

PASANTIA DEL SEGUNDO AÑO DE LA CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN SALUD COLECTIVA con orientación en B. AUDITORÍA MÉDICA.

Son obligatorias 8 visitas (se tomara asistencia).

El alumno entregará al menos 6 informes que se evaluarán cuantitativamente.

Se aprobará la pasantía con un 75% de asistencia y un promedio de 6 (seis) puntos.

Se presenta más abajo una guía de trabajo, que de acuerdo a las características del lugar elegido para la pasantía, el tutor conjuntamente con el coordinador harán las adaptaciones necesarias para cumplir con los objetivos.

---

Se transcribe un extracto del .....

DOCUMENTO DE CONSENSO DE LA COMISION DE SALUD PÚBLICA DEL CCPM

REFLEXIONES SOBRE LA LÓGICA SOCIAL Y LA LÓGICA ECONÓMICA EN SALUD PÚBLICA

La situación actual

*El sistema de Salud está transitando hacia nuevos modelos de organización. ¿Implicará esa situación que todos los conceptos sanitarios, hasta ahora vigentes, quedarán cuestionados? Tradicionales ideas-fuerza, como la "Salud Pública" de los '50 y la "Salud para todos" de los '70, han quedado condicionadas por la inexorable lógica del mercado, en el cual la eficiencia y la competencia entre las instituciones sanitarias prevalecen sobre las necesidades de protección de los riesgos que tiene la población.*

*El predominio del enfoque económico en la era de la globalización, jerarquiza un razonamiento en función de costo/beneficio tan inflexible que toda consideración política parece inapropiada. La mundialización de la competencia, la reducción de los costos laborales con desprotección de los riesgos sociales, las migraciones masivas entre los países en busca de otras oportunidades, la incorporación de tecnología con expulsión de mano de obra, la especialización de los países en ciertos rubros requeridos por la economía mundial y la transnacionalización de*

*grandes empresas de salud han circunscripto la discusión política a una especie de aceptación del predominio de las variables del mercado, donde los requerimientos económicos están exentos de toda cuestión.*

*La falta de protagonismo de la Salud Pública en la República Argentina reconoce múltiples causas. En alguna medida son de origen extrasectorial, es decir, ajenas al quehacer de los sanitaristas y de quienes tuvieron la responsabilidad de la conducción técnico-política durante los últimos años en distintas jurisdicciones del país. Sin embargo, debe reconocerse que otras causas son de responsabilidad intrasectorial, en buena medida consecuencias de la falta de decisión para aprovechar plenamente las posibilidades que brindan las posiciones de conducción.*

*En el ámbito de la atención médica se observan esas tendencias en forma reactiva. A menudo, los profesionales asistenciales caracterizan a esos fenómenos como parte de la "era del dominio de los contadores", sin que esto signifique una competencia entre profesiones universitarias. Sólo expresa una respuesta defensiva -desde los efectores directos- a la tendencia denominada salud gerenciada (o "managed care"). Pero aun los expertos en administración de la salud reflejan desconcierto y cautela ante las nuevas propuestas, como "costo/efectividad" de la utilidad de los recursos asignados a salud, cuando estos compiten con otras inversiones para la sociedad. Estos cuestionamientos se plantean incluso en países donde tradicionalmente se dedicaron grandes esfuerzos en el sector salud. Avanzando por este camino, organismos internacionales como el Banco Mundial (BM/BIRF), han elaborado métodos de mensura de las diversas acciones sanitarias, en términos de costo/beneficio o costo/efectividad.*

*Cada vez más importantes decisiones que afectan al sector salud y, principalmente, a su significación social- como factor redistributivo de la riqueza con sentido progresivo --se adoptan en el ámbito económico. En lo que corre de esta década, las legislaciones y regulaciones del sector más trascendentes surgieron de los Ministerios de Economía, tanto en la jurisdicción nacional como en las provinciales. De hecho, la asignación de los recursos presupuestarios, la regulación de las contribuciones laborales, que financian la Seguridad Social, y la estructura impositiva que determina el valor redistributivo del gasto social, fueron siempre planificados e impulsados desde aquella área de gobierno. Por eso para un usuario o beneficiario de un subsistema de salud, el gasto directo de su bolsillo es el termómetro que mide la justicia de una propuesta de la salud....*

Buenos Aires, 5 de marzo de 1999.

Firmado: ARCE, Hugo; AZAR, Alberto; BUSSO, Nélica P.; GARCIA, Antonio; GARCIA DIAZ, Carlos J.; LORES, Horacio; LOYOLA, Luis A.; MARRACINO, Camilo; MERA, Jorge; MOLINERO, Isabel P. de; MORENO, Elsa M.; PAGANINI, José M.; SONIS, Abraam; VIÑAS, Marta.

Con algunas excepciones, la Auditoría Médica y los enfoques de Calidad en nuestro país no han podido evolucionar de las lógicas economicistas que se describen en el documento. Por lo que tienen a nuestro criterio, a pesar de haber sido escrito hace más de una década, una triste actualidad.

*Desde la salud colectiva se reconoce que la salud pública se basó en una metáfora dominada por el presupuesto filosófico teórico de la enfermedad y la muerte, el método positivista, el estructural funcionalismo y el reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad. Estas categorías posibilitaron a los salubristas comportarse como interventores técnico-normativos. Los cambios ocurridos en estas últimas décadas de globalización obligan a la salud pública a encontrar un nuevo derrotero, mediante el cual se pueda comprender y actuar sobre la salud y la vida, y no solamente sobre la enfermedad; interpretar la cultura poblacional y sus formas de ejercicio del poder, y entregar mayor fuerza a la acción social y a las nuevas identidades que luchan por su salud. En esta forma el salubrista debería más bien cumplir un papel de intérprete-mediador de las propuestas diversas en la construcción de la salud. La superación de la salud pública convencional, radica en mirar e interpretar el proceso salud-enfermedad-atención de manera distinta, o sea, ver la salud poblacional en su realidad histórica, en su matriz contextual, en su fundamentación vital y no solo como descuento de enfermedad. Se requiere además, cambiar las prácticas que buscan únicamente éxito técnico ante el compromiso de alcanzar logros prácticos.*

Extraído de

*¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Edmundo Granda. Universidad Nacional de Loja. Organización Panamericana de la Salud*

**1.- Se propone en primera instancia observar el contexto en el que se va a desarrollar nuestra mirada. Teniendo en cuenta las dimensiones desarrolladas por PL Castellanos, posicione en el lugar en que se encuentra su “mirada”.**

1º VISITA. Informe por escrito.

Se recomienda ahora la lectura del artículo *Herramientas para el análisis del sector salud* de Federico To bar a los fines de complejizar el análisis del lugar donde realiza la pasantía respecto a:

## **2.1 Actores y Roles dentro del Sistema de Salud:**

A) identificar los actores involucrados en el mismo:

- a) Población (usuarios),
- b) Proveedores de servicios (o prestadores),

- c) Intermediarios.
- B) identificar los roles de los actores.

## 2.2 Componentes del sistema de salud:

De acuerdo a la lectura describa de acuerdo al modelo que está analizando  
Por ejemplo:

- a) político, o modelo de Gestión
  - I. Informar a la población,
  - II. proveer directamente servicios a la población,
  - III. financiar servicios de salud,
  - IV. regular el mercado de salud.
- b) económico o modelo financiador
  - I.. ¿De dónde deben provenir los recursos?
  - II. ¿Cómo se asignan los recursos?
- c) técnico o modelo de atención
  - I Qué cubre
  - II. A quién cubre (¿cuales son los criterios de elegibilidad o inclusión al sistema?)
  - III. Cómo presta (¿qué prestadores? ¿con cuales criterios o padrones? )
  - IV. Dónde presta (¿en qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta?  
¿Qué criterios de referencia y contrareferencia adopta?)

2º VISITA. Informe escrito.
-----------------------------

**2.3 Describa el sistema que esta observando basado en la financiación.  
Tomando como base la lectura recomendada.**

**3. Cómo es el flujo de recursos financieros vinculados al sistema observado.  
Describa del conjunto normativo (leyes, resoluciones, decretos, normas  
internas, etc) que lo regula y como se realiza el control (Convenios/  
Contratos). Que tipos de auditoría se realizan. Previa, concurrente, de  
terreno, facturación.**

3º, 4º y 5º VISITAS. Informe por escrito.
---

*La mejora y la protección sigue siendo, sin duda, el primordial objetivo de un sistema de salud. Sin embargo, como otras metas vinculadas a la anteriormente expresada, han tomado relevancia la "equidad", en cuanto a la forma de reducir la desigualdad de acceso a los servicios entre individuos y grupos, y la "sensibilidad" en relación a la capacidad de*

respuesta a las legítimas expectativas de la población. En particular la preocupación está centrada en la situación de los individuos “carentes de recursos” para financiar sus necesidades de atención.

La “sensibilidad” y la “equidad” del sistema son los ejes del informe sobre la Salud en el Mundo, que se incorporan a la histórica preocupación de la O.M.S. por el “bienestar físico y mental” de la población. El análisis relacionado con estos objetivos del sistema de salud se realiza mediante una evaluación del desempeño, o una medición de las fallas del mismo. Un elevado número de defunciones prevenibles y/o reducibles, años de vida con algún tipo de discapacidad -en particular en mayor proporción en los pobres, o una distribución inequitativa de la carga financiera asociada a la enfermedad, son medidas de las fallas del sistema sanitario y parte de la evaluación de desempeño del mismo.

“La Equidad en el Gasto Público en Salud” Lic. Nelly Barbieri Lic. Catalina de la Puente Lic. Sonia Tarragona

**4. Analice críticamente lo discutido en el punto 3. De que forma garantiza la institución que está trabajando Derecho a la salud, en cuanto a calidad de la atención, entendida como accesible, equitativa y universal.**

**Trabajo interpresencial. Informe escrito.**

*Habitualmente, la problemática de la atención sanitaria es abordada enfocando el análisis sobre unidades de gestión tanto a nivel macro de financiación (Ministerios, Obras Sociales, etc.) como a nivel micro de prestación (hospitales, sanatorios, clínicas, centros de diagnóstico, etc.). Ahora bien, vista la proliferación de redes de prestadores médico-asistenciales que procuran combinar y coordinar el desempeño de profesionales e instituciones en diversos puntos geográficos, con distintos niveles de complejidad y para diferentes grupos de beneficiarios, resulta oportuno efectuar una aproximación teórica a estas unidades de mesogestión, situadas en algún punto entre el financiador y el prestador pero desempeñando también algunas de sus funciones.*

*Estamos refiriéndonos a organizaciones proveedoras de cobertura médicoasistencial emergentes de un variado plexo de vinculaciones operativas y jurídicas: entidades asociativas (uniones transitorias de empresas, agrupaciones de colaboración empresaria, asociaciones civiles, etc.) que comprometen los servicios tanto de sus miembros como de terceros adheridos ad-hoc; empresas gerencadoras y concesionarias de Obras Sociales que contratan prestadores en forma estable u ocasional, ya sea directamente o a través de las mencionadas entidades asociativas; empresas y entidades como las referidas que brindan atención en establecimientos propios, alquilados o concesionados, mediante profesionales independientes o empleados en relación de dependencia; y una extensa gama de otras posibilidades. Redes de Cobertura MÉDICO-*

**ASISTENCIAL** Fernando C. Alesso

**5. Describa como se interpreta y están construidas las redes de cobertura Médico asistenciales en el lugar de la pasantía.**

**Trabajo interpresencial. Informe escrito**

**6. Aplique la estrategia de evaluación de Donabedian. Estructura /Proceso/ Resultado. Evalúe Historias Clínicas.**

**6ª, 7ª y 8ª VISITAS. Realice un informe por cada actividad**

**7. Projete un sistema de garantía de calidad de algún/nos proceso/s teniendo en cuenta si está situado en un nivel micro de prestación (hospitales, sanatorios, Clínicas, centros de diagnóstico, etc.) o a nivel de un núcleo de gestión un sistema financiador.**

**Para ser presentado junto con el informe final**

## **BIBLIOGRAFÍA.**

Recuerde que tiene a su disposición la pag [www.saludcolectiva-unr.com.ar](http://www.saludcolectiva-unr.com.ar) y las consultas a la biblioteca de la Cátedra. A su vez dispone de bibliotecas virtuales como: [www.scielo.org](http://www.scielo.org) y de organismos como [www.paho.org](http://www.paho.org). Que de acuerdo al caso particular de cada lugar irá discutiendo la bibliografía con su tutor/director. A continuación un listado apenas de referencia.

- Alesso, Fernando Redes de Cobertura MÉDICO-ASISTENCIAL. Introducción a sus características y a la lógica de su funcionamiento Síntesis de Tesis de Maestría.
- Babé Ignacio, Manuel Argudín José y Giménez Luis *El coste de la mala calidad en Estados Unidos* Diario Médico, 2 marzo 2004
- Barbieri Nelly Catalina *Política Fiscal y Política Sanitaria: Tensiones Evidentes a partir de los Criterios de Reparto de la Masa Coparticipable y los Métodos de Determinación de Transferencia.* SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 3(1): 49-61, Enero - Abril, 2007
- Barbieri, Nelly; de la Puente, Catalina, Tarragona Sonia. *La Equidad en el Gasto Público en Salud.*

- Cortesi, María Cristina *Cuando la salud queda sometida a las leyes del mercado* MEDICINA Y SOCIEDAD REVISTA TRIMESTRAL - ISSN 1669-7782  
Año 27 , Nº3 Septiembre de 2007
- Donabedian, Avedis: La investigación sobre la calidad de la Atención Médica. Revista Salud de Seguridad Social del Instituto Mexicano de Seguridad Social, México, 1986 28:324-327
- \*Donabedian, Avedis. Definición y Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Ed. Quilitas.
- \*Donabedian, Avedis: La calidad de la Asistencia ¿Cómo podría ser evaluada? JAMA Vol. XXXVI Mayo 1989.
- Investigación sobre Servicios de Salud: Una Antología. OPS. Publicación Científica Nº 534..
- Documento de consenso de la comisión de Salud Publica del CCPM. *Reflexiones sobre la lógica social y la lógica económica en salud pública.*
- Fernández Busso Nélide *Los eventos adversos y la calidad de atención . Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos.* MEDICINA Y SOCIEDAD REVISTA TRIMESTRAL - ISSN 1669-7782 Año 26, Nº 1 Marzo 2006
- Fernández Busso, Nélide *La calidad de la atención medica* MEDICINA Y SOCIEDAD REVISTA TRIMESTRAL - ISSN 1669-7782  
Año 28 , Nº 2 2008
- Grieco, Alberto *Análisis Institucional y Auditoria de Gestión (en Hospitales Públicos)* MEDICINA Y SOCIEDAD REVISTA TRIMESTRAL - ISSN 1669-7782 Año 1 , Nº2 - Diciembre de 2005
- INSTITUTO TÉCNICO PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. SOCIEDAD ARGENTINA PARA LA CALIDAD EN ATENCIÓN DE LA SALUD *Manual de indicadores de satisfacción para atención ambulatoria*
- Insua, J.T., *Las nuevas demandas sociales y la calidad de la atención* MEDICINA Y SOCIEDAD REVISTA TRIMESTRAL - ISSN 1669-7782  
Año 27 , Nº4 2008
- Marracino, Camilo. *Modalidades, Modelos Y Sistemas De La Atención Médica* Mimeo.
- Marracino, Camilo. *Reflexiones sobre la calidad que se mensura* MEDICINA Y SOCIEDAD REVISTA TRIMESTRAL - ISSN 1669-7782  
Año 26, Nº 2 Junio 2006.
- Martín Ignacio. Coordinador de la línea Guías en la RED-MBE. Hospital de Valme. Sevilla *Utilicen guías clínicas pero no esperen resultados mágico.* Diario Médico, 17 de febrero de 2004.
- Mendes Diz, Ana María; Findling, Liliana y Col. *La pertenencia a la obra social como clave de la evaluación de los servicios de salud. Un estudio de*

caso. Revista argentina de sociología *versión On-line* ISSN 1669-3248 Rev. argent. sociol. v.4 n.6 Buenos Aires ene./jun. 2006.

- Superintendencia de Servicios de Salud. *Manual del Beneficiario de Obras Sociales*. [www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar)
- T o b a r , F e d e r i c o. *Herramientas para el análisis del sector salud Medicina y Sociedad*. Volumen 23 N° 2. Julio de 2000.
- Tobar, Federico *Para reducir la fragmentación del sistema de salud*.
- De Azevedo, Antonio; Korycan Theresa. *Transformar las organizaciones de salud por la calidad*. PARNASSAH. Santiago. 1999.