

INICIO

CONTACTO

REVISTA

MEDICINA Y SOCIEDAD  
REVISTA TRIMESTRAL - ISSN 1669-7782  
Año 27, N°4 2008

## Las nuevas demandas sociales y la calidad de la atención(\*)

J.T.Insua, MD, MSc.

*\*Escuela de Salud Pública, Univ.Buenos Aires;*

*\*\* Dept.Medicina /Sistemas de Información Medica;  
Hospital Universitario Austral, Universidad Austral.*

### **Que son las nuevas demandas sociales?**

Revisaremos que son las nuevas demandas sociales, que entendemos por calidad de atención y como impactan estas demandas sociales en la calidad de atención. Finalmente desarrollaremos algunas conclusiones generales sobre los tres temas.

Es claro que hay nuevas demandas sociales. Sin embargo, este tema de las nuevas demandas sociales es difícil de sintetizar y conceptuar en un mundo globalizado. En términos de salud global, las demandas sociales son múltiples y variadas, algunas con representación global y otras con representación local. Seleccionaremos tres de ellas, que han claramente variado en los últimos años y hay evidencia de su impacto global, que persiste aun en una gran diversidad de poblaciones a lo largo y ancho del globo. Las consideraciones están sesgadas por los problemas de los países transicionales como la Argentina y Latino América y el Caribe (LAC).

Analizaremos luego que entendemos por calidad de atención y como estas demandas afectan a la calidad de atención de la población. Finalmente revisaremos algunas de las implicancias para la atención medica y en particular para la calidad de atención.

En la salud global, la variabilidad se evalúa bajo las preguntas de equidad de los determinantes sociales de la salud o estudios macroeconómicos sobre la salud en la economía global. Obteniendo indicadores globales de atención se puede observar que la mortalidad infantil se estratifica por quintiles de ingreso familiar, siendo mucho más elevado en los quintiles bajos, y esto se repite en países diversos como Brasil, Etiopia, Egipto, India, y Kenya. Cuando se observa la mortalidad de adultos se ve también como es estratifica por nivel de la jerarquía ocupacional, siendo peor en los estratos bajos comparado con los altos. Por ejemplo, el síndrome metabólico, se distribuye de acuerdo a mediciones de stress crónico en el trabajo.

El nivel socioeconómico de la población considerada es un fuerte determinante de las nuevas demandas sociales. Por ejemplo, la pobreza y el impacto del nivel socioeconómico de la población (NSE), son claramente dos determinantes ampliamente documentados y reconocidos, por su impacto en la salud. Esto se ha reflejado en consensos tales como los indicadores de salud del milenio (MDG-Millennium Development Goals) y la iniciativa global de WHO sobre la inequidad y los determinantes sociales de la salud. Estos estudios iluminan sobre la presencia de estos gradientes en poblaciones intra- y entre países. La presencia de gradientes de eventos esperados por cada nivel de distribución de la pobreza basal de la población, es marcada y potente. Hay creciente evidencia sobre mecanismos de acción de los procesos pre-patogénicos y patogénicos en esta inequidad global. Esto ha sido demostrado para la inequidad intra países tanto como la inequidad en indicadores nacionales. Esta demanda afecta la morbilidad y la carga de enfermedad de la población. Por tanto la utilización de servicios de salud en gran parte determinada por estos factores es clara. La evidencia sobre su impacto en los servicios de salud es obvia.

La evidencia sobre los niveles de pobreza de los pacientes sobre la calidad y seguridad de los servicios de atención de salud, en cambio, es menos directa. Estos hallazgos nos lleva a una conceptualización de este fenómeno de variabilidad en calidad, que distingue diferencias en estas tasas, causadas por diferencias (explicables) y disparidades (que son fenómenos de inequidad). La diferencia entre ellos está dada por la simple brecha entre el grupo mas

favorecido y el menos desfavorecido en el indicador de calidad. Esta se compone por: 1) variación esperable en la adecuación de los servicios y en las diferentes preferencias de los pacientes; 2) la operación de los sistemas de atención y diferencias en el clima regulatorio y legal de operación, y 3) discriminación, sesgos, estereotipos e incertidumbres en el manejo de los pacientes menos favorecidos. Estos dos últimos componentes componen la verdadera disparidad, pero no justifican toda la diferencia de calidad entre los desfavorecidos y el resto de la población.

La carga de enfermedad de la población es otro determinante marcado de la calidad de atención. Otro tema claramente relacionado es el problema de la Salud Global, dado por la transición demográfica y epidemiológica. A medida que los países avanzan en la transición demográfica, la expectativa de vida se incrementa y la fertilidad se reduce, al mismo tiempo que la enfermedad no-comunicable se incrementa y la enfermedad comunicable se reduce. La transición generalmente se traduce en un gradiente de indicadores.

Dentro de estos resalta el problema del envejecimiento poblacional global. Hay una nueva ola de envejecimiento en marcha en Latinoamérica y el Caribe. La velocidad del envejecimiento es superior periodos previos. Por ejemplo, Chile tardará 30 años en duplicar la tasa de personas de >65 años, mientras que Francia tardó para el mismo proceso 115 años. Si bien la definición de ancianos es variable y socialmente condicionada, se la puede determinar por factores sociales y biológicos. Cuando se la evalúa por transiciones sociales, algunos factores son relevantes: 1) El Retiro de la actividad ocupacional determina la creación de los jubilados /pensionados (as); 2) los duelos por la pérdida de los convivientes significativos, determinan la creación de viudos /(as); 3) las relocalaciones habitacionales, o transiciones de hogar, determina patrones migrantes urbanos y rurales. Cuando se usa el criterio de edad cronológica, ciertas categorías emergen como más relevantes, por ejemplo, los adultos mayores, o aquellos, de >50 años de edad son una categoría epidemiológicamente importante; los trabajadores añosos (incluyendo los de 45-54 años y 55-65 años de edad), tienen una curva de factores de riesgo de salud que determinan fuertemente el comportamiento epidemiológico de cuando tienen mas de 65 años de edad. El subgrupo que podría ser categorizado de “geriátrico”, incluye a los los que tienen clásicamente mas de 65 años. Además los subgrupos son realmente diferentes por sus implicancias, por ejemplo, el grupo 65-74 años: ancianos-jovenes (más sanos), el grupo 75-84 años: ancianos- ancianos (intermedios); el grupo +85 años: los mas ancianos (anciano frágil); y ahora, crecientemente los centenarios, aquellos de >100 años de edad.

El impacto en los servicios de este aumento de la expectativa de vida está claramente demostrado y se lo ha llamado el “encanecimiento” de los servicios, es decir, que al caminarlos, se ven mas cabezas canosas en internadas o en la atención, especialmente en la hospitalización. Una estimación corriente extrapolada de otros países es de un 1/3 de los costos totales. Indicando la creciente utilización de servicios por la población envejecida.

La calidad y la cantidad del costo de los servicios producidos ocupados por ancianos no han sido bien estudiados en nuestro país. En particular resaltaremos aquí el problema de la discapacidad asociadas al envejecimiento. El envejecimiento es uno de los factores determinantes y una causa mas de la discapacidad. Uno de las preguntas más discutidas en la literatura geriátrica era si este incremento de la sobrevivencia de las cohortes, se acompañaba de un incremento o de una disminución de la cantidad de años en discapacidad (compresión de la morbilidad). Estos datos deben ser evaluado por su efecto en la cohorte tanto como a su impacto poblacional total. Si con el envejecimiento poblacional para cada cohorte hay incremento de la incapacidad, el envejecimiento sería perjudicial, y si ocurriera lo contrario sería beneficioso. La primer alternativa querría decir que el incremento de la expectativa de vida tendría un efecto perjudicial para la humanidad, siendo un fracaso del éxito. Yase ha demostrado que la carga de discapacidad poblacional se reduce como resultado de la atención médica. La respuesta final es que hay una reducción de la discapacidad con el progreso de la medicina, aunque hay considerable heterogeneidad poblacional.

Por lo contrario, en valores absolutos la carga de incapacidad de la población aumenta siempre, dado que la masa total de personas >65 aumenta consistentemente en la actual transición demográfica y epidemiológica, medido y capturado por la expectativa de vida al nacer. La discapacidad es un serio desafío a los sistemas de salud con implicancias en todo, pero especialmente en la calidad.

Finalmente hay claramente una transición de comportamientos y de los determinantes conductuales de los factores de riesgo. Un ejemplo, son los factores de riesgo de los accidentes y lesiones son crecientes con el desarrollo, y su carga es significativa en los países menos desarrollados. Su causa es multifactorial, y en ella juegan fuertemente los factores conductuales, por ejemplo, la ingesta de alcohol al manejar, el escaso uso de medidas de protección en ocupaciones de riesgo, etc. La modificación en la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo es paralela a los cambios en la carga de enfermedad producida por la morbilidad prevalente e incidente, propia de la transición epidemiológica. A este respecto cabe destacar las llamadas poblaciones vulnerables, que incluyen no solo a la pobreza, sino otros determinantes, tales como personas sujetas a desempleo, poblaciones migrantes, niños trabajadores, desnutridos, ciertas poblaciones rurales, las poblaciones de las ciudades interiores en las mega polis, presidiarios, etc.

Esto pone en un contexto global la eterna pregunta sobre el peso relativo de los determinantes sociales y biológicos de la enfermedad, es decir una re-edición del problema de naturaleza y cultura en el ámbito global. La respuesta ya claramente establecida para esta pregunta varía con el factor de riesgo pero se sabe que la proporción evitable y dependiente del factor de riesgo es significativa.

### **Que es la calidad de atención?**

La definición de la calidad de atención que adoptaremos será la clásica, de estructura, proceso y resultados promovida por Donabedian. Sabemos sin embargo que las variaciones de acentos entre las definiciones son significativas. En esta discusión estaremos pensando especialmente en la formulación realizada por el IOM, 2001. Esta formulación hace operativa la definición clásica de Donabedian, de  $S + P = O$ , donde S (estructura), P (proceso), y O (resultado). Pero resalta los 6 objetivos de un sistema de salud: seguridad, accesibilidad, equidad, tratamiento oportuno (timeliness), efectividad, eficiencia, calidad resaltados por el trabajo del Institute of Medicine (IOM). Cuando se evalúa la calidad, en datos de una publicación global se demuestra que la calidad es consistentemente baja. Por ejemplo, en USA el porcentaje de cumplimiento del objetivo de calidad fue 54.9%. En la práctica significa que usando una metodología estandarizada de evaluación aproximadamente la mitad del cuidado proveído es de buena calidad. Estos datos se repiten en otros países desarrollados también, como en el caso de Reino Unido. Un estudio desarrollado con un número menor de indicadores dio que las tasas de cumplimiento ajustadas fueron 74.2% para las condiciones clínicas de la medicina general y 56.4% para las condiciones geriátricas. Si esta es la situación en un país desarrollado, cual será la de los países subdesarrollados o en transición?

### **Implicancias de las nuevas demandas sociales para la calidad de atención.**

Las nuevas demandas sociales, tanto el envejecimiento, los problemas bio-psico-sociales, como la discapacidad, tienen amplias implicancias para los servicios de salud. Estas afectan tanto a la calidad de atención, como la seguridad de los pacientes; pero también afectan a los costos y la organización de servicios.

Porque los tres temas –pobreza /problemas psicosociales, discapacidad, envejecimiento--simultáneamente con relación a la calidad? Porque el conjunto de ellos tiene alto impacto en la provisión de servicios. Tanto la edad y discapacidad como la enfermedad neuro-psiquiátrica, actúan como problemas que incrementan las demandas y los riesgos en el profesional y en el sistema de atención que lo secunda. En primer lugar por la propia relación enfermedad-discapacidad-salud mental generan una simultánea co-morbilidad, un incremento del riesgo basal, y un incremento de la probabilidad de eventos riesgosos en el sistema de atención, por ejemplo, de hospitalización.

Por ejemplo, en el ámbito de error de diagnóstico, el envejecimiento triple condición genera una señal ruidosa (noisy signal) en el proceso de evaluación neurológica del paciente, que hace más difícil al profesional evaluar el diagnóstico correcto. Los ejemplos son múltiples. El síndrome confusional agudo del anciano oculta la sintomatología de la morbilidad clínica subyacente, tal como el infarto agudo de miocardio. La proporción de IAM silentes también crece con la edad. Las complicaciones y la mortalidad por enfermedad coronaria (EC) crece con la edad. La incidencia de complicaciones (fibrilación auricular, ICC, ruptura miocárdica, shock cardiogénico) y la fatalidad por caso de IAM es creciente con la edad. El error de manejo empeora con la utilización de tecnologías comunes en pacientes con incremento del riesgo basal, por ejemplo, la posibilidad de efecto adverso a drogas se incrementa en el grupo de pacientes con incrementos sub-clínicos de la creatinina y deterioro de la función renal, que ocurre con la edad y la co-morbilidad relacionada. La reducción de la reserva fisiológica de la mayoría de los órganos nobles, y por tanto la reducción de la ventana toxico-terapéutica, subyace al problema de los efectos adversos de drogas en los ancianos. En el ambulatorio los eventos adversos de drogas en los ancianos alcanzan a 27 por 100 pacientes, con una reducción de la fracción prevenible que pasa a ser de 11%, comparado con una preventabilidad mayor de eventos adversos medicamentosos para el grupo etario de menos de 65 años. La calidad de atención en los pacientes ancianos es más difícil de medir y requiere el desarrollo de indicadores específicos. Lo mismo ocurre con el riesgo de daño causado por los servicios de salud. El acceso a los servicios tiene fuerte correlación con el nivel socioeconómico de los pacientes servidos. Los riesgos quirúrgicos para procedimientos comunes, tales como apendicectomía, claramente se estratifican de acuerdo a características de acceso a los servicios.

Las nuevas demandas sociales determinan también los tipos organizativos de los servicios donde se presta la atención de salud. En este sentido es importante la evaluación del concepto de atención específica de sitio, que se modifica en forma importante en los sistemas integrados de atención (SIA). En este sentido tiene cada vez más importancia la demanda que ocurre en las interfases entre servicios de atención y formas organizativas de la provisión del servicio (tales como la interfaz hospital-comunidad en el proceso de alta hospitalaria). También resultan clave los análisis de provisión de los servicios en cada tipo organizativo de salud (por ejemplo, las demandas especiales de las instituciones de atención prolongada para pacientes incapacitados física o mentalmente). El grado de discapacidad es el predictor más importante de la utilización de servicios de institucionalización crónica.

La discapacidad es un tema complejo. Uno de los problemas centrales es la dispersión de los datos, la superposición de servicios sociales y de salud, y la multiplicidad de las causas y los efectos. La discapacidad física y mental se compone de una población heterogénea. Hay una relación entre distintos subgrupos de discapacidad. El primer grupo está constituido por la discapacidad del desarrollo, por ejemplo, el síndrome de Down, y aislada ocupa la infancia y adolescencia. Un segundo grupo está compuesta por los trastornos del desarrollo y/o los problemas adquiridos de discapacidad de la edad media, tales como la discapacidad laboral / ocupacional y el grupo de las injurias y lesiones de causa no laboral; y un subgrupo de estos está compuesto por el envejecimiento laboral. Esta se agrupa en la edad media hasta la edad de jubilación. Finalmente, todas las anteriores pueden contribuir a la discapacidad de la tercera edad y la causada por enfermedad crónica no-trasmisible, por ejemplo, la osteoartritis degenerativa o artrosis. Este último grupo incluye casi toda la morbilidad del envejecimiento. Estos pacientes tienen más riesgo y peores resultados en todos los pasos de la atención de salud. La discapacidad contribuye a la peor calidad de atención, por una variedad extensa de mecanismos, desde problemas de acceso hasta desconocimiento del proceso discapacitante por los profesionales tratantes.

Uno de los temas más importantes es la adecuación de las competencias profesionales a las necesidades de los pacientes. En este sentido es notable la relativa pobreza de centros de excelencia, en nuestro país, dedicados al entrenamiento en los cuidados necesarios para estos pacientes. Por ejemplo, la mayoría de los programas de entrenamiento en medicina geriátrica no están basados en el modelo de entrenamiento médico de postgrado con actividad supervisada y responsabilidad graduada característico de la tradición Osleriana de la educación médica. Este que es el modelo de educación de postgrado con mejor evidencia de efectividad y calidad no se aplica justo cuando la complejidad de los pacientes y las tecnologías de opciones terapéuticas y diagnósticas más lo demandan.

El punto más importante donde se produce la interacción entre las demandas sociales y la calidad es el punto de servicio o punto de cuidado. Este es el sitio donde se produce la interacción paciente-sistema, especialmente el primer contacto. Un intento de clarificar la calidad de la atención para los países de menor desarrollo fue realizado por J. Peabody para el caso del Asia. En este análisis la calidad de la atención se relaciona con la morbi-mortalidad poblacional subyacente de los países menos desarrollados y los determinantes de acceso a los servicios, así como los determinantes de contexto social y cultural. Los determinantes de la utilización de servicios de salud son varios. Una forma de visualizarlos es la división en subtipos poblacionales de uso de servicios de acuerdo a riesgo y de acuerdo a modo de uso de los servicios disponibles. Por ejemplo, en un modelo de acceso al cuidado de salud, hay dos grupos de pacientes importantes para temas de calidad /seguridad: el grupo de alta necesidad pero uso de servicios incompleto (los pacientes inaccesibles) y aquellos con alta necesidad pero que no usan servicios (pacientes con necesidades no cubiertas), en todos los países los pacientes con pobre adherencia son también significativas (e.g., pacientes perdidos a seguimiento, incapaces de retornar al seguimiento o a consulta especializada, muchos por barreras geográficas, otros por barreras financieras o pobreza). Un estudio internacional en 7 países sobre calidad comparando el cuidado de niños severamente enfermo demostró deficiencias en cuidado, especialmente en el acceso a la emergencia para los que lo necesitaban.

Sin embargo no todo es problemas de accesibilidad y problemas de carga de enfermedad basal en el punto de cuidado. Aquí el análisis clásico de Donabedian es aplicable. El proceso de cuidado, independiente del nivel económico del sistema prestador parece jugar un rol importante. Un estudio en Indonesia, atribuyó el 60% de las causas de muerte a pobre proceso de atención y solo 37% a constricción económica. En la provisión de los servicios, también hay implicancias de las nuevas demandas sociales y la calidad y seguridad de los pacientes.

Subyacentes a estos fenómenos diferencias de calidad y seguridad, están los procesos de inclusión /exclusión social del sistema y de la sociedad. Este proceso tiene gran repercusión en la salud. Actualmente se habla más de los procesos de inclusión /exclusión en relación con el desarrollo socioeconómico global, en especial en el acceso al crédito, a la seguridad social y al empleo y a los bienes tangibles para el ejercicio de los derechos. Sin embargo los mecanismos que operan en la salud son, fundamentalmente, los comentados arriba.

### **Conclusión:**

Las nuevas demandas sociales son múltiples y tienen como correlato un cambio en la demografía, epidemiología, y el nivel de desarrollo de los países. Tanto para definiciones clásicas de calidad, como para definiciones más operativas y modernas de la calidad y seguridad de los pacientes las implicancias son significativas. Estas demandas se trasladan a todo el proceso de atención en los servicios de salud. Afectan especialmente a los determinantes de la utilización de servicios de salud y de accesibilidad, tanto como a la estructura, proceso y resultados de los servicios de salud. Es importante resaltar que los procesos de atención son claves para la mejora de la calidad, aun en situaciones de escasez de recursos. La respuesta a esta necesidad requiere mejoras en todo el proceso de determinación de las características del sistema de salud; desde la financiación y planificación hasta la operación a nivel más clínico de atención. Si tal mejora no ocurre continuará la brecha entre lo que la población requiere y lo que la medicina y su sistema de provisión

de servicios ofrece para cumplir con su misión profesional.

(\*)

*Conferencia SACAS, Buenos Aires, Argentina. 18/09/2008*

- Marmot M. Health in an unequal world. *Lancet* 2006; 368:2081-94.
- Sachs JD. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Report on the Commission of Macroeconomics and Health. Geneva, WHO, 2001.
- Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic Stress at work and the metabolic syndrome: prospective Study. *BMJ* 2006; 332:521-5.
- WHO. MDG. Health and the Millennium Development Goals. WHO, 2005. pp.31, and p.31-41.
- Marmot MG, Shipley MJ. Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement: 25 Year Follow up from the First Whitehall Study. *BMJ* 1996;313:1177-80.
- Gomes, C., and T.G. McGuire. 2001. Identifying the sources of racial and ethnic disparities in health care use. Unpublished manuscript.
- Richard Horton. The neglected epidemic of chronic disease, *The Lancet*, Volume 366, Issue 9496, 29 October 2005-4 November 2005, Page 1514. Valentin Fuster and Janet Voute. MDGs: chronic diseases are not on the agenda, *The Lancet*, Volume 366, Issue 9496, 29 October 2005-4 November 2005, Pages 1512-1514. Lois Quam, Richard Smith and Derek Yach, Rising to the global challenge of the chronic disease epidemic, *The Lancet*, Volume 368, Issue 9543, 7 October 2006-13 October 2006, Pages 1221-1223.  
[http://www.prb.org/pdf05/05WorldDataSheet\\_Eng.pdf](http://www.prb.org/pdf05/05WorldDataSheet_Eng.pdf)
- Kinsella K, Gist Y.J. *Older Workers, Retirement and Pensions. A Comparative International Chartbook*, US Census Bureau Report IPC/95-2RP. Washington DC:US Government Printing Office. 1995.
- Wetle T. Living longer, aging better, *JAMA* 1997; 278:1376-7
- Insua JT. Aspectos Económicos y Utilización de Servicios de Salud en enfermedades Cardiovasculares de los Ancianos. In Tronque J. (Ed). *Emergencias Cardiovasculares en el Geronte*. Cesarini Hnos, Buenos Aires, 2002. pp.393-439.
- Waldo DR, Sonnefeld ST, McKussik DR, Arnett RH III. Health expenditures by age group 1977 and 1987. *Health Care Financ Rev* 1989; 10:111-20.
- Institute of Medicine. *Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention* (1991)
- Fries JF. Aging, natural death and the compression of morbidity. *NEJM* 1980; 303: 130.
- Fries JF. The compression of morbidity: near or far? *The Milbank Quarterly* 1989;67:208-232.
- Gruenberg EM. Failures of success. *Milbank Mem Fund Quarterly; Health and Society* 1977; 55:3-24.
- Manton KG et al. Estimates of change in the chronic disability and institutionalization, incidence and prevalence rates in the United States elderly population from the 1992, 1984, and 1989 National Long term care surveys. *J Gerontol* 1993; 48:S153
- Fries, J. F. Measuring and Monitoring Success in Compressing Morbidity. *Ann Intern Med* 2003; 139:455-459
- WHO. World report on road traffic injury prevention. WHO/WB.2004. pp. 5-7, 47-49,50-52, 142-143.
- Jacobs G, Aeron-Thomas A, Astrop A. Estimating Global Road Fatalities. *TRL Report* 445.
- Insua JA, Insua JT. El Modelo Bio-psico-social de la Salud y de la Enfermedad: Algunas Perspectivas Argentinas e Internacionales 2002. *Prems Med Arg* 2003; 90: 123-131.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Quarterly* 1966;44(2):166-203.
- IOM. *Crossing the Quality Chasm: a New Health Care System for the 21st Century*. National Academy Press, 2001.
- McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348:2635-45.
- Nicholas Steel, Max Bachmann, Susan Maisey, Paul Shekelle, Elizabeth Breeze, Michael Marmot, David Melzer. Self reported receipt of care consistent with 32 quality indicators: national population survey of adults aged 50 or more in England. *BMJ* 2008;337:a957, doi: 10.1136/bmj.a957 (14 August 2008)
- Creditor, M. C. Hazards of Hospitalization in the elderly. *Ann Intern Med* 1993;118:219-223
- Kannel WB, Abbot RD. Incidence and prognosis of unrecognized myocardial infarction: an update from the Framingham Study. *NEJM* 1984; 11:1144-1147.
- Goldberg RJ, Gore JM, Gurwitz JH et al. The impact of age on the incidence and prognosis of acute myocardial infarction: The Worcester Heart Attack Study. *Am Heart J* 1989; 117: 543-549.
- Levey AS, Coresh J, Balk E, Kautz AT, Levin A, Steffes MW et al. . National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. *Ann Int Med* 2003;139:137-147.
- Fries J. The compression of morbidity, *Milbank Mem Fund Quart* 1983;61:393-419
- Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, et al. Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* 2003;348:1556-1564
- Wegner N, Roth CP, Shekelle P for the ACOVE Investigators. Introduction to Assessment of care of vulnerable elders-3: Quality Indicator Measurement Set. *JAGS* 2007; 55; S247-S252.
- Kathleen A Jablonski, Mark F Guagliardo. Pediatric appendicitis rupture rate: a national indicator of disparities in healthcare access. *Popul Health Metr*. 2005; 3: 4. Published online 2005 May 4. doi: 10.1186/1478-7954-3-4.
- Insua JT. Gestión Clínica, Dirección Médica Moderna y Gestión de Cuidados Clínicos. En Báscolo E (Ed): *Desarrollo de Instrumentos de Gestión como Estrategia de Cambio*. Proc. I Jornadas de Economía y Gestión de Salud. Health Services Administration, UNR. 2002. pp. 41-72.
- Lawthers A. G. , Pransky G. S., Peterson L. E., Himmelstein J. H. Rethinking quality in the context of persons with disability. *Int J Qual Health Care* 15: 287-299.
- Montero-Odasso M, Pryzygoda P, Redondo N, Adamson J, Kaplan R. Health Care for Older Persons in Argentina: A Country Profile. *JAGS* 2004;52:1761-65.
- Ludmerer K. *Learning to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the era of Managed Care*. Oxford Univ.Press.NY, 1999.
- Katz JN, Kessler CL, O'Connell A, Levine SA. Professionalism and the Evolving Concepts on Quality. *JGIM* 2007;22:137-139.
- Peabody J. *Policy and Health. Implications for development in Asia*. Cambridge Univ.Press./RAND. 1999. Pp.53-57.
- Hulka B, Wheat JR. Patterns of utilization: the patient perspective. *Medical Care* 1985;23:438-460

Nolan T., Angos A, Cunha L, Muhe S, Quazi EA, Simoes A, et al. Quality of Hospital Care in Seriously Ill Children in Less Developed Countries. *Lancet* 2001;357:106-10.

Supratiko GM, Wirth E, Achadi S, Cohen S, Ronsmans C. A district-based audit on the causes and circumstances of maternal deaths in South Kalimantan, Indonesia. *Bull World Health Organization* 2002;80(3):228-34.

Sen A. *Development as Freedom*. New York, Alfred Knopf, 1999.