

SISTEMA DE INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Mgter. Alicia GRAÑANA
JTP Administración de la Salud
Licenciatura en Administración, FCE-UNCUYO

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del Problema

Los servicios médicos se organizan por nivel de complejidad, atendiendo a que en cada uno de ellos se desarrollan distintos tipos de prestaciones que varían por la complejidad y por lo tanto varían los costos.

El presente trabajo intenta definir un modelo de indicadores aplicables a la atención primaria de la salud, es decir, el primer nivel de atención de cualquier servicio asistencial, seleccionando aquellas mediciones que se consideran más adecuadas para seguimiento de la atención sanitaria brindada.

Los indicadores sirven para comparar distintos modelos de atención y así poder determinar el grado de cumplimiento de los objetivos que debe desarrollar toda organización sanitaria como son: mejorar la calidad de los servicios y aumentar el nivel de satisfacción de usuarios y prestadores, como así también, obtener mejores resultados económicos referidos a la sustentabilidad de la organización que los brinda.

Hipótesis

La hipótesis del trabajo plantea que es posible evaluar la atención primaria de la salud mediante indicadores organizados según el Tablero de Comando.

La selección de dicha herramienta obedece a que abarca distintas perspectivas, es decir, que resulta más apropiada para aplicar en situaciones complejas como es la atención asistencial ya que cada aspecto contribuye a explicar una parte de la situación y en conjunto pretenden comprender la totalidad evaluada.

Objetivos

◆ **Objetivo General**

Elaborar un sistema de indicadores aplicable a modelos de atención primaria de la salud que resulte útil para la toma de decisiones institucionales, evaluando calidad y eficiencia en las prestaciones.

◆ **Objetivos Específicos**

- Determinar los indicadores para medir el nivel de satisfacción de los usuarios.
- Definir las medidas de la calidad de las prestaciones y de los procesos internos.
- Proponer relaciones entre valores económico-financieros.
- Identificar los niveles relacionados con la formación y el crecimiento del Personal.

Resultados esperados

Esta investigación pretende iniciar un camino de análisis en el ámbito sanitario, que hasta el

momento ha sido poco tratado, a pesar del aspecto crítico que significa la salud en el desarrollo de la sociedad.

Como resultado de la investigación se obtiene un sistema de indicadores aplicable a la evaluación de la atención primaria sanitaria, que resulta confiable en el análisis de distintos modelos de atención.

Teniendo en cuenta la escasa bibliografía referida a la evaluación de servicios de salud y la complejidad que implica el tema, la investigación se propuso el análisis de la calidad y la eficiencia en la atención primaria de la salud, tomando como metodología de abordaje los conceptos del Tablero de Comando.

La aplicación de la herramienta en las organizaciones visualiza claramente cuatro perspectivas de análisis, las cuales se van a considerar en el presente estudio y son: Usuarios, Procesos internos/Calidad de la prestación, Resultados económico-financieros y Formación y crecimiento del Personal. Esto es con el fin de abordar el estudio de manera integral según las perspectivas sugeridas por la bibliografía referida a Tablero de Comando.

Metodología

Metodológicamente en la primera etapa, para la selección y organización de los indicadores, se consideraron las 4 variables usadas en el Tablero de Comando: Usuarios, Procesos internos/Calidad de la prestación, Resultados económico-financieros y Formación y crecimiento del Personal.

En la segunda, se seleccionaron aquellos indicadores con mayor aplicabilidad para la atención primaria de la salud.

Es por ello un estudio de tipo correlacional de las distintas variables que se consideran significativas para el estudio del modelo de atención.

Organización de la Investigación

Para describir la investigación realizada se organizaron en 4 capítulos, además de la bibliografía.

En el primer capítulo se plantea el marco teórico de la investigación, a través de los modelos de evaluación comúnmente usados en el ámbito sanitario. Para ello se conceptualizó lo que es un modelo de evaluación y se desarrollaron algunos más difundidos en el medio.

En el 2º capítulo se caracteriza el Tablero de Comando a partir de las perspectivas que esta herramienta abarca.

En el siguiente se propone el sistema de indicadores para el análisis de la atención primaria, desarrollando así el Tablero de Comando. La formulación de indicadores responde a las perspectivas propuestas por la bibliografía consultada, seleccionando los indicadores que se consideran más representativos para el diagnóstico de una institución del ámbito de atención primaria de la salud.

Para el último capítulo, es decir el 4º, se presentan las conclusiones finales a partir de la Hipótesis inicial, como así también se realizan algunas propuestas y sugerencias que debería tener en cuenta quien tome como base este trabajo para nuevos avances del conocimiento.

Al final del trabajo se enumera la bibliografía consultada para la realización del mismo.

Justificación de la Investigación

El presente trabajo de investigación pretende determinar y sistematizar indicadores de evaluación de calidad y eficiencia en la atención primaria de la salud que se consideren útiles para evaluar un modelo de atención asistencial de primer nivel de complejidad.

Si bien existen metodologías de evaluación en el ámbito de la salud, algunas no son aplicables a la atención ambulatoria (PICAM, 2002), o tienen un enfoque parcializado solamente hacia los usuarios (De la Rosa Morell, Galván Gazca, Raos Hernández y Raymundo Plata, 2002).

A través de la presente investigación se pretende evaluar la atención primaria de la salud de manera integral abarcando distintos aspectos de un servicio con estas características. Dicha integralidad está dada por la sumatoria de cuatro perspectivas que se consideran fundamentales en la evaluación: Usuarios, Procesos internos/Calidad de la prestación, Resultados económico-financieros y Formación y crecimiento del Personal.

La OMS define a la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigencia el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948¹.

Sin embargo, el concepto se ha ido ampliando a partir de Lalonde, quien definió que existen determinantes de la salud, los cuales son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades. En 1974, Marc Lalonde, Ministro canadiense de Salud, creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud, el cual se encuentra aún vigente y se fundamenta en reconocer el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente, incluyendo lo social en un sentido más amplio, junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud².

Es por ello que la OMS conceptualiza a la Salud en un aspecto más amplio “como un conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial y en el sector de la salud y otros sectores afines”.

Además, desde la Economía de la Salud se postula una característica particular del ámbito sanitario, que implica que quien recibe la prestación (usuario/paciente) no es quien la decide (prestador) ni quien la paga (financiador). Además quien la paga (financiador) no es quien decide (prestador) y quien decide ni la paga (financiador) ni la recibe (usuario/paciente). Esto genera que para evaluar el estado de salud de una población se puede realizar desde distintos enfoques, según la perspectiva desde donde se analice.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

A partir de la investigación planteada se brindan en el presente Capítulo los conceptos teóricos relacionados con el tema, ubicando dos temáticas principales: Sistemas de Salud y Modelos de Evaluación de la Salud.

1.1. CONCEPTO DE MODELO DE SALUD DESDE LA ADMINISTRACIÓN

Un modelo de salud es la articulación entre la satisfacción de las necesidades de salud de los usuarios, la prestación garantizada de servicios y el financiamiento oportuno. Los modelos

¹WORLD HEALTH ORGANIZATION. “Summary report on proceedings minutes and final acts of the International Health Conference Held in New York”. (*Official records*, N° 2, From 19 June to 22 July 1946) Pág.100.

²ÁVILA-AGÜERO, MARÍA LUISA. “Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud”. (*Acta Médica Costarricense*, Vol.51, Abril-Junio 2009). Disponible en: <http://4www.redalyc.org/articulo> [Agosto/2015]

permiten obtener una medida de la eficiencia de la prestación de salud obtenida por el usuario. Sin la evaluación no se pueden ordenar los recursos aplicados a salud, ya que la medida de los resultados del modelo permiten realizar mejoras sustantivas en la prestación de servicios de salud.

MODELO DE SALUD: hace al ámbito de la política y es “el conjunto de criterios o fundamentos doctrinales e ideológicos en los que están cimentados los sistemas sanitarios”. Determina aspectos como: población receptora, quién financia el sistema, prestaciones que se van a dar, actuaciones y competencias de la salud pública-autoridad sanitaria.

SISTEMA DE SALUD: hace a la operatividad y ejecución del Modelo, pero al momento de definirlo aparecen distintas maneras de conceptualizarlo, propio de las características y complejidades que guarda.

I.2. SISTEMAS DE SALUD³

Durante mucho tiempo las personas cubrieron el tratamiento de sus enfermedades con recursos propios, acudiendo a las distintas alternativas que podían encontrar. Los acontecimientos históricos fueron modificando profundamente la estructura de la sociedad, sus costumbres, su cultura y entre ellos el concepto de salud; de ahí que se forjaran profesiones sanitarias y aparecieran diversos dispositivos asistenciales.

Los poderes públicos tomaron conciencia de la necesidad de establecer determinadas garantías a favor de la población, principalmente las que se referían al desarrollo de las medidas higiénicas, la medicina preventiva y el saneamiento ambiental. Esta situación originó distintas visiones ideológicas y políticas respecto a la asistencia sanitaria en los distintos países, dependiendo de la conformación de las características sociales, políticas, económicas e históricas de cada uno de ellos. Tales características dieron origen a modelos como el Liberal, el Socialista y el Mixto.

I.3. MODELOS SANITARIOS MUNDIALES

I.3.A. MODELO LIBERAL

La salud en este modelo es considerada como un bien de consumo, que no necesariamente tiene que estar protegida por los poderes públicos en toda su amplitud. La responsabilidad del Estado queda resumida a atender a grupos más carenciados y vulnerables a las contingencias de la enfermedad, con mínima contribución financiera al sistema por parte del Estado.

Los otros grupos poblacionales (medios y altos) se adhieren a compañías de seguros privados o contratan directamente al proveedor de prestación médica, sin intermediarios. La utilización de los servicios se basa en la ley de la oferta y la demanda.

Este modelo está presente en el Sistema Privado de Estados Unidos, siendo el referente entre otros países.

I.3.B. MODELO SOCIALISTA O ESTADISTA

Su característica más relevante es que las prestaciones se dan en condiciones de equidad, gratuidad y universalidad para todos los segmentos de la población. Es financiado en su totalidad por presupuestos generales del Estado. El sector privado es inexistente. De este modelo derivan dos tipos:

a) Modelo Semashko. Comenzó en la antigua URSS y los países del bloque soviético después de la Segunda Guerra Mundial.

b) Modelo Público Unificado. Aplicado en Cuba y Corea del Norte, en este sistema el Estado toma un papel relevante en garantizar el acceso a la salud financiando y suministrando servicios de salud directamente a través de un sistema único e integrado verticalmente. La cobertura se otorga con criterios de equidad, gratuidad y universalidad a toda la población. La priorización

³ ARTÍCULO [HTTP://WWW.POLITICASPUBLICAS.UNCU.EDU.AR/ARTICULOS/INDEX/CARACTERIZACION-DE-MODELOS-SANITARIOS-Y-SISTEMAS-SANITARIOS](http://www.politicaspublicas.uncu.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios). Pág. 1 a 4.

de la salud pública es a través de la medicina preventiva y la educación sanitaria para incrementar los niveles de salud en detrimento de la creación de servicios asistenciales y medicaciones costosas, como así también la inversión en servicios públicos, excluye el control del consumidor y limita la representación efectiva de los usuarios en la organización del servicio.

I.3.C. MODELO MIXTO

Es común en muchos países europeos y latinoamericanos. Se define por la contribución que tienen el sector público y el privado en la gestión del sistema. Según el país, difiere la participación de ambos sectores dándole características propias en la financiación, en los modos de provisión y en la funcionalidad, como así también en los distintos niveles de asistencia.

Dos modelos europeos le dieron origen:

Modelo Seguridad Social–Bismarck: Es el más antiguo y el más avanzado del mundo, inspirado en la legislación social de Alemania en 1883.

- El Estado garantiza las prestaciones mediante cuotas obligatorias.
- El modelo garantiza la asistencia sólo a los trabajadores que pagaban el seguro obligatorio, teniendo que constituir redes paralelas de beneficencia para los trabajadores que no “cotizan”.
- Los profesionales son retribuidos mediante acto médico y las instituciones hospitalarias reciben un presupuesto global.
- La red de salud pública queda en manos del Estado, que se constituye asimismo en autoridad sanitaria.
- Actualmente todos los ciudadanos de estos países gozan de una sanidad universal, gratuita y en condiciones de equidad.

Modelo Impuesto–Beveridge: inspirado en el informe Beveridge de 1942, que formalizó la organización adoptada por Suecia en la década de 1930, y dio origen al Sistema Nacional de Salud en diferentes países.

- La Financiación es pública a través de impuestos y mediante presupuestos estatales.
- La prestación se da en condiciones de universalidad, equidad, gratuidad y libertad de acceso de toda la población.
- La planificación y la salud pública quedan en manos del Estado y descentralizadamente en comunidades autónomas y municipios que deciden y elaboran planes de salud evaluables y de cumplimiento obligado.
- Amplio control parlamentario sobre el sistema.
- Los medios de producción son estatales aunque existe una parte del sector privado, los pacientes participan en el pago.
- Tiene un presupuesto global limitado para las instituciones hospitalarias.

I.4. MODELOS SANITARIOS LATINOAMERICANOS

En Latinoamérica surgieron otros modelos parecidos pero con características históricas y sociales propias de la región.

- **Modelo Segmentado:** Es el modelo más frecuentemente utilizado en América Latina. Coexisten tres sectores en el sistema:

–Sector Público: representado por el Estado, quien se ocupa de brindar asistencia a aquellos individuos excluidos del mercado, es decir a quienes pertenecen a los grupos sociales más carenciados y vulnerables y sin cobertura social. Se financia con recursos fiscales que pueden provenir de las finanzas generales o bien de impuestos con afectación específica a esta finalidad.

A su vez es el estado es prestador de servicios a través de su red sanitaria.

–Sector Seguridad Social: su organización se descentraliza en entidades intermedias no gubernamentales, pero con alta regulación por parte del estado. La financiación se efectúa a través de aporte de los trabajadores y contribuciones de los empleadores, recursos que tiene el carácter de obligatorios. Por definición, sólo cubre a los aportantes al sistema y su grupo familiar.

–Sector Privado: la prestación de servicios de salud se realiza a través de prestadores privados en el mercado. La financiación la efectúa el usuario demandante mediante el sistema denominado prepago. En general los seguros se contratan individualmente, aunque pueden ser contratados colectivamente. En Argentina lo que debe aportar cada usuario se calcula en base al riesgo de enfermar y de estar enfermo (es decir, a través de las tasas de incidencia y prevalencia de las diferentes enfermedades) y al tipo de servicio.

Estos tres sectores financian el sistema, pero dos de ellos también son prestadores de servicio: el Público y el Privado. Este último brinda servicio a seguros privados como a seguros sociales. Implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas, que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan, el origen de los recursos con que cuentan y nivel de decisión en el sistema, además de fragmentación en cada sector.

La interdependencia económica de los tres sectores, la duplicidad de funciones, la ineficiencia en el manejo de recursos y las diferencias importantes de prestación de servicios entre los diversos segmentos de población en relación a su cobertura dan como resultado falta de equidad y discriminación en la prestación del sistema, es decir marcadas ineficacias.

- **Contrato Público** (ejemplo de esta modalidad lo representaba Brasil)

- El financiamiento público se combina con una creciente participación privada en la provisión de los servicios de salud, mediante la contratación de servicios.
- La población tiene mayores opciones y los proveedores encuentran más oportunidades para la autonomía y la competencia.
- El presupuesto público global se asigna a un conjunto plural de proveedores en función de ciertos criterios de productividad y calidad.
- Este modelo conduce a la fragmentación de la provisión y complica el control de la calidad y los costos.

- **Pluralismo Estructurado:** Es una nueva modalidad que se encuentran transitando Colombia, México, Argentina y Brasil

Representa un punto intermedio entre los dos polos (público y privado) en los que han funcionado los sistemas de salud, lo que evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización del sector privado. Esta nueva alternativa busca que el sistema ya no esté organizado por sectores sociales sino por funciones. Juegan aquí un rol importante los Ministerios de Salud de cada país asumiendo funciones de rectoría y regulación del sistema y procurando la conducción estratégica, en lugar de ser un proveedor más de servicios de salud.

- La Seguridad Social se convierte en la responsable principal de la financiación y se amplía gradualmente a fin de alcanzar una protección universal, guiada por principios de finanzas públicas.
- La provisión directa de servicios quedaría abierta a todo un esquema pluralista de instituciones, tanto públicas como privadas.
- En las áreas urbanas fomentaría la competencia entre proveedores, y en las áreas rurales otras innovaciones para fomentar el pluralismo serían las cooperativas organizadas y empresas solidarias de salud. En todo caso el reto es incrementar las opciones para los consumidores y los proveedores, con reglas claras que minimicen los conflictos potenciales entre equidad y eficiencia.

En conclusión, se podría afirmar que de todos los modelos descriptos sintéticamente han ido variando en el tiempo y generando cambios en busca de nuevas alternativas para ser más

eficientes y guardar mayor equidad en la prestación.

La percepción generalizada es que no hay ningún modelo concreto único y puro que permita resolver todos los problemas de salud de la población en nuestro entorno. El modelo sanitario ideal no existe, cualquier modelo que elijamos tiene defensores y detractores por sus propias características y complejidades.

La salud en su concepción tiene una dimensión ética que se apoya en valores sociales, políticos y religiosos entrecruzados con distintas visiones ideológicas e intereses de todo tipo que no siempre tienen apreciaciones comunes.

1.5. CARACTERÍSTICAS COMUNES DE TODOS LOS MODELOS SANITARIOS

- Son diseñados por la autoridad política de los diferentes países para cumplir con sus modelos teóricos sanitarios.
- Todo tienen un carácter profesional como el tomador de decisiones fundamentales (en nombre del paciente) con gran autonomía en sus decisiones.
- Las decisiones médicas en los sistemas de salud determinan la calidad y eficiencia de éstos.
- Deben alinear la práctica médica (con sus incentivos e intereses) con la misión y valores del sistema sanitario, articulando la gestión administrativa con la gestión clínica.
- Los determinantes más importantes de la salud individual y colectiva no dependen del sector salud. Este tiene una limitada capacidad de producir salud, aproximadamente un 11%, frente al 89% (que comprende la carga genética, los estilos de vida y el medio ambiente).
- El sector salud es cada vez más relevante en los indicadores macroeconómicos de un país.
- Gran capacidad de presión social y laboral, cuya gestión es en especial problemática.

Los sistemas sanitarios, además son sistemas abiertos y por ende interactúan con otros sistemas: el político, el fiscal, educativo y el económico. A su vez, los sistemas social y ambiental (suprasistemas) contienen al sistema de salud e interactúan permanentemente condicionando su funcionamiento.

1.6. FUNCIONES Y COMPONENTES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Los componentes se podrían definir como las partes internas del sistema, que en su accionar determinan el equilibrio operativo del sistema.

Las partes se relacionan a través de funciones: financiación, regulación (legislación), provisión y gestión (planificación y control del sistema).

Los componentes de un Sistema de Salud son:

- **Financiamiento:** determina las fuentes y/o el origen del financiamiento que se invertirá en el sistema de salud. La fuente condiciona al sistema en su funcionamiento, estructura y resultados.
- **Entidad Administradora:** es la que cumple la función rectora del Sistema. Orienta y supervisa a todo el Sistema público y privado.
- **Usuarios o Beneficiarios:** son los destinatarios de las prestaciones de salud, la demanda del Sistema..
- **Proveedores de bienes y servicios de salud:** es la oferta de bienes y servicios que debe guardar relación con la demanda, determinando los servicios y bienes necesarios.

1.7. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA ASISTENCIAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Evidentemente en casi todos los países se avanza hacia modelos mixtos descritos anteriormente variando algunos de ellos en la modalidad de gestión, esto es, distinta participación del sector público y el privado en la financiación y provisión de servicios.

Podemos afirmar que existe una gran diversidad en relación a la estructura organizativa de la sanidad, los cuales son el resultado de combinar los dos elementos básicos de los que se

constituyen todos los sistemas sanitarios:

1. Fuentes de financiación: recursos económicos
2. Proveedores: médicos, hospitales, farmacias, etc.

La estructura asistencial común a la mayoría de los sistemas es por Niveles Asistenciales, conformando entre todos el Modelo Sanitario. Estos Niveles son:

1. Atención primaria de la salud (siglas: AP o APS): según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente:

... Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

2. Atención especializada de diagnóstico y tratamiento: comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel.
3. Prevención y promoción de la salud: Si bien son dos conceptos distintos ambos apuntan a la salud y no a la enfermedad como los anteriores. La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 es que la promoción de la salud "consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma". En cambio, prevención son las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de una enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener el avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS, 1998).

En la presente investigación se abordarán los servicios de la atención primaria, organizados en servicios básicos ambulatorios prestados por profesionales médicos y técnicos de la salud.

1.8. ANTECEDENTES TEÓRICOS DE MODELOS DE EVALUACIÓN

Existen numerosas técnicas para evaluar la salud que se muestran como modelos de atención sanitaria, generalmente acordes a las políticas y regulaciones de cada país.

Ya la Organización Mundial de la Salud evidenció en su informe anual del 2000 "La evaluación del desempeño de los servicios de salud del mundo" que el funcionamiento de los servicios de salud es inferior al esperado a pesar del avance de la medicina moderna.

1.8.A. MODELO PICAM⁴

PICAM es el Programa de Indicadores para la Calidad en Atención Médica que se desarrolla en forma asociativa entre ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud) y SACAS (Sociedad Argentina para la Calidad en Atención de la Salud). El mismo

⁴ PICAM. *Informe de avance septiembre 2010*. (Buenos Aires, 2010). Disponible en: www.calidadensalud.org.ar/picam [Agosto/ 2015] Pág. 4.

está relacionado, a partir del año 2005, con el Programa de Acreditación que administra ITAES. Si bien el PICAM es un modelo muy utilizado en el sector salud y ha demostrado su validez, en la presente Investigación no se lo considera del todo aplicable debido a que está orientado a establecimientos asistenciales con internación y por lo tanto en la institución analizada no tiene una alta aplicación, aunque se rescata la utilidad de dividir los indicadores por “dominios” como una metodología aplicable similar a las perspectivas del Tablero de Comando.

I.8.B. MODELO FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA (FESP)⁵

La OPS ha dado los pasos iniciales para poner en marcha una iniciativa continental denominada “La salud pública en las Américas”, dirigida a la definición y medición de las FESP como base para mejorar la práctica de la salud pública y para fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado.

Se ha definido a las FESP como condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública y por lo tanto, constituyen un modelo de indicadores aplicado a la salud que puede ser tomado como base para medir los resultados de un sistema sanitario.

Sin embargo, debido a que dicho modelo se circunscribe a la salud pública es que no resulta totalmente aplicable a la institución en análisis.

I.8.C. GUÍA DE INDICADORES BÁSICOS DE CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD⁶

La utilización de indicadores permite instaurar un sistema para recopilar datos objetivos y significativos, desde la estructura, los procesos y los resultados, su análisis e interpretación y las maneras de incorporarlos dentro de un programa de mejoramiento de la calidad.

En el marco de los componentes del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM) se encuentra el de monitorear, medir, controlar y mejorar continuamente la calidad de la atención médica para garantizar el desempeño de los servicios del sistema de salud.

I.9. INDICADORES

Los indicadores son medidas configuradas según las características que se desean analizar y por esto existen infinidad de mediciones que se pueden determinar, según el foco de interés de cada estudio.

I.9.A. Características de un indicador:

Como reconoce Pedro Saturno, Premio Nacional a la Calidad de la Sanidad, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires (U.B.A.), “además de la validez y de la fiabilidad, una de las características que debe tener un indicador de calidad es su utilidad, es decir, su grado de adecuación para que puedan conseguirse acciones de mejora por parte de quienes están midiendo cuando se detecta un problema de calidad. Esta característica va unida al nivel dentro de la estructura del sistema de salud”⁷.

Otro atributos de un indicador son especificidad, es decir, que mida sólo el fenómeno que se quiere medir; sensibilidad, que pueda medir los cambios en los fenómenos que se quieren

⁵ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. “La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción” (*Publicación Científica y Técnica No. 589*, Washington, D.C.2002) Pág. 2-3.

⁶MINISTERIO DE SALUD ARGENTINA. *Resolución 54/2003* (Buenos Aires, 2003). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/85000-89999/86381/norma.htm> [Junio/2013]

⁷SATURNO PEDRO. “Qué, Cómo y Cuándo Monitorizar: Marco Conceptual y Guía Metodológica” (*Revista Calidad Asistencial*, Vol.13, 1998). Págs.437-443.

medir; utilidad, que sea capaz de dar respuestas claras a los asuntos más importantes de las políticas de salud.

I.9.B. Tipos de indicadores:

Según Donabedian, en salud los indicadores se pueden agrupar en:

- De proceso: miden la variación a través de la medición de actividades. Su importancia es que permiten identificar las desviaciones durante la prestación del servicio.
- De resultado: miden la conformidad o no del resultado del proceso, es decir, el servicio de salud con los requerimientos del paciente.
- De estructura: mide aspectos organizativos y de naturaleza estructural e incluye indicadores de arquitectura, recursos materiales y humanos.

I.9.C. Requisitos que deben cumplir los indicadores:

- Relevancia: Sirve para conocer el fenómeno y lo representa adecuadamente.
- Precisión: La medición se desvía poco o nada del valor real.
- Sensibilidad: El indicador varía en consonancia con las variaciones producidas en el objeto que se estudia.
- Especificidad: Es poco afectado por la acción de otras variables.

I.9.D. Forma de los indicadores:

Los indicadores pueden por su forma considerarse Simples o Complejos:

Los Simples son solo números, como por ejemplo series de tiempo y muestran tendencias históricas que nos sirven para tomar medidas a futuro en base al comportamiento de una variable analizada (por ejemplo: pacientes atendidos).

Otros son más complejos e indican proporciones calculados en base a cocientes entre un valor incluido en el numerador y otro en el denominador y pueden adoptar la forma de:

- Razones: Cuando los hechos incluidos en los dos términos del cociente son de diferente naturaleza. EJ: consulta/egresos.
- Proporción: Cuando el numerador está incluido en el denominador. EJ: Número de Rx. Con signos patológicos/Total Rx tomadas.
- Tasa: Cuando el numerador contabiliza hechos de riesgo (muerte, enfermedad, accidentes, etc.) en relación a un denominador conformado por la población expuesta a ese riesgo, durante un período especificado (generalmente un año). EJ: Tasa de internaciones= Número de internaciones/total de beneficiarios.

Analizaremos a continuación una herramienta específica para la medición con indicadores como es el Tablero de Comando.

CAPÍTULO II: TABLERO DE COMANDO

A partir de las teorías analizadas en el capítulo anterior, se desarrolla en el presente una herramienta aplicable a la medición y seguimiento, como es el Tablero de Comando.

II.1. FUNDAMENTOS⁸

II.1.A. Conceptos Generales

El Tablero de Comando es otra herramienta de la familia de sistemas de medición, que apunta a visualizar la información útil para diagnosticar la situación utilizando modernas herramientas informáticas. En la metáfora de Kaplan y Norton, podríamos decir que se trata del “tablero de instrumentos” de un avión.

El Balanced Scorecard (BSC), Tablero de Comando o Cuadro de Mando Integral (CMI) incorpora un conjunto complejo de relaciones causales entre diversas variables críticas, que incluyen avances, demoras y círculos de retroalimentación, que describen la trayectoria “el plan de vuelo o la estrategia”.

II.1.B. Utilidad del Tablero de Comando

La enseñanza y transmisión de conocimiento se logra por el Tablero de Comando, el cual ha demostrado ser muy útil para esta tarea, en especial cuando lo utilizan los jefes y subordinados para trabajar juntos. Es la mejor manera de desarrollar la organización e integrar Sistemas a fin de llegar a ser una Organización de Aprendizaje. Se acelera el aprendizaje personal y se incrementa el aprendizaje corporativo en forma exponencial cuando uno le enseña lo que ha aprendido a otro⁹.

II.1.C. Ventajas y Desventajas del Tablero de Comando

A pesar de sus virtudes, el Cuadro de Mando Integral es un gran desconocido, no sólo para los que todavía no han tenido acceso, sino también para los que ya están inmersos en el proceso de implementación.

Como principales ventajas podrían destacarse:

- ◆ El explicar el modelo de negocio y traducirlo en indicadores facilita mucho el consenso y la transmisión en toda la organización.
- ◆ Explicita cómo el accionar diario de la organización nos puede afectar en el largo plazo.
- ◆ Se lo utiliza para comunicar los planes de la empresa.
- ◆ Sirve como herramienta para aprender acerca del negocio.

Sin embargo existen riesgos con la confección del Cuadro de Mando que podrían enumerarse como:

- ◆ Un modelo poco elaborado y sin la colaboración del personal se va a transformar en un pequeño libro editado periódicamente al que se le otorgaría poca importancia.
- ◆ Si no se eligen indicadores que clarifiquen, la actividad será un resumen de números sin sentido.
- ◆ Si no se define la estrategia, ni la misión y visión de la organización de manera simple y de fácil interpretación no va a servir como control de la gestión.

II.2. PERSPECTIVAS DEL TABLERO DE COMANDO¹⁰

Es el aporte conceptual más importante del Tablero de Comando es ayudar a comprender los objetivos estratégicos y graficar en forma muy clara la estrategia de la organización para que sea entendible por todos los sectores. Las perspectivas del Tablero son:

⁸ BALLVE, ALBERTO M. “Creando conocimiento en las organizaciones con el Cuadro de Mando Integral y el Tablero de Comando”. (*Revista de Contabilidad y Dirección*, EDDE Escuela de Dirección de Empresas, Vol. 3, Buenos Aires, 2006). Págs. 2-10.

⁹BALLVE, ALBERTO M. Op. Cit. Págs.13-38.

¹⁰DADIEGO, GABRIEL A. *Control de Gestión para Obras Sociales* (TESIS MAESTRIA EN ECONOMIA Y GESTION DE LA SALUD, INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACION ISALUD, 2003-2004) Pág. 5-8.

1. Usuario: cumplir las obligaciones que se tienen hacia el usuario, logrando su satisfacción.
2. Proceso Interno-Calidad: capacidad de los procesos para proveer los mejores servicios.
3. Económica-Financiera: asegurar la consecución de fondos y priorizar el uso racional de los recursos económicos y financieros.
4. Crecimiento y Aprendizaje del Personal: generar conocimiento adecuado y las herramientas necesarias para el desarrollo del Personal.

II.3. PERSPECTIVAS APLICADAS AL ÁREA ASISTENCIAL

Veremos cada una de las perspectivas del Tablero de Comando desarrollada dentro del marco teórico pero aplicado al área asistencial.

II.3.A. Satisfacción del Usuario

La satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales y un factor asociado a la utilización del servicio y a la conducta del paciente, lo cual justifica que ésta se haya incorporado como una medida de la mejora de la calidad¹¹.

La satisfacción de los usuarios ha pasado a ser vista como uno de los resultados de la asistencia sanitaria y los procedimientos dirigidos a medir esa satisfacción se han convertido en un elemento clave de las organizaciones sanitarias modernas, entendida como herramienta que permite obtener información relevante sobre la percepción de los usuarios y sobre las actuaciones que deben realizarse para aumentar la calidad de las prestaciones¹².

Existen factores condicionantes de la satisfacción o también llamados factores externos, que son ciertas características de los usuarios, útiles para indagar en qué medida difiere la satisfacción en función del tipo de persona que recibe el servicio.

Algunos de ellos son¹³:

- ♦ LA EDAD DE LOS PACIENTES. existe una relación directamente proporcional entre tener más edad y estar más satisfecho con la atención recibida.
- ♦ EL NIVEL DE ESTUDIOS Y SITUACIÓN LABORAL: existe una tendencia a que las personas con un menor nivel de estudios muestren una mayor satisfacción y viceversa.
- ♦ LA FRECUENCIA CON LA QUE LOS PACIENTES ASISTEN AL CONSULTORIO MÉDICO: la satisfacción aumenta conforme aumenta el número de veces que el usuario acude a la consulta, independientemente de las características del tipo de usuario. Únicamente la influencia es inversa correspondiente al sistema organizativo.

II.3.B. Procesos internos/calidad de las prestaciones

a) Antecedentes de la Calidad en Salud

Los servicios de salud son aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internación y son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutoria, niveles de atención y complejidad¹⁴.

En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario, son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia.

¹¹CAMINAL, Josefina. "La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios", (*Revista Calidad Asistencial*, 2001), Pág. 276.

¹²FERNÁNDEZ ESQUINAS, MANUEL [Y OTROS]. *La sanidad desde el otro lado - Valoración social del sistema sanitario público en Andalucía*, (*Servicio Andaluz de Salud*, Sevilla, España, 2001), Pág. 111.

¹³FERNÁNDEZ ESQUINAS, Manuel [y otros]. Op. cit. Pág. 135/144.

¹⁴LALAMA, Marcelo. *Farmacología Virtual*. (Marzo 2012). Disponible en <http://www.farmacologiavirtual.org/index.php>. [Julio/2010] Pág. 3.

b) Calidad en Salud

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad en salud es la resultante de ejes concurrentes en un espacio y un tiempo determinado:

- ◆ Un alto nivel de excelencia profesional (competencia profesional).
- ◆ El uso eficiente de los recursos (eficiencia).
- ◆ Un mínimo riesgo para el paciente (seguridad).
- ◆ Un alto grado de satisfacción por parte del paciente (aceptabilidad de la atención).
- ◆ Resultados finales de indicadores de Salud (eficacia).

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en su evaluación del desempeño del equipo de salud, definen la calidad según Deming "como el resultado integral ligado a determinados procesos de trabajo, en el marco de la producción de servicios sociales". La calidad viene a ser entonces el resultado de las formas como se da el proceso de producción de servicios¹⁵.

La introducción en el campo de la salud del concepto de calidad total (Deming, 1990)¹⁶ implicó algunos cambios en el pensamiento de los evaluadores, ya que introdujo la noción de que la calidad de la atención no solamente depende de la excelencia técnica sino también de la satisfacción de los clientes internos (es decir del equipo de salud) y externos (es decir de los usuarios de los servicios de salud). Passos Nogueira, en 1994¹⁷ otorga este concepto como un nuevo paradigma en la evaluación de la atención de salud¹⁸.

Para Avedis Donabedian¹⁹, son tres los componentes de la asistencia sanitaria que, relacionados, conforman el conjunto de atributos determinantes de la calidad asistencial de un acto médico concreto: los aspectos técnicos-científicos, la relación interpersonal y otros elementos del entorno (Donabedian, 1989, p.103).

También en 1985 la OMS definirá Calidad en Salud con estos términos: "Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, a fin de lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

De la definición de calidad asistencial y del análisis de sus componentes se pueden separar dos elementos multifactoriales de la calidad que analizaba Donabedian:

- ◆ **CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA.** A la cual se asocia el componente de actuación científica técnica, relacionada con lo que el cliente recibe.
- ◆ **CALIDAD FUNCIONAL, INTERACTIVA O PERCIBIDA.** Que se asocia a los componentes de relación interpersonal y entorno y está relacionada con la forma en la que el servicio ha sido prestado. Se trata de la interrelación entre elementos humanos y físicos con los pacientes.

¹⁵EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DE LOS SERVICIOS DE SALUD ADSCRITOS A LA CORPORACIÓN MERIDEÑA DE SALUD EN EL MUNICIPIO LIBERTADOR DEL ESTADO MÉRIDA. 2005

¹⁶DEMING W.E. *Qualidade. A Revolucao na Administracao*, (Marques Saravia, Rio de Janeiro, Brasil 1990) Págs. 5-12.

¹⁷PASSOS NOGUEIRA R. *Perspectivas da Qualidade em Saude*, (Qualitymark Editora 2000, Rio de Janeiro, Brasil, 1994) Pág. 6.

¹⁸SQUASSI ALDO, MERCER HUGO Y BORDONI NOEMÍ. "Evaluación de calidad de los procesos de atención de salud bucal empleando el método basado en la semiótica de los enunciados", (*Revista de la Maestría en Salud Pública*, Año 3, N° 5, Agosto 2005) Págs. 11-12.

¹⁹DONABEDIAN citado por VILLEGAS PERIÑÁN, María del Mar y ROSA DÍAZ, Isabel María, "La calidad asistencial: concepto y medida", (*Revista JANO*, Vol. 864, 1989). Disponible en: www.revistadyo.com/index.php/dyo/article/viewFile/142/142 [Marzo/2012]. Pág. 111.

c) Indicadores de la Calidad en Salud²⁰

La calidad de la atención médica se puede medir a través de los llamados “indicadores”, que según el Dr. Ricardo Rezzónico²¹ es “el análisis de eficiencia, eficacia y efectividad para coadyuvar a la racionalidad del proceso de planificación de la que forma parte. La eficiencia se vincula con la racionalidad en la administración de recursos, independientemente del efecto alcanzado en la población objetivo (eficacia). Y se habla de efectividad para entender el impacto producido en el medio de resultar de la aplicación de “un proyecto, programa o conjunto de acciones”. Afirmo el Dr. Rezzónico que “la evaluación es integrante fundamental del sistema y es el componente que retroalimenta la supervivencia del mismo”.

II.3.C. Resultados económico-financieros para la institución

La evaluación económica de las intervenciones sanitarias es un término genérico que engloba varias técnicas o procedimientos que pueden emplearse para comparar información sobre la relación que existe entre el costo y los resultados de las prestaciones sanitarias necesarias para la mejora de la salud de los individuos.

a) Análisis de costos para la toma de decisiones en el sector sanitario

Hay un nivel de salud privado y un nivel de salud social y colectivo. La persona puede adquirir salud en el mercado mediante contraprestaciones económico-monetarias. Pero estas acciones provocan efectos a nivel social y colectivo.

b) Análisis Costo-Beneficio (ACB)

Es una de las herramientas empleadas en el sector sanitario que permite tomar decisiones de asignación de recursos públicos cuando éstos son escasos. Hay que valorar los costos y los beneficios de las diversas alternativas posibles, tanto diagnósticas como terapéuticas y medirlas en unidades monetarias para homogeneizarlas²². Una vez realizado este proceso se debe hacer un plan estratégico de decisión priorizando aquellos proyectos donde la relación beneficio-costo sea la mayor posible.

c) Análisis Costo-Efectividad (ACE)

Mide la efectividad de las políticas sanitarias en unidades naturales y tangibles y es una herramienta útil en el caso de tener que comparar varias intervenciones, ya que permite hacer una clasificación ordenada de ellas en función de la relación existente entre su costo y los resultados de las prestaciones destinadas a la mejora de la salud de los individuos²³.

d) Análisis Costo-Utilidad (ACU)

Para esta valoración hay que partir de la base que toda pérdida de salud provoca una disminución del bienestar de las personas. La enfermedad produce costos médicos (para el diagnóstico y para el tratamiento o asistencia), costos de recursos operacionales (costo de transporte, costo de manutención en los pacientes desplazados), costo en tiempo y una pérdida de la capacidad productiva, con menor rendimiento en el trabajo o incluso provocando una incapacidad para poder trabajar, costos por los gastos defensivos en que se incurre para prevenir la enfermedad, costos en molestias, malestar y por la ansiedad tanto del enfermo como del entorno.

²⁰FERRARI, MARÍA CRISTINA. *Gestión de Calidad en Organizaciones de Salud*, (Consejo Profesional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1ª Ed., Buenos Aires, 2011) Págs.177-182.

²¹ ARANGUREN, Edmundo y REZZONICO, Ricardo. *Auditoría médica*, (Tomo III, Fundación Favalaro, Buenos Aires, 1998). Págs. 10/14.

²²TARAZONA, MARÍA CABALLER. “Análisis y evaluación económica de sistemas de salud: logro en salud, desempeño y aspectos organizativos”(Universitat Politècnica Valencia, Tesis Doctoral, Directores: Ismael Moya Clemente David Vivas Consuelo) Pág. 10.

²³PRIETO, LUIS [y otros]. “Análisis coste-efectividad en la evaluación económica de intervenciones sanitarias”, (*Grupo ECOMED*, Departamento de Investigación Clínica, Lilly S.A. Alcobendas Madrid, Universidad de La Rioja, Logroño. HERO Consulting. Madrid) Págs. 3-4.

e) Indicador para medir la gestión: ROCE

Return on Capital Employed: es un ratio que mide la eficiencia y la rentabilidad del capital que se invirtió en la empresa, tomando en cuenta el capital empleado en la empresa. En cualquier caso, el valor del ratio deberá ser mayor que el costo del capital para la compañía, si queremos presumir de buena gestión y que cualquier endeudamiento adicional no reduzca rentabilidad del accionista.

II.3.D. Formación y crecimiento del Personal

Esta perspectiva suele considerarse al final ya que es la que posibilita las tres anteriores, es decir que hay que identificar cuál es el Personal actual de la organización y cuál es necesario desarrollar para lograr las otras perspectivas. La competencia, el continuo cambio y las crisis económicas que afectan a las empresas le exigen que mejoren continuamente las capacidades del personal.

a) Factores de Formación y Crecimiento del Personal:

La formación y crecimiento de una organización provienen de tres fuentes principales:

- ◆ las personas,
- ◆ los sistemas y
- ◆ los procedimientos de la organización.

Según R. Kaplan y D. Norton existen tres principales variables en esta perspectiva:

- **Capacidades de los Empleados:** se toman tres dimensiones fundamentales:
 1. La satisfacción
 2. La retención
 3. La productividad

Se puede considerar que la satisfacción resulta ser la inductora de las otras dos medidas²⁴.

- **Capacidades de los Sistemas de información:** contar con buena y precisa información sobre los beneficiarios, sobre los procesos internos y sobre las consecuencias financieras de las decisiones, aseguran los resultados. También es importante contar con datos sobre el servicio que se presta, la percepción del cliente.
- **Motivación, delegación de poder y coherencia de objetivos:** si los empleados no están motivados no se logran mejoras organizacionales. Para motivar es importante que puedan tomar decisiones sobre objetivos asignados para cumplir. El factor clave es la motivación individual.

De todos los métodos observados se considera que el **Análisis Costo-Efectividad** es el más apropiado ya que se puede aplicar al costo de los servicios y determinar la efectividad del mismo según la tasa de atención en prestaciones por la misma patología.

CAPÍTULO III: SISTEMA DE INDICADORES PROPUESTO

Según lo visto en los Capítulos anteriores a continuación se propone un Sistema de indicadores aplicable a un modelo de atención primaria de la salud, siguiendo el formato del Tablero de Comando, es decir, abarcando todas las perspectivas del mismo:

²⁴KAPLAN R. S. Y NORTON D. P., Cuadro de Mando Integral (Ed. Gestión 2000, Barcelona, 1997). Págs. 125-129.

1. Resultados económico-financieros,
2. Usuarios,
3. Procesos internos-Calidad y
4. Formación y Crecimiento del Personal.

III.1. INDICADORES DE RESULTADOS ECONÓMICO-FINANCIEROS

Para esta Perspectiva se han tenido en cuenta los indicadores de distintas teorías analizadas en los Capítulos anteriores, con el fin de seleccionar aquellos que por la disponibilidad habitual de datos en salud pueden ser posibles calcular.

III.1.A. Evolución del Gasto total:

Descripción: Son todos los gastos generados en los consultorios comparando distintos periodos anuales.

Fórmula:
$$\frac{\text{Sumatoria de gastos directos e indirectos del Ejercicio Actual}}{\text{Sumatoria de gastos directos e indirectos del Ejercicio Anterior}}$$

Incluye: Todos los gastos relacionados con el consultorio, ya sean directos, indirectos, fijos o variables.

Excluye: Inversiones realizadas en tecnología como equipamiento, tecnología y mobiliario.

Fundamento: La medición de los gastos del consultorio por sí misma no da una idea del funcionamiento pero permite obtener la eficiencia si se la correlaciona con la variación en la cantidad de prestaciones realizadas, como así otros cruces de información en base al estudio de distintos indicadores.

III.1.B. Evolución del Gasto por Rubro:

Descripción: Representa la evolución de cada rubro de gastos generados en los consultorios, comparando distintos periodos anuales.

Fórmula:
$$\frac{\text{Gasto por Rubro del Ejercicio Actual}}{\text{Gasto por Rubro del Ejercicio Anterior}}$$

Incluye: Todos los gastos relacionados con el consultorio, clasificándolos por Rubro, es decir, de tipo directos, indirectos, fijos o variables.

Excluye: Aquellos gastos que no se relacionan directamente con la prestación asistencial, tales como los de comunicación, infraestructura y otros similares.

Fundamento: La evolución de cada tipo de gasto del consultorio pero conocer la evolución que han tenido y en cuáles enfocarse cuando se precisa mejorar la eficiencia en el gasto.

III.1.C. Recurso Nuclear:

Descripción: Es la proporción del recurso que se considera nuclear con respecto a los demás recursos. Por tratarse de un servicio se considera que en este caso es el recurso humano. Mide el peso del gasto en Personal dentro del total de gastos de la Clínica.

Fórmula:
$$\frac{\text{Gasto en Personal del Consultorio}}{\text{Gasto total del Consultorio}}$$

Incluye: Todo el Personal médico, técnico, enfermería y administrativos de los consultorios..

Excluye: Quienes no están afectados directamente a los consultorios, como es personal de mantenimiento, informático, contable y otras áreas de apoyo similares.

Fundamento: La incidencia del personal dentro de las instituciones sanitarias es significativo por tratarse de un servicio pero debe existir una correlación con respecto a los demás tipos de gastos.

III.1.D. Eficiencia del gasto de la Clínica:

Descripción: Es la relación entre la ejecución del gasto y el cumplimiento de la producción prevista por la Clínica.

Fórmula:
$$\frac{\text{Presupuesto ejecutado/Presupuesto Programado}}{\text{Producción Realizada/Producción Programada}}$$

Incluye: La información sobre presupuesto y producción de la Clínica.

Excluye: Otra información que puede haber incidido en la medición pero no está incluida en el presupuesto ni en la producción.

Fundamento: Es una medida de eficiencia que requiere construir previamente los datos para obtener el indicador. Mientras mayor es el valor mayor es la ineficiencia, en cambio, si es menor a 1 significa una alta eficiencia ya que se produjo más que el gasto, en términos proporcionales.

III.2. INDICADORES DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Dicha perspectiva pretende medir un elemento subjetivo y no cuantitativo como es la satisfacción del usuario del sistema de salud evaluado. Es por lo tanto un ítem que por su complejidad merece ser abordado desde distintos aspectos relacionados con la percepción causada en los Usuarios cuando son atendidos en la consulta ambulatoria, más allá de los elementos objetivos referidos estrictamente a la prestación y la profesionalidad.

Para este criterio los datos necesarios para los indicadores se obtienen de la realización de encuestas a los usuarios a fin de captar la percepción sobre los servicios recibidos.

III.2.A. Nivel de satisfacción del Usuario con la prestación

Descripción: Es la proporción de Usuarios satisfechos con la prestación recibida, considerando su percepción y a pesar de su desconocimiento técnico asistencial.

Fórmula:
$$\frac{\text{Usuarios encuestados satisfechos con la prestación recibida}}{\text{Total de Usuarios encuestados}}$$

Incluye: Usuarios atendidos y encuestados con una herramienta elaborada especialmente para medir este elemento.

Excluye: Usuarios atendidos y no encuestados, como así también, Usuarios no atendidos.

Fundamento: Se debe determinar una muestra representativa del universo de Usuarios atendidos para conocer su percepción sobre la prestación recibida.

III.2.B. Nivel de satisfacción del Usuario con la atención

Descripción: Se relaciona con la atención recibida, considerando aspectos relacionados con el trato y la calidez del Personal de la prestación ambulatoria.

Fórmula:
$$\frac{\text{Usuarios encuestados satisfechos con la atención recibida}}{\text{Total de Usuarios encuestados}}$$

Incluye: Usuarios atendidos y encuestados con una herramienta que mida este aspecto.

Excluye: Usuarios no encuestados o que no respondieron este aspecto.

Fundamento: Se debe indagar sobre la atención recibida en cuanto a aspectos no relacionados directamente con la prestación sino con el trato y la cortesía percibida desde el Personal asistencial.

III.2.C. Listas de espera para la atención

Descripción: Valoración sobre la demora entre la obtención del turno hasta la efectiva atención.

Fórmula:
$$\frac{\text{Usuarios encuestados satisfechos con la lista de espera}}{\text{Total de Usuarios encuestados}}$$

Incluye: Todos los Usuarios encuestados por este aspecto.

Excluye: Aquellos Usuarios que fueron atendidos y no fueron encuestados.

Fundamento: Se pretende medir la satisfacción con este tiempo de espera.

III.2.D. Ausentismo del Usuario:

Descripción: Determina el porcentaje de Usuarios ausentes a los turnos programados.

Fórmula:
$$\frac{\text{Turnos atendidos}}{\text{Turnos otorgados}}$$

Incluye: Todos los turnos otorgados.

Excluye: Todas las llamadas o contactos por pedidos de turnos no atendidas.

Fundamento: Los tiempos de espera entre la obtención del turno y la atención generan un alto nivel de ausentismo que afectan la calidad de los procesos.

III.2.E. Cantidad de quejas captadas:

Descripción: Total de quejas de los Usuarios atendidos.

Fórmula:
$$\frac{\text{Total de quejas de Usuarios atendidos}}{\text{Total de Usuarios atendidos}}$$

Incluye: Todas las quejas formalmente realizadas por los Usuarios atendidos.

Excluye: Quejas no formales y por lo tanto no quedan registradas.

Fundamento: Es una medida que se puede extrapolar considerando que por cada queja formal existe un número de quejas no formalizadas pero que generaron una disconformidad para el usuario.

III.3. INDICADORES DE PROCESOS INTERNOS/CALIDAD

Son indicadores para medir el funcionamiento interno del servicio médico, considerando todas las etapas necesarias para la atención y no solamente la prestación médica en sí misma.

III.3.A. Utilización de los recursos físicos

Descripción: Mide el uso efectivo del recurso físico en el área de trabajo.

Fórmula:
$$\frac{\text{Horas reales de uso}}{\text{Horas disponibles}}$$

Incluye: Es el total de horas disponibles para la prestación de servicios médicos comparadas con las horas en que realmente el consultorio estuvo en funcionamiento.

Excluye: El resto de las horas que el consultorio no está abierto para atención de Usuarios.

Fundamento: Es una medida de la eficiencia en el mantenimiento del consultorio, considerando que ante un corte en los servicios produce un mayor costo por el recurso humano inactivo.

III.3.B. Productividad:

Descripción: Es la cantidad anual de prestaciones realizadas, pudiendo discriminar entre Consultas y Prácticas ambulatorias.

Fórmulas:
$$\frac{\text{Cantidad de Consultas realizadas}}{\text{Cantidad de Prácticas realizadas}}$$

Incluye: Prestaciones efectivamente realizadas, discriminadas entre consultas y prácticas.

Excluye: No se consideran tratamientos completos sino que se cuentan por prestación.

Fundamento: Se muestra el número de prestaciones que se realizaron anualmente, con el fin de comparar el nivel de productividad de distintos años.

III.3.C. Calidad de las prestaciones:

Descripción: Percepción de los Usuarios sobre la calidad de las prestaciones recibidas.

Fórmula:
$$\% \text{ Usuarios con opinión favorable sobre la calidad de las prestaciones recibidas}$$

Incluye: Todos los Usuarios encuestados sobre la calidad de la prestación recibida.

Excluye: No considera los Usuarios no encuestados.

Fundamento: Si bien la calidad se mide con un elemento tan subjetivo como la percepción del Usuario, éste puede evaluarla apelando a experiencias anteriores o elementos subjetivos.

III.3.C. Capacidad máxima de producción:

Descripción: Es la capacidad máxima de producción medida en horas disponibles de atención, sin contemplar capacidad ociosa, ausentismo ni suspensiones en la prestación de servicios.

Fórmula: Σ Horas posibles de atención de los consultorios

Incluye: La capacidad de producción de todos los consultorios, considerando las horas disponibles planificadas según el horario de atención.

Excluye: La capacidad de producción de otras áreas de apoyo ya que su producción depende directamente de la producción de los servicios odontológicos, como por ejemplo Radiología.

Fundamento: Es importante conocer la cantidad de horas que está en funcionamiento del centro ambulatorio para determinar la producción total que se podría lograr a pleno.

III.3.D. Capacidad real de producción:

Descripción: Es la capacidad real de producción, es decir considerando el total de horas realmente trabajadas.

Fórmula: Σ Horas de atención real de todos los consultorios

Incluye: Las horas reales de producción de todos los consultorios.

Excluye: Las horas reales de atención de las áreas de apoyo considerando que su producción depende directamente de la producción de los consultorios..

Fundamento: Permite obtener las horas efectivamente utilizadas para la atención de los Usuarios, independientemente de las horas en que cada Servicio se encuentra abierto.

III.3.E. Capacidad ociosa operativa en términos de producción:

Descripción: Relaciona la producción prevista con la producción realmente alcanzada.

Fórmula:
$$\frac{\text{Producción prevista} - \text{Producción real}}{\text{Producción real de los consultorios}}$$

Incluye: La sumatoria de todas las horas previstas y reales de producción de todos los consultorios.

Excluye: Las horas en que los consultorios no se encuentran abiertos al público.

Fundamento: Permite obtener una medida de la capacidad ociosa en función de las horas de atención. Mientras menor es el valor de este indicador mejor es el resultado, es decir, menor capacidad ociosa tienen los Consultorios.

III.4. INDICADORES SOBRE FORMACIÓN Y CRECIMIENTO DEL PERSONAL

III.4.A. Capacitación del Personal/Gasto total:

Descripción: Proporción del gasto en capacitación sobre el gasto total de los consultorios..

Fórmula:
$$\frac{\text{Gasto en Capacitación}}{\text{Gasto total de los consultorios}}$$

Incluye: El monto erogado en capacitaciones del Personal, incluyendo congresos, jornadas y entrenamiento interno. Éste último debe ser valorizado considerando las horas dictadas y el valor promedio de una hora de capacitación.

Excluye: El gasto en ambientación del Personal nuevo, ya que es un gasto que generalmente no se contabiliza.

Fundamento: Este indicador asocia el gasto en capacitación con la importancia dada al Recurso Humano, comparado con el gasto total de una organización.

III.4.B. Distribución del Personal:

Descripción: Permite detectar equidad en la distribución del Recurso Humano.

Fórmula:
$$\frac{\text{Total horas de Recurso Humano por Servicio}}{\text{Total de horas de Recurso Humano}}$$

Incluye: Todo el Recurso Humano afectado a los consultorios, incluyendo administrativos que atienden al Usuario.

Excluye: El resto del Recurso Humano consultorio que no está directamente afectado a un Servicio, como por ejemplo los administrativos que se desempeñan en tareas contables.

Fundamento: Analiza la carga en Recurso Humano comparando los distintos Servicios, ya que según el tipo de prestación algunos Servicios son más demandantes de personal que otros.

III.4.C. Ausentismo del Personal:

Descripción: Determina los días de ausentismo de los profesionales, como medida indirecta del nivel de involucramiento del Personal hacia la institución según el ausentismo.

Fórmula: % Ausentismo promedio

Incluye: Todos los profesionales que presentaron licencias en el año analizado.

Excluye: Profesionales con licencias prolongadas por más de 30 días.

Fundamento: Esta medición se puede ir comparando mes a mes para analizar su evolución. También se puede agrupar por tipo de Personal: administrativo, enfermería, técnico, profesional y el resto, a fin de evidenciar si existen diferencias significativas en el nivel de cumplimiento de cada uno.

III.4.D. Cantidad de propuestas presentadas por el Personal:

Descripción: Permite valorar el nivel de iniciativa por el personal en base a las propuestas y mejoras que presenta.

Fórmula:
$$\frac{\text{Total de propuestas/mejoras presentadas por cada subgrupo}}{\text{Total de propuestas/mejoras presentadas}}$$

Incluye: Se considera todo el Recurso Humano.

Excluye: Propuestas presentadas desde el nivel jerárquico.

Fundamento: Se propone una medida indirecta de la participación y compromiso del Recurso Humano con la Institución en la que se desempeña.

III.4.F. Rendimiento del RRHH por unidad de producción:

Descripción: Determina el nivel de la Producción por hora de trabajo.

Fórmula:
$$\frac{\text{Horas trabajadas por el Personal}}{\text{Cantidad de prestaciones realizadas}}$$

Incluye: Se consideran las horas realmente trabajadas por el Personal profesional, enfermería y técnico, a fin de poder compararlas con las prestaciones realizadas en el mismo periodo.

Excluye: No se considera el resto del Personal ya que su trabajo no se relaciona directamente con la realización de las prestaciones odontológicas.

Fundamento: El indicador se refiere a la productividad bruta, es decir, considerando solamente las consultas y no otro tipo de servicios brindados como la atención.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES FINALES

IV.1. PLANTEO INICIAL

La presente Investigación se desarrolló a partir de la hipótesis del trabajo planteada que postula que es posible evaluar la atención primaria de la salud mediante indicadores organizados según

el Tablero de Comando.

Esta Herramienta abarca distintas perspectivas, por lo cual se considera que resulta más apropiada para aplicar en situaciones complejas como es la atención asistencial ya que cada aspecto contribuye a explicar una parte de la situación y en conjunto abordan la totalidad evaluada.

Es por ello que los indicadores que se definieron se agruparon según estas cuatro perspectivas, siguiendo los lineamientos teóricos de la investigación.

◆ **Objetivo General**

El objeto de este Estudio fue elaborar un sistema de indicadores aplicable a modelos de atención primaria de la salud que resulte útil para la toma de decisiones institucionales, evaluando especialmente calidad y eficiencia en las prestaciones.

De esta manera se desarrolló un sistema de indicadores útil para la toma de decisiones en el ámbito asistencial.

◆ **Objetivos Secundarios**

Los objetivos secundarios fueron:

- Determinar los indicadores para medir el nivel de satisfacción de los usuarios.
- Definir las medidas de la calidad de las prestaciones y de los procesos internos.
- Proponer relaciones entre valores económico-financieros.
- Identificar los niveles relacionados con la formación y el crecimiento del Personal.

IV.2. REVISIÓN TEÓRICA

A partir de la investigación del marco teórico se obtuvieron los siguientes fundamentos:

- Existen numerosas técnicas para evaluar la salud que se muestran como modelos de atención sanitaria, generalmente acordes a las políticas y regulaciones de cada país.
- Un modelo de salud es la articulación entre el financiamiento, la prestación garantizada de servicios y una adecuada utilización a corto, mediano y largo plazo que satisfaga las necesidades en salud de los usuarios.
- Existen distintos modelos y se analizaron algunos como el PICAM que si bien no es aplicable a prestaciones ambulatorias se rescata la utilidad de dividir los indicadores por “dominios” como una metodología aplicable y por ello se han definido cuatro de ellos como criterios de análisis: Usuario, Procesos internos/Calidad de la prestación, Resultados económicos y Formación y crecimiento del personal.
- Otro modelo propuesto por la OPS son las FESP (funciones esenciales de salud pública), las cuales son muy útiles y han sido definidas para el sector público de la salud. OSEP no pertenece a dicho sector sino al de la seguridad social por lo que este modelo no se aplica exactamente a la institución.
- Una metodología relacionada con la evaluación es el Tablero de Comando o Cuadro de Mando integral. Esta herramienta sirve para medir las variables críticas de éxito.
- La principal ventaja de esta herramienta radica en su capacidad para controlar la implementación de la estrategia e impulsarla al ofrecer un sistema estructurado para dirigir la organización. De esta manera, permiten que la gerencia se concentre exclusivamente en los temas que se perfilan como problemáticos o con un desvío notable.
- El Cuadro de Mando Integral resulta aplicable a la investigación porque se enfoca en variables o dimensiones críticas de la actividad. Es por ello que se seleccionaron las 4 dimensiones que propone como descriptivas de un centro de atención ambulatoria.

- La evaluación económica de las intervenciones sanitarias es un término genérico que engloba varias técnicas o procedimientos, que pueden emplearse para comparar información sobre la relación que existe entre el costo y los resultados de las prestaciones sanitarias destinadas a la mejora de la salud de los individuos.
- De todos los métodos observados se considera que el Análisis Costo-Efectividad es el más apropiado aplicar considerando los costos de las prestaciones y determinando la efectividad de las mismas según los resultados obtenidos ante una misma patología.
- En cuanto a la perspectiva del Usuario, existen estudios que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al prestador de servicios.
- Otra dimensión es la Calidad ya que está definida por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud como imprescindible para la evaluación del desempeño de los equipos de salud.
- Formación y Crecimiento del Personal suele considerarse al final ya que es la que posibilita las tres anteriores, es decir que hay que identificar cuál es el Personal actual de la organización y cuál es necesario desarrollar para lograr las otras perspectivas.
- La situación social que viven los usuarios, el continuo cambio en la medicina y la crisis económicas que afectan a las empresas de salud le exigen que mejoren continuamente las capacidades del personal.

IV.3 RESULTADOS OBTENIDOS Y CONCLUSIONES

A partir de la hipótesis se obtuvo un sistema de indicadores aplicable a la evaluación de la atención asistencial ambulatoria que resulta confiable en el análisis de las prestaciones, como así también, de centros de atención de este tipo.

Los indicadores se organizaron en función a cuatro perspectivas: Resultados económico-financieros, Usuarios, Procesos internos/Calidad de la prestación y Formación y crecimiento del Personal. Esto es con el fin de abordar el estudio de manera integral y teniendo en cuenta las perspectivas sugeridas por la bibliografía referida al Tablero de Comando.

Los indicadores se formularon teniendo en cuenta la información que suele estar disponible en cualquier centro ambulatorio, conformando un Tablero de Comando que podría aplicarse para evaluar y comparar distintos centros asistenciales similares.

Por lo tanto, esta investigación inicia un camino de análisis en el ámbito sanitario, que hasta el momento ha sido poco tratado, a pesar del aspecto crítico que significa la salud en el desarrollo de una sociedad.

IV.4. LIMITACIONES Y DIRECCIONES FUTURAS

En resumen, la Investigación permitió evidenciar los indicadores de gestión relevantes en salud, pertenecientes al área de procesos y calidad, usuarios, económico-financieros y sobre el recurso humano.

El uso de indicadores es y continuará siendo de utilidad para administradores de instituciones financiadoras de la salud, autoridades sanitarias y para todos aquellos que de una forma u otra están vinculados con el perfeccionamiento del Sector de la Salud.

Es claro sin embargo, que para la obtención de indicadores oportunos es imprescindible desarrollar los Sistemas de Información que permitan recoger los datos necesarios para su elaboración. Es necesario además el monitoreo de la calidad de las fuentes básicas de la información, en particular la historia clínica, la fuente principal de información sobre las características de cada Usuario y las prestaciones recibidas.

Los indicadores por demás brindan una información cuantitativa que permite detectar los espacios con alta probabilidad de problemas en la atención. La determinación y evaluación de cada problema y sus causas debe ser objeto de investigación específica, detallada y profunda con un enfoque más cualitativo.

Uno de los problemas prácticos más importantes que surgen en el uso de indicadores asistenciales es el que surge por la necesidad de hacer uso de varios de ellos a la vez para tener una idea global de la calidad y la eficiencia con que se están ofreciendo los servicios en una unidad o departamento pues, hasta el momento, no se ha instrumentado ninguna manera única de englobar el desempeño asistencial en una sola medida. Sólo el uso del sentido común, la experiencia y la pericia administrativa lograrán el balance adecuado de toda la información que pueden brindar los indicadores y la visión global que a menudo es necesaria. No obstante, debe realizarse un esfuerzo por disminuir el número de indicadores que deben manejarse en estas evaluaciones globales sobre la base que pueden reducirse a muchos menos sin pérdida importante de información.

La recomendación principal es darle a los indicadores de la gestión sanitaria el lugar que les corresponde en la evaluación del desempeño de las instituciones. La disponibilidad de datos desde los sistemas informáticos y el uso de las redes intra y extra institucionales contribuirá decisivamente al monitoreo del desempeño de los sistemas de salud.

Esta herramienta, a diferencia de las tradicionales que son usadas para las mediciones de las organizaciones, hace énfasis en la “estrategia” como pilar fundamental en el marco de la cual se establecen los inductores de actuación y los indicadores que posibilitarán la medición del logro de los objetivos fijados.

Una de las principales contribuciones del Tablero de Comando es la identificación de las relaciones causa-efecto a partir de los resultados obtenidos y la comunicación de la estrategia de la organización a todos sus estamentos, direccionando las políticas hacia los sectores más relevantes de la misma o hacia aquellos puntos que las mediciones definan como emergentes; asimismo, alineando los objetivos de toda la organización. Un conjunto de elementos que deberán traducirse en términos de eficacia y eficiencia en pos del logro de la calidad para el Usuario.

Con la formulación de esta nueva herramienta se pretende incorporar nuevos estilos de gestión que puedan contribuir al mejoramiento de la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios prestacionales de salud que se brinda a los Usuarios. Un mejoramiento que repercutirá en beneficios a cualquier organización sanitaria.

Cabe destacar, que la legislación en materia de gestión de salud ha introducido la necesidad de formar a los profesionales de salud en temas de administración, como requisito excluyente para poder optar por cargos de dirección en la administración pública. Tal es el caso de la Ley n° 7099 de la Provincia de Mendoza, que prevé en el artículo 8° que los directivos de los Hospitales descentralizados de alta y mediana complejidad de la Provincia, deberán ser profesionales con

título universitario, acreditar su capacitación en el gerenciamiento o administración de entes hospitalarios o de salud, con cursos que certifiquen una carga horaria mínima de cuatrocientas (400) horas en la especialidad.

El desarrollo del Sistema de indicadores que se presentó no constituye un modelo estático para presentaciones anuales, si no que, si bien en la implementación de cada indicador se debe analizar la periodicidad de cada uno, adaptándose a las necesidades de cada momento de la organización, aunque sin perder de vista que cuanto más pequeños sean los espacios de medición se estará en mejores condiciones de tomar decisiones más rápidas.

IV.5 CONSEJOS PARA IMPLEMENTAR EL TABLERO DE COMANDO

Antes de pensar en aplicar un Tablero de Comando debemos considerar algunas situaciones que generalmente justifican desarrollar esta herramienta, las cuales pueden ser:

1. Para bajar la estrategia a la acción
2. Como herramienta de alerta temprana de desvíos
3. Para facilitar la toma de decisiones
4. Como elemento motivador del cambio y la mejora continua
5. Para promover la información entre sectores
6. Cuando es útil asignar responsabilidades
7. Para facilitar la información del superior

En definitiva es una herramienta que sirve para brindar información sencilla, resumida y eficaz para la toma de decisiones.

Sin embargo existen riesgos al implementarlo que han sido identificados como los errores comunes, según su autor, el profesor Robert Kaplan:

- Considerarlo como una tarea de la Gerencia media, no liderada por el CEO o Equipo Ejecutivo
- Sólo unos pocos involucrados en el desarrollo del Tablero de Comando
- Un largo proceso de implantación: “Lo mejor como enemigo de lo bueno”, “Más vale un buen plan hoy que uno perfecto mañana”
- Retrasar la implementación por falta de definición de todas las medidas o indicadores. Se puede comenzar con un 30% o 50% de las medidas definidas, el resto se pueden terminar de definir a medida que avanza el plan.
- Proceso estático y no dinámico: Manejar el causa-efecto, objetivos, metas e indicadores “como grabados en piedra”. El Tablero de Comando es un sistema de aprendizaje dinámico, que cambia según aprenda la Organización en cuanto a su visión, entorno, orientación estratégica, mercado, etc.
- El aprendizaje viene del proceso de diálogo y reflexión permanente entre los actores, no meramente de los reportes de un Sistema de Información para ejecutivos.
- Medir para controlar y no para COMUNICAR: el proceso del Tablero de Comando es un proceso de diálogo y comunicación a toda la organización. El control no es el fin del Tablero de Comando, sino que el fin es el aprendizaje a través del diálogo y la comunicación.
- El Tablero de Comando es para la gerencia y no para todos los empleados. Todos los empleados deben ver su aporte a la estrategia a través de los resultados del Tablero. También su contribución al aprendizaje alrededor de los logros y la orientación estratégica de la Organización.
- Gerencia vs. Empleados: el Tablero de Comando no es una metodología para imponer

- acciones de la gerencia, sino para lograr el involucramiento de todos.
- Que el consultor diseñe el Tablero de Comando: debe ser el reflejo del pensamiento y orientación estratégica de quienes guían la Organización. El consultor debe ser sólo un facilitador del proceso de “diseño e implementación”

Si se considera lo antes expuesto se obtienen una serie de recomendaciones para implementar el Tablero de Comando como las siguientes:

- 1) Ponerse a la cabeza de un equipo de cambio.
- 2) Apoyar profundamente a las personas que van a ejecutar las acciones
- 3) Asignarle tiempo y dedicación que deberá disminuir de otras formas de gestión.
- 4) Imponer a todo el personal de la Empresa que se involucre en el Tablero de Comando
- 5) Aceptar que se trata de un PROCESO CONTINUO de mejora y que los objetivos se deben alcanzar con el tiempo.
- 6) Asignar recursos y tiempos de sus ejecutivos superiores
- 7) Aceptar que debe estar sistematizado para que el nuevo sistema sea eficaz.
- 8) Integrar a los sistemas actuales esta nueva modalidad de Dirección
- 9) La nueva herramienta debe ayudar a las necesidades
- 10) Ser realista y creer profundamente en que la herramienta le ayudará a mejorar

BIBLIOGRAFÍA

ARANGUREN, Edmundo y REZZONICO, Ricardo. *Auditoría médica*, (Tomo III, Fundación Favalaro, Buenos Aires, 1998).

ÁVILA-AGÜERO, MARÍA LUISA. “Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud”. (*Acta Médica Costarricense*, Vol.51, Abril-Junio 2009). Disponible en: <http://4www.redalyc.org/articulo> [Agosto/2015]

BALLVE, ALBERTO M. “Creando conocimiento en las organizaciones con el Cuadro de Mando Integral y el Tablero de Comando”. (*Revista de Contabilidad y Dirección*, EDDE Escuela de Dirección de Empresas, Vol. 3, Buenos Aires, 2006).

CAMINAL, Josefina. “La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios”, (*Revista Calidad Asistencial*, 2001)

DADIEGO, GABRIEL A. *Control de Gestión para Obras Sociales* (TESIS MAESTRIA EN ECONOMIA Y GESTION DE LA SALUD, INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACION ISALUD, 2003-2004)

DEMING W.E. *Qualidade. A Revolucao na Administracao*, (Marques Saravia, Rio de Janeiro, Brasil 1990)

DONABEDIAN (1989, pág.103), citado por VILLEGAS PERIÑÁN, María del Mar y ROSA DÍAZ, Isabel María, “La calidad asistencial: concepto y medida”, (*Revista JANO*, Vol.864,

1989). Disponible en:
www.revistadyo.com/index.php/dyo/article/viewFile/142/142 [Marzo/2012].

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA atención primaria de la salud DE LOS SERVICIOS DE SALUD ADSCRITOS A LA CORPORACIÓN MERIDEÑA DE SALUD EN EL MUNICIPIO LIBERTADOR DEL ESTADO MÉRIDA. 2005

FERNÁNDEZ ESQUINAS, MANUEL [Y OTROS]. *La sanidad desde el otro lado - Valoración social del sistema sanitario público en Andalucía*, (Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España, 2001)

FERRARI, MARÍA CRISTINA. *Gestión de Calidad en Organizaciones de Salud*, (Consejo Profesional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1ª Ed., Buenos Aires, 2011)

HTTP://WWW.POLITICASPUBLICAS.UNCU.EDU.AR/ARTICULOS/INDEX/CARACTERIZACION-DE-MODELOS-SANITARIOS-Y-SISTEMAS-SANITARIOS

KAPLAN R. S. Y NORTON D. P., *Cuadro de Mando Integral* (Ed. Gestión 2000, Barcelona, 1997).

LALAMA, Marcelo. *Farmacología Virtual*. (Marzo 2012). Disponible en <http://www.farmacologiavirtual.org/index.php>. [Julio/2010]

MINISTERIO DE SALUD ARGENTINA. *Resolución 54/2003* (Buenos Aires, 2003).
Disponible en:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/85000-89999/86381/norma.htm>
[Junio/2013]

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. “La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción” (*Publicación Científica y Técnica No. 589*, Washington, D.C.2002)

PASSOS NOGUEIRA R. *Perspectivas da Qualidade em Saude*, (Qualitymark Editora 2000, Rio de Janeiro, Brasil, 1994)

PICAM. *Informe de avance septiembre 2010*. (Buenos Aires, 2010). Disponible en:
www.calidadensalud.org.ar/picam [Agosto/ 2015]

PRIETO, LUIS [y otros]. “Análisis coste-efectividad en la evaluación económica de intervenciones sanitarias”, (*Grupo ECOMED*, Departamento de Investigación Clínica, Lilly S.A. Alcobendas Madrid, Universidad de La Rioja, Logroño. HERO Consulting. Madrid)

SATURNO PEDRO. “Qué, Cómo y Cuándo Monitorizar: Marco Conceptual y Guía Metodológica” (*Revista Calidad Asistencial*, Vol.13, 1998)

SQUASSI ALDO, MERCER HUGO Y BORDONI NOEMÍ. “Evaluación de calidad de los procesos de atención de salud bucal empleando el método basado en la semiótica de los enunciados”, (*Revista de la Maestría en Salud Pública*, Año 3, N° 5, Agosto 2005)

TARAZONA, MARÍA CABALLER. “Análisis y evaluación económica de sistemas de salud:

logro en salud, desempeño y aspectos organizativos”(Universitat Politècnica Valencia, Tesis Doctoral, Directores: Ismael Moya Clemente David Vivas Consuelo)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. “Summary report on proceedings minutes and final acts of the International Health Conference Held in New York”. (*Official records*, N° 2, From 19 June to 22 July 1946)