *Sentido y sensibilidad*. Editorial: Plaza & Janés. 2010.

168 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.

169 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

170 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

171 SANTIAGO BULAT PONE SU TÍTULO; *Tapa del Diario el Cronista TV*, junio 2015

172 DR. LUIS SCERVINO. *El Instituto De Investigación Sanitaria de la Seguridad Social es una asociación civil sin fines de lucro, dedicada a la investigación, educación y cooperación técnica en el ámbito de la seguridad social y la salud pública en general, cuya misión principal es la defensa de los principios esenciales de Solidaridad, Equidad y Justicia que sustentan la Seguridad Social*.

173 DAVID SILVERBERG. *Cómo deben tratar a un empleado "tóxico"*. BBC, 2016

174 MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES; *El presente Programa dependiente de la Subsecretaría de Coordinación de la Salud abona esta concepción y para su implementación propicia la conformación del Órgano Central de Prevención y Asistencia Médico Legal, en sede, conformada por la Coordinación y los miembros titulares y la creación de Unidades de Prevención de riesgos médico legales en las doce Regiones Sanitarias, dependiente de la Dirección Provinciales de Coordinación de Regiones Sanitarias, con el propósito de construir una red asistencial y estratégica destinada al abordaje inmediato de los problemas y conflictos que se susciten en los hospitales a su cargo y a su vez para la implementación de estrategias preventivas y diseño de un mapa de riesgo en cada región*. 2016- 2017

175 ANTONIO CAMERANO. COLUMNA EL "MOBBING", UN CRIMEN PERFECTO El acoso moral o maltrato psicológico en la vida cotidiana y laboral Médicos 81, página 40. CABA 2014

176 MARCO CONCEPTUAL DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL PARA DEFINICIONES ACORDADAS, términos preferidos y relaciones entre paciente como incidente con daños (evento adverso) y el tipo de incidente de IT definitivo - 2009

177 S. TOMÁS. Eventos adversos en los servicios de urgencias (Nueva York) Revista Emergencias – 2007.

178 PASCUAL H. BERSTEIN. Aspectos Médicos. Médicos Legales Jurídicos. Cuando se tratan temas tabúes, y el "error médico" - 2007.

179 SALUD PÚBLICA. LEY 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada: octubre 21 de 2009.

180 MARCONI, AGUSTINA MARÍA, Conocimiento de la estrategia de vigilancia clínica y del recurso humano. Trabajo colaborativo multicéntrico, Ministerio de Salud. Programa de Manejo y Gestión en Riesgo Médico Legal y Error Médico - 2013.

181 DR. EDGARDO MORONI. El Arte de Curar, tomo I y II. Ediciones FOEA - 2005.

182 ENERO 2014, ESADE ALUMNI organizó una sesión del Programa de Continuidad titulada "Gestión estratégica en entornos de extrema turbulencia. El caso de las empresas argentinas", a cargo de Xavier Gimbert (MBA 86 / PhD 07), profesor titular del Departamento de Dirección General y Estrategia de ESADE.

183 ANALISIS DE LOS MERCADOS Y DEL MARCO REGULATORIO DEL SECTOR SALUD, Vicente Ortún Rubio, Doctor en ciencias económicas de la Universidad de Barcelona, vicepresidente de la Asociación Española de Economía de la Salud.

184 ANTONIO CAMERANO. COLUMNA Entornos de extrema turbulencia Médicos 82, 18

185 COMUNICACIÓN DEL GRUPO PAIS Acerca del Proyecto de Cobertura Universal en Salud, 2016.

186 PACTO ARGENTINO para la Inclusión en Salud (PAIS). Documento original, Buenos Aires, 2012.

187 JANE AUSTEN. Sentido y sensibilidad. Editorial: Plaza & Janés. 2010.

188 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.

189 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

190 ANTONIO CAMERANO. *COLUMNA Costos manejables y Seguridad Social. Médicos* 84 pag 62. CABA 2015

191 PROGRAMA DE LA CARRERA DE MÉDICO ESPECIALISTA EN AUDITORÍA MÉDICA, Sede/s de desarrollo de las actividades académicas del posgrado Fundación Sanatorio Güemes; Resolución/es de CD de la/s Unidad/es Académica/s de aprobación del Proyecto de posgrado Resolución CD 1577/06. UBA 2014.

192 PROGRAMA DE ESPECIALISTA EN LA CARRERA DE MEDICINA SANITARIA; Sede/s de desarrollo de las actividades académicas del posgrado Fundación Sanatorio Güemes, Resolución/es de CD de la/s Unidad/es Académica/s de aprobación del Proyecto de posgrado RES CD 1751/04. UBA 2014.

193 PROGRAMA DE ESPECIALISTA EN LA CARRERA EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA; Unidad/es Académica/s de las que depende el posgrado Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Sede/s de desarrollo de las actividades académicas del posgrado Fundación Sanatorio Güemes. Resolución/es de CD de la/s Unidad/es Académica/s de aprobación del Proyecto de posgrado. 2017

194 TOBAR. F (2002). "ECONOMÍA DEL HOSPITAL". En: Báscolo, Ernesto (editor). *Desarrollo de Instrumentos de Gestión como Estrategia de Cambio*. Rosario. Instituto Juan Lazarte 2002. Páginas 11-40.

195 KUTZIN, JOSEPH (1995). "Experiencias With Organizational and Financing Reform of the Health Sector". Ginebra. OMS. Division of Strengthening of Health Services. Paper no 8. Enero.

196 TOBAR, FEDERICO Y LIFSCHITZ, ESTEBAN. *PROPUESTA de plan estratégico de mediano y largo plazo para construir un modelo argentino de salud: pes 2027 / Federico Tobar y Esteban Lifschitz. - 1a ed. - Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes, 2011. 132 p.; 23x16 cm. ISBN 978-987-24399-4-11. Salud. I. Lifschitz, Esteban II. Título. CDD 613*

197 RAFFO, TOMÁS; CHARREAU, JOSÉ Y PEIDRO, RICARDO. *Caracterización de la Industria Farmacéutica Argentina en el Contexto de la Ausencia de un Marco Regulatorio. Primer Informe de Investigación. Instituto de estudios sobre Políticas de Salud – IePS-Asociación de Agentes de Propaganda Médica de la República Argentina. Marzo 2007.*

198 ZILLI DE MIRANDA, MARTHA, "La responsabilidad de las personas públicas no estatales. El caso de las obras sociales" en *Responsabilidad del Estado y del funcionario público, Jornadas organizadas por la Universidad Austral, Facultad de Derecho, Editorial Ciencias de la Administración, División Estudios Administrativos, BA, 2001,335.*

199 CSJN, Fallos 312:234; "Farmacia Roca SCA". Miguel Marienhoff, *Tratado de Derecho Administrativo, Tomo I, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 1990, 4ta edición actualizada, pp. 368/370 y Juan Carlos Cassagne, Derecho Administrativo, Tomo I, Abeledo Perrot, sexta edición actualizada, 1998, 225, opinan en igual sentido.*

200 PERRINO, PABLO E., "La responsabilidad del Estado y de los concesionarios derivada de la prestación de servicios públicos privatizados", en *Contratos Administrativos, Jornadas organizadas por la Universidad Austral, Facultad de Derecho, Buenos Aires, Editorial Ciencias de la Administración, 2000, pp 163-164.*

201 ENRIQUE DANS. *Ganador del Premio Adigital 2016 en la categoría de Comunicación y Divulgación, tras ser finalista del mismo en 2014 y 2015. Senior Advisor on Innovation and Digital Transformation at IE Business School since September 2016. Madrid (Spain)*

202 UNIÓN DE CORRECTORES (UNICO), BEATRIZ BENÍTEZ, FUNDÉU BBVA, Joaquín Müller. *Singular Meaning, a Singular Company. Todos los derechos reservados. España 2015. Stilus Para Word Versión 2.3 ®*