

GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD MENTAL **CENTRADA EN EL PACIENTE**

Autora:

Ana María Martorella

Abstract:

De acuerdo al reglamento interno, explicitado verbalmente, en el Servicio de Salud Mental de un hospital interzonal materno infantil, con respecto a la exclusión de asistencia de pacientes que presentarían diagnósticos compatibles con psicopatologías crónicas, motivo por el cual son derivados a APS; se decide la investigación de este trabajo con el objeto de determinar decisiones adecuadas según las normativas de gestión de calidad hospitalaria y de la complejidad del servicio de SM en un Hospital General de Agudos Materno Infantil, aplicando la metodología del estudio de Grupos Relacionados por Diagnósticos. De los resultados de esta investigación, se infiere que los casos de psicopatología crónica (ej. Trastorno Generalizado del Desarrollo), corresponden ser asistidos en dicho servicio debido a que se refiere a una mayor complejidad de la casuística (case-mix) acompañada de mayores costos.

Su exclusión genera deambulación de los pacientes por instituciones de APS y/u Obras Sociales que no dan respuesta a las necesidades reales de los casos, lo cual puede ser caratulado con la figura legal de “abandono de persona”. Consecuencia de ello, resultan las psicopatologías sociales (ej. adicciones, suicidios, violencia familiar y social, etc.); como así también aumento del gasto público y juicios por Mala Praxis.

Palabras claves: *gestión de calidad, salud mental, complejidad de casuística, grupos relacionados por diagnóstico.*

1.- INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

De acuerdo al reglamento interno, explicitado verbalmente, observado en el Servicio de Salud Mental de un hospital interzonal materno infantil, con respecto a la exclusión de asistencia de pacientes que presentarían diagnósticos compatibles con psicopatologías crónicas, motivo por el cual son derivados a APS; se decide la investigación de este trabajo con el objeto de determinar decisiones adecuadas según las normativas de gestión de calidad hospitalaria y de la complejidad del servicio de SM en un Hospital General de Agudos Materno Infantil, aplicando la metodología del estudio de Grupos Relacionados por Diagnósticos. De los resultados de esta investigación, se infiere que los casos de psicopatología crónica (ej. Trastorno Generalizado del Desarrollo, Trastorno de Déficit Atencional/Hiperkinesia, Trastorno Negativista Desafiante, psicosis infantil, etc.), corresponden ser asistidos en dicho servicio debido a que se refiere a una mayor complejidad de la casuística (case-mix) acompañada de mayores costos.

Su exclusión genera la deambulación de los pacientes por instituciones de APS y/u Obras Sociales que no dan respuesta a las necesidades reales de los casos, lo cual puede

ser caratulado con la figura legal de “abandono de persona”. Consecuencia de ello, resultan las psicopatologías sociales (ej. adicciones, suicidios, violencia familiar y social, etc.); como así también aumento del gasto público y juicios por Mala Praxis.

La instalación de la Gestión Clínica implica al mismo tiempo y necesariamente, cambios en el modelo de Gestión de la Gerencial

El nuevo paradigma se fundamenta en la responsabilidad social de asegurar un sistema sanitario de calidad, que solo es posible desde la fuerte participación por derecho, de sus profesionales, tanto a nivel estratégico como operativo ya que son ellos a través de sus decisiones y de lo que ofrecen, los determinantes fundamentales y finales de la calidad de la organización y del sistema.

Los cambios en salud se producen básicamente por modificaciones en la tecnología o en el entorno.

La presión en general viene desde afuera de la organización pero la fuerza para cambiar tiene que generarse desde adentro. Sabiendo también que somos partes del afuera.

Si no se perciben los motivos no se cambia. Si no se está motivado tampoco.

Los procesos de cambio parten de los valores, a partir del análisis de lo que se debe cambiar ya sean los procesos y o los modelos de organización y gestión.

La gestión del cambio es un movimiento cultural y se puede implementar a través de la aplicación de técnicas organizativas y de gestión.

El cambio no se impone, se construye a través de la comunicación y el aprendizaje compartido

Todo se inicia a partir de la comunicación.

Los lenguajes, mensajes y canales son específicos y se diseñan a partir del cuadro de situación

La comunicación también se planifica

Se construye con el tiempo, desde las actitudes, aptitudes, el conocimiento, la humanización y la ética, revisando la organización, los procesos y las relaciones humanas.

Se comienza construyendo una visión compartida.

Herramientas de la Gestión Clínica.

- 1- La PLANIFICACION
- 2- La gestión de la INFORMACION y la COMUNICACION
- 3- La gestión de la CALIDAD
- 4- La EVALUACION DE LA TECNOLOGIA SANITARIA
- 5- La gestión por PROCESOS y la gestión por RESULTADOS
- 6- La gestión DE LOS GASTOS Y LOS COSTOS.
- 7-La gestión del PRODUCTO y los RECURSOS
- 8- Herramientas para El LIDERAZGO , la gestión de los PROBLEMAS , la NEGOCIACION y la gestión DEL CAMBIO

ABORDAJE A LAS PERSPECTIVAS DE LA ORGANIZACIÓN Y DE LOS SERVICIOS.

- LA PRODUCCION Y LA CALIDAD
- LA PRESUPUESTARIA
- LA FORMACION Y EL APRENDIZAJE
- LA SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO E INTERNO

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

Ha sido necesario identificar el problema a través del Análisis PROBES, recibiendo aportes de otras ciencias y disciplinas tales como la antropología, sociología, etc., con el objeto de identificar el problema focal y su eventual gobernabilidad.

Se ha utilizado la metodología diagnóstica situacional del Árbol de Problemas, muy útil para solicitar apoyo económico a organismos internacionales y para la elaboración de proyectos institucionales y ministeriales. Mediante la aplicación de esta metodología, se determinaron las causas (objetivos) y efectos de los problemas planteados (líneas de trabajo o proceso planificador).

Se han podido establecer las metas a partir de los indicadores, para desarrollar el presente proyecto a partir de la identificación del problema que requieren de un plan operativo a llevarse a cabo con tiempos de espera, cuyos resultados sean medidos con una metodología especificada a partir de la implementación y selección de recursos materiales y humanos, justificables mediante los elementos aportados por el diagnóstico situacional (motivos).

La elaboración de este proyecto ha requerido la utilización de pensamiento analítico basado en la experiencia, la capacitación y los conocimientos necesarios para llevar a cabo la función de liderazgo y gestión; junto a la información recolectada de la observación de funcionamiento del servicio y de la experiencia profesional personal.

La Conducción de este proyecto se funda en una planificación, coordinación, motivación, control y evaluación pertinentes a las necesidades del servicio y de la institución dentro del marco legal, ministerial y de las normativas internacionales de categorización del ejercicio del oficio médico en un contexto globalizado.

Así mismo, la función administrativa que le corresponde a la gestión se basa en la aplicación de esas normas y leyes. Esta función institucional es ejercida en diferentes dimensiones interrelacionadas (estrategias económico financieras, clínica, profesional, etc.), desde diferentes perspectivas (ej. *Producción y calidad, formación-aprendizaje, e investigación*).

La **investigación** es una habilidad innata, con la que se viene equipados para permitirnos descubrir el mundo al que debemos adaptarnos, mediante la *asimilación* en nuestros procesos de *aprendizaje* (Piaget, *Teoría Psicogenética*). La cultura determina su desarrollo junto con los factores ambientales que la facilitarán ante los estados de necesidad (*desequilibrio*).

La gestión clínica, comprendida como proceso de profundización de cambios organizativos y culturales, está marcada por la descentralización de decisiones técnicas, administrativas, del gasto y de la producción, cuyos responsables son los servicios hospitalarios. Entonces, el profesional sanitario debe involucrarse en el diseño organizativo (objetivo) lo cual procura incorporarlo como macro y micro gestor en un modelo mancomunado y articulado para evitar conflictos de intereses (ej. Grupos Balint).

Es por eso que se propone una iniciativa de producción de información que requiere una utilización adecuada de la misma (ej. Publicaciones científicas, educación médica continua, mejor calidad de prestación de servicio).

Si el modelo de gobierno clínico propone una visión de objetivos institucionales, que acuerden con los objetivos del servicio, el mismo requiere de un proceso de confluencia de lógica asistencial y de gestión, que no se base en una estrategia economicista; que articule y equilibre la gestión de recursos, la producción asistencial, la satisfacción de la comunidad y los trabajadores, la responsabilidad el rol en la red política de la organización y del sistema de salud.

El rol de liderazgo y gestión debe abrir y poner todos los temas a consideración con la participación de sus actores.

El presente proyecto, se basa en la gestión del cambio tecnológico y contextual, sometido a presiones externas y cambios internos del organismo.

Para poner en práctica, este proyecto, se debe motivar a los actores a través de acciones que le ofrezcan satisfacción y gratificación a partir de la creatividad (sublimación del trabajo con el sufrimiento psíquico) como recurso básico en un ambiente regido por condiciones políticoeconómicas y condiciones de infraestructura reales, favoreciendo las relaciones interpersonales (grupos Balint) y el reconocimiento de los valores profesionales (ej. Eventos académicos, publicaciones científicas, rol docente, pasantías nacionales e internacionales, etc.), que le permitan insertarse en la carrera institucional a través de jerarquizaciones y lugar de prestigio académico y profesional.

Estos procesos de cambio, que necesitan de herramientas y valores (contenidos actitudinales), se constituyen a través de la comunicación (códigos) y el aprendizaje compartido (ej. Trabajo interdisciplinario, investigaciones clínicas, publicaciones científicas grupales).

Debemos entender que la comunicación basada en códigos se manifiesta a través del lenguaje verbal, mensajes y canales específicos para cada cuadro de situación, por lo cual también debe ser planificada.

Para tal fin, el líder del proyecto debe poseer capacidades naturales y adquiridas que le permitan ser aceptado como guía, proponiendo actitudes participativas y masa crítica con objetivos comunes (ej. Investigaciones grupales y presentaciones en eventos científico académicos y publicaciones nacionales e internacionales).

La [Ley 17.623](#) de la Legislación Nacional relacionada con el sistema de información estadística y de vigilancia epidemiológica, que requiere datos de consultas ambulatorias del primer nivel de atención, volumen por edad y sexo, cobertura de salud, características de controles pediátricos y obstétricos, producción de cada servicio en formulario 10, basados en programas de Estado (recursos y servicios, morbilidad) con registro de datos fidedignos, completos, oportunos y comparables que brinden información accesible, continua, exacta, verificable, clara y comparable, para transformarlos en datos correctos.

Los indicadores de salud (según la OPS deben expresarse en números enteros, razones, proporciones, tasas e índices), facilitan la toma de decisiones y se los clasifica en 3 tipos: de estructura, de proceso y de resultados.

De los indicadores que los hospitales deben proporcionar nos interesan para este proyecto:

- 1.- índice de capacitación
- 2.- porcentaje de presentismo
- 3.- porcentaje del crédito ejecutado (Partida 2)
- 4.- porcentaje de atención de pacientes referenciados (Centros de APS)
- 5.- porcentaje de actividad de consultorio externo
- 6.- promedio en días de estadía
- 7.- índice de protocolización y/o normatización.

Para el logro de la identificación de problemas que permita establecer metas que a su vez requieran de un plan operativo, debemos profundizar en el conocimiento de las recomendaciones internacionales sobre la Educación Médica Continua en relación a los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales requeridos para alcanzar las competencias adecuadas para la clínica asistencial, tareas de investigación clínica y

bibliográfica, y la docencia. No se deben descuidar los factores y condicionamientos que intervienen en el ambiente laboral que a su vez influyen el desarrollo y aplicación de dichas competencias, las cuales son indispensables para garantizar la calidad de prestación de servicio en el sistema sanitario centrado en el usuario (paciente).

La WPA (Asociación Mundial de Psiquiatría) y la WFME (Federación Mundial de Enseñanza de la Medicina), han colaborado para definir el **Núcleo Curricular en Psiquiatría**, a favor de la formación de los futuros médicos en la identificación y tratamiento de las enfermedades y discapacidades mentales.

La WCME (Conferencia Mundial de Educación Médica), que tuvo lugar en Edimburgo en 1988, finalizó con una Declaración donde se marcaron 12 principios. El Tercero llama a enfatizar en la currícula sobre la prevención y promoción de la salud.

La WFME instituyó el Proyecto Global Curricular designando 6 áreas en las que la promoción de la salud era totalmente argumentable: salud pública, práctica general, pediatría, otorrinolaringología, psiquiatría y neurología, para lo que las especialidades deberían redefinir sus currículas enteras.

El proyecto del núcleo curricular en Psiquiatría fue el foco del trabajo presidencial, cuando el diseño del núcleo curricular fue presentado a debate de participantes internacionales: académicos proveedores de servicios hacedores de políticas. En este foro internacional se dio especial relevancia a los requerimientos de la implementación de cambios en la enseñanza – aprendizaje. De una mayor consideración fue el Gobierno de la Escuela de Medicina: los cambios en la administración, comité de construcción, asignación de recursos y designación de autoridades sin las cuales la reforma curricular en materias como Psiquiatría no serían posibles.

En todas las regionales el panorama requiere que imperativamente la educación médica demanda una relación muy cercana en el sistema de cuidado de la salud y el de la educación en cada país. Para lograr esa concordancia, todas las confederaciones regionales de la WCME se pusieron en contacto para unir los ministerios de educación y salud, las escuelas médicas y cuerpos profesionales.

Se considera que el logro de estos objetivos requiere que la **enseñanza** sea reconocida como una actividad importante en la escuela médica. Por lo tanto los insumos financieros para la enseñanza deben relacionarse con los del trabajo clínico si los docentes quieren ser retenidos. El personal docente debe tener interés en enseñar y deben darse cuenta que requieren entrenamiento para su rol como docente. Los departamentos universitarios deben dar alta prioridad al entrenamiento docente, en la escuela médica, por lo tanto ese personal debe tener tan buena experiencia en lo educativo como en lo clínico e investigativo. Debe tener un programa de desarrollo educativo, para transmitir a todos los docentes el entendimiento del proceso enseñanza – aprendizaje y actualizarlo regularmente. Los recursos educativos deben estar provistos de: recursos humanos educativos, literatura educativa, regulares trabajos y seminarios educativos. Los docentes del programa deben participar en el comité educativo en la escuela médica que sea responsable de hacer el currículum como una unidad.

De una investigación realizada sobre la enseñanza de la asignatura Psiquiatría en Universidades Públicas Nacionales y otras extranjeras de reconocido nivel académico, a través del análisis de sus currículas, se obtuvieron datos relevantes acerca de los objetivos propuestos por estas instituciones académicas a través de sus Departamentos de Psiquiatría preocupados por priorizar aspectos tales como el **entrenamiento de profesionales líderes de la mayor excelencia clínica en relación a sus conocimientos científicos, sus destrezas y sus actitudes profesionales a ser aplicadas en su práctica**

contextualizada para el cuidado de la salud y la atención en la enfermedad; la evaluación de dichas adquisiciones en los egresados; el estímulo para las investigaciones educativas; la utilización de recursos tecnológicos y de personal administrativo; estilos de aprendizaje de los estudiantes; intercambios estudiantiles; etc. Reconocen, además, la imperiosa necesidad de **comunicación y compromiso de todos los agentes afectados a la tarea desde el Jefe de Departamento y sus Coordinadores junto al personal administrativo como así también los Directores Médicos de las diferentes sedes, como son los Hospitales y las Clínicas Escuela.**

En todos los casos se evidencia la **valoración actual por el trabajo inter, multi y transdisciplinario.**

Se tiene en cuenta también la necesidad de realizar **pasantías por Centros Especializados** en diversas **patologías comunitarias contextualizadas** (adicciones, migraciones, comunidades aborígenes, etc.) aún para el egresado que no se dedique exclusivamente a la especialidad Psiquiátrica, lo cual se puede interpretar como aplicación real de los postulados internacionales con respecto al **tratamiento integral de la persona “paciente”.**

Más que destacable es el objetivo propuesto basado en la adquisición de **competencias que favorezcan el cuidado de la salud** además del diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. Este es otro de los puntos importantes e innovadores relacionados con el **rol de la Psiquiatría en la prevención**, incluidos en las normas internacionales que establecen los objetivos de su enseñanza.

Al definir la Competencia es importante destacar que en cada definición existen supuestos previos diferentes con los que cada autor opera, lo que provoca que el resultado conceptual sea distinto, y como expresara Le Boterf, *el concepto de competencia actual posee un atractivo singular, la dificultad de definirlo crece con la necesidad de utilizarlo*, de manera que como destaca este actor más que un concepto operativo es un concepto en vía de fabricación.

- *Conjunto estabilizado de saberes y saber-hacer*, de conductas tipo, de procedimientos estándares, de tipo de razonamiento, que se pueden poner *en práctica sin nuevo aprendizaje*. (Montmollin, 1984).
- *La capacidad individual para aprender* actividades que requieran una planificación, ejecución y control autónomos. (Federación alemana de empresarios de ingeniería, 1985).
- *Capacidad de usar el conocimiento y las destrezas* relacionadas con productos y procesos y, por consiguiente, de actuar eficazmente *para alcanzar un objetivo*. (Hayes, 1985).
- *La aplicación de las destrezas, conocimientos y actitudes* a las tareas o combinaciones de tareas conforme a los niveles exigidos en condiciones operativas. (Prescott, 1985).

CLIMA LABORAL

1. “Conjunto de características permanentes que describen una organización, la distinguen de otra e influyen en el comportamiento de las personas que la forman” (Forehand y Gilmer, 1964).
2. “Los efectos subjetivos, percibidos del sistema formal, el estilo informal de los administradores y de los otros factores ambientales importantes sobre actitudes, creencias, valores y motivación de las personas que trabajan en una organización dada” (Litwin y Stringer, 1968).

3. “Representa las percepciones que el individuo tiene de la organización para la cual trabaja y la opinión que se haya formado en términos de autonomía, estructuras, recompensas.” (Dessler, 1979 y 1993).
4. Expresión de las percepciones que los trabajadores tienen respecto de sus experiencias y situación individual en la institución en que desempeñan.
5. El comportamiento de los trabajadores no es sólo resultante de los factores organizacionales, sino que depende, en buena medida, de sus actividades cotidianas e interacciones cotidianas, así como de un conjunto de experiencias que afectan su posición y actuación dentro de la organización.

Es por ello que se recomienda incorporar el tema en la agenda de la gestión hospitalaria; construir herramientas metodológicas para el abordaje del tema (ej. **Grupos Balint**); generar instancias para discutir acciones concretas para lograr ambientes adecuados de trabajo (ej. Grupos Balint).

Estos grupos fueron creados por Balint luego de la Segunda Guerra Mundial, ante las necesidades planteadas con los familiares de soldados fallecidos o mutilados en la guerra. Balint fue analizado y discípulo de Ferenczi y como él, daba un lugar predominante a la contratransferencia. Si el contexto cambia, si la teoría está permanentemente revisada a la luz de los observables clínicos, de las manifestaciones sintomáticas, físicas y psicológicas de sus integrantes, de las transformaciones de la subjetividad, también el dispositivo adopta nuevas posibilidades de implementación en momentos de catástrofes sociales como las que atraviesa nuestro país en estos momentos. Las crisis económico-políticas, el desempleo, lo imprevisto, el azar, la incertidumbre, producen sufrimiento psíquico y por ende, son temas que surgen en estos grupos. Los coordinadores, psicólogos con formación analítica y capacitados clínicamente para trabajar con el paradigma de la complejidad, ayudan a entender lo que sucede en el psiquismo, en las instituciones, en los vínculos, para destrabar obstáculos perturbadores de la práctica y facilitar la integración de Equipos de trabajo.

Entre sus objetivos, se encuentra el poner en práctica una metodología de trabajo interdisciplinario que procura satisfacer las necesidades actuales de los profesionales: ***Burnout; prevención de la mala praxis; adecuación a las nuevas propuestas laborales; dilemas de la bioética y de la tecnociencia.***

SALUD Y CALIDAD

**Trabajar en calidad consiste en diseñar ,
producir y servir un bien o servicio que sea útil,
lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario.**

Ishikawa

**Hacer las cosas bien desde la primera vez,
y de ese modo, evitar repeticiones.**

(Deming)

**“La calidad en la Atención de la Salud
consiste en la apropiada ejecución
(de acuerdo a estándares) de intervenciones
de probada seguridad, que son económicamente
accesibles a la población en cuestión y que
poseen la capacidad de producir un impacto
positivo en la mortalidad, morbilidad y
discapacidad” (OMS)**

Nuevas circunstancias en el contexto mundial

- Fracaso de los modelos económico-financieros vigentes
- Mayor inestabilidad social e incertidumbre
- Globalización del impacto de los desvíos y fallas en los sistemas
- Calentamiento global y otros desquicios ambientales con alteración evidente y progresiva de los ecosistemas
- Reparición de viejas enfermedades y epidemias y de nuevas patologías
- Aumento descontrolado y envejecimiento de la población
- Aumento de la pobreza, la marginalidad, el desempleo, la violencia
- Aumento del poder de los grupos mafiosos y violentos.
- Dificultad para la articulación de políticas a nivel regional y global.

Entre las nuevas tendencias en la atención médica debemos hacer hincapié en la *necesidad de focalizar las inversiones en los procesos preventivos*, mientras que entre las nuevas tendencias en la atención médica se destacan:

- Impacto creciente de las nuevas tecnologías
- *Fusión de instituciones*
- Tercerización de los procesos
- *Alianzas estratégicas - Redes*
- *Regionalización y mundialización de las actividades*

Factores que inciden en la crisis actual del Sistema de Salud

- Ineficacia, baja productividad y/o indiferencia.
- Falta de transparencia en la gestión.
- Modelos obsoletos de relación entre las instituciones, sus proveedores y sus usuarios.
- Obstáculos burocráticos a nivel administrativo.
- Progresivo aumento de los costos de los insumos, las instalaciones y el equipamiento.
- **FALTA DE PROCEDIMIENTOS**
 - *Claros, simples y precisos*
 - *Conocidos, comprendidos y aceptados*
 - *Competentes y aplicables*
- *Crisis de valores.*

Atención médica y Calidad

- Ética
- Equidad
- Eficiencia
- Solidaridad
- Universalidad

Producto Hospitalario

Los procesos clínicos originan productos finales (consultas y egresos), resultantes de la combinación de productos intermedios (estudios complementarios, etc.) y a los que se agregan los productos de los servicios generales (administración, mantenimiento, etc.).

Niveles decisionales

1. Nivel propietario: Misión y ámbito de actuación
2. Nivel estratégico: Objetivos y metas
3. Nivel operativo: Ejecución, programación, normas, procedimientos

Consignas

1. Identificar Niveles gerenciales
2. Definir la misión
3. Definir el ámbito de actuación
4. Definir el producto
5. Definir objetivos
6. Identificar clientes y proveedores
7. Identificar posibilidades de integración horizontal y vertical
8. Diagramar posible matriz de crecimiento
9. Identificar posibles medidas para el cambio organizacional

DESAFIOS EN CALIDAD

Eficacia: Es la capacidad en el logro de los objetivos.

Efectividad: Es la capacidad de definir objetivos adecuados a las necesidades internas y externas. Sostenibilidad a través del tiempo.

Eficiencia: Es la capacidad de lograr los objetivos minimizando el empleo de los recursos.

Equidad: Combatir las diferencias de salud innecesarias, evitables y además incorrectas e injustas.

Es habitual cuando se habla de calidad en salud, diferenciar tres términos, aunque constituyan aspectos complementarios de una misma realidad, esto es:

calidad técnica, como eficacia objetiva y depende del estado del arte de la práctica médica (hacer lo correcto correctamente)

calidad percibida, como aquella que percibe el usuario. Es subjetiva y suele estar influenciada por las condiciones socioeconómicas del usuario, así como por razones culturales y religiosas.

calidad total, como conjunto de principios y actividades dirigidas a que toda la organización, desde la Dirección hasta el trabajador menos calificado, participe en el proceso de mejora continua de la calidad.

Calidad Técnica

- *Comités de H Cl, Infecciones, farmacia, ética, etc.*
- *Auditoría Interna*
- *Protocolización*

Calidad Percibida

- *Encuestas de Satisfacción*
- Gestión de Quejas y Reclamos
- Señalética, recepción, *Información a familiares*
- Presupuesto y costos
- *Protocolos – Medicina Basada en la evidencia*
- *GRD (Grupos Relacionados por Diagnóstico)*

Gestión por Resultados

Un **Resultado** se define como el efecto o impacto directo, intencionado o no, positivo y/o negativo de una intervención, de un proyecto, de una política o de un programa.

Elementos:

- Enfocarse en los resultados que se desean – no en los insumos -.
- Establecer metas claras y concretas.
- Construir una cadena lógica que muestre los resultados deseados a diferentes niveles.
- Usar indicadores de monitoreo para mejorar la implementación.
- Usar la evidencia de evaluaciones para mejorar la toma de decisiones.

Enfoque en:

- insumos;
- actividades realizadas;
- productos;
- resultados obtenidos.

Instrumentos para la Gestión por Resultados

1. Planificación estratégica
2. Una cadena lógica de resultados
3. El seguimiento
4. La evaluación

Este “**conocimiento**” se usa para tomar decisiones e identificar **buenas prácticas** que **mejoren las políticas y la gestión de las intervenciones/proyectos** de manera de incrementar los **beneficios a los usuarios y la efectividad de la asistencia sanitaria**.

GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD

El enfoque sistémico

El enfoque estratégico

El liderazgo institucional

ENFOQUE SISTÉMICO

Estructura: Se refiere a todos los recursos humanos, materiales y financieros de la atención médica y de la forma en que se organizan.

Procesos: Es la forma en que los elementos de la estructura interactúan para la prestación del servicio. Serie de actividades y acciones que de manera coordinada se realizan durante la prestación de un servicio y dan contenido a la atención.

Resultados: Producto final del proceso. Impacto sobre la calidad.

En cada caso definir indicadores válidos y definir estándares aceptados para compararlos.

1. **Procesos de realización:** procesos *relacionados con el usuario*.
2. **Procesos de la Alta Dirección:** planificación, provisión de recursos, revisión por la Dirección.
3. **Procesos de soporte:** *formación*, mantenimiento.

ENFOQUE ESTRATÉGICO

- Pone énfasis no sólo en los aspectos gerenciales y de gestión interna del establecimiento sino que observa a la institución, es decir, al sistema en estudio, dentro de su contexto histórico, cultural, socio político y económico.
- La función de conducción es el eje central y distintivo del enfoque estratégico.
- Analiza la institución y su *contexto*
- Hace énfasis en la conducción y el *liderazgo transformador*
- Admite la existencia de diversos cursos de acción frente a los problemas y la necesidad de la búsqueda de *soluciones compartidas*
- Importa el corto plazo tanto como el mediano y el largo plazo
- Destaca la estrategia de un *sistema de información para la decisión*
- Apoya la *auto-evaluación*
- Destaca la *capacitación permanente*
- Utiliza estándares, *normas y protocolos* de acuerdo a las prioridades y su evaluación hasta *alcanzar la excelencia* deseada

LIDERAZGO INSTITUCIONAL

- ❖ La conducción del establecimiento es quien debe lograr la complementariedad de los recursos ejerciendo un “liderazgo democrático transformador”
- ❖ Centrado en la capacidad de lograr transferir y compartir ese liderazgo a los distintos niveles de decisión del establecimiento (*rol docente*).

El liderazgo democrático es transformador de un equipo de trabajo que identifica necesidades y acciones posibles y actúa de acuerdo a un compromiso institucional para la calidad.

LOS CUATRO PRINCIPIOS DE GARANTIA DE CALIDAD

- La garantía de calidad se orienta a la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y la comunidad que sirve.

- La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y mejora de la calidad.

PRINCIPIOS DE LA CALIDAD

- Organización enfocada al *usuario*.
- Liderazgo.
- *Compromiso del personal*.
- Enfoque basado en procesos.
- Enfoque sistémico para la gestión.
- Mejora continua.
- Enfoque basado en *información confiable* para la toma de decisiones.
 - Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores.

DECISIONES CENTRADAS EN EL PACIENTE.

Las decisiones sobre una intervención sanitaria deben estar guiadas por el juicio médico, basado en el mejor conocimiento científico disponible, pero atendiendo siempre que sea posible a la voluntad expresada por el paciente y a sus preferencias explícitas sobre calidad de vida y los resultados esperables de las intervenciones.

- INFORMACIÓN DE CALIDAD CONTRASTADA RESPETANDO LA PLURALIDAD DE LAS FUENTES.
- RESPECTO A LOS VALORES Y A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE INFORMADO.
- RELACION MEDICO-PACIENTE BASADA EN EL RESPETO Y LA CONFIANZA MUTUA.
- FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO ESPECÍFICO EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN PARA PROFESIONALES.
- DEMOCRATIZACION FORMAL DE LAS DECISIONES SANITARIAS.
- RECONOCIMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES DE PACIENTES COMO AGENTES DE LA POLÍTICA SANITARIA.
- MEJORA DEL CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PACIENTES SOBRE SUS DERECHOS BÁSICOS.
- GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS PACIENTES.

Concepto de Cliente:

Es toda aquella persona o actividad que recibe y servicio o producto

Se dividen en:

- 1) Cliente Interno: es aquel que dentro de la empresa, recibe de otro u otros algún producto, documento, etc., que él debe seguir procesando o utilizando para alguna de sus tareas.
- 2) Cliente Externo: destinatario del proceso.

2.- MATERIAL Y MÉTODO

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Con el objeto de promover la transformación de la realidad micro y macro institucional y socioeconómocultural, se propone la intervención participativa de los profesionales que se desempeñan en la Sala de Coordinación y Prevención de Alteraciones Mentales Pediátricas del HIEMI – Mar del Plata, a través de una planificación estratégica contextualizada y dinámica, en cuyo proceso de desarrollo se reconozca el rol de los actores (profesionales, pacientes, etc.) y el conflicto de intereses establecido entre ellos. Para tal fin, se ha realizado el análisis de *debilidades y fortalezas* de la gestión durante el último decenio y del proyecto de trabajo, junto con el diagnóstico situacional, el cual se ha explicitado a través del cumplimiento de pasos y la construcción del árbol de problemas. A partir de esto, se proponen situaciones idealizadas que requieren la participación de diferentes actores de la institución hospitalaria y de los que se desempeñan en la Sala en cuestión, comprometidos con la tarea asistencial que nos convoca a tomar decisiones optimizadas y que favorezcan el desarrollo de bienestar psicofísico de los pacientes que allí concurren.

Antes de pasar al problema identificado, cabe definir a qué se refiere un **problema**:

La distancia existente entre una situación dada y una situación deseada, considerada por alguien como óptima, constituye un problema. Ejemplos:

“Precariedad en la atención de la salud en enfermos crónicos”. De esta manera el problema está constituido por una dimensión objetiva (la referencia a la situación dada) y una dimensión subjetiva (el patrón de deseabilidad establecido por el sujeto). Los problemas son siempre problemas para alguien. Por consiguiente, éstos serán contruidos de manera diferente por los distintos actores en el marco de la situación particular de cada uno de ellos. Es decir, la configuración de los problemas se encuentra en correlación con la posición que los actores ocupen en la realidad social. O mejor, con la com-posición y dis-posición de los actores en el espacio social.” (Aníbal Jorge Sotelo Maciel)

En la elaboración de la Planificación de Estrategias situacionales se han identificado, explicitado y analizado el siguiente **problema**:

Ausencia de atención de casos que se estiman con diagnóstico de psicopatología crónica.

Dicho estudio del problema, ha facilitado la construcción de situaciones objetivas deseadas.

Cada Plan Operativo intervencionista propuesto, actuará sobre las causas identificadas. Este proceso dinámico se cumplirá a través de etapas abiertas y continuas con diferentes actividades que se pueden desarrollar en un mismo momento, pudiendo, así mismo, retomarlas en caso de necesidad, debido a las características cambiantes del contexto y los actores, por lo que se requiere de autoevaluaciones de desarrollo y sumatorias en forma permanente.

El análisis estratégico ha permitido la explicación situacional de la sistematización reflexiva de las causas de cada problema, con el objeto de anticipar soluciones a tener en cuenta.

Se han cumplido *Etapas* en este *Análisis Situacional*:

1.- Obtención de la información a través de recolección de datos estadísticos (Departamento de Estadísticas del HIEMI- MdP), encuestas y entrevistas a pacientes y profesionales.

De esta información se han detectado:

- a) Los factores más relevantes del entorno general y específico (personal administrativo, profesionales de otras especialidades, etc.);
- b) Los factores de la sala en cuestión, sociodemográficos y del entorno sanitario (origen geográfico de los pacientes y sus características socioeconómoculturales).

La Metodología de *Georeferenciación* ha permitido determinar:

- a) características de demanda potencial;
- b) características sociodemográficas de la población potencial;
 - b.1.- Estructura poblacional y grandes grupos de edad infantil y adolescente
 - b.2.- Caracterización socio sanitaria de la población usuaria.
 - b.3.- Principales indicadores: morbimortalidad, principales causas.
 - b.4.- Criterios de reducibilidad.

Además, el Análisis de utilización de la Sala de Coordinación y Prevención de Alteraciones Mentales Pediátricas del HIEMI – Mar del Plata de la población usuaria (demanda real) aporta:

- 1.- Indicadores reales de la utilización del servicio:
 - Consulta ambulatoria
 - Rendimiento
 - Egresos y causas
 - Morbilidad, recidivancia y causas
 - Composición por edad y sexo
- 2.- Caracterización de la oferta de la red (APS ofrece turnos a largo plazo para los casos egresados por edad o psicopatologías consideradas crónicas)
- 3.- Caracterización de la oferta del servicio
 - Indicadores estadísticos globales de la utilización del servicio en el último decenio.
- 4.- Sub –registro por registro evolutivo en historia clínica paralela y prescripción de recetas no informadas en la HC, que a su vez no está foliada ni protocolizada, por lo cual no se registran todos los datos significativos para el diagnóstico de certeza ni para la evaluación evolutiva.

La detección de cada problema ha requerido un análisis crítico exhaustivo, a partir de la evidencia de ausencia de continuidad de medidas efectivas, lo cual conduce a la fragmentación del sistema sanitario.

Mientras tanto, se han cumplido *Etapas de Análisis Interno*:

- ❖ Menú de oferta de prestaciones (ej. Relación entre el número de consultas anuales y número de profesionales en función)
- ❖ Actividad y casuística (ej. Trabajo de investigación clínica estadística según psicopatologías asistidas)
- ❖ Estructura organizativa y física (ej. Turnos otorgados para cada profesional y uso de consultorios, carga horaria para investigación bibliográfica y clínica)
- ❖ Gestión del desarrollo de los trabajadores de la salud (ej. Educación médica continua, trabajo interdisciplinarios, publicaciones, pasantías nacionales e internacionales, etc.)
- ❖ Sistema de información y comunicación (ej. HC informatizada y/o protocolizada, uso de redes sociales informáticas, etc.)
- ❖ Situación económico financiera (ej. Material lúdico, tests, de librería, honorarios para conferencistas expertos on-line, etc.).
- ❖ Mecanismos de gestión económica (ej. Arancelamiento de cursos, jornadas, conferencias etc. abiertos con participación de expertos y por profesionales docentes de la Sala).
- ❖ Análisis de costos, presupuesto (ej. Autofinanciación a partir de arancelamiento de actividades docentes)
- ❖ Organización y funcionamiento de los servicios complementarios y/o en articulación (ej. Departamento de Docencia e Investigación).
- ❖ Gestión de Pacientes (ej. Turnos para entrevistas individuales, grupos de reflexión para padres, grupos de reflexión para adolescentes, etc.)
- ❖ Gestión de calidad
- ❖ Docencia e investigación (ej. Cursos, conferencias, jornadas, etc. autogestivos; convenios de extensión universitaria nacionales e internacionales, ateneos internos y generales, pasantías de pre y postgrado, coordinación de Grupos Balint, trabajos de investigación clínica y bibliográfica, publicaciones en revistas científicas, presentaciones en eventos académicos, etc.).

Todo ello tendiente a promover la optimización del grado de satisfacción de los usuarios (pacientes) y de los actores laborales (profesionales, administrativos, de enfermería, etc.).

Al estudiar el problema detectado y las estrategias para su resolución, se ha tenido en cuenta la situación dada contextualizada y la distancia existente con la situación deseada (óptima) (ej. La ausencia de atención de psicopatología considerada crónica, con inclusión de la composición y disposición de los actores en dicho espacio social).

Se ha realizado el análisis de las causas y resultados del problema.

El problema estratégico surge, por lo tanto, de la resultante del diagnóstico de los factores externos e internos o la combinación de determinadas amenazas y oportunidades con las fortalezas y debilidades que resultan del análisis estratégico, tanto del entorno como de la propia organización.

Entre los factores externos se incluyen el nivel socioeconómico-cultural, normativas ministeriales, factores demográficos y geográficos). Mientras tanto, los factores internos se refieren a la carga horaria de la función y las competencias de los profesionales, la infraestructura, etc.

Aquí también se debe tener en cuenta la combinación de amenazas y oportunidades. Entre las amenazas se pueden contar huelgas, sistema informático ausente o insuficiente, medidas institucionales arbitrarias, privilegios personales, licencias por enfermedad, etc.; a la vez que entre las oportunidades se pueden enumerar el deseo de

superación profesional, oferta de becas profesionales para pasantías y/ o proyectos de investigación, publicaciones científicas, etc.).

Así, el problema estratégico ha podido ser analizado según sus fortalezas y debilidades (metodología de análisis **FODA**) para construir acciones.

Se ha seleccionado este problema teniendo en cuenta las siguientes prioridades:

- 1.- Calidad y cantidad de prestaciones a los pacientes
- 2.- Normativas internacionales de categorización de instituciones según las competencias de los profesionales en formación y capacitación permanente.

Estos análisis deben ser liberados de influencias subjetivas para determinar grados de urgencia, gravedad y tendencias (ej. Modas diagnósticas y psicofarmacológicas): Método UxGxT, donde las tendencias hacen referencia a que quizás el problema hoy no es tan grave, pero si no se hace nada por resolverlo hoy la situación se agravará de forma progresiva.

Antes de desarrollar cada uno de los problemas considerados, es necesario establecer una terminología común para su clara comprensión.

Problema: *La distancia existente entre una situación dada y una situación deseada, considerada por alguien como óptima, constituye un problema. Ejemplo: “Precariedad en la atención de la salud en enfermos crónicos”. De esta manera el problema está constituido por una dimensión objetiva (la referencia a la situación dada) y una dimensión subjetiva (el patrón de deseabilidad establecido por el sujeto). Los problemas son siempre problemas para alguien. Por consiguiente, éstos serán contruidos de manera diferente por los distintos actores en el marco de la situación particular de cada uno de ellos.*

Descriptor: *Los descriptores son enunciados que hacen referencia a situaciones cotejables que manifiestan y corroboran la existencia del problema focal, especificando dimensiones del mismo.*

Variable: *Concepto que representa un aspecto de la realidad analizada y que puede asumir distintos valores. En un sentido estricto, dicho concepto debe ser definido de manera tal que sea susceptible de medición para establecer el valor que asume en un caso particular⁴. Ejemplo: “desnutrición infantil”. Cuando se lo expresa en términos de problema es porque se considera que el valor con el que se presenta la variable no es el deseable.*

Hipótesis explicativa: *Afirmación conjetural sobre la relación de causalidad existente entre dos o más variables. Ejemplo: “la dieta insuficiente e inadecuada en los hogares de extrema pobreza genera un incremento en los casos de desnutrición infantil severa”.*

El “mapeo” de cadenas causales.

El propósito de esta fase es expandir las redes causales, incorporando nuevos problemas y relaciones, a efectos de ampliar el modelo explicativo.

- **Reglas:** *son aquellas que determinan el marco de actuación. Aquellas variables que condicionan el marco de actuación, es decir, dan identidad al problema y definen el campo de lo posible. No se trata sólo de normas, sino que además de las reglas de derecho, deben tenerse en cuenta costumbre o reglas implícitas que, si bien no constituyen normativa, funcionan como reglas de hecho.*

- **Acumulaciones:** dan cuenta de las capacidades y/o incapacidades. Aquellas variables que dan cuenta de las capacidades o incapacidades estructurales de producción, que pueden ser tanto del sistema como de los actores que intervienen, etc.; tanto en el campo político, como en el económico, social, etc.
- **Flujos:** son aquellas variables que reflejan hechos puntuales. Variables que enuncian hechos puntuales o coyunturales, que reflejan acciones o situaciones que, en principio, son transitorias y de hacerse permanentes devienen en in/capacidades estructurales transformándose en acumulaciones.

Medición de la Producción, la complejidad y el desempeño hospitalario a través del sistema de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico

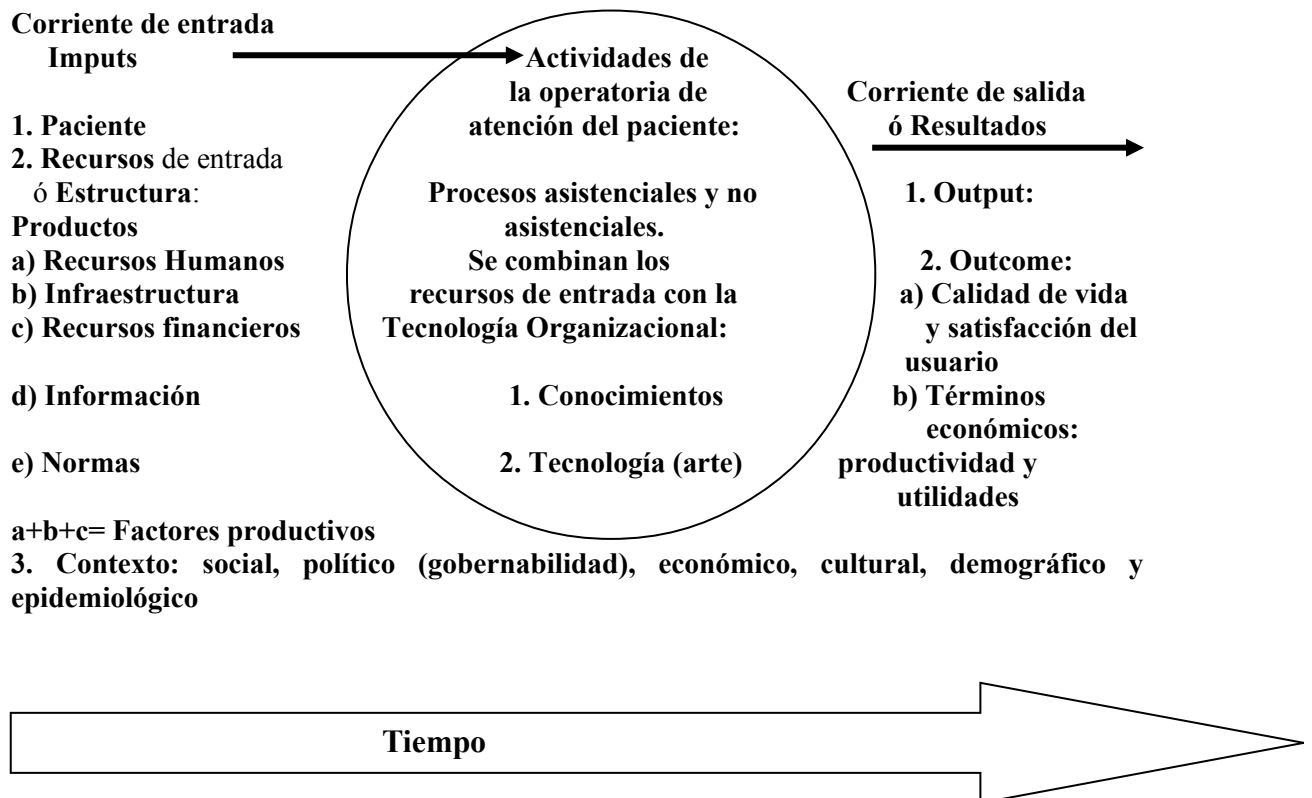
A través de la lectura del trabajo de Spadafora y Osa (2009), se puede comprender la importancia de la medición del producto hospitalario, focalizado en este caso en la tarea de la Sala de Salud Mental, en relación a la asistencia de casos con diagnóstico considerado como psicopatologías crónicas. Para determinar la pertinencia de este tipo de atención profesional en la nombrada Sala, se debe establecer con claridad si corresponde al grado de complejidad de la institución hospitalaria dedicada a la salud materno infantil, HIEMI-MDP.

Sin instrumentos de medición de los resultados de una actividad, no es posible conocer los efectos de las decisiones que se toman y por ende tampoco puede existir un ejercicio real de responsabilidades sobre dichas decisiones.

Es innegable la veracidad de esta afirmación, por lo cual es muy importante la medición y evaluación (qué indicadores, qué método, qué sistema de indicadores están utilizando para medir y evaluar) de la producción, la complejidad y el desempeño de los servicios y hospitales, que requieren de la utilización de instrumentos específicos existentes, ya probados, sistematizados y utilizados con gran éxito en otros países, para medir y evaluar variables tan sustantivas de la gestión en salud; esto es: la producción, la complejidad y el desempeño hospitalario.

Tradicionalmente se reconoce la *complejidad* de la medición del resultado de las empresas proveedoras de servicios de cuidado de la salud. No sólo por ser empresas de servicios, donde ya de por sí es difícil la medición de los resultados, sino también por la propia complejidad de las actividades que en ellas se desarrollan.

El hospital, como organización (empresa) productora de servicios de salud, obtiene unos resultados por medio de los múltiples procesos que desarrolla como sistema abierto, dentro de otro sistema mayor que lo contiene; esto es como nodo de la red de servicios de cuidados de la salud de un determinado sistema de salud. Siguiendo el tradicional esquema de Donabedian, el sistema hospitalario puede describirse del siguiente modo:



Una realidad poco comprensible de casi todos nuestros hospitales latinoamericanos, es que aún tratándose de empresas de máxima complejidad, y con presupuestos tan elevados que inclusive pueden alcanzar la mitad de un presupuesto municipal, no hayan podido avanzar, como lo ha hecho el resto del mundo, hacia una definición racional y homogénea de su producción. Definición absolutamente necesaria para la realización de las siguientes actividades básicas de gestión hospitalaria:

- Estructuración de la oferta de servicios que brinda el hospital, componente básico de la misión
- Aplicación de la contabilidad analítica, para la obtención de costos de producción
- **Medición del desempeño (performance) de la organización, para el monitoreo de los valores presentes en la misión y las metas presentes en la planificación y los compromisos de gestión**
- **Medición del impacto de las actividades hospitalarias en términos de calidad de vida de la población asistida**

Para poder avanzar en este esquema básico de gestión, la corriente de salida de todo sistema hospitalario puede caracterizarse de dos modos:

- 1) El **output**, esto es, el resultado en términos de **producción**: qué produce y cuánto produce
- 2) El **outcome**, esto es el resultado en términos de **desempeño (performance) en relación a su misión**; para valorar el desempeño hospitalario es necesario **analizar la incidencia de su actividad en relación a:**
 - 1) **La calidad de vida y la satisfacción de los pacientes (evolución clínico terapéutica, respuesta terapéutica en plazos por ej. 6 meses a 1 año según datos registrados en la HC.**
 - 2) El resultado económico

El resultado de su actividad puede abordarse desde tres perspectivas:

- 1) **Perspectiva del paciente:** el resultado propiamente dicho (**outcome**), tanto como **variación del estado de salud** en términos de **variación de la calidad de vida**, como **satisfacción de las expectativas del paciente**. Es la **utilidad social**.
- 2) **Perspectiva de los procesos hospitalarios:** la **definición de la producción final (output)** como **resultado de las distintas actividades** ejecutadas por la organización, tanto en la **atención de los pacientes** como en los **procesos de docencia e investigación**. El “**producto hospitalario**”, tanto desde el punto de vista clínico como administrativo.
- 3) **Perspectiva económica:** el resultado económico o **utilidad**.

Tradicionalmente el único instrumento que se utiliza en los hospitales para la valoración del outcome es la encuesta de satisfacción. Además, en los hospitales latinoamericanos, salvo excepciones, tampoco está muy difundida la práctica de conocer la satisfacción por la calidad percibida de la atención. Los instrumentos que intentan medir la variación en la calidad de vida de los pacientes están mucho menos difundidos.

Perspectiva de los procesos asistenciales

Respecto de la medición de la **producción hospitalaria** desde la perspectiva de los procesos asistenciales que en los hospitales se realizan, tradicionalmente esta medición se ha realizado a través de **sistemas de clasificación de pacientes (SCP)**, desarrollados esencialmente sobre la base de:

- **El tipo de asistencia (ambulatoria o en internación)**
- **La gravedad o severidad de las enfermedades**
- **La definición de los diagnósticos y tratamientos**

Las diversas metodologías para clasificar pacientes hospitalizados (producto hospitalario) se diferencian según el interés que subyace en dicha clasificación:

- 1) **Clasificaciones clínicas puras**
- 2) **Clasificaciones clínico-administrativas**

Las clasificaciones clínicas puras han tenido una evolución histórica similar en todo el mundo y resultan apropiadas para las necesidades de comunicación en las diversas disciplinas de la salud. Sin embargo, **las clasificaciones clínico-administrativas han tenido una evolución muy dispar en el mundo**.

Esto es, en nuestro medio, en ciertas circunstancias suele afirmarse que para la empresa multiproducto hospitalaria **cada paciente asistido se convierte en un producto diferente**, realizándose una máxima desagregación del producto al separarse cuidadosamente “peras” de “manzanas”.

La verdad es que, **ni todos los pacientes hospitalizados son iguales, ni todos son totalmente diferentes**. Por ello, en el mundo se ha desarrollado y perfeccionado una metodología clínico-administrativa que permite **medir la producción de todos los hospitales por medio de la definición de unos 1.000 productos homogéneos** tanto desde el punto de vista clínico como del consumo de recursos. Metodología denominada **Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)**, que, sobre la base de unos pocos datos presentes en todas las historias clínicas de los pacientes (esencialmente diagnósticos, procedimientos y días de estada) permite aplicar una serie de

indicadores que reflejan adecuadamente la producción, la complejidad y la eficiencia de la organización.

En el caso de los pacientes que se atienden en la Sala de **Salud Mental**, surge la necesidad de reflexión sobre la consideración del **egreso frente a los diagnósticos** con los que habitualmente se enfrenta la tarea profesional: ej. las **neurosis infantiles** que tienen un comportamiento evolutivo diferente a los **Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)** y el **Trastorno Negativista Desafiante** (ambos de evolución crónica); y de los **Intentos de Suicidio** (episodio agudo relacionado con el acting a partir de algún diagnóstico psicopatológico previo que va desde la psicosis hasta la neurosis histérica maniaco depresiva, por ejemplo), a su vez distinto del **Trastorno por Estrés Postraumático** derivado de un accidente, una patología orgánica aguda o crónica que ha requerido tratamientos y metodología diagnóstica complementaria cruenta, o por abuso y negligencia infantil, que además de tener curso evolutivo prolongado con recidivancia periódica de síntomas, también resultan ser judicializados.

Volviendo a los aportes del trabajo de Spadafora, este método proporciona a la producción hospitalaria la **especificidad y homogeneidad necesarias para la interoperabilidad (disponer de información compartida)**, permitiendo de este modo separar las “peras” de las “manzanas” y poder así comparar, como es debido, las “peras” de diversas producciones entre sí, y las “manzanas” de diversas producciones entre sí.

El método de los **GRD (Grupos Relacionados por Diagnósticos)**, desde el punto de vista estadístico, cumple con el **principio de parsimonia**. Un sistema parsimonioso es un sistema eficiente, donde **con el menor número de datos se obtiene el máximo de información**. El sistema de los GRD resulta crucial para la administración de los hospitales por cuanto **permite elaborar indicadores que vinculan la producción hospitalaria con la eficiencia en la utilización de los recursos y la calidad de la atención. Con lo cual es posible analizar conjuntamente las perspectivas comprendidas en el output y el outcome de los hospitales.**

Es por ello que resulta altamente sorprendente que a pesar de que en el mundo está ampliamente difundida y probado el método de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico, la mayoría de los hospitales latinoamericanos no lo utilizan, lo cual **impide comparar adecuadamente la productividad y el desempeño hospitalario, no sólo con otros hospitales sino con el mismo hospital a lo largo del tiempo**. Máxime cuando para su implementación sólo se requiere de voluntad política.

En síntesis, cuando en el **análisis del desempeño** de diversos hospitales se pretende **seleccionar algunas variables (por ejemplo eficacia, eficiencia y calidad)** y utilizar **indicadores** que permitan su **valoración** (por ejemplo indicadores que incluyan **días de estada, complicaciones, mortalidad y costos**), si no se produce la **medición sobre productos homogéneos, se estaría cayendo en un error grotesco** (comparar peras con manzanas).

En consecuencia, desde la perspectiva de los procesos, sólo cuando se trata de un producto hospitalario homogéneo, es posible calificarlo:

- 1) Cuantitativamente: número de prestaciones de cada uno de esos productos homogéneos**
- 2) Cualitativamente: eficacia, eficiencia y calidad de esos productos**

Evolución de los Sistemas de Clasificación de Pacientes

Resulta interesante, para la problemática planteada en relación a los casos con diagnósticos considerados de psicopatología crónica, los aportes que Spadofora propone en los siguientes párrafos.

Desde un comienzo de la sistematización de la gestión clínica se advirtió la necesidad de establecer **Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP)** con cuatro objetivos fundamentales:

- 1) **Realizar diagnósticos de situación sanitaria**
- 2) Organizar la actividad de las organizaciones proveedoras de servicios de salud
- 3) Prever la utilización de los recursos y consiguientemente su provisión
- 4) **Contribuir a la valoración de la producción, la complejidad y el desempeño de las organizaciones sanitarias**

Un gran avance en los sistemas de clasificación de pacientes fue la incorporación de los siguientes instrumentos:

- 1) **La clasificación internacional de las enfermedades**
- 2) **La clasificación de las prestaciones o procedimientos**
- 3) **La clasificación de los pacientes según la gravedad o severidad de los mismos**

Aunque la **evolución de la codificación de diagnósticos y procedimientos** surgió esencialmente para **optimizar la gestión clínica desde la perspectiva de la información estadística epidemiológica**, rápidamente se visualizó su importancia desde la perspectiva de obtener información estratégica para la gestión y el financiamiento de los hospitales y otros centros de atención de la salud.

Otros SCP intentan agrupar los pacientes **según la gravedad o severidad de los mismos**:

- **Disease Staging (DS)**
- **Severity Index (SI)**
- **Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II)**
- **Criterios ASA (American Society of Anesthesiologist) Anestésico-Quirúrgicos**

Sin embargo, a pesar de la evolución de los SCP, persistía la dificultad de conformar grupos homogéneos de enfermos. Para superar esta dificultad, operativamente se produjo un gran esfuerzo en **vincular las dos variables**:

- 1) **Homogeneidad clínica**, esto es la **similitud de las características clínicas**, esencialmente determinado por **episodios iguales o diagnósticos iguales** tanto de la patología de base que determinó el episodio agudo, como de las comorbilidades (enfermedades previas) y complicaciones
- 2) **Homogeneidad en el proceso de cuidados** y consecuente **homogeneidad en el consumo de recursos** de los pacientes de una misma clase. Obviamente con el objetivo de establecer los costos de atención de estos grupos.

Surgieron de este modo diversos tipos de **SCP** de carácter **clínico-administrativo**, que tienen como componente común el **uso generalizado (en todos los hospitales) de información** que **rutinariamente es registrada** en los hospitales, denominada **Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMDB; mejor Conjunto Mínimo de Datos Básicos -CMDB-)**, la **transformación de esos datos en códigos alfanuméricos, su almacenamiento en una base de datos y su lectura y procesamiento a través de un software específico, lo cual permite obtener información de la producción, la complejidad y el desempeño de los hospitales.**

Dos fueron los desarrollos más destacados, de un **sistema de clasificación de pacientes (SCP) de carácter clínico-administrativo con base en el CMDB**:

- 1) El sistema denominado **“Patient Management Categories”**

- 2) El sistema de los **Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) ó Diagnosis Related Group (DRGs)**, desarrollado en la Universidad de Yale, cuya aplicación se extendió al mundo y que será descrito ampliamente en este capítulo. Actualmente son unos 1.000 GRD.

El Conjunto Mínimo de Datos Básicos o **CMDB** es la **información imprescindible** que mínimamente debe **contener la epicrisis o informe de hospitalización**. En España, Francia e Italia, todos los hospitales, públicos y privados, tienen la obligación de **informar a la autoridad ministerial, el CMDB de sus egresos**.

La **epicrisis** o informe de hospitalización, al contener el CMDB, tiene **tres funciones clave**:

- 1) **Servir de informe de alta, para ser entregado al paciente o a sus familiares.**
- 2) **Servir de fiel resumen de la HHCC, para poder ser consultado por cualquier profesional, con fines asistenciales.**
- 3) **Servir de fuente de datos para:**
 - a) **Información epidemiológica**
 - b) **Información acerca de la productividad, la complejidad y el desempeño de los hospitales, una vez codificados los diagnósticos y los procedimientos, su agrupación en DRGs y la obtención de indicadores. Es decir que la HC posee funciones valiosísimas para la autoevaluación de la producción según sea de asistencia de psicopatología aguda o crónica.**

Grupos Relacionados por el Diagnóstico

Origen y evolución

Los **Diagnosis Related Groups (DRGs)**, también aplicables a la **Sala de Salud Mental**, los más conocidos y difundidos SCP modernos, fueron desarrollados por Robert Barclay Fetter y John Deveraux Thompson, en la **Universidad de Yale (Connecticut, USA)** en 1968, para **clasificar y agrupar pacientes internados con enfermedades agudas, con homogeneidad clínica (igual diagnóstico, complicaciones y comorbilidades) y de consumo de recursos**, con el objeto de evaluar la calidad y facilitar la gestión clínica. La metodología de Fetter y Thompson se basó en el **análisis estadístico de casos** y el **juicio médico**, aplicado sobre tres variables clave de cada paciente egresado:

- 1) **Los diagnósticos realizados**
- 2) **Los procedimientos diagnóstico-terapéuticos aplicados**
- 3) **Los días de estancia**

Fetter y Thompson aplicaron, a la base de datos de información de los egresos hospitalarios de un grupo de **hospitales de atención de pacientes agudos**, una técnica automatizada de **análisis multivariable**, que produce una **sucesiva subdivisión** de la muestra en **grupos dicotómicos excluyentes**, según la **relación de diversas variables independientes presentes en la muestra a investigar (esencialmente diagnósticos y procedimientos)**, con la **variable dependiente días de estancia de los pacientes**, a fin de **identificar las características de aquellos pacientes (tipos de casos) que tuvieran un patrón similar de días de estancia**.

Los DRGs es el SCP de tipo clínico administrativo, más profusamente validado en el mundo. La difusión en Europa se inició en la década de 1981/1990, inicialmente como

medio de identificar la actividad hospitalaria y **constituir un lenguaje común entre profesionales y gestores, para fijar objetivos y monitorizarlos.**

Previo al desarrollo del sistema de DRGs, los administradores de la mayoría de los hospitales han intentado frecuentemente justificar la necesidad de mayores recursos económicos alegando que sus respectivos hospitales trataban a un conjunto de **pacientes más complejos**. El argumento habitual era que los **pacientes tratados** por ese hospital estaban **“más enfermos”**, lo cual determinaba un **conjunto de pacientes más complejo**, esto es, una **mayor complejidad de la casuística** (case mix) que consecuentemente **se acompañaba de mayores costos.**

Sin embargo, dichos administradores no podían, previo al desarrollo del sistema de los DRGs, defender sus palabras con hechos por cuanto el **concepto de complejidad** de la **casuística no tenía una definición precisa ni un sistema eficiente** (según el **principio de parsimonia**: con el mínimo de datos obtener el máximo de información). **El desarrollo de los GRDs proporcionó el primer sistema operativo para poder definir y medir la complejidad del “case mix” de un hospital y un sistema parsimonioso para definir y medir el desempeño hospitalario.** Desde una perspectiva macrosanitaria, la utilidad más reciente de medir la casuística por mecanismos del tipo de los DRGs, es la **asignación de recursos a los hospitales, actualmente en curso en diferentes administraciones (Italia, España y Francia).**

Ninguno de los diversos sistemas propuestos ha alcanzado una aceptación total como sistema de medida del producto hospitalario, debido a diversos factores. En primer lugar, la **dificultad de agrupar un producto excesivamente heterogéneo**, ya que la **atención ambulatoria** puede ir desde **cuidados básicos primarios**, como **promoción de la salud, prevención, trámites administrativos** (ej. resúmenes de HC para certificados de discapacidad o para los Tribunales Judiciales), hasta **cuidados muy específicos con utilización de alta tecnología**. Desde el punto de vista de la **enfermedad, puede ser aguda, crónica o incluso no existir ningún proceso patológico (ej. problemática sociocultural).** Además, la unidad de análisis no es tan clara como en la hospitalización. Aquí podría ser, cada contacto o cada visita, todos los servicios asociados a una consulta o todos los contactos de una misma especialidad durante un período de tiempo.

El sistema más utilizado pacientes crónicos es el **Resource Utilization Groups (RUGs), que ya evoluciona por su tercera versión (del año 2004).** El RUGs define 44 grupos con consumo homogéneo de recursos, incluidos en 7 categorías clínicas:

- 1) *Rehabilitación especial.*
- 2) *Servicios extensivos*
- 3) **Cuidados especiales**
- 4) **Complejidad clínica**
- 5) **Deterioro cognitivo**
- 6) **Problemas de comportamiento**
- 7) **Funciones físicas reducidas**

Construcción de los DRGs

En la construcción de los DRGs, para enfrentar el desafío de **agrupar pacientes clínicamente similares** (similar edad, igual diagnóstico de base, similares condiciones de salud previas y similares complicaciones) con **similares consumos de recursos**, se ensayaron diversas estrategias. Inicialmente se utilizó un **“enfoque normativo” o**

teórico en el que los **médicos definían los DRGs** a partir de las **características de los pacientes** que consideraban importantes para la **intensidad del consumo de recursos**.

En estas definiciones se incluían un **gran número de especificaciones** para las cuales ocurría **información que no siempre se hallaba disponible en los hospitales**. Si toda la gama de pacientes se hubiera clasificado de este modo, se hubieran obtenidos miles de DRGs, por lo que se hizo evidente que **el procedimiento debía fundarse en la experiencia de los hospitales** (ser más **empírico**). Sin embargo, pronto también se descubrió que **sólo los datos del hospital no bastaban**. Se requería entonces, **en un mismo proceso, examinar los datos estadísticos históricos del hospital asociado al juicio revisor médico para que el resultado sea coherente**. Se concluyó entonces que las características básicas del esquema de clasificación de pacientes por DRGs, para cualquiera que quisiera desarrollar un **sistema** del tipo, deberían ser:

- Utilización de la **información recopilada de forma habitual por el hospital**.
- Llegar a un **número manejable de DRGs** que englobara a todos los pacientes en internación: unos cientos.
- Cada DRG debería contener **pacientes que fueran similares desde el punto de vista clínico** (edad semejante, igual diagnóstico de base y similares comorbilidades y complicaciones).
- Cada DRG debería contener **pacientes con un patrón similar de consumo de recursos** (ej. **psicofármacos**).

Proceso de construcción de los DRGs

El proceso de construcción de los DRGs, para todas sus variedades de agrupación, que en la actualidad son seis, consta esencialmente de dos fases:

- 1) **Establecer los diagnósticos y procedimientos realizados a lo largo de la intervención profesional y agruparlos por Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) definidas sobre la base de los sistemas anátomo funcionales.**
- 2) **Agrupar los casos que tienen homogeneidad clínica y consumo semejante de recursos siguiendo algoritmos de homogeneización.**

Tanto la **agrupación en CDM** como la posterior agrupación por homogeneidad clínica, se realiza a través de un software denominado **agrupador**.

Finalmente es importante remarcar que en el sistema de GRDs como en todo sistema de información se produce el fenómeno **“garbage in, garbage out”** (basura entra, basura sale). **Si la calidad de los datos no es buena, tampoco lo será la información**. En ese sentido se tornan críticas dos situaciones:

- 1) **Que los médicos registren todos los diagnósticos y todos los procedimientos que se le realizan a los pacientes.**
- 2) **Que se realice una buena codificación del CMDB.**

Algoritmo de edad

El **algoritmo de edad** se utiliza solamente para definir algunos DRGs. Esto es: en algunos casos, se vuelven a dividir las anteriores subclases según la edad del paciente. Para esos casos **se consideran pacientes pediátricos a los pacientes de 17 (15 años para HIEMI MDP) años o menos**.

Para la correcta secuencia de los algoritmos, es necesario definir claramente:

- 1) **El diagnóstico principal (ej. psiquiátrico, neurológico, endócrino, etc.)**

- 2) Los **diagnósticos secundarios: comorbilidades y complicaciones** (ej. hipotiroidismo secundario a tratamiento estabilizador de membrana, diabetes secundaria a neurolépticos atípicos, síndrome metabólico).
- 3) Los **procedimientos** (ej. Tratamiento psicofarmacológico, análisis de laboratorio, IC neurológica, etc.)

Es importante tener presente que al ser el **diagnóstico principal** la puerta de entrada a las CDM y por ende el primer paso de agrupación por GRD, es crucial asegurarse su clara definición y comprensión por parte del cuerpo médico. El **diagnóstico principal** es la condición que una vez finalizado el proceso de hospitalización, se considera como la causa responsable del ingreso al hospital.

Consumo de recursos de cada DRGs

La importancia de la clasificación de pacientes por DRGs se basa en el hecho que **cada GRD, al poseer una homogeneidad en el consumo de recursos (proporcional a la complejidad técnica que ha requerido el diagnóstico y tratamiento de ese DRG), permite la separación de “peras” de “manzanas” y de este modo se facilita la comparación entre productos hospitalarios homogéneos, sea entre diversos hospitales como con el propio hospital a lo largo del tiempo.**

En los países donde no existen estudios de costos por caso, el PR de cada GRD calculado en Estados Unidos puede ser utilizado sea para el costeo como en la **determinación de la complejidad de la casuística**. Aunque los pesos relativos por GRD podrían variar de un entorno (país) a otro, al tratarse de **una estimación relativa del costo de tratamiento de cada tipo de paciente, cabe esperar que los más costosos en EEUU lo sean también en entornos de similar desarrollo, y viceversa, los menos costosos lo sean también en los dos ámbitos.**

Entonces, surge el interrogante de establecer el servicio o institución o nivel de asistencia de casos que presentan **psicopatología crónica**. De acuerdo al párrafo anterior, corresponde realizar una **investigación de complejidad** sobre el **peso relativo**, para hallar la respuesta.

Casuística o Case Mix

Diferencias conceptuales acerca de la casuística

Se denomina **casuística o case-mix (complejidad de la casuística o complejidad del case-mix)** de un hospital, a los distintos tipos de pacientes tratados por dicho hospital. La **diversidad de pacientes asistidos en los hospitales** está dada por:

- 1) La **gravedad de la enfermedad**
- 2) El **pronóstico**
- 3) La **dificultad en el tratamiento**
- 4) La **necesidad de actuación médica**
- 5) El **consumo de recursos**

El concepto de “complejidad de la casuística” parece muy sencillo a primera vista. Sin embargo, existen dos visiones muy distintas del mismo concepto:

- 1) **Visión clínica:** la de los **profesionales** que asisten a los pacientes, particularmente los médicos

2) **Visión administrativa:** la de los directivos de hospitales y los responsables de la administración sanitaria

Cuando los **médicos** utilizan el concepto “**complejidad de la casuística**”, se están refiriendo a **uno o a varios aspectos de la complejidad clínica**, con lo cual una mayor complejidad del “case mix” significa una **mayor gravedad de la enfermedad, mayor dificultad de tratamiento, peor pronóstico o una mayor necesidad de actuación asistencial**.

Por otra parte, cuando los directivos de hospitales y los responsables de la administración sanitaria utilizan el concepto de complejidad del “case mix” lo hacen para indicar cuales pacientes precisan de más recursos y por ende aumentan los costos de los hospitales. Es el caso de los pacientes que presentan diagnóstico compatible con psicopatologías crónicas, quienes requieren un control periódico de sus funciones hemodinámicas y sistémicas a través de estudios complementarios de laboratorio, como así también IC con especialistas tales como Neurólogos (ej. Comorbilidad de SNC), Endocrinólogos (ej. Comorbilidad con patología endócrina o secundaria por efectos adversos de los tratamientos psicofarmacológicos, etc.), con lo cual se realizarán mayor número de estudios complementarios específicos (ej. EEG, TAC de cerebro, ecografía de tiroides, etc.). Sin olvidar la necesidad de evaluaciones psicométricas realizadas por especialistas en Neurología del Desarrollo, y tratamientos complementarios que favorezcan el desarrollo de capacidades y habilidades deficitarias (ej. Fonoaudiología, Terapia Ocupacional).

Desde el punto de vista de los DRGs, una casuística más compleja significa que el hospital trata pacientes que precisan más recursos, por cuanto la finalidad de los DRGs es precisamente relacionar la casuística con el consumo de recursos y por ende con los costos asociados incurridos por el hospital.

Por lo tanto si se acepta la atención de pacientes que presentan diagnóstico compatible con psicopatología crónica, esto requerirá el uso de recursos que permitan la tarea ambulatoria (ej. Profesionales Psicólogos, Médicos Especialistas en Psiquiatría Infanto Juvenil, personal administrativo, infraestructura adecuada). Mientras que, los casos que presenten diagnóstico de psicopatologías agudas (ej. Excitación psicomotriz, intento de suicidio, episodios delirantes, ataques de pánico, TEPT, etc.) requerirán recursos de internación de diferente grado de complejidad (profesionales Médicos Pediatras y Psiquiatras Infanto Juveniles, personal de enfermería especializado en problemáticas psiquiátricas, infraestructura adecuada para evitar que el paciente se dañe a sí mismo o a terceros, etc.).

Complejidad de la casuística

La gran ventaja de los DRGs es la de no sólo establecer la complejidad de la casuística de un hospital, sino además **posibilitar la relación de la casuística de dicho hospital con los costos asociados a dicha casuística. Y por ende con la demanda de recursos que verdaderamente debiera corresponder al centro en cuestión.** Una casuística más compleja, desde el punto de vista de los DRGs, **significa que el hospital trata pacientes que precisan de más recursos hospitalarios, pero no necesariamente que el hospital trata pacientes con enfermedades más graves, con mayor dificultad en el tratamiento o de peor pronóstico.**

Nunca es poco insistir en el hecho de que, como en cualquier sistema de información, el case-mix obtenido a partir de los grupos relacionados por el diagnóstico **depende directamente del exhaustivo registro que efectúen los profesionales en la**

correspondiente HHCC, acerca de todos los diagnósticos (principales y secundarios) y todos los procedimientos (diagnósticos y de tratamiento) que realizan a los pacientes que asisten. Obviamente luego se requiere la correcta codificación de dichos diagnósticos y procedimientos. En la Sala de Salud Mental se atienden pacientes que requieren estudios complementarios de laboratorio completos sumados a controles de función endócrina, hepática, hemodinámica, y de todos los sistemas, previos a la eventual indicación psicofarmacológica como durante el seguimiento para supervisar los probables efectos adversos. Así mismo, se solicitan IC con diferentes especialidades: Genética, Neurología, Endocrinología, etc.; y se comparte a los pacientes con otros Servicios: Servicio Social, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, etc. Todo esto fundamenta aún más la necesidad del Trabajo Inter y Transdisciplinario.

Case-mix y unidades de producción de hospitalización

Los DRGs pueden ser utilizados muy apropiadamente para la medición de la actividad de los hospitales en internación, a partir de una sencilla metodología que genera las denominadas **altas estandarizadas ó Unidades de Producción de Hospitalización (UPH)**. Se trata de **estandarizar los egresos hospitalarios multiplicando el número de estos por el peso relativo de cada GRD en que se agrupan**. Con ello se obtendrá el **número de altas corregido por la complejidad clínica** que conforman las UPH. Según esto, se deben tener en cuenta las remisiones en los casos de psicopatologías infanto juveniles y la edad del paciente cuando supere los 15 años de vida.

La medida estandarizada de la producción hospitalaria por medio de los DRGs es de suma utilidad en:

- **Gestión hospitalaria**
- **Producción de información hospitalaria**
- **Comparación entre hospitales, servicios y profesionales de la salud**
- **Financiamiento de la actividad asistencial**
- Vigilancia epidemiológica
- Planificación estratégica
- Evaluación de la calidad asistencial
- Gestión del cambio cultural (ej. Violencia familiar, educación sexual, etc.)
- Construir un lenguaje común entre profesionales y gestores
- Investigación y docencia

DRGs y medición del desempeño hospitalario

Utilidad de los indicadores de desempeño hospitalario

Los **indicadores de desempeño hospitalario** son de enorme utilidad para **valorar la gestión clínica de los pacientes asistidos en los hospitales** y se utilizan en la actualidad en todos los países donde se mide la producción hospitalaria por DRGs. Resultan particularmente útiles para dar respuesta a la habitual preocupación de los jefes de servicio y directivos de los hospitales, quienes señalan que sus centros asisten “pacientes de una gran complejidad” y no son tenidos en cuenta equitativamente a la hora de establecerse los respectivos presupuestos. Los indicadores de desempeño

hospitalario son útiles en estos casos, por cuanto **definen y vinculan las dos variables contenidas en la EM:**

- a) **La complejidad de los casos que son tratados en los diversos centros**
- b) **La eficiencia en el funcionamiento de dichos centros**

En la utilización de estos indicadores se deben considerar **cuatro realidades clave:**

- 1) Los indicadores de desempeño hospitalario **no hacen referencia a la gestión económica, sólo hacen referencia a la gestión clínica.** Se trata de indicadores de la **eficiencia clínica** pero no de la eficiencia global en términos de costos finales por producto de igual calidad. **Realizar procesos clínicos eficaces contribuye en gran parte a la eficiencia global de un centro de salud. Sin embargo, la eficiencia final depende en gran parte de la gestión económico financiera de dicho centro.** La **eficiencia clínica depende de las competencias basadas en contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales.**
- 2) Los indicadores de desempeño hospitalario son **sólo un instrumento que contribuye sustantivamente a la evaluación de la gestión** de un centro sanitario. **No se gestiona mirando solamente indicadores y números, aunque estos sean indispensables para monitorear y explicar los procesos y resultados involucrados en una determinada gestión.** Los indicadores de desempeño hospitalario son muy útiles para mostrar el cuadro de situación, sin embargo **la verdadera tarea del gerente es indagar y explicar que hay detrás de ese cuadro.**
- 3) Los indicadores de desempeño **deben ser utilizados como instrumento de información para mejorar la eficiencia y la calidad de la atención y no como elemento de persecución.** Si no se explica a los médicos y se los involucra en la utilización de ellas, no es posible avanzar en comparación alguna entre hospitales.
- 4) **Para la utilización de los indicadores de desempeño basados en GRD es necesario que exista un conjunto de hospitales de referencia, que utilizan la misma metodología de valoración del desempeño, cuyos indicadores oficien de estándar (norma). Mucho mejor es que el conjunto de hospitales de referencia sea de la misma región o país.**

A partir de la utilización de la metodología de los GRD, quienes [gestionan servicios](#) y hospitales poseen indicadores potentes que les permite:

- 1) **Mejorar la calidad de la información clínica**
- 2) **Evaluar el desempeño de los servicios y compararse con otros servicios u hospitales**

Con la aplicación de la metodología de los GRD, se observa la siguiente mejora en la confección de la documentación clínica:

- a) En los casos de **error en la interpretación de cuál es el diagnóstico principal y cuáles son los diagnósticos secundarios**, lo cual genera, en los pacientes que se realizaron determinados procedimientos, una **imposibilidad de agrupación del caso en un determinado GRD, por inconsistencia entre el diagnóstico principal (equivocado) y el procedimiento realizado** (que no se corresponde con el diagnóstico principal equivocado), por medio de la aplicación de la metodología de los GRD, al devolverse en tiempo real al jefe del servicio o al director del hospital, la información de la existencia de uno o varios casos no agrupables por inconsistencia en la información clínica, **se dispara el inicio del proceso de**

corrección del error y de la capacitación correspondiente para no caer en él nuevamente. Es decir se recurre a la Educación Médica continua, a la docencia e investigación, HC protocolizada, trabajo interdisciplinario, que han sido los problemas identificados como deficitarios en la elaboración del presente proyecto.

- b) En los casos que no se prevén situaciones conflictivas con la atención del paciente, en general **se suele consignar en la HHCC, un sólo diagnóstico, el principal, sin registrarse los diagnósticos de las enfermedades previas y las complicaciones,** generándose una **inconsistencia entre los días que realmente estuvo internado el paciente y la estancia media estándar esperada para ese GRD (EME del GRD),** por cuanto en los papeles (documentación clínica) existen pocos diagnósticos y por lo tanto, para el agrupador de los GRD, el caso es de menor complejidad: ej. TGD, Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno de Estrés Postraumático comórbido con Retardo Mental y Trastornos de Aprendizaje, por lo que requieren educación especial, terapias coadyuvantes (FO, TO, Psicopedagogía, etc.) y/o patología Genética como ser el Síndrome de X Frágil. Sin embargo, **el paciente estuvo internado más días porque en verdad era más complejo (ej. Paciente internado por brote psicótico, paciente que requiere tratamiento ambulatorio prolongado porque presenta diagnóstico de TGD, etc.).** En los casos que la diferencia de días de internación entre la estancia real y la EME del GRD es muy grande, el caso puede caer fuera de la distribución normal de estancias para ese caso (GRD) y ser considerado en consecuencia, por la metodología de GRD, como un **caso excluido del grupo en cuestión,** por considerarse que se trata de un **“caso raro”, “extremo” o “outlier”** (ver luego). En estos casos, la aplicación de la metodología de los GRD permite advertir la falta de datos en la documentación clínica. Luego de haberse completado la HHCC, esto es, de haberse incorporado los diagnósticos y procedimientos que faltaban, al agruparse nuevamente el caso por la metodología de los GRD, es muy probable que **resulte en un caso de mayor complejidad y por ende con una correspondiente EME del GRD más prolongada.** De no mediar ineficiencias en la gestión clínica (la otra variable que determina la EM de un determinado GRD), queda subsanada la falta de correspondencia entre la estancia real y la EME del GRD. Consecuentemente, el caso no es más considerado outlier. Nuevamente, con la aplicación de la metodología de los GRD, al volver en tiempo real al jefe del servicio o al director del hospital, la información de la existencia de uno o varios de los casos denominados outliers, se establece el inicio del proceso de corrección de la falta de completitud de la **información clínica,** así como de la **capacitación** correspondiente para no caer en esta falta nuevamente. En este sentido, uno de los indicadores clave para la el monitoreo de la mejora de la calidad de la información clínica que provee la metodología de los GRD, está dado por la **relación entre la cantidad de diagnósticos efectuados en todos los pacientes de un determinado período de tiempo, y la cantidad de egresos ocurridos en el mismo período.** En general, **la media de diagnósticos por egreso en un hospital de moderada complejidad, es superior a dos.** Menos de dos diagnósticos por egreso, debiera hacer revisar la HHCC y corroborar que no se están sub-registrando diagnósticos.
- En los casos que se prevén conflictos en relación con la atención del paciente, especialmente en los casos de muerte e intervención de la justicia (ej. Trastorno de Estrés Postraumático por Abuso Sexual Infantil, Abuso Físico y/o Negligencia, etc.), es común observar que en la documentación clínica se registran todos los diagnósticos y procedimientos, aunque **se mantiene en general el error en la interpretación acerca de cuál es el diagnóstico**

principal y cuáles son los diagnósticos secundarios. Sin embargo, a pesar de que la información es más completa, **al incorporarse más diagnósticos y más procedimientos, existen mayores posibilidades de caer en casos no agrupables por inconsistencia en los datos clínicos debido a errores en la interpretación de cuál era el diagnóstico principal.** Nuevamente se trata de errores que, con el auxilio de la metodología de GRD, son pasibles de ser rápidamente advertidos y subsanados.

2) Evaluación del desempeño de los servicios y comparación con otros servicios u hospitales

La metodología de los GRD permite a quienes administran un servicio u hospital, disponer de una poderosa herramienta para valorar la gestión clínica que en ellos se desarrolla: los **indicadores de desempeño hospitalario**. Estos indicadores **reemplazan la tradicional EM indiferenciada, por una EM donde, al haberse corregido las diferencias atribuibles a la casuística, pueden compararse consistentemente los desempeños de los diversos servicios y hospitales y de algún modo poder establecer un “ranking” según el desempeño (eficiencia clínica con la cual desarrollan su actividad).**

En cada GRD, al tratarse de la misma complejidad, la estancia media de los pacientes que caen en dichos GRD, refleja directamente el funcionamiento del servicio u hospital (eficiencia clínica). Un ejemplo podría ser el caso de intento de suicidio a lo bonzo que requiere trabajo interdisciplinario con Salud Mental y Cirugía frente a las quemaduras.

Indicadores de desempeño hospitalario:

A) Indicadores que consideran un solo GRD del servicio u hospital

B) Indicadores que consideran todos los GRD del servicio u hospital

El desempeño del servicio depende, por lo tanto, de la continuidad o el abandono terapéuticos, como así también por la remisión de la sintomatología que motivara la consulta o su recidivancia. A su vez, dicho desempeño se evalúa a partir de lo actitudinal en la relación médico – paciente, como ser la empatía, la anticipación de resistencias, efectos adversos y riesgos (ej. autoadministración de psicofármacos, intoxicación, sobredosis del paciente por parte del entorno, etc.) respecto de los tratamientos psicofarmacológicos indicados.

La organización de la exploración.

*El propósito de esta fase es **organizar la búsqueda de información necesaria para corroborar la existencia de los problemas y fundamentar las hipótesis del modelo explicativo.***

Análisis del espacio de gobernabilidad: el control de las variables.

*El propósito de esta fase es **analizar el espacio de gobernabilidad del proyecto, a efectos de orientar la definición de los frentes de ataque del proyecto que se realizará en el paso siguiente***

- ***Variables Condición:*** *son aquellas que se encuentran fuera de control del grupo que gestiona el plan. Aquellos aspectos de la realidad diagnosticada que*

resultan relevantes para la descripción y explicación del fenómeno, pero que el grupo evalúa que no podrán ser modificados desde el plan. Sin embargo, estarán condicionando permanentemente el desarrollo del mismo. Estas variables conforman lo que en el análisis de Carlos Matus se conoce como el campo III, “fuera de control”. En este se agrupan las variables que, si bien condicionan la situación que se está analizando, no pueden ser modificadas con las acciones formuladas desde el PE dado que se originan en otros ámbitos, otras reglas, producto de otros procesos y relacionadas con otros actores

- **Variables Instrumentos:** *son aquellas que se encuentran bajo control total del grupo de gestión del plan.* aquellos aspectos que el grupo evalúa que está a su alcance modificar para alcanzar los fines del plan. Es decir, pueden servir como instrumentos para la transformación de la situación inicial. Se puede distinguir dos tipos de variables instrumento: aquellas que están bajo control total del grupo de gestión del plan –las variables instrumento en sentido estricto- y aquellas sobre las que el proyecto puede llegar a incidir, pero no están bajo su exclusivo gobierno. A estas últimas se las denominan **variables de control compartido**. Las variables instrumentos, clasificadas según control total o control compartido conforman los campos I y II del flujograma respectivamente.
- **Variables de control compartido:** *son aquellas sobre las que el grupo tiene cierta capacidad de incidencia pero también dependen de otros actores.*

Si se incorporara este análisis de gobernabilidad a la graficación, el flujograma explicativo constaría de 9 cuadrantes que derivarían del cruce entre la clasificación en *reglas, acumulaciones y flujos* y la gobernabilidad *variables bajo control total, variables bajo control compartido y variables fuera de control*.

Sin embargo, hay problemas que si bien hoy constituyen variables condición, no se descarta que en el futuro se pueda ejercer cierta influencia sobre ellos, si se construyen ciertas condiciones. Con relación a variables condición de este tipo y a variables de control compartido, es necesario **identificar los actores que ejercen control o influencia sobre ellas y analizar qué tipo de recursos de poder ponen en juego**.

3.- RESULTADOS

Al elaborar la presente propuesta de gestión para la Sala de Salud Mental, fue necesario conocer los recursos con los que cuenta actualmente, como ser la cantidad de **personal** (profesionales Médicos con función de Psiquiatras, Psicólogos y otros auxiliares tales como Acompañantes Terapéuticos), y su **carga horaria** de sus funciones en Planta Permanente. También, fue relevante conocer datos estadísticos acerca de la tarea asistencial (producción), registrada por el Depto. de Estadísticas en el último decenio. Así, se pudo comprobar la relación existente en uso eficiente de los recursos profesionales con la carga horaria anual actual.

Entre los recursos requeridos para el desarrollo de las actividades propuestas, se incluyen los de infraestructura edilicia y aquellos de tipos tecnológicos y materiales (papelería, librería, tests psicométricos de inteligencia y proyectivos, juguetes, etc.).

En el cálculo del tiempo aplicado a la **tarea asistencial** de cada grupo profesional se consideró un promedio de 60 minutos por consulta, sea de admisión que de seguimiento evolutivo, devolución a padres y reuniones de equipo (escolar, servicio social, etc.). Para todo cálculo, se consideró un total de 42 semanas anuales, excluyéndose de este modo las licencias anuales por vacaciones (30 días), estrés (12 días), artículos personales (12 días) y días feriados y asuetos no laborables (18 días promedio). No se

tendrán en cuenta los días de licencias por enfermedad, pero cabe aclarar que desde hace varios años una de las profesionales psicólogas goza de licencia prolongada, por lo cual su carga horaria, de 1.512 horas anuales, actuará como factor distorsionante de los resultados a la hora de calcular la carga horaria como recurso necesario para programar las actividades propuestas asistenciales y de Educación Médica Continua. Además, no se han incluido en el presente cálculo los días de huelgas y licencias por enfermedad del personal del servicio.

En relación a los Grupos Relacionados por el Diagnóstico, sólo se halla información estadística de los pacientes que requirieron internación hospitalaria durante el año 2011, lo cual no permitió determinar cuantitativamente, de este modo, el grado de complejidad del Servicio de Salud Mental con respecto a si corresponde la atención de pacientes con psicopatología crónica (Tablas 1).

TOTAL DE PACIENTES REGISTRADOS EN PEDIATRIA CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO PSICOTICO AGUDO DURANTE EL AÑO 2.011 - DE MARZO A DICIEMBRE EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MAR DEL PLATA		
CODIGO	DIAGNOSTICO	CANTIDAD
F32.3	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS	1
F32.9	EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	1
F41.1	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	1
F41.8	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIFICADOS	1
F44.1	FUGA DISOCIATIVA	1
F44.8	OTROS TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)	1
F44.9	TRASTORNO DISOCIATIVOS (DE CONVERSION) NO ESPECIFICADO	1
F51.1	HIPERSOMNIO NO ORGANICO	1
F45.3	DISFUNCION AUTONOMICA SOMATOMORFA	4
F50.5	VOMITOS ASOCIADOS CON OTRAS ALTERACIONES PSICOLOGICAS	6
F29.X	PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO NO ESPECIFICADA	2
F91.8	OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	2

Tabla 1.

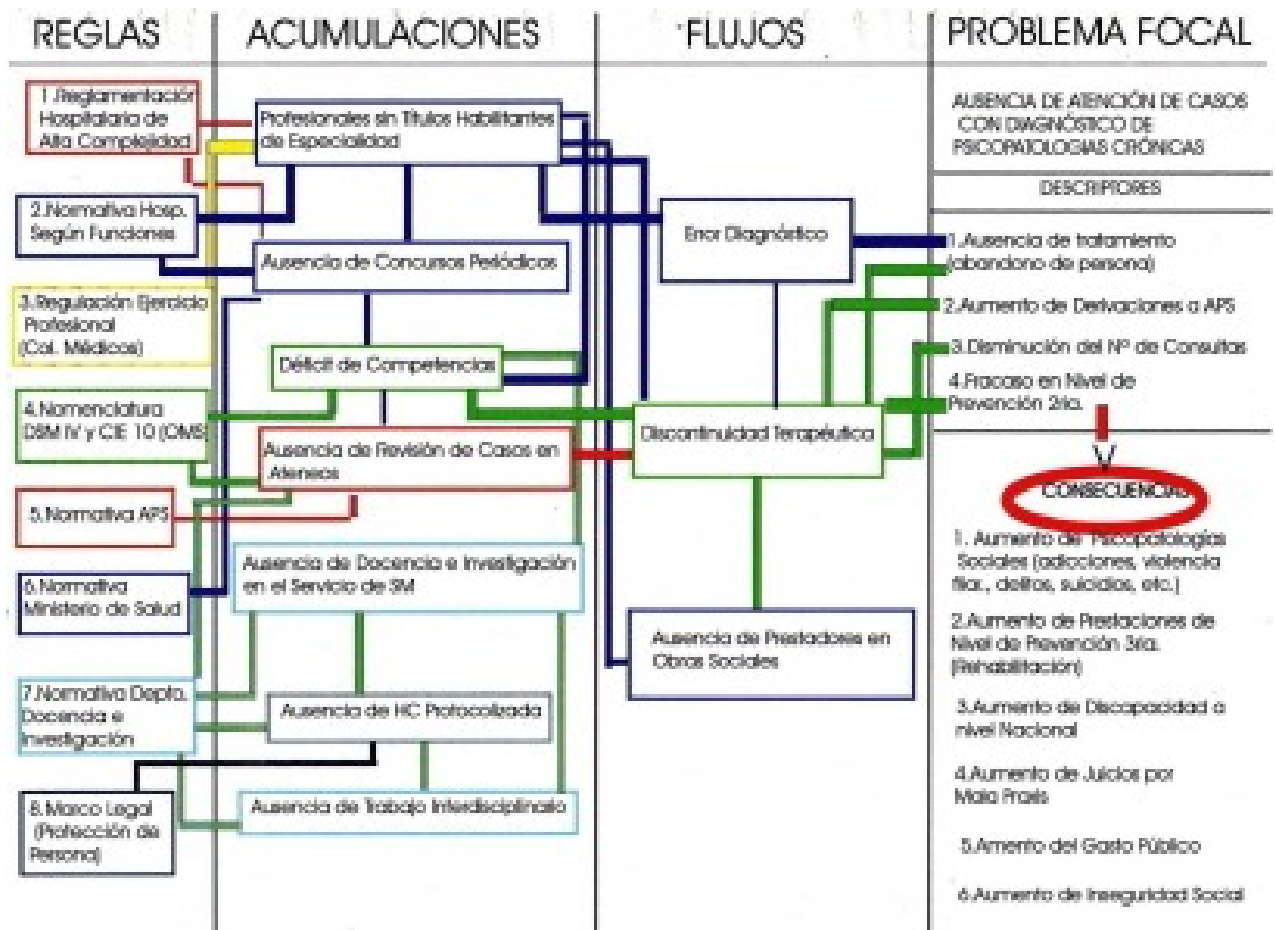


Gráfico 1.

En el Gráfico 1 queda expuesto el problema propuesto, a través de un mapa conceptual que ha permitido su análisis: *Ausencia de pacientes que presentan diagnóstico compatible con psicopatología crónica.*

RECURSOS Año 2011	PSICÓLOGOS	MÉDICOS PSIQUIÁTRAS
ACTUALES	Nº 11 HORAS:376 X semana 42 SEMANAS= 17.304 hs	Nº 4 HORAS:144 x semana 42 SEMANAS= 6.048 hs

Tabla 2.

De los datos obtenidos de la Oficina de Personal sobre el número de profesionales psicólogos y médicos con función en Psiquiatría y la carga horaria que le corresponde a cada uno, se han obtenido valores tales como 17.034 y 6.048 horas anuales, respectivamente.

Un análisis retrospectivo del último decenio, ha sido útil para determinar la producción en términos de tarea asistencial de ambos grupos, como se evidencia en las Tablas 3 y 4.

RECURSOS NÚMERO PSICÓLOGOS CARGA HORARIA ANUAL	PSICO LOGÍA AÑO	CONSULTAS	HORAS
8 = 12.768 hs	2001	18.208	18.208
8 = 12.768 hs	2002	17.064	17.064
8 = 12.768 hs	2003	14.947	14.947
8 = 12.768 hs	2004	13.805	13.805
8 = 12.768 hs	2005	14.871	14.871
9= 14.532 hs	2006	15.115	15.115
9= 14.532 hs	2007	10.619	10.619
9= 14.532hs	2008	14.279	14.279
9= 14.532 hs	2009	11.249	11.249
12= 18.816 hs	2010	6.974	6.974
11= 17.304 hs	2011	6.000	6.000

Tabla 3.

RECURSOS NÚMERO DE PSIQUIÁTRAS CARGA HORARIA ANUAL	PSIQUIATRÍA AÑO	CONSULTAS	HORAS
1= 1.512 hs	2001	1.999	1.999
1= 1.512 hs	2002	1.900	1.900
1= 1.512 hs	2003	832	832
	2004	0	0
1= 649 hs	2005	194	194
2= 1.944 hs	2006	1.068	1.068
2= 3.024 hs	2007	1.482	1.482
3= 3.492 hs	2008	1.459	1.459
3= 4536 hs	2009	2.032	2.032
3= 4.536 hs	2010	2.154	2.154
4= 6.048 hs	2011	?	?

Tabla 4.

Lo mismo se visualiza en los Gráficos 2 a 4.

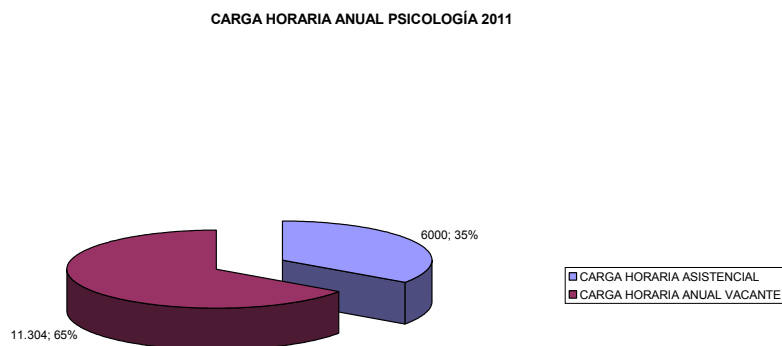


Gráfico 2.

El Gráfico 2 muestra que sólo un 36 % del total de la carga horaria anual, de los 11 Psicólogos, que se desempeñaban en la Sala de Salud Mental en el año 2011, fue utilizada en la tarea asistencial. Por lo tanto, las restantes 11.304 hs. anuales pueden distribuirse equilibradamente en tareas de docencia e investigación.

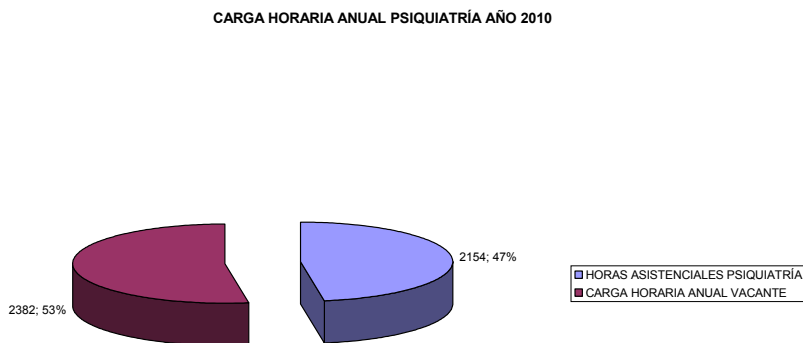


Gráfico 3.

El Gráfico 3 muestra que sólo un 47 % del total de la carga anual de los 3 Médicos que se desempeñaban con función en Psiquiatría en la Sala de Salud Mental en el año 2010, fue utilizada en la tarea asistencial. Por lo tanto, las restantes 2.382 hs. anuales pueden distribuirse equilibradamente en tareas de docencia e investigación.

ANÁLISIS COMPARATIVO CARGA ANUAL VACANTE TOTAL: 13.686 HS

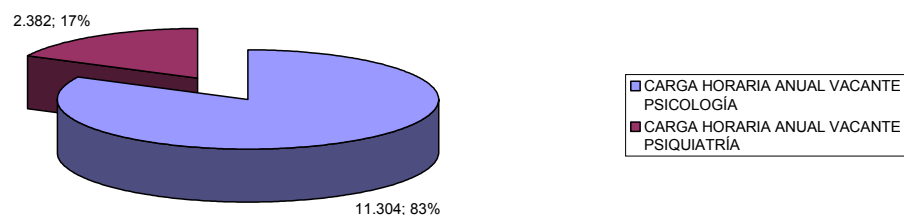


Gráfico 4.

De acuerdo a este análisis, se podría distribuir parte del resto de las horas no utilizadas en la tarea asistencial, de la siguiente manera, como se muestra en la Gráfico 5, sumando un total de 7.950 horas dedicadas a la Educación Médica Continua:

CARGA HORARIA ANUAL NO ASISTENCIAL TOTAL AÑO 2013

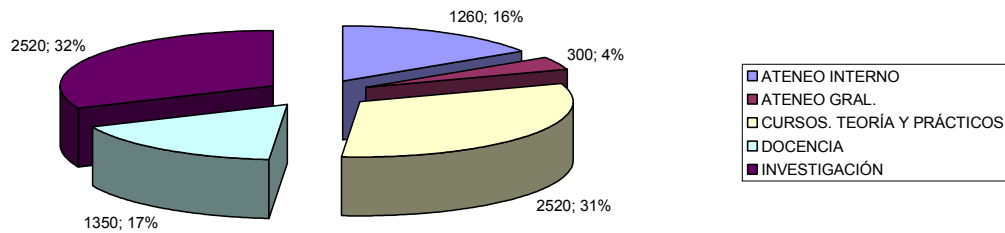


Gráfico 5.

Al aplicar esta distribución horaria para tareas no asistenciales, la carga horaria anual de los profesionales Psicólogos, quedaría así distribuida (Gráfico 6), es decir que siguen quedando 3.676 horas vacantes:

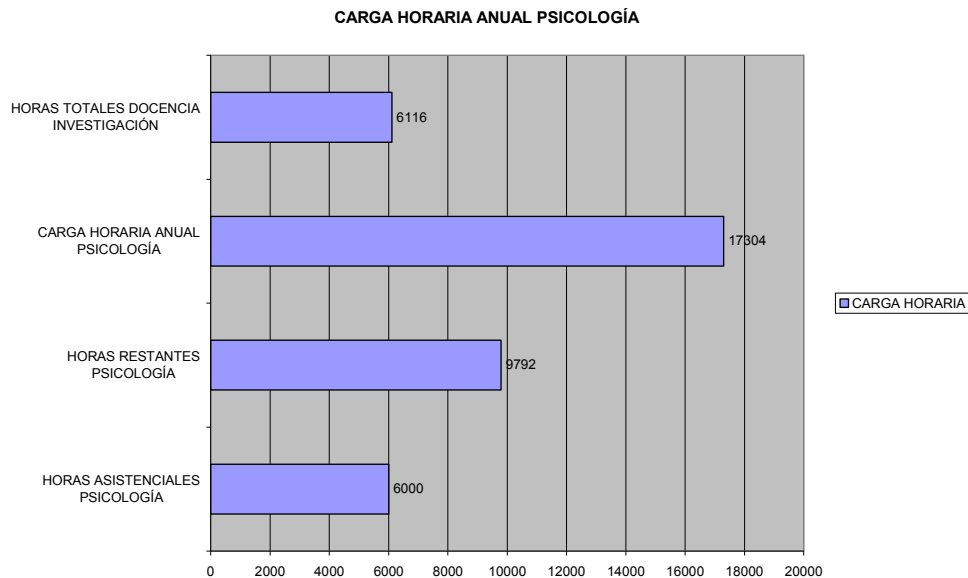


Gráfico 6.

Del mismo modo, al aplicar esta distribución horaria para tareas no asistenciales, la carga horaria anual de los 3 profesionales Médicos con función en Psiquiatría durante el año 2010, quedaría así distribuida (Gráfico 7), quedando 198 horas vacantes:

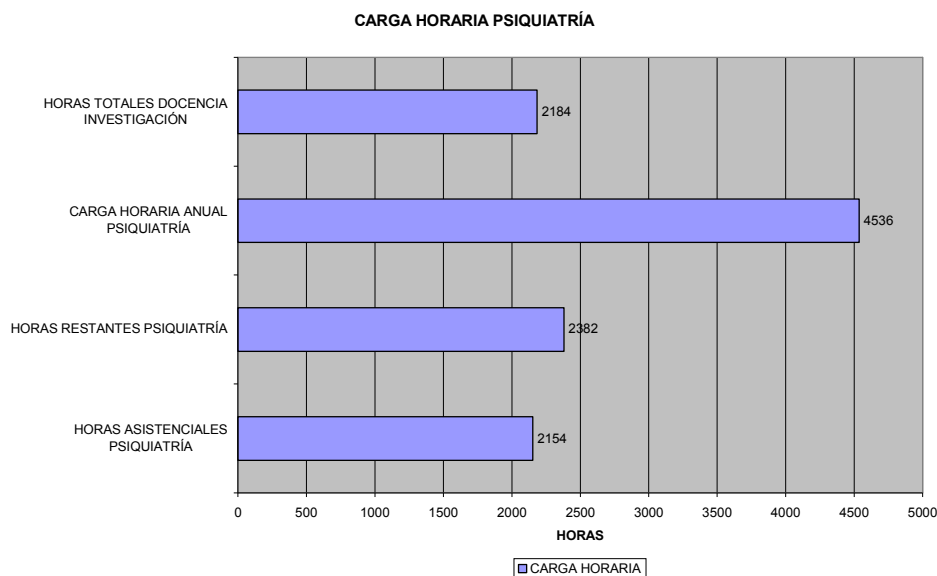


Gráfico 7.

Por otro lado, se debe considerar la **infraestructura** disponible actualmente para el desempeño profesional (15 profesionales), tanto asistencial como de docencia e investigación propuesta. En este momento, se cuenta con 6 espacios físicos para la atención de pacientes, aunque no cumplan con las condiciones de privacidad adecuadas para contener las problemáticas socioculturales y psicopatológicas por las cuales consultan.

De acuerdo a esta disponibilidad estructural, se debe acordar grupalmente el uso de la misma, en forma coordinada, según la demanda asistencial y de turnos otorgados, y del horario laboral que cumple el profesional, de manera tal que no afecte la producción propuesta para el Servicio de Salud Mental.

Con respecto a las tareas grupales programadas, para el desarrollo de las mismas, se solicitará autorización tanto al Depto. de Docencia e Investigación como a la Dirección del Hospital, para el uso del aula del nombrado departamento y del Salón “Teresa de Calcuta”, respectivamente.

En relación a los recursos materiales requeridos, como ser los de tipo **tecnológico informático** (computadora, cañón), se podrá solicitar autorización para el uso de los elementos ya existentes en la institución. Mientrastanto, el Servicio de Salud Mental podrá contratar un servidor de internet con el producto económico autogestivo a partir de las actividades docentes y científicas que se programen. Dicho servicio de internet será muy útil en el caso de desarrollar actividades docentes en la modalidad de teleconferencia.

El **producto monetario** obtenido de las actividades docentes, podrá ser destinado también a la adquisición de materiales necesarios para la tarea docente e investigativa, como así también para viáticos y alojamientos en caso de asistir a eventos científico académicos formativos; cabe aclarar que este beneficio económico será distribuido equitativamente según el grado de compromiso de cada agente del Servicio de Salud Mental.

Sin embargo, se sabe que es modalidad de los organismos y sociedades de profesionales organizadoras de eventos científico académicos, el ofrecer **becas de inscripción** a los autores de trabajos, coordinadores de mesas redondas, participantes de simposios, etc. que se desempeñen en instituciones públicas, por lo que se vería aún más favorecida la tarea de investigación clínica y bibliográfica.

A su vez, se pueden solicitar *becas de estudio* (pasantías, maestrías, cursos de perfeccionamiento, etc. nacionales e internacionales) de investigación científica, a instituciones privadas (empresas, fundaciones, ONGs, etc.). Este tipo de prácticas no sólo beneficiará al becario curricularmente, sino que el objetivo fundamental será el de desarrollar plenamente sus competencias profesionales en su tarea asistencial directamente con el paciente y su entorno.

Para poder cumplimentar lo propuesto, en el presente trabajo, con respecto a la ***Gestión de Calidad Centrada en el Paciente*** y a los grupos relacionados con el diagnóstico (***GDR***) de casos con diagnóstico compatible con psicopatología crónica, se deben fijar los **objetivos** tanto **generales** como **específicos**, para así proponer las **metas, líneas de acción y actividades a desarrollar**.

OBJETIVOS GENERALES

Aproximación a la situación objetivo.

El propósito de esta fase es realizar una primera construcción de la situación objetivo del proyecto que opere como guía direccional de la estrategia *de intervención*.

La ***situación objetivo*** de un proyecto es una conjetura sobre la disposición de los hechos y el ocurrir de los procesos articulados en una circunstancia futura prevista como situación de llegada del plan. Esta situación que se desea alcanzar establece la direccionalidad de la estrategia.

La situación objetivo puede ser definida como la situación que se desea alcanzar con el plan, o mejor, como un modelo –y, por tanto, una reconstrucción simplificada de la situación analizada- inserto en un determinado horizonte de tiempo, caracterizado por su racionalidad interna, y en el que las variables instrumento se encuentran expresadas en valores deseables

Por otra parte, se debe admitir también que la situación objetivo, como guía de referencia direccional, admite variaciones y modificaciones a lo largo del tiempo de intervención.

Esto es así porque nuestro análisis situacional debe mejorarse y completarse con el transcurso del tiempo y de la misma manera nuestra situación objetivo. Por otra parte, la situación inicial varía y eso impacta en la referencia de llegada. Por último, nuestra propia intervención cambia los problemas, resuelve algunos, agrega otros, hace inviables algunas soluciones, abre caminos nuevos, lo que demanda una actualización permanente de la situación objetivo.

De acuerdo a esta definición, se pueden establecer los siguientes objetivos para el presente proyecto:

- 1.- Brindar atención a los casos que se encuadran dentro del diagnóstico de psicopatología crónica.
- 2.- Adecuación proporcional entre el Número de consultas anuales y el Número de profesionales que se desempeñan en el Servicio.
- 3.- Promover el trabajo interdisciplinario en forma frecuente.
- 4.- Registro completo y en estricto orden cronológico evolutivo de cada paciente en la Historia Clínica Central.
- 5.- Establecimiento de Roles y funciones profesionales según Competencias profesionales y carga horaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a.- Fomento de la adquisición de contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales (competencias) adecuados para alcanzar el diagnóstico de certeza y ofrecer tratamientos oportunos avalados científicamente, teniendo en cuenta el superior interés de los menores.
- b.- Desarrollo de proyectos de investigación bibliográfica y clínica.
- c.- Trabajo interdisciplinario periódicamente planificado.
- d.- Elaboración de Historia Clínica protocolarizada.
- e.- Promoción de actitudes adecuadas en profesionales y personal administrativos que favorezcan la continuidad terapéutica.

METAS

Se define como *metas* a los resultados esperados a partir de la ejecución de las estrategias propuestas en cada **frente de ataque** según el objetivo general determinado para cada situación problema diagnosticada.

- a.- Categorización profesional por consenso de CV de antecedentes formativos, de especialización y laborales, junto a evaluación de competencias clínico asistenciales, investigativas y docentes.
- b.- Acreditación académica de los profesionales que se desempeñan en el Servicio.
- c.- Control de demandas judiciales por mala praxis
- d.- Seguimiento terapéutico exhaustivo.
- e.- Regulación del gasto público.
- f.- Repercusión en la seguridad social.

Frente de ataque

*Toda variable instrumento -en sentido estricto- o de control compartido, ubicada en aquellos trayectos causales que el grupo juzga decisivos, es un posible **frente de ataque**, siempre que cualquier alteración positiva en ella impacte de manera efectiva en un número importante de variables relacionadas y esto contribuya, directamente e indirectamente, a revertir los descriptores del problema focal.*

Se entiende por **categorización** al procedimiento relacionado a la clasificación de servicios ambulatorios y de internación de acuerdo con el criterio adoptado (complejidad, resolución de riesgos y otros) que permite definir los niveles, concentrar actividades, clasificar los beneficios de acuerdo con su validez, según el tipo de establecimiento analizado.

Por otro lado la **acreditación** es el reconocimiento formal que hace una tercera parte de que un organismo cumple con los requisitos especificados y es competente para desarrollar tareas específicas.

Por lo tanto la **acreditación en Salud** es el procedimiento de evaluación de los establecimientos de salud, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de la asistencia integral a través de patrones previamente aceptados. Acreditación presupone evaluación de la estructura, de los procesos y resultados, y el establecimiento será acreditado cuando la disposición y organización de los recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final es una asistencia a la salud de calidad.

Mientras tanto, al referirnos a **certificación**, debemos considerar dos tipos:

- **CERTIFICACIÓN Profesional:** Es el procedimiento de evaluación de antecedentes personales y profesionales de un individuo en relación a su educación, experiencia y trayectoria.
- **CERTIFICACIÓN Institucional:** Lo solicita voluntariamente una institución a un organismo acreditado para certificar, asegurando la homogeneidad de los procesos, dando su conformidad con el cumplimiento de los requisitos de una norma nacional o internacional, respecto a un producto, proceso o servicio.

LÍNEAS DE ACCIÓN.

De acuerdo a lo expresado en la fundamentación del presente proyecto, se deben centrar las **estrategias** en el resultado deseado en relación a la salud mental del paciente, para lo cual el prestador del servicio deberá contar con las condiciones necesarias para tal fin. Entre dichos requisitos se observa la gran influencia del clima laboral en la calidad de servicio prestado.

CLIMA LABORAL: BURNT OUT

Abordaje:

1. *Indagar las percepciones* de los trabajadores acerca de la institución y el lugar que ocupan en ella, así como las relaciones entre ellos y con la comunidad.
2. *Detectar situaciones problemáticas* que se deriven del análisis de estos aspectos y sus posibles causas.
3. Generar acciones para *superar las situaciones problemáticas*, con la participación y el compromiso de los trabajadores del hospital.
4. Propiciar la *evaluación continua* y sostenida en el tiempo que aporte una mirada crítica de los procesos intra-institucionales.
5. Propiciar y acompañar instancias de capacitación.
6. Brindar asistencia técnica para la planificación de distintas actividades (cursos, jornadas de actualización, etc.).
7. Diseñar estrategias de intervención que contribuyan a mejorar la comunicación interna.

Se entiende por **auditoría** el análisis sistemático y crítico de la Calidad de la Atención Médica, incluyendo los procedimientos empleados para el diagnóstico y tratamiento, el uso de los recursos y el resultado para el paciente. Es una tarea esencialmente profesional y un medio de asegurar, mediante la revisión entre colegas, que la calidad de la labor médica alcance unos estándares aceptables, con objeto de *identificar las oportunidades de mejorar* y proporcionar un mecanismo que posibilite que éstas se produzcan de un modo efectivo. La auditoría médica complementa, y en último término se solapa con la auditoría financiera, la gestión de los recursos y la revisión del uso que de ellos se hace. Está enfocada hacia el proceso y el resultado de la asistencia clínica.

Si sabemos que la **evaluación** es el proceso de aplicación de procedimientos científicos para recabar y analizar información y evidencias confiables para medir y juzgar el cumplimiento de las metas y los objetivos propuestos; entonces la **Autoevaluación Participativa** presenta ventajas tales como:

- Fortalecer la cooperación y el trabajo en equipo en la búsqueda de resultados.
- Generar y reforzar el sentido de pertenencia a la institución y aumentar el compromiso con el trabajo diario.
- Acentuar el carácter docente del proceso de evaluación, contribuyendo a mejorar la comprensión por parte del personal de los factores determinantes de la calidad.
- Evitar los sentimientos negativos que podrían despertar las actividades de evaluación realizadas por personal ajeno al establecimiento, sin previa preparación interna.
- Favorecer la búsqueda de un cambio permanente en la cultura institucional, en donde se privilegia la calidad de la organización.
- Facilitar la toma de decisiones en forma participativa.
- Posibilitar la planificación de acciones de mejora

Las líneas de acción propuestas en este proyecto, son:

- 1.- Adquisición de competencias (contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales) adecuadas para realizar diagnóstico de certeza y ofrecer tratamientos oportunos avalados científicamente.
- 2.- Investigación clínica y bibliográfica.
- 3.- Trabajo interdisciplinario periódicamente planificado.
- 4.- Elaboración de HC protocolizada.
- 5.- Promoción de actitudes de los profesionales y del personal administrativo que favorezcan la continuidad terapéutica.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

En la propuesta de actividades se deben fundamentar las mismas a partir del *proceso de gestión* centrado en el *paciente* (cliente), para poder establecer los *frentes de ataque*.

Gestión por Procesos: Es el empleo de un conjunto de conceptos, prácticas, técnicas y herramientas para lograr la implementación, el mantenimiento y la mejora de la efectividad y eficiencia de los procesos de la organización.

Son sus objetivos:

- Incrementar la eficacia
- Reducir los costos
- Mejorar la calidad
- Acortar los tiempos

Y son sus beneficios:

- Mejor detección, coordinación y determinación de prioridades de las oportunidades de mejora
- Obtención de resultados mejorados, coherentes y predecibles
- Reducción de los costos y de los tiempos de producción de resultados mediante el uso eficaz de los recursos

Y permite:

- Definir sistemáticamente las actividades necesarias para lograr un resultado deseado.

- Establecer responsabilidades y obligaciones claras para la gestión de las actividades (*Responsables de proceso*)
- Identificar las interfases de las actividades críticas así como analizar y medir su capacidad para cumplir con los diferentes tipos de objetivos de proceso.
- Centrar los esfuerzos en la gestión de los factores claves
- (insumos, métodos, personas, documentos, equipos, infraestructura)

Características de un Proceso :

Capacidad: es la medida del caudal de salida del proceso

(se mide en unidades de output por unidades de tiempo).

Eficiencia: es la medida que relaciona el valor de las salidas con respecto al valor de las entradas.

Efectividad: mide las salidas reales respecto a las salidas planificadas.

Flexibilidad: es una medida del tiempo preciso para cambiar el proceso, de forma que pueda producir otra salida y/o pueda usar un conjunto distinto de entradas.

Características de Procesos bien administrados

- Poseen un responsable (dueño del proceso)
- Poseen límites bien definidos (alcance del proceso)
- Interacciones y responsabilidades internas bien definidas
- Procedimientos documentados.
- Controles de evaluación y retroalimentación cercanos al punto en el cual se ejecuta la actividad.
- Medidas de evaluación y objetivos relacionados con el cliente.
- Duración del ciclo conocida y acotada.

La formulación de las apuestas estratégicas

El propósito de esta fase es formular las apuestas estratégicas que darán lugar a la confección del Plan para alcanzar la situación objetivo.

La apuesta estratégica representa la afirmación que se hace respecto de la posibilidad de cambiar la connotación negativa del frente de ataque por una situación positiva que impacte en el problema focal, revirtiéndolo.

Así, tendría que poder definirse la situación o estado en que se desea encontrar un aspecto de la realidad en la que se interviene con el proyecto y dicha situación futura debería constituirse en una guía para la transformación de la situación que da origen a la Intervención se realiza sobre las causas elegidas como Frentes de Ataque (FA) identificados, y en primera instancia, las Apuestas Estratégicas pueden realizarse positivizando los mismos.

Dentro de las actividades programadas, se encuentran:

1.- Educación Médica Continua mediante convenios de Extensión Universitaria con la Cátedra de Psiquiatría y el departamento de Pedagogía Médica de la Universidad Nacional de La Plata.

- 2.- Presentaciones en eventos académicos y publicaciones científicas, nacionales e internacionales, de las investigaciones que se realicen.
- 3.- Ateneos internos semanales por subtemas, y generales mensuales.
- 4.- HC protocolizada y foliada.
- 5.- Coordinación de Grupos Balint.
- 6.- Organización de cursos, conferencias, jornadas, etc., junto con expertos, on-line y teleconferencias.

4.- CONCLUSIONES

Siguiendo la línea de investigación propuesta y con los resultados obtenidos de los datos estadísticos y el marco teórico, coincidente, sobre gestión de calidad y las recomendaciones internacionales sobre el desempeño profesional (competencias), a partir de la Educación Médica Continua, se propone otra opción de utilización de la carga horaria de las funciones en planta actual.

Para ello, debemos tener en cuenta un cronograma de actividades adecuada y consensuadamente definido. Dichas actividades deben estar orientadas a una optimización de la calidad de prestación al paciente y su contexto (ej. familia, comunidad educativa, etc.), sin olvidar que para lograr los resultados propuestos es requisito indispensable la calidad laboral del ámbito en el que se desempeñan los profesionales involucrados en la tarea asistencial.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Plan Operativo Anual (POA): Posibilita dar a conocer cabalmente la misión de las instituciones asistenciales, del derecho a la salud de la población a la cual deben servir. Su cumplimiento posibilita transparentar adultamente la situación problema. Exige un contrato pedagógico-asistencial.

1. Determinación de cuántas de dichas actividades se realizaron el año anterior (mejor, el promedio de los últimos cinco años); esto es, la demanda efectivamente atendida
2. Aplicación de los estándares a las actividades que se realizaron el año anterior y cálculo de las horas que teóricamente fueron utilizadas en la atención de dicha demanda
3. Definición de las horas anuales disponibles (oferta) en cada servicio, desagregadas por tipo de agrupamiento y tipo de actividad
4. Comparación entre las horas anuales disponibles (oferta) y las horas teóricamente utilizadas para realizar las actividades del año anterior
5. Definición de cuántas horas anuales se requieren (oferta) en el nuevo POA, para realizar las futuras actividades, que resultan de la suma de:
 - La misma cantidad de actividades del año anterior (demanda efectivamente atendida)
 - Las actividades en más que habrían de realizarse para acortar la brecha de la demanda insatisfecha

Con la propuesta del presente proyecto para la Sala de Salud Mental para el año 2013, se obtendría un aumento notable de consultas en relación proporcional al número de profesionales que aquí se desempeñan (Gráfico 8).

TABLA COMPARATIVA DE CONSULTAS

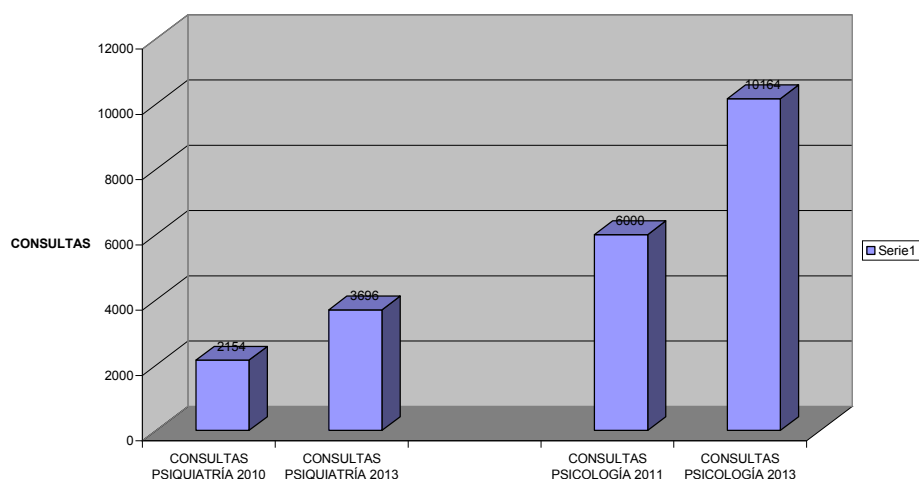


Gráfico 8.

De acuerdo a la carga horaria anual total asignada a los 4 profesionales Médicos con función en Psiquiatría (6.048 hs), si se aplica el diagrama de la Tabla 5 para la distribución de tareas asistenciales, con un total de 23 horas semanales por profesional, dicha labor requeriría un total de 3.864 hs anuales para la atención de 3.696 pacientes. De este modo, quedaría un excedente de 2.184 hs, de las cuales se dedicarían 2.090 hs a actividades de Educación Médica Continua. Sólo restarían, así, 94 horas como excedente no utilizado.

DÍAS	CONSULTAS	HORAS
LUNES	5 PACIENTES	5 hs
MARTES	3 PACIENTES	3 hs
	1 REUNIÓN EQUIPO ESCOLAR	1hs
MIÉRCOLES	5 PACIENTES	5 hs
JUEVES	2 ADMISIONES	3 hs
	1 DEVOLUCIÓN A PADRES	1 hs
VIERNES	5 PACIENTES	5 hs

Tabla 5. Actividades Asistenciales programadas para Médicos con función en Psiquiatría (Año 2013).

Del mismo modo, si a la carga horaria anual total asignada a los 11 profesionales Psicólogos (17.304 hs), se aplica el diagrama de la Tabla 6 para la distribución de tareas asistenciales, con un total de 23 horas semanales por profesional, dicha labor requeriría un total de 10.626 hs anuales para la atención de 10.164 pacientes. Así, quedaría un excedente de 6.678 hs, de las cuales se dedicarían 5.166.hs a actividades de Educación Médica Continua. Queda, igualmente, así un excedente de 1.112 horas anuales improductivas.

DÍAS	CONSULTAS	HORAS
LUNES	4 PACIENTES 1 IC	5 hs
MARTES	3 PACIENTES 1 REUNIÓN EQUIPO ESCOLAR	3 hs 1 hs
MIÉRCOLES	4 PACIENTES 1 IC	5 hs
JUEVES	2 ADMISIONES 1 DEVOLUCIÓN A PADRES	3 hs 1 hs
VIERNES	4 PACIENTES 1 IC	5 hs

Tabla 6. Actividades Asistenciales programadas para Psicólogos (Año 2013).

En relación a la carga horaria destinada a *Educación Médica Continua*, la misma quedaría distribuida de la siguiente forma (Tabla7) para los 4 profesionales Médicos con función en Psiquiatría.

PSIQUIATRÍA	HORAS
ATENEOS INTERNO	336 2hs/sem x 42 sem x 4 psiq
ATENEOS GRAL.	80 1 /mes de 2 hs
CURSOS. TEORÍA Y PRÁCTICOS	672 4 hs/sem x 42 sem x 4 psiq 1 clase /mes 1 hs+8 hs
DOCENCIA	360 preparación
INVESTIGACIÓN	672 4 hs/sem x 42 sem x 4 psiq
TOTAL	2090

Tabla 7.

Los datos así obtenidos surgen de la organización de ateneos internos semanales de 2 horas de duración cada uno; ateneos generales mensuales de 2 horas de duración cada uno; cursos teórico prácticos cuya duración será de 4 horas semanales durante 10 meses; 1 hora docente mensual que requeriría 8 horas de preparación previa; y 4 horas semanales dedicadas a la investigación clínica y bibliográfica repartidas equitativamente; todo esto a realizarse durante las 42 semanas laborables, para los 4 profesionales Médicos con función en Psiquiatría (Gráfico 9).

CARGA HORARIA NO ASISTENCIAL PSIQUIÁTRAS 2013

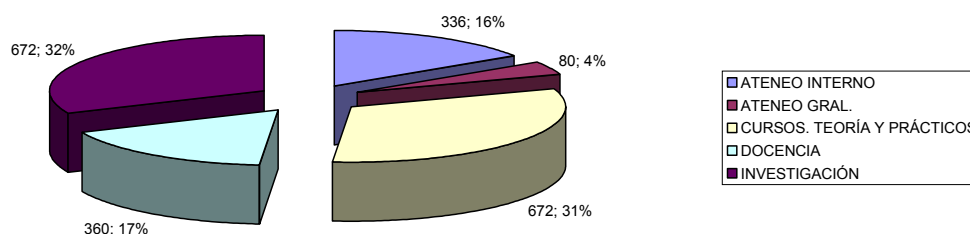


Gráfico 9.

En relación a la carga horaria destinada a *Educación Médica Continua*, la misma quedaría distribuida de la siguiente forma (Tabla 8) para los 11 profesionales Psicólogos:

PSICÓLOGOS	HORAS
ATENELO INTERNO	924 2hs/sem x42 sem x11psic.
ATENELO GRAL.	220 1 /mes de 2 hs
CURSOS. TEORÍA Y PRÁCTICOS	1848 4 hs/sem x42 sem x11psic 1 clase /mes 1 hs+8 hs
DOCENCIA	990 preparac
INVESTIGACIÓN	1848 4 hs/sem x42 sem x11psic
TOTAL	5830

Tabla 8.

Los datos así obtenidos surgen de la organización de ateneos internos semanales de 2 horas de duración cada uno; ateneos generales mensuales de 2 horas de duración cada uno; cursos teórico prácticos cuya duración será de 4 horas semanales durante 10 meses; 1 hora docente mensual que requeriría 8 horas de preparación previa; y 4 horas semanales dedicadas a la investigación clínica y bibliográfica repartidas equitativamente; todo esto a realizarse durante las 42 semanas laborales (Gráfico 10).

CARGA HORARIA NO ASISTENCIAL PSICÓLOGOS 2013

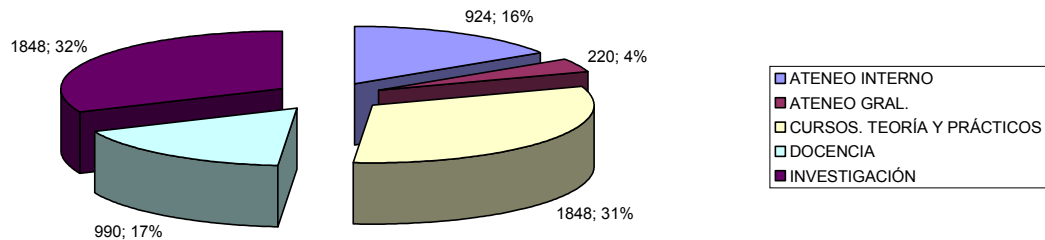


Gráfico 10.

Si consideramos el total de horas dedicadas a la Educación Médica Continua por los 15 profesionales que se desempeñan en la Sala de Salud Mental, el resultado nos indica que este tipo de actividad requiere 7.930 horas anuales (Tabla 9). Su distribución se puede visualizar en el Gráfico 11.

TOTAL DE PROFESIONALES	HORAS
ATENEO INTERNO	1260
ATENEO GRAL.	300
CURSOS. TEORÍA Y PRÁCTICOS	2520
DOCENCIA	1350
INVESTIGACIÓN	2520
TOTAL	7930

Tabla 9.

CARGA HORARIA ANUAL NO ASISTENCIAL TOTAL AÑO 2013

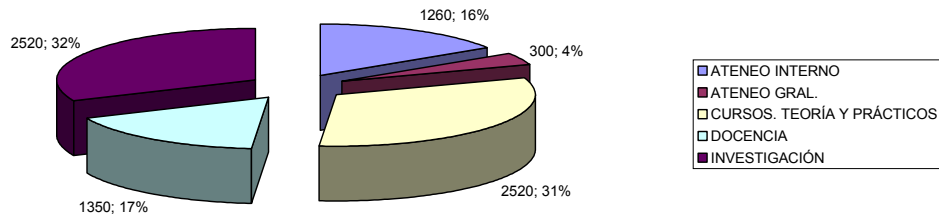


Gráfico 11.

En los siguientes gráficos se puede evidenciar la proporcionalidad de horas distribuidas para las diferentes tareas propuestas para el desarrollo de este proyecto, tanto para el grupo de médicos (Gráfico 12) como el de psicólogos (Gráfico 13).

CARGA HORARIA ANUAL PSIQUIATRÍA AÑO 2013

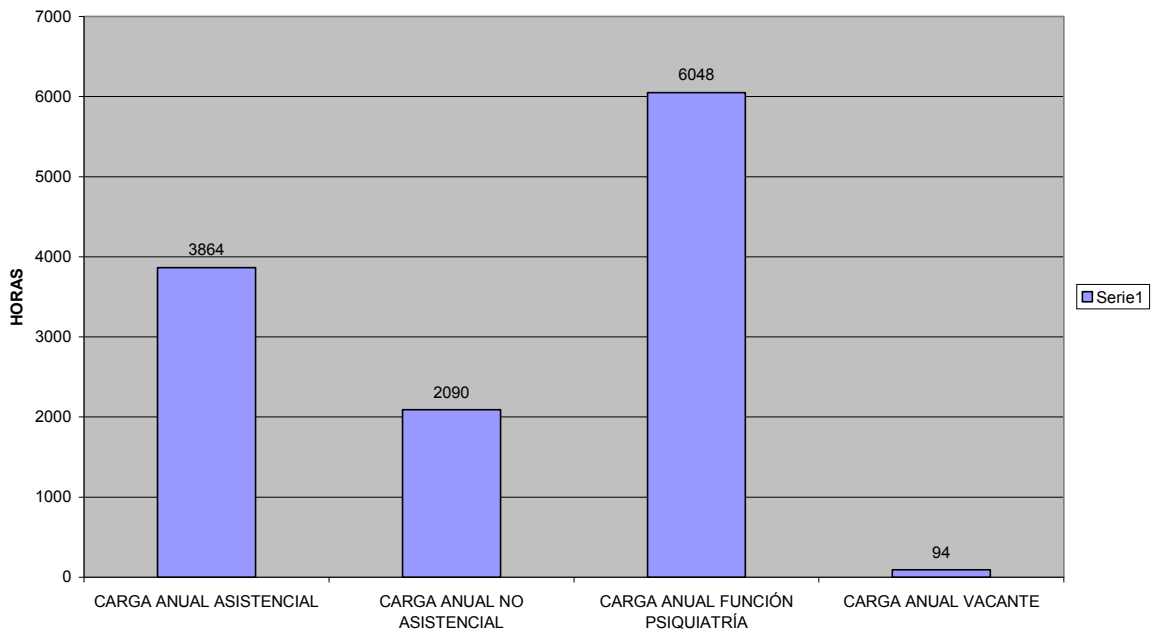


Gráfico 12.

CARGA HORARIA ANUAL PSICOLOGÍA AÑO 2013

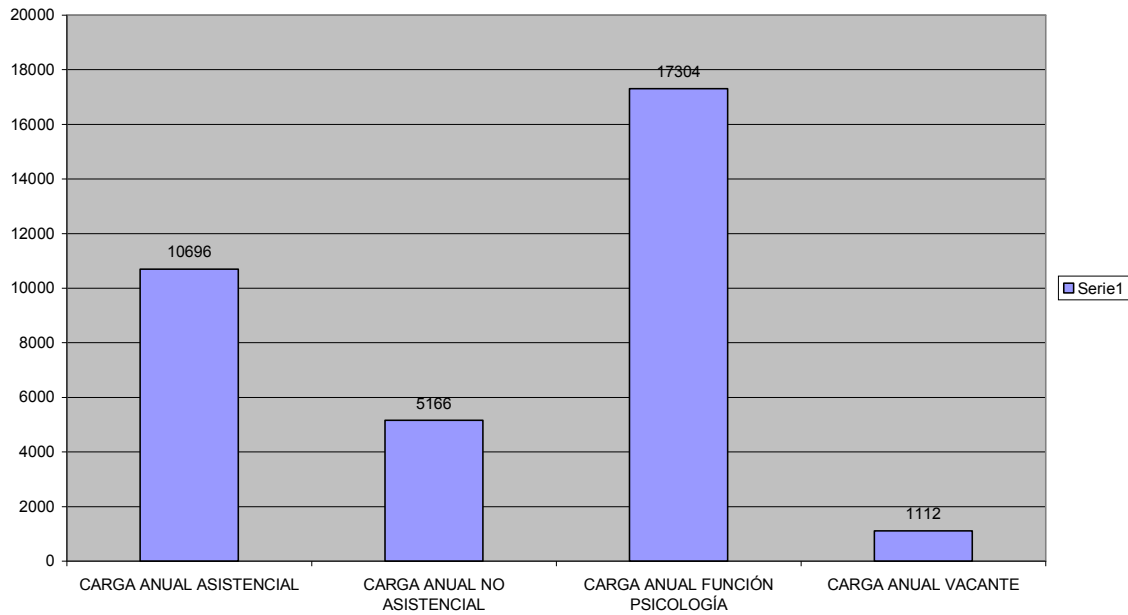


Gráfico 13.

Tanto en la Tabla 10 se puede apreciar, comparativamente, la distribución de la carga horaria anual total de los 15 profesionales que se desempeñan en la Sala de Salud Mental, según la propuesta del presente proyecto.

DISTRIBUCIÓN CARGA HORARIA ANUAL

HORAS

PSIQUIATRÍA

CARGA ANUAL ASISTENCIAL	3864
CARGA ANUAL NO ASISTENCIAL	2090
CARGA ANUAL FUNCIÓN PSIQUIATRÍA	6048
CARGA ANUAL VACANTE	94

PSICOLOGÍA

CARGA ANUAL ASISTENCIAL	10626
CARGA ANUAL NO ASISTENCIAL	5166
CARGA ANUAL FUNCIÓN PSICOLOGÍA	17304
CARGA ANUAL VACANTE	1112

Tabla 10.

El excedente de carga anual no utilizada en tarea asistencial ni de Educación Médica Continua, podrá destinarse a coordinación de Grupos Balint en forma periódica, como así también a actividades de Educación para la Salud dentro de la misma institución hospitalaria, o en instituciones a determinar que así lo soliciten; serán abiertas a la comunidad según las necesidades contextualizadas de las mismas.

También se aceptarán propuestas de otros servicios y especialidades según sus necesidades (ej. Enfermería, personal administrativo, etc.), tendiente a contrarrestar los efectos del Síndrome de Burnt out hospitalario.

Así mismo, los profesionales que se desempeñan en la sala de Salud Mental, podrán hacer distintas propuestas pertinentes a los objetivos del proyecto.

Por otra parte, el remanente de tiempo del año en curso (2012) será aprovechado para la diagramación de las actividades propuestas en el proyecto y la optimización de la historia clínica protocolizada.

Se registrará cada una de las actividades realizadas en diferentes libros: turnos otorgados de seguimiento y admisión; reuniones con equipos transdisciplinarios escolares; interconsultas realizadas en sala de internación; interconsultas realizadas con otras especialidades; informes para tramitación de certificados de discapacidad; informes para solicitar prestaciones a Obras Sociales; informes dirigidos a otras instituciones (salas de APS, dependencias judiciales, escuelas, etc.); entrevistas de devolución a familiares responsables de los pacientes; etc.

Con respecto a los 7 agentes que se desempeñan, actualmente, en la Salud de Salud Mental, como **Acompañantes Terapéuticos**, con función en Planta Permanente de 48 horas semanales de guardias pasivas, se deberán evaluar, previamente, sus competencias para determinar su grado de participación en las actividades asistenciales y pedagógicas aquí propuestas.

A modo de síntesis se presentan aquí algunas de las **actividades propuestas** en el presente proyecto de gestión para la Sala de Salud Mental.

- 1.- Creación de Grupos de Trabajo subespecializado: trastornos alimentarios, abuso infantil, estrés postraumático, primera y segunda infancia, preescolares, escolares, adolescencia, etc. teniendo en cuenta las problemáticas del contexto y los motivos de consulta, y los intereses y competencias de los profesionales que se desempeñan en esta Sala.
- 2.- Coordinar el trabajo interdisciplinario con otras especialidades profesionales e interinstitucionales: educación, justicia y sanidad (ej. Ateneos clínicos y bibliográficos).
- 3.- Organizar grupos de contención a padres de niños con dificultades de aprendizaje y de conducta, como así también a los que cursan patologías crónicas psíquicas y/u orgánicas.
- 4.- Ofrecer grupos de reflexión para personal sanitario: enfermería, médicos, etc. con el objeto de prevenir el síndrome de burnt out profesional.
- 5.- Metodologías flexibles que propicien la conformación de ámbitos intersectoriales para debatir y consensuar intervenciones factibles, para poder consolidarse el grupo de trabajo, a través de entrevistas protocolizadas, encuestas anónimas y Grupos Balint.
- 6.- Encuestas que pueden considerar: ámbito de trabajo, situación en la institución, interacción con el jefe inmediato y directivos, oportunidades de progreso, remuneraciones e incentivos, relaciones entre los trabajadores.
- 7.- Realizar autoevaluación permanente cuali y cuantitativa de las prestaciones a través de estrategias pedagógicas tales como ateneos clínicos, trabajos de investigación clínica, estudios de casos, auditorías de Historias Clínicas.
- 8.- La producción científico académica que surja de estas actividades y procesos, será presentada en eventos académicos y/o publicada en revistas científicas nacionales e internacionales, o libros; cursos de entrenamiento y capacitación; conferencias y jornadas de formación y perfeccionamiento (generación del hábito de rendir cuentas de la tarea asistencial a través de estas dimensiones de trabajo). **Produce un profundo efecto motivador en las organizaciones, por cuanto en los pliegos de la planificación y transparencia se evitan las peores conductas oportunistas, así como las “ocultas prebendas” para los “hijos” y los “castigos” para los “entenados”.**

9.- Implementación de pasantías de estudiantes de nivel avanzado de carreras afines en universidades nacionales, provinciales e internacionales para estudiantes de pregrado y postgrado, de diferentes disciplinas afines a la salud mental infantil, mediante la elaboración de convenios de extensión universitaria.

SISTEMA DE MONITOREO Y/ O CONTROL DEL PROYECTO

La autoevaluación del presente proyecto se hará mediante la medición de:

1. Cantidad y calidad de trabajos de investigación clínica y bibliográfica que se produzcan anualmente por los agentes que se desempeñan en la Sala de Salud Mental. De acuerdo a esta propuesta, el número de trabajos de investigación será directamente proporcional al número de profesionales que tienen función en la Sala. Se permitirá la participación nominal en todos los trabajos a aquellos profesionales que hayan demostrado grado equitativo de compromiso ético laboral y profesional en la tarea investigativa
2. Cantidad y calidad de asistencia y participaciones grupales e individuales en eventos científico académicos.
3. Cantidad y calidad de publicaciones grupales e individuales que se realicen a nivel nacional e internacional.
4. Cantidad y calidad de actividades docentes realizadas por los agentes miembros de la Sala de Salud Mental, las cuales serán evaluadas por los asistentes a través de encuestas anónimas al final del ciclo. A su vez, se evaluará a través del número de asistentes convocados a dichas actividades.
5. Cantidad de pasantes que asistan anualmente a la tarea asistencial y docente.
6. Cantidad y calidad (evaluación mediante encuestas anónimas a los asistentes) de ateneos internos y externos anuales.
7. Cantidad de becas académicas obtenidas por los integrantes del equipo de trabajo por comisiones.
8. Revisión de las HC protocolizadas al final de cada año para constatar su efectividad y necesidad de adaptación a las consultas psicopatológicas contextualizadas.
9. Talleres de reflexión y Grupos Balint cuatrimestrales, con redacción de actas de los resultados parciales obtenidos en cada área de tareas. Los mismos estarán dirigidos tanto a los familiares de los pacientes, a pacientes con psicopatologías afines, a personal hospitalario de otras especialidades y departamentos.

Por lo tanto, de acuerdo a los objetivos y actividades propuestas, se deberá incluir en el presupuesto:

1. Los honorarios de todos los profesionales que se desempeñan en la Sala de Salud Mental, según lo establecido por el Ministerio de Salud de la Pcia. De Buenos Aires en acuerdo con los reclamos sindicales.
2. El mantenimiento del patrimonio mobiliario e inmobiliario asignado a esta Sala. Se incluyen aquí las tareas de limpieza junto con los productos y herramientas requeridos para tal fin.
3. Los elementos requeridos para el desempeño profesional: guardapolvo, material de librería y papelería para registrar tanto la tarea asistencial como pedagógica (resmas de hojas, cuadernos, etc.).

4. Los insumos tecnológicos tales como computadoras, impresora y cartuchos de tinta, cañón, servidor de Internet, pantalla, etc.
5. Imprenta para folletería de divulgación de las actividades pedagógicas propuestas (cursos, jornadas, conferencias, etc.); y para la impresión de los modelos de historia clínica protocolizada.

Cabe destacar que las actividades pedagógicas propuestas para la Educación Médica Continua podrán ser financiadas a través del producto de la autogestión de las mismas (inscripción, cuotas, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

1. BLAY PUEYO, Charles; Evaluación clínica objetiva y estructurada: ECOE. Educación Médica, Volumen I, Número 1, España, Abril-Junio, 1998.
2. CANDREVA, A.; MARTORELLA, A M; Análisis comparativo de la asignatura Psiquiatría en las Facultades de Medicina de 7 Universidades nacionales. *11º Congreso Virtual de Psiquiatría (INTERPSIQUIS 2010)*. publicado en http://www.psiquiatria.com/articulos/otras_areas_y_enfermedades_mentales/otras_areas/46395/
3. CANDREVA, A.; MARTORELLA, A M; La Psiquiatría en la formación de grado en Universidades extranjeras. *11º Congreso Virtual de Psiquiatría (INTERPSIQUIS 2010)*. publicado en http://www.psiquiatria.com/articulos/otras_areas_y_enfermedades_mentales/otras_areas/46395/http://www.psiquiatria.com/articulos/otras_areas_y_enfermedades_mentales/otras_areas/46396/
4. CANDREVA, A.; MARTORELLA, A M; Competencias de Psiquiatría necesarias para el ejercicio profesional de otras especialidades médicas. *12º Congreso Virtual de Psiquiatría (INTERPSIQUIS 2011)*. publicado en <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/handle/10401/2426> Y <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2426/1/11m3conf350809.pdf> Y http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/50809/
5. CARLINO, Florencia; Capítulo 4: Convenciones técnicas para el diseño de proyectos de evaluación, en *La Evaluación educacional- Historias, problemas y propuestas*. Colección Carrera Docente. Ed. AIQUE, Buenos Aires, 1999.
6. CAZAU, Pablo; La Enseñanza como proceso. www.galeón.hispavista.com 27/10/2002.
7. FALCON, Percy; La Educación Superior en su Punto Crítico. *Revista de Educación Médica y desarrollo universitario*. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo (Perú), págs. 18-44.
8. JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS; Documentos Conceptuales. Planificación estratégica situacional.

- 9.** MARTINEZ CARRETERO, J.; BLAY PUEYO, C.; Evaluando las competencias de los profesionales sanitarios: dudas, fundamentos y experiencias. Grupo de formación y evaluación de la competencia clínica, Barcelona, 1998.
- 10.** MONTALVO, M.; Curso de Gestión Clínica para decisores de Hospitales de la Provincia de Buenos Aires. ¿Por qué la Gestión Clínica?
- 11.** SCHULTZ, KF; GRIMES,DA; Discusión sobre la utilidad de los ajustes para las comparaciones múltiples. Family Health International, 2007.
- 12.** SPADAFORA, S.; OSA, M.; Medición de la Producción, la complejidad y el desempeño hospitalario a través del sistema de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico. Julio, 2009.
- 13.** SPADAFORA, S.; gestión Clínica en Hospitales para Decidores. Desarrollo de la planificación anual de actividades en un servicio asistencial. Agosto, 2010.
- 14.** SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD, PCIA. DE BUENOS AIRES; Guía para la creación del Comité de Calidad.
- 15.** SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD, CIA. DE BUENOS AIRES; Gestión centrada en el Paciente.
- 16.** SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD,PCIA. DE BUENOS AIRES; Gestión Hospitalaria.
- 17.** SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD,PCIA. DE BUENOS AIRES; Gestión por Resultados. Un nuevo enfoque en los Modelos de Gestión.
- 18.** SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD, CIA. DE BUENOS AIRES; Introducción a la Planificación.
- 19.** SUSACASA, S.; Unidad Curricular en Psiquiatría para los Estudiantes de Medicina. Depto. de Pedagogía Médica, Facultad de Ciencias Médicas, UNLP.
- 20.** TOSTES VIEIRA, M.; Formulación del Marco Lógico. Junio, 2003.

