

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autora: Adriana Palazzolo

ESTIMACIÓN DE LOS COSTOS HOSPITALARIOS EN EL HOSPITAL EL CRUCE POR PROLONGACIÓN DE LA ESTADÍA EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA PEDIÁTRICA DURANTE EL AÑO 2019

2025

Director de Tesis: Mg. César Reale

Co-directora de Tesis: Mg. Analía Sesta

Citar como: Palazzolo, A. (2025). Estimación de los costos hospitalarios en el Hospital El Cruce por prolongación de la estadía en el Servicio de Terapia Intermedia Pediátrica durante el año 2019. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/2648>



INDICE

1. INTRODUCCION.....	3
1.1. CONTEXTO.....	11
1.2. RELEVANCIA Y JUSTIFICACION:.....	14
2. MARCO TEORICO.....	16
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
3.1. FORMULACION DEL PROBLEMA DE LA TESIS	35
3.2. OBJETIVO GENERAL.....	36
3.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS:	36
4. METODOLOGIA.....	37
4.1. TIPO DE ESTUDIO	37
4.2. UNIVERSO Y CARACTERISTICA DE LA MUESTRA	37
4.3. FUENTES DE INFORMACION Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS	37
5. DESARROLLO:	39
6. CONCLUSIONES:.....	52
7. DISCUSION:	56
8. PROPUESTAS:.....	59
9. BIBLIOGRAFIA:.....	60
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS:.....	65

RESUMEN

El funcionamiento de los sistemas de salud se encuentra en revisión a nivel mundial. Se discuten actualmente elementos muy diversos como equidad, acceso universal, eficiencia, tercerización, tutela estatal, seguros, copagos, etc. Cobran protagonismo la organización y los costos de los diferentes sistemas propuestos. Las referencias y contrarreferencias hospitalarias son analizadas en este contexto, como parte fundamental de la dinámica en estas variables analizadas. Los costos de oportunidad y las repercusiones económicas para un sistema de salud, que pueden ocasionar la falta de eficiencia en los procesos de referencia y contrarreferencia resultan un elemento importante para analizar. En este trabajo se describen dichos elementos desde el funcionamiento de un sistema de contrarreferencias hospitalarias en la red de atención médica de la Región Sudeste del Conurbano de la provincia de Buenos Aires, Argentina.

ABSTRACT

The functioning of health systems is under review worldwide. Very diverse elements are currently being discussed such as equity, universal access, efficiency, outsourcing, state protection, insurance, co-payments, etc. The organization and costs of the different proposed systems take center stage. Hospital referrals and counter-referrals are analyzed in this context, as a fundamental part of the dynamics in these analyzed variables. The opportunity costs and economic repercussions for a health system, which can cause a lack of efficiency in the referral and counter-referral processes, are an important element to analyze. In this work, these elements are described from the operation of a hospital counter-referral system in the medical care network of the Southeast Region of the Conurbano of the province of Buenos Aires, Argentina.

PALABRAS CLAVE

Referencias y Contrarreferencias. Redes de salud. Costos de oportunidad.

1. INTRODUCCION

A nivel mundial y especialmente en América Latina la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud es motivo de gran preocupación. La estancia hospitalaria prolongada puede utilizarse como un indicador indirecto de la calidad del cuidado otorgado a los pacientes en los hospitales de segundo y tercer nivel, ya que procedimientos retrasados, omitidos o excesivos prolongarán la estancia de los pacientes e incrementarán los costos. Al mismo tiempo, una reducción en la estancia hospitalaria podría ser una estrategia para optimizar recursos. Pero esas estancias prolongadas se asocian con múltiples efectos adversos, como riesgos de infección, cansancio de los cuidadores, trastornos psicológicos en el paciente, deterioro en la solvencia económica de las familias, del sistema de salud, falta de eficiencia de las Instituciones, falta de cama para ingreso de nuevos pacientes, etc. (Laas Benitez Natalia, Moreno Pareja Erika, Cataño Saldsarriaga Edwin Alexis, 2021)

Es fundamental encontrar las causas que llevan a prolongar la estancia hospitalaria de los pacientes. En la literatura se han descrito como principales factores la demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, seguido de la necesidad de atención en otro nivel de complejidad, el estado sociofamiliar del paciente y su edad.

Se ha descrito en el trabajo del Dr. Carlos Alberto Díaz: "Prolongación de las estancias en los hospitales: un problema que tiene solución ", que los retrasos en el alta le cuestan a una sala de treinta camas más de € 0.5 millones al año, de allí la importancia de tratar este tema. En un trabajo, publicado por la facultad de Medicina de Medellín (Zapata Goez Leydi Julieth, Restrepo Hernandez Yury, 2019), en 2019, en una institución de III nivel de complejidad del municipio de Rio Negro, de 549 pacientes con estancia prolongada, el 65.6% de la demora intrahospitalaria fue debido a causas administrativas, presentando unos días de estancia hospitalaria adicionales por factores administrativos de 9.5 días. Factores administrativos, distintos a las condiciones médico-clínicas del paciente, son responsables del 65.6% de las estancias hospitalarias prolongadas, así solo el 37.2 % de esas estancias ocurren por factores clínicos que son por lo tanto inherentes al paciente y por ende no son modificables. De este modo, se observa que existe una relación directa entre la prolongación de la estancia, la disponibilidad de camas y el aumento de los costos en la atención. (Zapata Goez Leydi Julieth, Restrepo Hernandez Yury, 2019)

Vemos, entonces como temas que hacen a la organización hospitalaria y extra hospitalaria inciden de manera determinante en los costos y por ende en la accesibilidad de la población al sistema de salud. Desde la optimización de horarios de procedimientos

quirúrgicos, terapéuticos y diagnósticos, acortamiento de los días de internación usando protocolos de medicina basada en evidencia, controles e interconsultas por telemedicina, hospital de día, derivaciones de los pacientes a centros de diferente complejidad a través de un trabajo de referencia y contrarreferencia dentro de un sistema de RISS, (sistema integrado de servicios de salud en red), etc.

Remarcando su trascendencia la OMS y la OPS consideran que la organización de un sistema de salud en red, RISS (sistema integrado de servicios de salud en red) es una herramienta fundamental dentro de la estrategia de APS (Atención Primaria de la Salud), generando accesibilidad, continuidad en la atención y menores costos al sistema. (Rovere & Rovere, 1999) (Vilaca Mendes e. , 2013).

La humanidad ha evolucionado en sus conocimientos, esto la ha llevado a comprender que la salud no es un tema individual y exclusivamente médico sino, un asunto ético, social y político, donde las comunidades tienen el derecho y la libertad de participar activamente, ya que son ellas mismas y sus integrantes los principales afectados. Ha sido más que evidente esta situación en la pandemia de COVID 19.

En este sentido, se renueva el concepto de APS propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como medio para acercarnos lo más posible a la cobertura universal de salud, equitativa y de calidad.

Atención Primaria de la Salud, APS, es una estrategia y una política para conducir la organización de toda la salud de un país. Debe ser entendida como proceso social, económico y cultural para desarrollar más salud en una población, por lo tanto excede la esfera sanitaria, involucrando muchas otras políticas como medioambiente, alimentación esencial, educación. Tiene nueve instrumentos esenciales para desarrollarla: - Integralidad: Es decir actúa conjuntamente con otras áreas del Estado a través de políticas públicas y planes de desarrollo económicos y sociales para mejorar la calidad de vida de las personas desde una óptica biopsicosocial. -Integrada: La atención sanitaria debe incluir acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. - Continuada y Longitudinal: Desarrollando actividades a lo largo de toda la vida de las personas y las familias. - Activa: Los profesionales trabajan activamente y anticipatoriamente, detectando problemas y demandas en las fases más precoces, abandonando la actitud de receptores pasivos de problemas. - Accesible: Sin barreras que dificulten la utilización de los recursos por las personas que los necesitan. - Desarrollada por Equipos Interdisciplinarios: Profesionales sanitarios y no sanitarios trabajando en forma

conjunta. – Comunitaria y Participativa: Con una perspectiva colectiva, superando asimetrías de poder entre clases sociales, etnias, con la activa participación de la comunidad en su salud. – Programada y Evaluable: Determinando objetivos claros, métodos y herramientas de evaluación. – Docente e Investigadora: Con desarrollo de actividades docentes y de investigación en las diversas áreas que involucra. Uno de los elementos que permite efectivizar la estrategia APS es la creación de las RISS, Redes Integradas de Servicios de Salud. Se las define como un conjunto de organizaciones que proveen de manera secuencial y organizada servicios de salud a una población definida, de manera coordinada y según niveles de complejidad. Utiliza esquemas de referencia y contrarreferencia de pacientes, buscando la integración asistencial, optimización de recursos y reducción de costos desarrollando economías de escala. La OPS las define como un proceso de gestión y entrega de servicios de salud desde lo preventivo a lo curativo a lo largo del tiempo a través de un conjunto de establecimientos y servicios de salud dotados de diferentes niveles de complejidad y resolución articulados funcional y administrativamente en función de las necesidades de una población. Pueden ser de dos grandes tipos según la definición de población objetivo a la que se refiera: Una geográfica: se determina la población en base a un territorio geográfico y la otra según la condición de afiliación de los grupos: Por ejemplo, según el mercado asegurador sea público, del seguro social o privado. Otra forma de clasificar a las RISS es según su forma de integración: - Virtual: Entidades jurídicas independientes diversas públicas o privadas con y sin fines de lucro. - Real: Agrupa servicios bajo una única titularidad, por ejemplo públicos. (A., 2021)

Las RISS se enfrentan a problemas de fragmentación de los sistemas de salud y segmentación de las prestaciones, más la complejidad en la financiación de los servicios que ocurren en la mayoría de los países del mundo.

La OPS estableció los criterios que deben cumplirse para el armado de RISS:

- ✓ Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, a fin de determinar la oferta de servicios
- ✓ APS: como puerta de entrada al sistema y eje integrador y coordinador del mismo de manera conjunta con la comunidad.
- ✓ Accesibilidad a servicios en cuanto al lugar y nivel apropiado.
- ✓ Mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios.

- ✓ Cuidados centrados en la persona, la familia y la comunidad definida.
- ✓ Sistema de gobernanza participativa y único
- ✓ Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico
- ✓ Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema.
- ✓ Sistema de información integrado y que vincule a todos los miembros del sistema
- ✓ Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas existentes
- ✓ Acción intersectorial para la resolución de los determinantes de salud y enfermedad.

“Para que la organización de las RAS (redes de atención de salud) o RISS sea realizada de forma efectiva, eficiente y con calidad, tiene que estructurarse con base en los siguientes fundamentos: economía de escala, disponibilidad de recursos, calidad y acceso, integración horizontal y vertical, procesos de sustitución, territorios sanitarios y niveles de atención”. (Vilaca Mendes e. , 2013) .

Los servicios que generan menor economía de escala son los que deben ofertarse de manera más dispersa, para los cuales existen recursos suficientes, en cambio aquellos capaces de producir una mayor economía de escala, son los que deben concentrarse, para éstos los recursos son más escasos. Las economías de escala se encuentran en hospitales con más de 100 camas. Igualmente, la relación entre costos medios y ciertos equipamientos de salud tiende a adquirir una forma de U, por lo que, al llegar a cierto volumen crítico, los costos medios a largo plazo se elevan generando una deseconomía de escala, esto ha sido demostrado también en varios trabajos en hospitales con más de 650 camas. En cuanto a los recursos, tanto físicos como humanos, los escasos, deben ser concentrados, como por ejemplo los médicos subespecialistas y los recursos más numerosos deben ser desconcentrados, como los médicos de familia. (Vilaca Mendes E. , 2013)

Las economías de escala corresponden al fenómeno en el que las empresas reducen sus costos medios unitarios, es decir, el costo promedio de producir una unidad de un producto o servicio, mediante el incremento de la escala o volumen de la producción. Esto significa que la empresa abarata sus costos en la medida que produce más; en palabras técnicas, el costo total de las empresas crece en una menor proporción de lo que lo hace la producción (OCDE, 1993).

Algunos de los factores que pueden explicar la existencia de las economías de escala son los siguientes (Ferro et al., 2010): (1) Costos de arranque; (2) Costos fijos de largo plazo; (3) Recursos especializados y división del trabajo; (4) Tecnología; y, (5) Descuentos por volumen. (<https://centrocompetencia.com/economias-de-escala->)

Las deseconomías de escala se producen cuando un aumento en la escala productiva conduce a un aumento en el costo medio unitario de producción. En otras palabras, cuando la empresa produce más unidades de un bien o servicio, el costo total aumenta en una proporción mayor de lo que lo hace la producción.

Una manera de entender este concepto es imaginando a una empresa que alcanza un tamaño productivo lo suficientemente grande, que llega a un punto donde la gestión de la operación se vuelve muy compleja para los administradores. Así, se genera una especie de pérdida de control, que hace que un aumento en la escala productiva eleve los costos de producción de forma desproporcionada. Si aumenta la producción más allá de cierto volumen, tanto la gerencia como el equipo de trabajo comenzará a tener dificultades para controlar y coordinar todo el proceso de producción, ya que la responsabilidad se diluye y los planes presupuestarios de cada sección de la empresa entrarán en conflicto y se incrementarán los costes. Podemos distinguir entre deseconomías internas y deseconomías externas. Las deseconomías de escala internas se desarrollan como resultado de la extensión de las propiedades únicas. Esto deriva de la aparición de problemas de coordinación de los procesos productivos en una mayor escala, de la ampliación de la jerarquía de administración y de una mayor burocracia. Las deseconomías de escala externas son el resultado de la expansión de una o más compañías. Dicha extensión genera el aumento de costes.

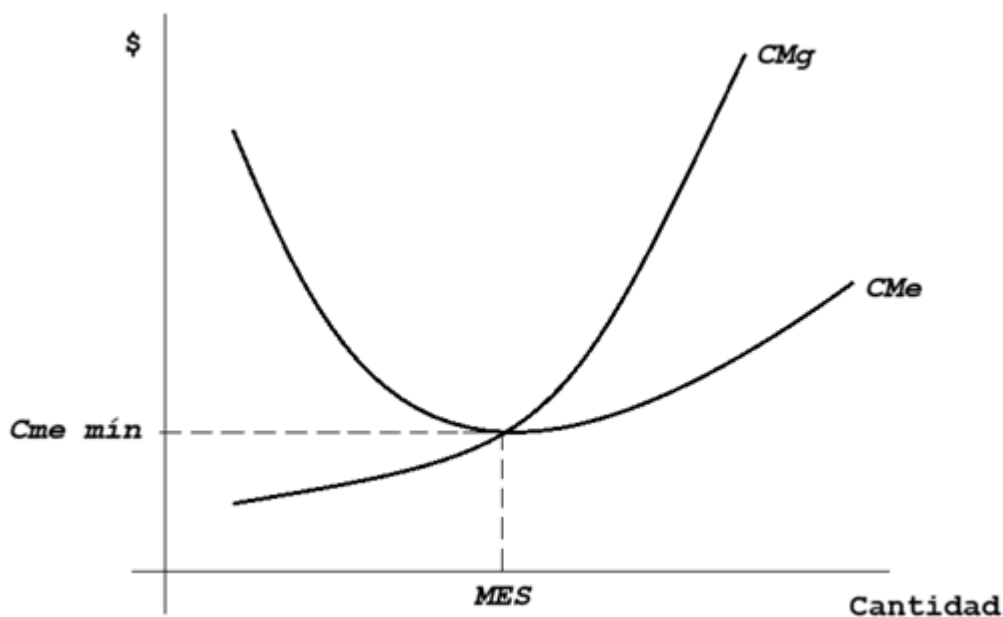
Las deseconomías de escala externas se pueden clasificar en monetarias y tecnológicas.

- Monetarias: Aparecen causadas por aumentos de precio en los insumos provocados por la ampliación de la compañía que los utiliza. Pongamos un ejemplo. Una empresa del sector eléctrico se expande. Dicha expansión puede provocar un aumento en los costes por trabajador de sus empleados. Así, se genera una deseconomía externa para el resto de las compañías del sector.
- Tecnológica: La expansión de las empresas aumentan los costes de otras instancias. Por ejemplo, una empresa que genere vertidos al mar generará mayores costes de tratamiento de aguas. (EAE Business School)

Otra manera de enmarcar las deseconomías de escala son aquellas situaciones en que el mercado es tan maduro, que las eficiencias productivas se agotan (ya no hay espacio para aumentar la producción sin aumentar los costos), de modo que se requieren importantes niveles de inversión en innovación para que se produzcan economías de escala.

La teoría microeconómica suele representar la existencia de economías y deseconomías de escala mediante la curva de costo medio (CMe) y la curva de costo marginal (CMg). Por un lado, la curva de costo medio corresponde al costo de cada unidad producida (costos totales dividido en la cantidad producida), mientras que la curva de costo marginal representa el costo de producir una unidad adicional (Mankiw, 2012). La dinámica entre estas dos curvas permite esclarecer si la empresa se encuentra en un punto donde hay economías de escala o no.

Figura 1: Funciones de costo medio y costo marginal de la firma



Fuente: Adaptado de Mankiw, 2012.

Consideremos primero la curva CMe . Cuando esta curva decrece, o tiene pendiente negativa, significa que, si la empresa aumenta su cantidad producida, el costo promedio de producir una unidad (del bien o servicio) disminuye; en otras palabras, aumentos en la producción reducen el costo medio unitario. Al contrario, cuando la curva CMe crece o tiene pendiente positiva, significa que un aumento en la cantidad producida eleva el costo promedio de producir una unidad; es decir, el costo medio unitario aumenta con la producción.

De esta forma, el punto mínimo de esta curva (el punto en que pasa de ser decreciente a creciente) indica la cantidad de producción que hace que una empresa deje de tener economías de escala, y pase a tener deseconomías de escala. Así, como se observa en la Figura N°1, este punto representa el volumen de producción que permite a la empresa alcanzar la mayor eficiencia productiva posible, y lleva el nombre de escala mínima de eficiencia ("MES", por sus siglas en inglés).

Un punto muy importante en la constitución de las RISS son los niveles de atención de salud, estructurando APS; densidad poblacional y tecnológica, permitiendo un uso racional de los recursos y la gobernanza de las RISS.

Para comprender el funcionamiento de una RISS debemos recordar algunos conceptos como:

- **Referencia** Sinónimo de derivación. Es el conjunto de procedimientos administrativos y asistenciales por el cual se deriva a usuarios de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, para evaluación diagnóstica y/ o tratamiento, a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios.
- **Contrarreferencia** Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/ o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.
- **Sistema de referencia y contrarreferencia:** Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud. (Salgado Zepeda, 2005)

Cuando esto no funciona de manera adecuada causa puntos de congestión, por ejemplo, cuando desde hospitales con diferentes niveles tecnológicos de complejidad no pueden realizarse las referencias y contrarreferencias de los pacientes de manera oportuna. Esto causa un mal uso del sistema todo, eleva por lo tanto los costos en forma global y genera costos de oportunidad, ya que limita el acceso de nuevos pacientes al nivel de atención que su enfermedad requiere y expone al individuo no contrarreferido a sufrir de riesgos asociados al cuidado de la salud como por ejemplo infecciones intrahospitalarias por gérmenes multirresistentes por estar en un nivel de complejidad que excede su estado

patológico; esto a su vez prolonga aún más la estadía hospitalaria e incrementa los costos directos e indirectos que su atención implican, es decir los costos relacionados con la resolución de la patología del paciente (directos) y aquellos relacionados con la pérdida de productividad del propio paciente y su familia (indirectos).

1.1. CONTEXTO

El Hospital El Cruce es un establecimiento de alta complejidad que comenzó a funcionar en julio del año 2008. Se encuentra ubicado en el Municipio de Florencio Varela a 30 KM de CABA y La Plata. Es una institución pública regida bajo la Ley SAMIC, su financiamiento depende en un 70% del Ministerio de Salud de la Nación y un 30% del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Cuenta con 233 camas, según consta en el Sistema de Gestión de camas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, con un funcionamiento de 226 camas en la actualidad por referencia del Servicio de Gestión de camas del propio hospital.

Es centro de referencia en trasplante de órganos sólidos, neurocirugía, cirugía cardiovascular y hemodinamia, sede del CONICET, hospital universitario articulado con la Universidad Arturo Jauretche, posee un centro de simulación robotizado para el entrenamiento de profesionales médicos en múltiples disciplinas desde RCP (recuperación cardiovascular) hasta procedimientos endoscópicos y quirúrgicos, Hospital docente, cuenta con varias residencias médicas de segundo nivel y licenciatura en enfermería. Innovador en su gestión y metodología de trabajo por procesos, es centro de derivación de seis hospitales zonales de segundo nivel que conforman la Red de Atención directa del Cruce: Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela, Dr. Iriarte de Quilmes, Oller de San Francisco Solano, Evita Pueblo de Berazategui, Lucio Meléndez de Adrogué, A. Oñativia de Almirante Brown.

El área de influencia directa es de aproximadamente dos millones de personas (2.080.280), según datos del INDEC por censo nacional de 2021, un tercio de la misma es población pediátrica. Es una de las áreas geográficas más pobladas y vulnerables de la Argentina, alcanzando una superficie de 650 Km² (más de tres veces la Capital Federal), su población tiene un promedio de 11,7 % de NBI y un 55 % de CEE (cobertura estatal exclusiva) (INDEC) (Daniela Alvarez, 2021).

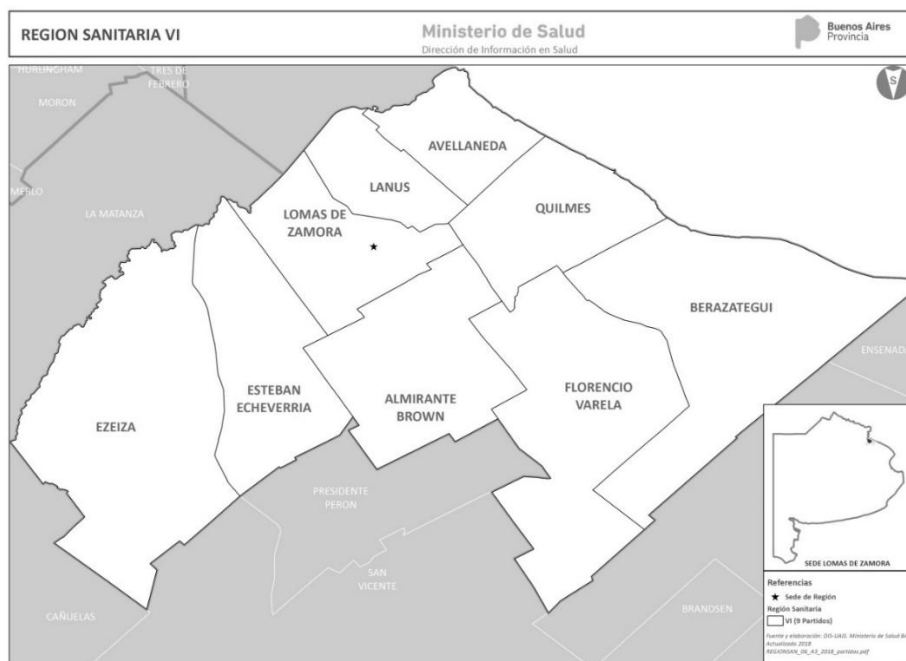
Actualmente el Hospital El Cruce recibe derivaciones también del resto del país, especialmente de la Región Sanitaria VI que agrega a los municipios ya mencionados previamente, los siguientes: Avellaneda, Esteban Echeverría, Ezeiza, Lanús, Lomas de Zamora. La Región VI incluye una población total de 4.149.913 según censo de 2021. Además, de acuerdo con la Dirección de Información Sistematizada (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires) funcionan en la red sudeste bonaerense 165 efectores del primer nivel de atención. (Daniela Alvarez, 2021) -

Figura 2: Regiones sanitarias



Fuente: Mapa en la página web de Regiones sanitarias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires – <https://residenciasmedicas.com.ar/>

Figura 3: Red Sudeste del Conurbano Bonaerense



Fuente: Página web del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Información, estadística y salud digital <https://ms.gba.gov.ar/>

Figura 4: Hospital El Cruce



Fuente: <https://www.hospitalelcruce.org/>

1.2. RELEVANCIA Y JUSTIFICACION:

El hospital El Cruce, es un hospital clasificado como NIVEL IIIB (alto riesgo con terapia intensiva especializada), según resolución 900-E/2017 del Ministerio de Salud de la Nación del 17/07/2017. Presenta un Servicio de Terapia intensiva Pediátrica y un Servicio de Terapia Intermedia Pediátrica actualmente con 28 y 20 camas respectivamente más un servicio de recuperación cardiovascular pediátrico con 6 unidades, en ampliación actualmente quedando a fin de obra en 2024, con diez unidades cardiovasculares.

Según registros estadísticos del propio Hospital El Cruce (Base de datos de SIGEHOS, Sistema informático- administrativo del HEC) desde el 01 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2021 se solicitaron desde el Servicio de Terapia Intermedia Pediátrica 1054 contrarreferencias desde el HEC a hospitales de la Red, no pudieron realizarse 320 (30.3 %) y se efectivizaron 734 (69.6 %). Como vemos, un 30% de las contrarreferencias solicitadas en esos años no se llevaron a cabo, generando la permanencia de pacientes cuyo estado de salud en ese momento les permitía completar su atención en un centro de mediana complejidad tecnológica (Medina, Arnaldo; Narodowski Patricio, 2015), (900-E/2017, 2017) y no en el HEC. Esto provoca el uso de una cama de hospital de alta complejidad, cuando podría utilizarse una de complejidad menor y por ende de costo más bajo causando por lo tanto un doble perjuicio, por un lado, inaccesibilidad en la disponibilidad de dichos recursos para otro paciente y por otro lado elevación de los costos en el sistema de salud debido al uso inadecuado de las camas y las complicaciones que esto puede acarrear como, por ejemplo, infecciones intrahospitalarias, trombosis, etc.

Dos valores que actualmente se discuten mucho en economía de la salud son la eficiencia y la equidad. Por eficiencia se entiende el logro al menor costo de lo que la sociedad valora más. Asignar eficientemente los recursos escasos consiste en maximizar la cantidad y calidad de vida con los recursos disponibles o alternativamente, minimizar los costos de obtener un nivel de salud determinado. Costos y efectos o beneficios en salud son, por lo tanto, ingredientes necesarios para valorar la eficiencia. Una de las preocupaciones más frecuentes de los administradores de hospitales es la prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria, no solo en Argentina, sino a nivel global, ya que genera efectos perjudiciales en todo el sistema de salud como aumento en los costos hospitalarios, complicaciones en la accesibilidad a los servicios de hospitalización, saturación de los servicios de emergencias y aumento en la probabilidad de ocurrencia de eventos

adversos, que a su vez podrían prolongar más la estancia del paciente. (Del Mármol , León Garabito, Marino, & Otero , 2017)

En Colombia en 2016, se evaluó el funcionamiento del sistema de referencias – contrarreferencias comparando su funcionamiento en un sector de Instituciones de salud integradas en Red (Red Hospitalaria de Méderi) denominadas: “bajo convenio” y otro sector de instituciones no integradas, llamadas “no convenio”. Se evaluó una población de 2454 traslados durante los meses de enero a junio de 2016, se concluyó que los pacientes bajo convenio , en Red, tuvieron un tiempo de demora para ser contrarreferidos de 19 horas y 21 minutos versus los pacientes fuera de convenio cuyo tiempo fue de 75 horas 44 minutos, existiendo por lo tanto una diferencia de 56 horas y 23 minutos entre ambos grupos , esto da cuenta de la funcionalidad de una Red Integrada de Servicios de Salud para disminuir la fragmentación del sistema, reducir la interrupción de los tratamientos, impactando en indicadores como el giro cama en forma positiva y en la eficiencia hospitalaria y del sistema de salud todo. (Luis, Conde Roa , & Espitia Pinzón , 2017)

La función principal de las RISS es la atención continua de la salud de una población determinada. Cuando una parte del sistema funciona de manera incompleta o parcial, se ve afectada la dinámica de la red y el cumplimiento de su objetivo final. Por ejemplo , como mencionamos previamente, al no poder realizarse las contrarreferencias de los pacientes a niveles de complejidad asistencial y tecnológicos adecuados a sus necesidades, surgen por un lado costos de oportunidad, es decir, falta de camas para otros usuarios que requieran de dichos recursos, genera ineficiencia del sistema ,utilizando recursos humanos capacitados y físicos de tercer nivel que se utilizan para pacientes que requieren cuidados médicos de segundo nivel, agregado a esto, se expone a dichos usuarios a complicaciones propias de una hospitalización prolongada como por ejemplo infecciones intrahospitalarias por gérmenes multirresistentes, prolongando aún más esa estancia nosocomial, elevando nuevamente los costos de internación.

2. MARCO TEORICO

En esta tesis se hará una aproximación a los costos que genera para el Hospital la no realización en tiempo y forma de las contrarreferencias pediátricas desde El Cruce al resto de la red a la que pertenece, tomando como año de referencia el 2019.

La agenda de Salud para las Américas 2008 - 2017, en su párrafo 49, recomienda fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la entrega de servicios integrales y oportunos. (Rodríguez Ocampo , Betancourt Urrutia , Montoya Rojas, & Bautista Botton , 2013).

En el HEC desde los servicios de Terapia Intensiva e Intermedia de pediatría durante los años 2008 (desde julio a diciembre), 2009 y 2010 se efectivizaron 156 contrarreferencias (9.4% del total de pacientes internados) a sus centros hospitalarios de origen, es decir en forma radiada. (Dr.Pablo Garcia Munitis, 2013)

El HEC es un hospital de alta complejidad, que funciona bajo una modalidad de cuidados progresivos y de trabajo en red. Estas tres características poseen su correlato asociado a las causas de prolongación de las internaciones. Según un trabajo de investigación multicéntrico entre los Hospitales Fernández, Austral y El Cruce publicado por Del Mármol, León Garabito, Marino y Otero en el año 2017, se evidencia como causa principal, que el 40% de los días de internación innecesarios relevados se deben a la falta de criterio de internación asociada a la complejidad del paciente. La siguiente causa con mayor representación fue la demora en la derivación a otro establecimiento representando un 19.6 %, denotando las dificultades a la hora de trabajar en red. Como se expresó anteriormente las causas administrativas / operativas son aquellas en las que se puede intervenir dentro de cada institución para generar cambios favorables. Para el Hospital Universitario Austral y El Cruce estas causas representan un costo de \$ 10.684.974 y \$ 7.849.800 respectivamente. Si bien tomar medidas para reducir estos costos no implicaría cambios a nivel de costos totales, sí generaría mejoras en la asignación de los mismos. Los costos ocasionados por la falta de criterio de alta complejidad, los cuales representan \$ 8.130.600 (4.9% del costo total) en el HEC se pueden deber a que la red de hospitales de la cual forma parte la institución, más precisamente los hospitales de segundo nivel de complejidad, no están brindando el nivel de respuesta requerido por la población de referencia, siendo el HEC quien debe hacer frente a esta demanda insatisfecha corriéndose de la misión definida por él mismo. (Del Mármol , León Garabito, Marino, & Otero , 2017).

Como vemos es fundamental el análisis de los costos en el sistema de salud. (Vargas Gonzalez & Hernández, 2009). La reforma de los servicios de salud, de acuerdo con la experiencia de América Latina, está centrando la atención en la búsqueda de eficiencia, lo cual implica reducción de costos y afecta otros objetivos indispensables desde una perspectiva de compromiso social, en función del desarrollo armónico del país como son los relativos a cobertura y calidad de los servicios.

El costo total de un servicio estaría compuesto tanto por costos fijos como por costos variables. Los costos fijos están dados por la capacidad instalada para la efectiva producción de un bien o un servicio; por ejemplo la cama hospitalaria, aún cuando permanezca vacía, implica costos en los centros hospitalarios. Por el contrario los costos variables dependen de los niveles de producción de un bien o servicio. La relación entre producción y costos fijos constituye un importante indicador de eficiencia, que representa el nivel de aprovechamiento de la capacidad hospitalaria instalada y se puede analizar mediante indicadores tales como: día cama ocupada o paciente-día (indicador de costo variable) y el día – cama (indicador de costo fijo). (Vargas Gonzalez & Hernández, 2009)

El hospital es una organización burocrático profesional cuyo producto, entendido como un conjunto de procesos procedimientos aplicados a un caso concreto depende de la aptitud, actitud y conocimientos de dos colectivos, los médicos y los agentes trabajadores de la salud los cuales al ser sus prescriptores se convierten en los principales generadores de los costos y en consecuencia son las figuras que en gran medida pueden proceder a la racionalización o contención del gasto hospitalario. Las decisiones asistenciales de los médicos determinan el 70 % del gasto en salud, según Ortún Rubio (1996). Por lo tanto, desde la oferta, al ser responsable de las decisiones clínicas, es el médico quien define la composición de insumos dentro del hospital y desde el lado de la demanda, también es el médico quien determina el producto que debe ser consumido por el paciente. (Schweiger Arturo, 2022).

Las instituciones de salud son empresas multiproductos donde para brindar un servicio o producto intervienen actores e insumos muy diversos (farmacia, laboratorio, imágenes, hotelería, cocina, lavandería, cirugías, consultas ambulatorias), todo esto a partir de una misma estructura de costos fijos. Con esta complejidad resulta difícil identificar si hay o no economías de escala, es decir si el costo de producir conjuntamente todos los productos resulta inferior al costo agregado de producirlos en forma separada. Esto se debe a que no resulta fácil medir el producto hospitalario. (Schweiger Arturo, 2022).

Bajo las particularidades del mercado de la salud "el precio" no responde al esquema tradicional de otras organizaciones donde el precio es igual al costo fijo + costo variable + beneficio esperado. (Schweiger Arturo C. V., 2022).

El costo es una magnitud interna a la organización y representa la valoración en unidades monetarias de los consumos "necesarios" de bienes y servicios en los que se ha incurrido para la obtención del producto hospitalario. Existen diferentes métodos o modelos de cálculo de costos hospitalarios. Básicamente: los tradicionales, que identifican solo tres tipos de output: hospitalización (número de camas y estancia media), consulta externa (servicio asistencial sin hospitalización) y urgencias; la unidad de medida aquí es el número de pacientes atendidos. Actualmente, nuevos modelos están utilizándose, con una nueva concepción del "producto hospitalario".

Entre estos métodos más modernos encontramos: GDR se agrupa a los pacientes en categorías homogéneas en función de las características clínicas que presentan y de los procesos a los que tendrán que ser sometidos, según el diagnóstico al momento del ingreso formándose así grupos de "iso - consumo de recursos": GDR (grupo de riesgo relacionado), estas características permiten predecir el nivel de recursos que consumirán los diagnósticos y tratamientos posteriores hasta el momento del alta. El sistema de costos por procesos tiene como objetivo calcular el costo de cada uno de los procesos misionales u operativos de un negocio. Es utilizado en el sector salud pero deja de lado los procesos administrativos. Otro método es el costeo por paciente / patología en el que se calculan costos fijos y variables. Es decir se deben calcular los costos variables por paciente según los gastos que ocurren en la atención de su patología y los costos fijos o costos por utilización de los servicios del hospital como el costo del día / cama en cada sector de la institución, uso de quirófano, consulta de especialista, etc. Requiere sistemas de información muy complejos y no cuantifica costos indirectos asociados a los servicios. El método de costeo "en cascada" es un sistema de full costing o coste completo que pretende determinar el coste final de cada una de las secciones finales o de explotación, de manera que ningún costo quede sin ser asignado. Este sistema puede aplicarse en cualquier hospital, cuente o no con un sistema de información global informatizado, ya que pueden estimarse los costos por medio de la contabilidad y realizarse una matriz de costos directos e indirectos. (Fresneda Fuentes , 1998) , (Schweiger, Sistemas de Costos Hospitalarios , 2010). (Schweiger Arturo, 2022)

El análisis e interpretación de los estados contables de una empresa constituye un conjunto sistematizado de técnicas que aportan un mayor conocimiento y comprensión de

las variables fundamentales para diagnosticar la situación económico financiera de la misma. (Senderovich, I. Telias A., 2000). Estas técnicas apuntan a: - Advertir la relación Causa Efectos en el movimiento operativo de la Empresa. - Medir los resultados de las políticas seguidas. - Evaluar el estilo de la Dirección, capacidades, limitaciones de su evolución particular, así como su integración en el contexto. El objetivo principal: Diagnosticar la situación económica y financiera de la empresa, utilizando un conjunto "adecuado" de relaciones cuantitativas y cotejando las mismas con standares de aceptación generalizados, representando una valoración objetiva de la performance actual y proyectada que pone de relieve el contenido específico y las características de la estructura económica y financiera de la empresa. Persigue también objetivos específicos: Análisis para control de gestión a nivel de la Dirección para determinar la eficiencia de la empresa en general. A nivel Operativo: para medir la eficiencia de los diferentes sectores dentro de la empresa. A nivel objetivo: determinar la eficiencia en el logro de un determinado objetivo específico. Otros objetivos específicos incluyen un análisis para la financiación de la empresa y así posibilitar la toma de decisiones. (Litmanovich, 2022)

En este trabajo se obtuvo información del Area de Investigaciones Económicas del HEC y de los datos de producción de los distintos servicios del Hospital, utilizándose el método de costeo por cascada para valorar el día /cama en el Servicio de Terapia Intermedia del HEC durante el año 2019, en \$ corrientes.

Se relevó información sobre las patologías de internación más frecuentes en los servicios de Terapia Intensiva pediátrica y Terapia Intermedia pediátrica del HEC, siendo las enfermedades de causa respiratoria quienes encabezan dicho listado, seguidas por las cardiovasculares y del sistema nervioso central tanto neurológicas como neuroquirúrgicas, coincidiendo esto con los registros de SATI-Q (Programa en red multicéntrico de registro prospectivo y permanente de indicadores de calidad en las unidades de cuidados intensivos de Argentina de pacientes adultos, pediátricos y neonatales creado por la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, SATI).

Nunca han sido tan evidentes, como en los momentos actuales los conceptos que definen a la Economía como ciencia social: Ciencia que busca las alternativas más eficientes para asignar recursos siempre escasos a necesidades múltiples, infinitas, dinámicas y jerarquizables. Y es en el campo de la salud, donde pueden percibirse claramente estas tres dimensiones.

Resulta extremadamente complejo en el área de salud poder realizar mediciones y comparaciones en cuanto a los niveles de salud de diferentes poblaciones, vinculándolos con los sistemas de organización de la salud que dichas poblaciones sustentan. Un ejemplo de esto puede evidenciarse en el informe de la OMS del año 2000 que establece un "ranking de sistemas de salud a nivel mundial". En este informe se utilizaron indicadores como DALE (esperanza de vida al nacer ajustado por discapacidad), mortalidad de 0 a 4 años, una encuesta de expectativas ciudadanas de respuesta en salud, y para la dimensión financiera se estableció que un sistema de salud totalmente justo es aquel en el cual las familias de cualquier clase socioeconómica tienen el mismo gasto en salud que el resto de sus gastos no alimentarios.

Expertos de varios ministerios de salud de diferentes países han analizado el documento y han manifestado ciertas inconsistencias con respecto al relevamiento insuficiente de información, lo que ha obligado a la OMS a la manipulación estadística de los datos, restándole sensibilidad. Así mismo, se le critica la comparación de países con realidades sociales, económicas e histórico culturales muy disímiles entre sí, y la elaboración de un ranking o escalas de sistemas de salud sin tener en cuenta estas obvias diferencias en la vida cotidiana de los individuos y en la construcción del sistema de salud de cada país. (Díaz, 2001).

Como dice Jiménez "América Latina no es la Región más pobre del mundo, pero es la más desigual en la distribución de su riqueza. Mientras el 10 % más rico de la población concentra alrededor del 35 % de los ingresos, el 40 % más pobre recibe alrededor del 15 %, con valores aún más inferiores en Bolivia y República Dominicana, en los que los más pobres solo captan cerca del 11 % de los ingresos. El gasto mínimo necesario por persona y por año para prever servicios "básicos" de salud es de 35 a 50 dólares en los Estados Unidos según la OMS. En el año 2004 no alcanzaban esta cifra 64 países, uno de ellos es Haití. Explica Jiménez que muchos países han buscado unir y llevar a la práctica los conceptos de universalidad con equidad en el área de la salud, tanto países desarrollados como en vías de desarrollo. Observa, que en general los países que han adoptado un sistema de tipo universal han logrado tener mejores resultados en salud con una distribución más equitativa de la misma.

Estos países han logrado el aseguramiento universal de dos grandes formas: una es mediante sistemas nacionales de servicios de salud a los que se accede por el simple hecho de ser ciudadano sin la necesidad de mediación de ningún tipo de seguro propiamente

dicho. La otra forma es a través de sistemas de seguros públicos con cobertura efectiva universal.

Los países que aún mantienen sistemas segmentados y fragmentados, excluyen a una parte de la población de cualquier acceso a los servicios y discriminan a los que logran algún acceso según su pertenencia a uno u otro segmento social. Esto ocurre en gran parte de los países de América Latina, en los cuales uno de los mayores problemas del sector de la salud es justamente la segmentación y fragmentación de sus sistemas sanitarios. La división de los sistemas de salud en subsistemas paralelos e incomunicados genera de por sí, inequidad porque encasilla a los usuarios según su pertenencia a uno u otro segmento. A esto se agrega el segmento privado, con mayor o menor fuerza en casi todos los países.

Así, se identifican dos grandes segmentos públicos: el de los que están protegidos por la Seguridad Social y el segmento de los que no tienen dicha protección. Este último constituye más del 50 % de la población en varios países y habitualmente queda a cargo de los Ministerios de Salud o sus equivalentes que, a través de servicios propios, de estados o provincias y municipios, complementados por hospitales privados -con o sin fines de lucro- brindan atención generalmente pobre para pobres. Además, la segmentación y fragmentación de los sistemas agregan un problema de ineficiencia al mismo ya que multiplican los costos de transacción e infraestructura pública. Todo esto transforman a la universalidad y la equidad en una utopía. (Jimenez, 2010).

El gasto público en salud es un buen indicador del compromiso con la salud. El gasto público en salud en los 20 países con mayor IDH (índice de desarrollo humano) es de 6,5 % o más del producto interno bruto (PBI). En todos ellos el gasto público es proporcionalmente mayor que el privado, excepto en los Estados Unidos de América. En 16 países el gasto público representa el 70 % o más del gasto total en salud. Esta relación se invierte paradójicamente en la mayoría de los países de "Desarrollo Humano Bajo", entre los que predomina el gasto privado sobre el público." (Jimenez, 2010).

En 2014 la OPS elabora un documento, la Resolución CD53 R14: Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, tratando de revalorizar y proponer acciones concretas a los postulados de Alma Ata de 1978. Insiste en el logro del acceso universal a través de la estrategia APS (atención primaria de la salud) y la implementación de RISS (redes integradas de servicios de salud).

El concepto sobre redes de políticas surge de dos teorías, una europea y otra norteamericana. Una de estas, es la teoría en subsistemas y comunidades políticas que

considera a las redes como un modelo estratégico de gestión de políticas y de gobernabilidad. La otra teoría es la interorganizacional, que se centra en las relaciones entre las organizaciones. Ambas escuelas destacan ciertos factores como reglas, rutinas informales, intercambios de recursos y vínculos organizacionales. Las redes suponen un modelo organizativo multiinstitucional. Estas redes pueden ser de dos tipos:

- ✓ Especializada: los actores acuerdan complementarse y aprovechar las facilidades de la especialización de cada parte y;
- ✓ Redundantes descentralizadas: coexisten actores institucionales que producen simultáneamente los mismos productos o servicios para reducir riesgos. (Ariovich Ana, 2014)

En el sector salud, el concepto de redes comienza a analizarse en el trabajo de Shortell et- al. quienes las proponen como opción para resolver la fragmentación del sistema de salud norteamericano.

Cuba elabora un sistema integral de atención sanitaria basado en una fuerte estrategia de APS y niveles crecientes de complejidad interrelacionados.

Vilaca Mendes propone la construcción de sistemas integrados de salud en territorios sanitarios definidos, basados en economía de escala, calidad, acceso universal, integración horizontal y coordinación de los distintos niveles de complejidad por el sector de atención primaria, actuando el mismo como eje articulador del sistema, sustituyendo una concepción jerárquica y piramidal por redes poliárquicas en las que si bien se respetan diferentes densidades tecnológicas, se rompen las relaciones verticalizadas para formar redes policéntricas horizontales, cuyo centro de comunicación se sitúa en la estrategia APS. Vilaca Mendes, E. (2013). Las redes de atención de salud. Brasilia: OPS.

Rovere acentúa la importancia de la articulación multicéntrica a través de vínculos solidarios entre las personas e instituciones que integran la red, respetando la heterogeneidad de las comunidades. Rovere, M. (1999). *Redes en salud, un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario, Santa Fe: Secretaria de salud pública , Municipalidad de Rosario

Dabas y Perrone las plantean como sistemas abiertos, multicéntricos y heterárquicos entre personas de distintos colectivos. - (salud R. e., 1999)

La OMS y la OPS agregan complejidad al tema proponiendo la conformación de Sistemas Integrados de Servicios de Salud, ya que estos involucran además de redes, otros

elementos como gobernanza, financiamiento y mecanismos de pago, y no solo prestación de servicios. - (OPS/OMS, 2008)

Pero volviendo a uno de los principales componentes de las redes: sus organizaciones constitutivas, debemos recordar que las instituciones de salud son consideradas "estructuras complejas" formadas por un sector burocrático administrativo con poder político y un sector de profesionales en quienes reside una autoridad y poder otorgados por el conocimiento per se de sus actividades, siendo los mismos colegas quienes ejercen un tipo de control autorregulado otorgando por lo tanto cierta autonomía en su accionar. De esta forma, la autoridad es compartida, entre el poder del profesional o experto y el poder del político administrativo, a veces también ejercido por el profesional, que puede actuar como administrador. (Crojethovic & Ana, 2015) (Vilaca Mendes E. , 2013) Las redes de atención de salud - OPS.

Un estudio transversal cualitativo y cuantitativo para identificar los componentes relacionales de una Red Internacional de Organizaciones de Cooperación Técnica y Financiera para el desarrollo de APS en América se llevó a cabo en el año 2005 (participaron entre otros: UNICEF, BID, Banco Mundial, Fundaciones como Rockefeller, Gates, OCDE, Cruz Roja, Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica, Asociación Latinoamericana de Educación en Salud Pública, OPS, OMS). Entre sus conclusiones más importantes se destacan la importancia de fortalecer una red de abogacía y de cooperación técnica y financiera entre los diversos nodos internacionales que conforman esta red de organizaciones vinculadas a la salud; así como que la OPS tome el liderazgo para formular estrategias claras de implementación de APS, movilice los recursos financieros necesarios y genere vínculos de acción informales e interpersonales entre sus socios colaboradores, actuando así como tejedor de la red para articular esfuerzos internacionales que permitan reafirmar la estrategia de APS como una opción factible para desarrollar en los países de América . (Herrera Vázquez M, 2007)

Varios países de América Latina han intentado seguir estos lineamientos, Brasil, Cuba, Chile, Uruguay son sus exponentes más claros.

Por ejemplo, en Chile en los años 80 se estableció la municipalización de la APS con autonomía en la gestión de los recursos. Hubo importantes reformas universitarias en la enseñanza de la medicina con énfasis en la medicina comunitaria y ambulatoria. Se desarrollaron los CESFAM, centros de salud familiar con actividades docentes y asistenciales. Se implementó la formación de enfermeras especialistas en salud familiar. Todo esto

fortaleció el nivel primario de atención. En 2015 se establecieron 72 indicadores para la evaluación y certificación de este modelo y sus componentes. Los CESFAM se distribuyen en zonas o sectores a cargo de un equipo de salud con actividades en el Centro de salud y en terreno mediante salidas a los domicilios y realización de juntas vecinales, se elabora una matriz de cuidados de salud a lo largo del curso de la vida y se planifica y programa en red con actualizaciones anuales desde el Ministerio de Salud de la Nación y planes comunales quinquenales. Cuando se presentan casos de mayor complejidad, los pacientes son referidos a su hospital Base o al Servicio de urgencias de alta complejidad más cercano, así como para el acceso a diferentes especialidades médicas. (Leonardo Soto, 2021).

En Uruguay describen los SILOS (sistemas locales de salud) como una parte del sistema social, relacionados con la salud de la población. Dividiendo al territorio en regiones y dentro de ellas cuatro niveles de atención. El primario desarrollado en policlínicas con medicina generalista, fuertemente relacionado con el secundario que se efectiviza en hospitales clase B, cuyas características son determinadas por el Ministerio de Salud de la Nación. Y los niveles terciario y cuarto con especialidades y subespecialidades. Estando los cuatro niveles relacionados pero no de forma jerárquica. Con este esquema intenta revertir políticas clásicas de medicina hegemónica, estimulando la formación de médicos generalistas. (Icasuriaga, Sobre los sistemas locales de salud (SILOS) con especial referencia a Uruguay, 1991).

El sistema de salud de Brasil está compuesto por un sistema descentralizado que incluye un sector público que cubre alrededor de 75% de la población y un creciente sector privado que ofrece atención a la salud al restante 25% de los brasileños. El sector público está constituido por el Sistema Único de Salud (SUS) y su financiamiento proviene de impuestos generales y contribuciones sociales recaudadas por los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal). El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, y a través de contratos con establecimientos privados. El SUS es además responsable de la coordinación del sector público. El sector privado está conformado por un sistema de esquemas de aseguramiento conocido como Salud Suplementaria, financiado con recursos de las empresas y/o las familias: la medicina de grupo (empresas y familias), las cooperativas médicas, los llamados Planes Autoadministrados (empresas) y los planes de seguros de salud individuales. También existen consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados que funcionan sobre la base de pagos de bolsillo, que utiliza sobre todo la población de mayores ingresos. La participación de la comunidad es clave en el sistema de salud brasileño. Esta se efectiviza

a través una red de consejos de salud (5.000 consejos municipales, 27 consejos estatales y el Consejo Nacional de salud), los cuales incluyen más de 100.000 voluntarios. En estos consejos, el 50% de sus integrantes son miembros de la comunidad, el resto de los participantes pertenecen al gobierno y trabajadores de la salud. Hay un Sistema de vigilancia epidemiológica nacional, un Departamento de Regulación, Evaluación y control de sistemas. El gasto en salud fue del 8.4% del PBI en 2008. El gasto público concentró el 44% del gasto total de salud, los gastos de bolsillo fueron del 57.1% del gasto privado total y el resto correspondió a planes prepagos. Hay aproximadamente 2.8 médicos por 1.000 habitantes y 3.2 proveedores de enfermería por 1.000 habitantes entre enfermeros de carrera, auxiliares y técnicos. Varios principios básicos del derecho a la salud en Brasil están contemplados en su carta magna: derecho al acceso ordenado y organizado al sistema de salud; derecho a un tratamiento adecuado; respeto a la persona, sus valores y sus derechos; responsabilidades del ciudadano, y compromiso de todos los gestores de la salud. (Becerrill Montekio V., 2011).

Cuba ha establecido desde la década de los 60 un sistema de salud público, universal y gratuito basado en "el médico y la enfermera de familia" y en la prevención a través de un sistema nacional de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública. Cuenta con 15.000 consultorios y 436 policlínicos comunitarios que brindan asistencia a una población de 30.000 a 60.000 personas. Cada policlínico colabora con 20 a 40 consultorios y ofrece entre 20 y 30 servicios diferentes como rehabilitación, radiología, ecografía, endoscopia, servicios de emergencia, traumatología, laboratorio, planificación familiar, urgencias médico odontológicas, atención maternoinfantil, inmunizaciones, atención a personas con diabetes, geriatría, dermatología, psiquiatría, cardiología, pediatría, medicina interna, obstetricia y ginecología. La prevención es la piedra angular. Cada familia recibe regularmente la visita de un médico de familia. Cada policlínico elabora distintas estrategias según las características biológicas, psicológicas y sociales de su comunidad. Cuba cuenta además con 284 hospitales, con un promedio de 5.2 camas por 1.000 habitantes. Tiene 24 facultades de medicina y 40 centros de formación de enfermería. La capacitación en la especialidad médico de familia es obligatoria para todos los futuros doctores. La población participa activamente en su salud y por ejemplo recibe formación sanitaria desde la escuela primaria (primeros auxilios, acciones en catástrofes, supervivencia). Cuba tiene relación de 9 médicos y enfermeros por 1000 habitantes (En Francia se registran 3.4 y en Austria 3.2 por 1.000 habitantes). La isla caribeña también cuenta con 20.000 dentistas y 15.000 farmacéuticos. Además, ha desarrollado una industria biotecnológica elaborando por ejemplo el 65% de los

medicamentos del país y 8 de las 13 vacunas del calendario oficial. Cuba dedica el 27% de su presupuesto nacional al sector salud, es decir un 6 % de su PBI. (Francia dedica un 11.3% y EE UU el 17.1%). La expectativa de vida es de 79 años, la atención prenatal supera el 95 %. La tasa de partos institucionales es del 99.9%. La mortalidad infantil es del 4 por mil (similar a la de Canadá y más baja que la de EE UU, las cuales son de 4 /1000 y de 5 / 1000, respectivamente). En 2015 Cuba logró ser el primer país que eliminó la transmisión madre – hijo de VIH y sífilis. (Lamrani, 2021)

En nuestro país aproximadamente un 36% a 40 % de la población recurre al sistema de salud público (2.2% del PBI), un 40% lo hace por medio de obras sociales (OS nacionales, alrededor de 200, las cuales representan aproximadamente un 1.59 % del PBI y las 24 Obras Sociales Provinciales, un 0.79 % del mismo) y PAMI (0.75 % del PBI). El sector privado se ocupa de un 8 % de la población con un gasto de aproximadamente del 3% del PBI. Superficialmente podemos observar en estos números una clara inequidad en los gastos al relacionar porcentaje del PBI y grado de cobertura: Sector público, 2.2 % del PBI, obras sociales y PAMI, 3.13 % con una cobertura mayor al 80 % de la población total, (5.3 % del PBI). Los gastos del sector privado representan aproximadamente un 3% del PBI, pero este sector solo atiende a un 8% de la población. (Vazquez Castillo, 2020).

En cuanto a las Obras Sociales existen importantes diferencias tanto en el acceso como en la calidad de los servicios que reciben sus beneficiarios. Por ejemplo, el 5% de las obras sociales nacionales absorben más del 50% de los afiliados y concentran el 48% de los recursos totales. Esto es fundamental si recordamos el concepto de economías de escala, ya que, a mayor cantidad de afiliados menor será el impacto económico del tratamiento de una determinada patología. En cuanto a las obras sociales provinciales, superan a los cinco millones de afiliados en todo el país y no se incluyen en la normativa de la ley 23.660, por lo tanto, no están reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud, por ende no participan en el Fondo Solidario de Redistribución ni cuentan con obligatoriedad de ofrecer un paquete médico obligatorio (PMO). A todo este sistema debemos agregar intermediarios dentro del mismo como colegios y círculos médicos y asociaciones de clínicas y sanatorios provinciales. (Schweiger Arturo L. G., 2022).

Los recursos totales que Argentina destina al sector salud son del orden del 8.5 a 9% del PBI, de los porcentajes más altos de América Latina. Esto sin embargo no corrige las fallas del sistema, teniendo Argentina un sistema de salud segmentado y fragmentado. (Artaza, 2017). Vemos, por lo tanto, que el sistema de salud argentino se compone de “segmentos” es decir una parte de la población resuelve sus problemas de salud a través del

sector público exclusivamente; otra parte, el sector con empleo formal lo hace por medio de obras sociales y otro sector mediante empresas de medicina prepagas. A su vez cada segmento se encuentra fracturado o fragmentado, con superposiciones y sin interrelación.

Sumado a esta situación, la historia de descentralización (devolución de servicios sin contrapartida fiscal y la creciente participación de las provincias y los municipios) sufrida por el sistema de salud argentino a partir de 1955 agrava aún más la atención de la salud de los argentinos.

Por ejemplo, en un principio las obras sociales eran ellas mismas las prestadoras de los servicios de servicios de salud; hoy muchas se comportan como terceros pagadores, contratando empresas privadas para brindar los servicios de salud a sus afiliados. A partir de los 90 con la desregulación de las mismas, se pierde gran parte del principio rector de solidaridad que dio origen a dichas obras sociales y los trabajadores eligen empresas u obras sociales de mayor tamaño y poder económico, en detrimento de las más pequeñas. Al mismo tiempo, muchos trabajadores formales se atienden en el sector público o aportan parte de su salario a una obra social y simultáneamente abonan un seguro médico, superponiendo así, actividades y gastos (aproximadamente un 10 % de los individuos).

Las provincias son autónomas y tienen potestad para implementar políticas sanitarias en sus jurisdicciones, intentando el Ministerio de Salud de la Nación tener un papel indicativo y de coordinación. Esto se evidencia a través del COFESA (Consejo Federal de Salud) y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), ente paralelo y desprendido del Ministerio de Salud de la Nación que intenta controlar el accionar de obras sociales nacionales y empresas de medicina prepagas. En el plano nacional, el sector de trabajadores asalariados destina parte de sus ingresos al sistema de salud, siendo un monto del 6% aportado por la patronal o empleadores y del 3 % por los empleados. Así el aporte total del sector con empleo formal es del orden del 9 %. De ese porcentaje, las empresas de medicina prepaga otorgan un 20 % y las obras sociales nacionales un 15 % a la Superintendencia de Servicios de Salud para el Fondo de Redistribución, con el cual se financian por ejemplo medicamentos para ciudadanos sin ningún tipo de cobertura. Esta descripción superficial da una idea de la complejidad de nuestro actual sistema de salud.

La OPS establece que se cumple el principio de: Universalidad en la salud cuando la población tiene acceso a servicios integrales de salud sin discriminación, siendo éstos adecuados, oportunos y de calidad, según las necesidades de las comunidades, así como a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, SIN que este acceso implique exponer a la

población a dificultades financieras, especialmente a los grupos más vulnerables. En el artículo 42 de nuestra Constitución Nacional y en muchos tratados internacionales a los que ha adherido nuestro país se hace referencia a este concepto de la salud en términos de derecho (Artículo 42: Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz, a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno).

Como se desprende de lo descrito en párrafos anteriores resulta imposible cumplir los principios de universalidad y equidad en salud sin analizar la dimensión económica, volviendo a subrayar dos características esenciales en salud: recursos finitos para necesidades infinitas. En esta tesis, se intentará una aproximación a estos aspectos, donde los conceptos de eficiencia y RISS podrían ser un principio de respuesta a estas dos cuestiones. Desde un Hospital de alta complejidad, inmerso en una RISS se describirá qué sucede cuando se prolonga la estancia de pacientes que ya no requieren de dicho establecimiento.

Son conocidos los perjuicios que causa la prolongación de la hospitalización de los pacientes. Estos pueden ser analizados desde una dimensión individual: mayor riesgo de infecciones intrahospitalarias, trombosis, úlceras por decúbito, lucro cesante en la familia, perturbaciones psicológicas, aumento de la mortalidad, etc. (Cano Benitez Natalia, 2021).

Pero también desde una visión sanitaria, existen importantes consecuencias como: aumento en los costos hospitalarios, que generan a su vez costos de oportunidad desde una dimensión doble: gastos evitables e innecesarios en la atención de pacientes, complicaciones médicas a las que se ven expuestos esos pacientes que incrementan a su vez los costos y la permanencia en la institución, congestionando el sistema y ocupando una cama, dificultando así el acceso a otros usuarios.

Muchos países de América latina han comenzado a estudiar la problemática que surge en la implementación de las RISS. Entre mayo y octubre de 2019 en Lima, Perú se relevó información sobre el sistema de referencias y contrarreferencias de la red formada por la DIRIS (Dirección de Redes Integradas de Salud) Lima Norte, con un área de influencia de 2.926.120 personas, integrada por tres hospitales y 98 IPRESS (Institutos prestadores de servicios de salud de primer nivel) organizada a través de un sistema informático REFCON. Surgen varias conclusiones de este relevamiento : - Falta de un sistema integrado de referencia y contrarreferencia que articule todos los prestadores (públicos, privados o

mixtos), falta de conectividad y de computadoras en todos los consultorios del primer nivel, resistencia de los profesionales a completar toda la información necesaria, resistencia de la población a la contrarreferencia, falta de historia clínica electrónica, irregular capacitación del personal administrativo, deficiencias del sistema operativo REFCON como por ejemplo el hecho de que solo registre el tiempo desde la digitación de la referencia hasta la aprobación o rechazo de la misma. Por lo tanto, no analiza observaciones durante el proceso de referencia ni la calidad de las mismas y peor aún, los motivos de las rechazadas. Durante la investigación mostró dificultades la recepción de la información por parte de los pacientes, por falta de llegada de mensajes de texto por problemas de la telefonía. El relevamiento muestra que durante los seis meses evaluados se concretaron 19.951 referencias de siete IPRESS con tiempos de demora en la aceptación de la referencia de 80 días para el 50 % de ellas, ocurriendo su aceptación en menos de 24 horas solo para el 23%. Además, únicamente se reportaron 110 contrarreferencias. (Zavalaga Luis, 2021)

En Bolivia, el sistema de Referencia y Contrarreferencia comenzó a implementarse en el año 1996 en los centros de salud de primer nivel. Dicho sistema se actualizó en 2008 a través de una Norma Nacional para que todos los servicios de salud actúen dentro del marco de una Red de Servicios. El sistema de salud de Bolivia está armado en tres niveles de prestación: primero, segundo y tercero, creciendo en complejidad tecnológica y subespecialidades. En cuanto a la financiación de estas instituciones se las divide en Subsector de la Iglesia Católica e Instituciones Privadas con productores de salud particulares, otra parte de la población se beneficia de la afiliación a la seguridad social de corto plazo, para lo cual se debe cotizar un 10% de los ingresos y de esta manera el asegurado y sus familiares directos acceden a la atención en las Cajas de Salud con seguros de enfermedad, maternidad, y riesgo profesional. Hay además un subsector público que a través de leyes de descentralización y delegación de atribuciones a las Prefecturas Departamentales transfiere a los gobiernos municipales la propiedad de la infraestructura física y la responsabilidad de los servicios públicos de salud. Entre enero y septiembre de 2013 se evaluó en el Departamento de Villa Serrano el sistema de referencias y contrarreferencias en salud, así como como el conocimiento que los pobladores de dicha localidad tienen sobre el mismo usando como instrumentos una encuesta a los pobladores y la ficha de referencia y contrarreferencia. De esta investigación surgen varios datos: ocurrieron 117 referencias y 90 contrarreferencias, el 94.02 % de las referencias tuvieron como destino el hospital de segundo nivel y el 5.98% el de tercer nivel. Del total de referencias, el 47.86% de los pacientes se refirieron por cuestiones ginecológicas (embarazo

mayormente), el 11.2% se derivaron a servicios de medicina interna, el 23.08% al servicio de cirugía y el 7.69% al de traumatología. Sobre el conocimiento que la población tiene del sistema, si bien la mayoría relata haber sido referida dentro del sistema al menos una vez, solo el 15% de los encuestados tiene conocimientos sobre el sistema de referencias. En cuanto a los motivos del traslado, el 21.35% indica que es por falta de especialista, el 31.08% por una enfermedad muy grave y el 41.57 % no sabe. Además, solo el 15.95% refiere sentirse preparado para afrontar una emergencia de salud, el 34.86 % indica no estarlo y el 49.19% no sabe o no quiere responder. Sobre la financiación en caso de transferencia el 55.14% de los encuestados conoce los seguros que pagan dicha referencia y el 44.86 % no sabe; así a la pregunta sobre cómo obtendría el dinero en caso de ser transferido, un 21.35 % dice que de ahorros, el 30.81 % de la venta de algún bien o de un préstamo y el 47.84% no sabe qué haría. Surgieron a partir de esta descripción varias sugerencias para el sistema de referencias y contrarreferencias del Municipio de Villa Serrano (Bovarin Calizassya Ana, 2013).

Como podemos ver las diferentes formas de coordinación entre los niveles de salud constituyen una preocupación en muchos países desde hace varios años. Durante 2020 se realizó un estudio en seis países de Latinoamérica sobre el uso y las características de los sistemas de coordinación entre niveles de atención médica de redes de servicios de salud a través del sistema de referencias y contrarreferencias. Se analizaron las redes sanitarias de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay. A pesar de tener sistemas de salud muy diferentes, estos seis países comparten el hecho de contar con subsistemas de salud públicos dirigidos o utilizados mayormente por la población de menor renta o sin seguridad social y así promueven una organización asistencial basada en APS (atención primaria de la salud) como puerta de entrada al sistema de salud al que siguen niveles asistenciales de mayor complejidad.

Todos los países, excepto Argentina y Uruguay han diseñado normativas para el armado de una hoja de referencia / contrarreferencia - interconsulta. Y han diseñado diferentes mecanismos de comunicación como la mencionada hoja, otra de epicrisis, teléfono, correo electrónico, etc. Con algunas diferencias, este trabajo revela importantes dificultades en los mecanismos de gestión clínica para la coordinación entre niveles de atención. El estudio se basó en una encuesta realizada a médicos de los distintos niveles de atención de los seis países desde mayo a octubre de 2015. La gran mayoría de los médicos refirió no conocer a los médicos del otro nivel, excepto Uruguay. En todos los países, los médicos consideraron insuficiente el tiempo para la coordinación clínica. Agregado a esto los

mecanismos de coordinación de dicha gestión clínica eran poco conocidos por los médicos de todos los países, excepto de México. En cuanto a los instrumentos de comunicación entre distintos niveles (hoja de referencia / contrarreferencia, informe de alta, etc) fueron los médicos de atención especializada quienes mostraron mayor desconocimiento. Incluso sobre los mecanismos institucionales de comunicación directa como el teléfono, el conocimiento de los profesionales también era escaso, excepto en Argentina y Brasil y mucho menor para otros medios como el mail. En cuanto a los informes de atención especializada, el porcentaje de los médicos que lo enviaba solo superaba el 60 % en Chile, Colombia y México. Y en cuanto a su recepción en atención primaria, ésta resultó ser bastante baja, especialmente en Colombia (12.3. %). Este trabajo multicéntrico revela la necesidad de implementar estrategias de coordinación clínica sostenidas por medios formales, así como la importancia de brindar educación y capacitación al personal administrativo y profesional. (Mendizábal Miranda Andrea, 2020)

Al mencionar a estos países destinando tiempo y recursos en el análisis del aspecto referencias / contrarreferencias podemos observar algunas de las problemáticas que surgen en terreno denunciando la complejidad de las RISS.

“Debido a la alta demanda asistencial, ha cambiado el concepto de los hospitales de brindar salud por caridad para convertirse en empresas, y como tal requieren de diferentes elementos para mantenerse productivas, ser confiables y económicamente sostenibles. Para lograr estos objetivos es necesario identificar cuáles son los factores que aumentan el consumo de los recursos en las instituciones de salud, con el fin de intervenir oportunamente sobre la situación que genera los sobrecostos”. Este párrafo corresponde a una investigación realizada en el Hospital de Medellin en Colombia donde se buscó determinar las causas que prolongaban de forma innecesaria la estadía hospitalaria de pacientes mayores de 18 años, resaltando la relevancia del “hospitalocentrismo” en su génesis. Las estancias hospitalarias (EH), se convierten en una fuente de altos consumos o por el contrario de aprovechamiento de éstos.

La estancia hospitalaria (EH) es un recurso que se ve afectado en muchas instituciones de salud por no decir la mayoría, ya que los requerimientos de servicios médicos van en aumento y se evidencia una alta demanda y poca rotación de los pacientes desde el servicio de urgencias hacia otros servicios debido a las prolongaciones de las hospitalizaciones. “Un servicio de hospitalización con estancias prolongadas de pacientes puede considerarse como indicador de falta de eficiencia en el flujo de pacientes”. (Zapata Goes Leydi, 2019)

La estancia hospitalaria indica el tiempo en el que un paciente utilizó un servicio ya sea de urgencias, hospitalización, UCE, UCI, los recursos que consumió y si ocurrió en el tiempo que se estipulaba. Este tiempo se mide diferente en cada institución; en el hospital San Vicente Fundación Rionegro se mide con los GRD o grupos relacionados por diagnóstico. “El promedio de la estancia hospitalaria de pacientes es utilizado como indicador de eficiencia, porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados”. Por esta consideración es necesario medir el tiempo de hospitalización de los pacientes y determinar si fue el apropiado o si por el contrario fue prolongado llevando a la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos que pueden llevar a la muerte del paciente.

Según el grupo de investigación de Advisory Board Company, los hospitales que logran reducir las estancias prolongadas de pacientes pueden agregar camas, aumentando así la capacidad efectiva” (Zapata Goes Leydi, 2019)

Impresiona tener más repercusiones en el sistema según el nivel de complejidad en el que ocurre el congestionamiento. Como se describe en una investigación realizada en el Hospital Zonal de Bariloche, el costo promedio de un día de hospitalización (costeo basado en actividades, ABC) era en diciembre de 2018 de \$ 5.054 y actualizado abril de 2020 de \$ 8.565. Dicho costo muestra importante variación entre salas, siendo el costo promedio de las áreas críticas tres veces mayor al de las no críticas (\$ 13.478 y \$ 4.663 respectivamente). Para el 2018 el costo total de internación asumido por dicho hospital representaba el 53% de su presupuesto. (Castillo Vázquez, 2020). Es decir que más de la mitad del presupuesto se destinaba a internación, restando disponibilidad a otras actividades como investigación, inversiones en nuevas tecnologías y recursos humanos, mantenimiento estructural del hospital, docencia, etc.

En otro trabajo de investigación multicéntrico realizado entre los Hospitales Fernández, Austral y El Cruce publicado por Del Mármol, León Garabito, Marino y Otero en el año 2017, se muestra que el 40% de los días de internación innecesarios relevados se deben a la falta de criterio de internación asociada a la complejidad del paciente. La siguiente causa en importancia fue la demora en la derivación a otro establecimiento representando un 19.6%, denudando las dificultades a la hora de trabajar en red. Las causas administrativas / operativas son aquellas en las que se puede intervenir dentro de cada institución para generar cambios favorables. Para el Hospital Universitario Austral y El Cruce estas causas representan un costo de \$ 10.684.974 y \$ 7.849.800 respectivamente. Si bien tomar medidas para reducir estos costos no implicaría cambios a nivel de costos totales, sí generaría mejoras en la asignación de los mismos. Los costos ocasionados por la

falta de criterio de alta complejidad, los cuales representan \$ 8.130.600 (4.9% del costo total) en el HEC se pueden deber a que la red de hospitales de la cual forma parte la institución, más precisamente los hospitales de segundo nivel de complejidad, no están brindando el nivel de respuesta requerido por la población de referencia, siendo el HEC quien debe hacer frente a esta demanda insatisfecha corriéndose de la misión definida por él mismo. (Del Mármol , León Garabito, Marino, & Otero , 2017). Se ha descrito en el trabajo del Dr. Carlos Alberto Díaz: "Prolongación de las estancias en los hospitales: un problema que tiene solución", que los retrasos en el alta le cuestan a una sala de treinta camas más de € 0.5 millones al año.

En la descripción de indicadores hospitalarios de eficiencia cobran importancia las siguientes definiciones aportadas por el Ministerio de Salud de la Nación: (PBA, 2024)

- ✓ Dotación de camas: Número de camas asignadas al establecimiento de salud por la autoridad competente, destinadas a la internación de pacientes, que funcionan regularmente en períodos de actividad normal. En los hospitales oficiales será propuesta por el director del establecimiento para su aprobación por el organismo del cual dependa (nacional, provincial, municipal).
- ✓ Camas disponibles: camas instaladas en el establecimiento en condiciones de uso para la atención de pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas. Este número puede variar diariamente debido a que se agreguen camas por demanda estacional o emergencias, se retiren camas para reparación, desinfección, clausura temporaria del servicio, es decir, no siempre la totalidad de las camas de dotación está disponible. Por ende las camas disponibles son las camas en funcionamiento cada día del período de análisis.
- ✓ Días cama disponibles: Camas disponibles x cantidad de días del período.
- ✓ Promedio de camas disponibles: $\text{Total días} - \text{Camas disponibles del Período} / \text{Total de días del Período}$.
- ✓ Porcentaje de ocupación: $\text{Total de pacientes día} \times 100 / \text{días} - \text{cama disponibles}$.
- ✓ Días de estada: Total de días que el paciente permaneció internado en el establecimiento desde su ingreso hasta su egreso.

- ✓ Promedio de días de estada (PDE): $\text{Días de estada del período} / \text{Total de egresos del período}$.
- ✓ Giro cama: $\text{Total de egresos del período} / \text{Promedio de camas disponibles}$.
- ✓ Tasa de mortalidad hospitalaria: $\text{Número de defunciones del período ocurridas en el establecimiento} \times 100 / \text{Número de egresos}$.
- ✓ Paciente día: Permanencia de un paciente internado ocupando una cama en un establecimiento de salud, durante el período comprendido entre las 00 horas y las 24 horas de un mismo día. Refleja los servicios recibidos por un paciente internado dentro de un día censal. (PBA, 2024)

Como veremos a continuación, es fundamental tener en cuenta estas definiciones en el análisis de los costos hospitalarios.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los costos que generan para el HEC, las estadías prolongadas de los pacientes en condiciones de ser contrarreferidos a una institución de segundo nivel tecnológico cuando este traslado no se concreta?

Por lo expuesto anteriormente, la medición de los costos en general y el uso del día-cama en los hospitales puede ser un indicador de eficiencia en la gestión.

En un sistema de salud, la organización, coordinación y trabajo complementario entre sus distintos componentes permite la optimización de recursos, ahorrando tiempo, insumos y evitando complicaciones. Un ejemplo de esto es el trabajo en red y dentro de éste, los procesos de referencia y contrarreferencia.

Cuando estos fallan, surgen varias complicaciones: se prolonga la estadía de pacientes en un nivel de complejidad no acorde a las necesidades del paciente en esa instancia, la cama y los recursos tecnológicos y humanos son utilizados para dichos usuarios y por ende no están disponibles para otro paciente, ocurriendo costos de oportunidad que afectan la equidad en la atención de la población. En un centro de mayor complejidad tecnológica, la estancia prolongada se asocia con un aumento de complicaciones y eventos adversos asociados a los cuidados de la salud, como exposición a gérmenes multirresistentes (IACS: infecciones asociadas a los cuidados de la salud) trombosis venosa, úlceras, estrés psicológico. Estas complicaciones, prolongan aún más el tiempo de internación causando elevación de los costos hospitalarios, mayor lucro cesante en el paciente y su familia, disminución del giro-cama, etc.

Poder identificar estos nodos de conflicto en el Hospital El Cruce resulta de utilidad para planear acciones concretas que reduzcan costos. ¿Cuál es la relevancia en los costos cuando los distintos componentes de un sistema no están relacionados ni coordinados entre sí, por ejemplo, para los procesos de referencia y contrarreferencia?

3.1. FORMULACION DEL PROBLEMA DE LA TESIS

Cuando no se concretan las contrarreferencias de los pacientes en el momento adecuado, surgen estadías prolongadas de los mismos. Así, estando en condiciones de ser atendidos en una institución de segundo nivel tecnológico permanecen en una entidad de mayor complejidad. Esta situación podría producir un aumento en los costos hospitalarios del Hospital El Cruce.

3.2. OBJETIVO GENERAL

Estimar los costos hospitalarios que representan para el Hospital El Cruce las contrarreferencias pediátricas no efectivizadas oportunamente, durante el transcurso del año 2019 en el servicio de terapia intermedia de pediatría.

3.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Determinar el número de contrarreferencias pediátricas solicitadas en el año 2019 por el Servicio de Terapia Intermedia de Pediatría del Hospital El Cruce a los servicios de pediatría de los hospitales de segundo nivel que integran la Red Sudeste del Conurbano Bonaerense, red de atención de dicho establecimiento.

Contabilizar las contrarreferencias aceptadas y rechazadas por los servicios de pediatría de los hospitales de segundo nivel que integran dicha Red en el año 2019.

Identificar las patologías más frecuentes de las contrarreferencias rechazadas.

Describir el tiempo de demora en la obtención de la respuesta (aceptación / rechazo) por los hospitales de la Red.

Estimar los costos que generan para el Hospital El Cruce, los pacientes que estando en condiciones de ser contrarreferidos, permanecen en El Cruce.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio randomizado cuantitativo, de tipo retrospectivo.

4.2. UNIVERSO Y CARACTERISTICA DE LA MUESTRA

El presente trabajo se llevó a cabo en el Hospital El Cruce (HEC) en la localidad de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires, en el período comprendido entre 01 de enero de 2019 y 31 de diciembre de 2019, en el servicio de cuidados intermedios del servicio de pediatría (CIPED).

La población evaluada son todos los pacientes del Servicio de Terapia Intermedia de Pediatría de los que se solicitó contrarreferencia a los hospitales de segundo nivel de la Red Sudeste, (n=74)

Se evaluaron las contrarreferencias pediátricas del Servicio de Terapia Intermedia de Pediatría solicitadas, aceptadas y rechazadas por los hospitales de la Red durante el año 2019.

Se estimaron los costos de las contrarreferencias no efectivizadas a través del valor día /cama en el Servicio de Terapia Intermedia Pediátrica del HEC:

4.3. FUENTES DE INFORMACION Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Se obtuvo la información de:

- ✓ SIGEHOS (Sistema informático-administrativo del Hospital El Cruce),
- ✓ GALILEO (historia clínica digitalizada del Hospital),
- ✓ Área de Investigaciones Económicas y Costos del HEC (valor día / cama de CIPED en 2019).

Se utilizaron las guías de la Academia Americana de Pediatría y criterios ad hoc para la toma de decisión en la solicitud del pedido de contrarreferencia en el Servicio de Terapia Intermedia del HEC. (Arrospide Natalia, 2015) (Nicholas A.Ettinger, 2022)

***Nota: El Hospital El Cruce no contaba, hasta el año 2021 con un sistema de registro formal del total de pedidos de referencias al Hospital El Cruce (aceptadas y

rechazadas) por los distintos canales de comunicación: mail, telefónica. Solo se podía registrar las referencias o derivaciones solicitadas y aceptadas, pero no las solicitudes rechazadas por el HEC.

5. DESARROLLO:

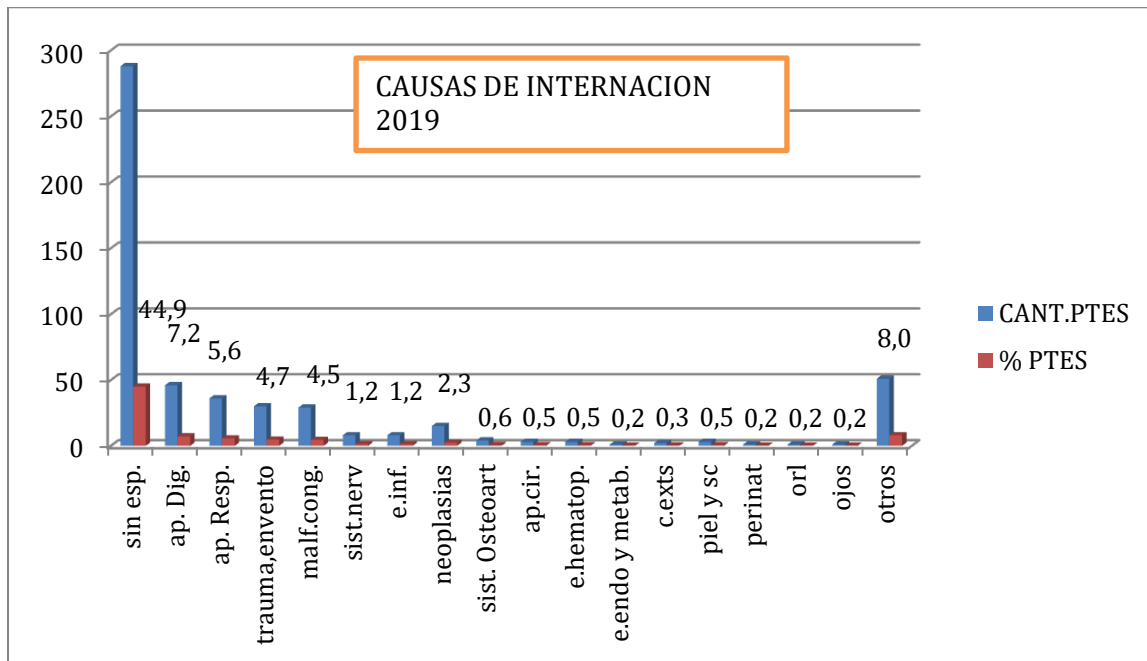
Durante el año 2019, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre el Servicio de Terapia Intermedia de Pediatría (CIPED) del Hospital El Cruce presentó los siguientes registros:

Tabla 1. Total de Internaciones y sus causas en CIPED entre 01 de enero y 31 diciembre 2019.

TOTAL PACIENTES INTERNADOS (N=641)	
CAUSA DE INTERNACION	PORCENTAJE (%)
SIN ESPECIFICAR	45.2
APARATO DIGESTIVO	7.3
APARATO RESPIRATORIO	5.7
TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS	4.8
MALFORMACIONES CONGENITAS	4.6
APARATO GENITOURINARIO	2.4
SISTEMA NERVIOSO	1.2
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	1.4
NEOPLASIAS	2.3
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	0.7
APARATO CIRCULATORIO	0.46
ENFERMEDADES HEMATOPOYETICAS	0.46
ENF ENDOCRINAS, METABOLICAS	0.15
CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	0.31
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y SUBCUTANEO	0.46
AFECCIONES PERINATALES	0.15
OIDO Y APOFISIS MASTOIDES	0.15
OJO Y SUS ANEXOS	0.15
OTROS	8.2

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de SIGEHOS, sistema informático del Servicio de Gestión de pacientes, el cual utiliza la clasificación CIE 10 para codificar los diagnósticos de internación en El Cruce.

GRAFICO 1 DE TABLA 1: Total de pacientes internados, causas más frecuentes - Año 2019



Fuente: Elaboración propia

El Servicio de Terapia Intermedia (CIPED) del Hospital El Cruce recibe pacientes en forma independiente de la Red Pediátrica del hospital, siendo ésta la Red Sudeste del Conurbano Bonaerense, de otras regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires y del resto del país (referencias), como también del Servicio de Terapia Intensiva de El Cruce (pases por complejidad).

Debemos recordar que la Terapia Intermedia de Pediatría durante el año 2019 tenía la mitad de las camas de internación que en la actualidad, siendo la dotación de camas en ese momento de 10 unidades. El promedio de días cama disponibles fué de 10 y los días cama disponibles en ese año de 3.650. El porcentaje de ocupación del 93.4% con un giro cama de 64.10. La tasa de mortalidad del servicio ese mismo año fue de 0 % (cero defunciones). Los días de estadía: 3.356 y la relación ingresos/egresos día de 0.58. Los DPE (días promedio de estadía) 5.24 días en el año 2019

TABLA 2. Características de la internación en CIPED entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año 2019

CIPED: CARACTERISTICAS DE INTERNACION Año 2019	
DOTACION DE CAMAS	10 UNIDADES
PROMEDIO DIAS / CAMA DISPONIBLES	10 UNIDADES
DIAS / CAMA DISPONIBLES / Año 2019	3.650 DIAS

% DE OCUPACION DE CAMAS	93.4 %
GIRO- CAMA	64.1
TASA DE MORTALIDAD DE CIPED / 2019	0%
DIAS DE ESTADIA	3.356 DIAS
RELACION INGRESOS / EGRESOS 2019	0.58
DPE (DIAS PROMEDIO ESTADIA)	5.24 DIAS

Fuente: elaboración propia.

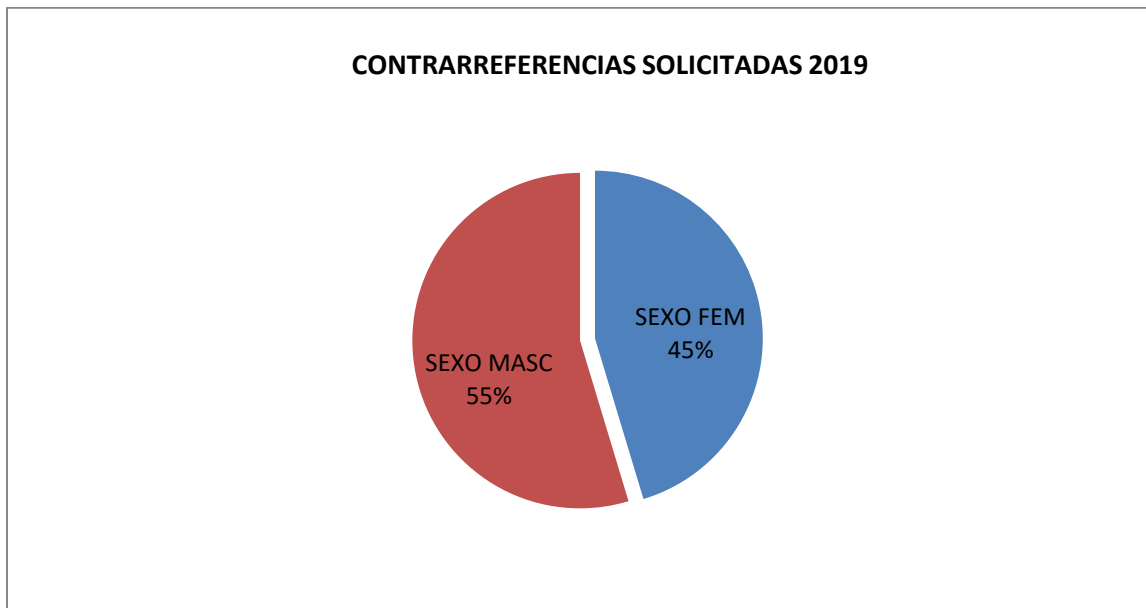
La Terapia Intermedia realiza diagnósticos y tratamientos de los pacientes acordes a las características clínicas de los mismos y la complejidad del servicio. Además, debe solicitar las contrarreferencias de los pacientes en forma oportuna a los hospitales de segundo nivel cuando estos pacientes ya no requieren de una terapia intermedia, cumpliendo uno de los objetivos del Hospital, que es el trabajo en red.

Tabla 3. Total de contrarreferencias solicitadas durante el año 2019 según sexo, en CIPED

_CONTRARREFERENCIAS SOLICITADAS Año 2019	
SEXO FEMENINO	34
SEXO MASCULINO	41
TOTAL	75

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO 2 DE TABLA 3: Total de contrarreferencias solicitadas por CIPED 2019 según sexo.



Fuente: Elaboración propia

Para efectivizarse las contrarreferencias, el plantel médico del Servicio, debe evaluar la complejidad de cada paciente y utilizando los criterios de internación para una sala de terapia intermedia ad hoc y los de la Academia Americana de Pediatría decide qué pacientes son factibles de completar su tratamiento en una Institución de segundo nivel de complejidad. (Arrospide Natalia, 2015) (Nicholas A.Ettinger, 2022)

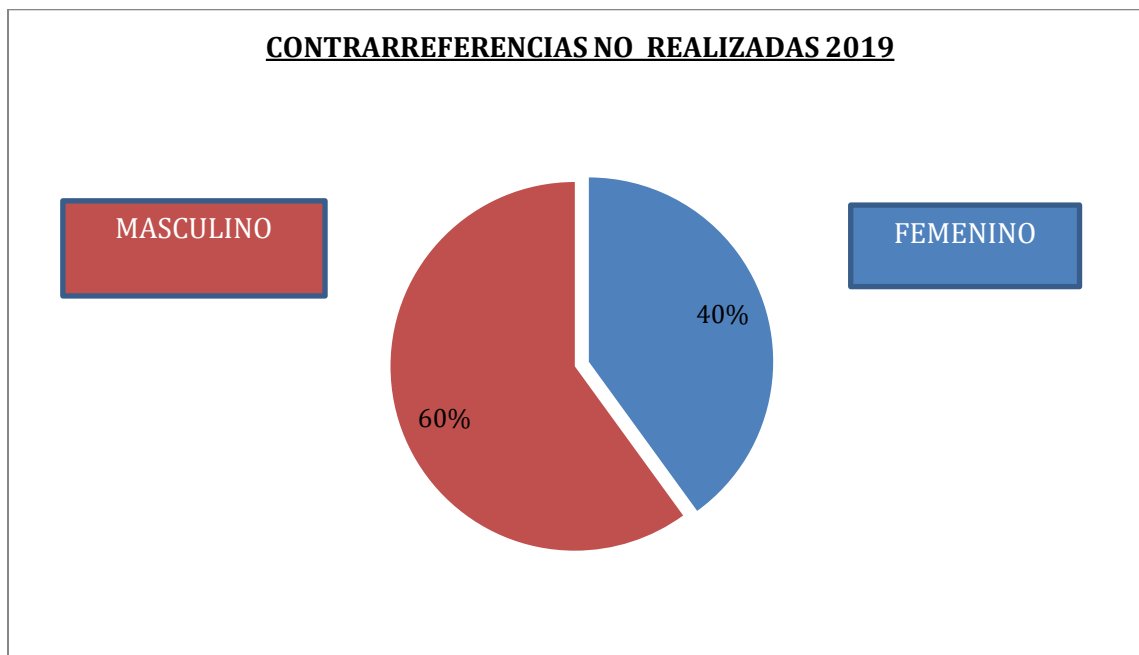
El médico elabora un resumen de historia clínica del paciente, luego envía el mismo de forma digitalizada al Servicio de Gestión de Pacientes del Hospital El Cruce. Este Servicio solicita vía mail la derivación a un Hospital de segundo nivel, mayormente el mismo hospital que referenció al niño. Los establecimientos de segundo nivel reciben este pedido en su oficina de gestión o en el servicio de pediatría directamente y generan una respuesta.

Tabla 4. Contrarreferencias no realizadas en el año 2019, según sexo.

SEXO FEMENINO	12
SEXO MASCULINO	18
TOTAL	30

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO 3 DE TABLA 4: Contrarreferencias no realizadas – Año 2019



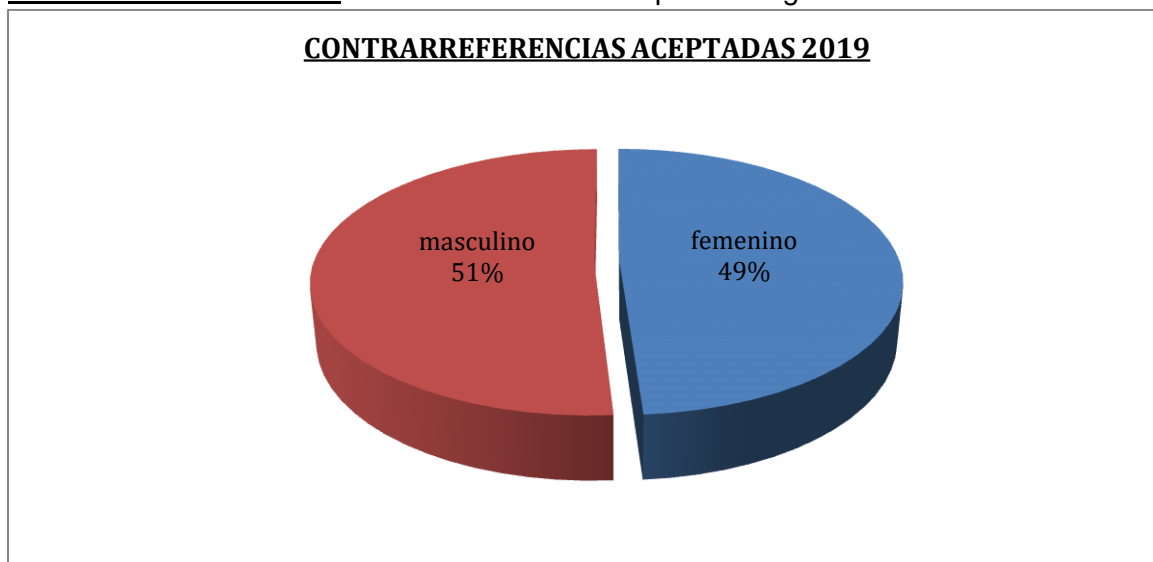
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Contrarreferencias realizadas en el año 2019, según sexo.

SEXO FEMENINO	22
SEXO MASCULINO	23
TOTAL	45

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO 4 DE TABLA 5: Contrarreferencias aceptadas según sexo – Año 2019



Fuente: Elaboración propia.

Cuando el Hospital de referencia de segundo nivel de complejidad decide aceptar la contrarreferencia, acciona los medios para trasladar al paciente desde el Hospital El Cruce hasta sus instalaciones, por ende, debe destinar una ambulancia para tal fin, ya que El Cruce no cuenta con servicio de traslado de pacientes. Esto puede provocar una demora extra en el movimiento de los pacientes entre establecimientos.

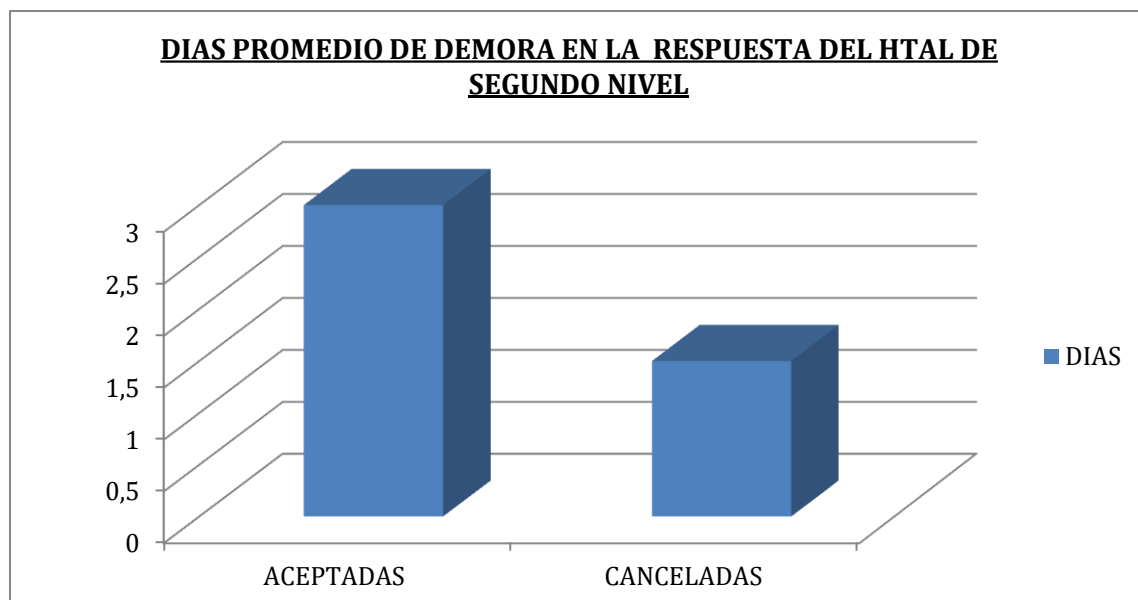
El sistema informático está diseñado para registrar únicamente la respuesta afirmativa o negativa del hospital de referencia o de segundo nivel y el tiempo en que ocurre la misma.

Tabla 6. Tiempo en días de para obtener la respuesta sobre la contrarreferencia desde los hospitales de segundo nivel.

CONTRARREFERENCIAS ACEPTADAS	2.8
CONTRARREFERENCIAS CANCELADAS	1.4

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO 5 DE TABLA 6: Días promedio de respuesta del Hospital de Segundo Nivel al pedido de contrarreferencias año 2019



Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Demora en la respuesta de contrarreferencias realizadas (días por paciente).

PACIENTE	DEMORA (EN DIAS) DESDE SOLICITUD HASTA REALIZACION DE CONTRARREFERENCIAS.
1	1

2	1
3	3
4	8
5	3
6	8
7	1
8	1
9	23
10	4
11	2
12	1
13	1
14	1
15	1
16	3
17	1
18	1
19	4
20	2
21	2
22	6
23	6
24	3
25	1
26	3
27	1
28	1
29	1
30	1
31	4
32	2
33	3
34	1
35	1
36	2
37	2
38	4
39	4
40	1
41	1

42	2
43	2
44	2
45	1
TOTAL DIAS EN 2019	127

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Demora en la respuesta de las contrarreferencias no realizadas (días por paciente)

PACIENTE	DEMORA (EN DIAS) PARA LA NEGATIVA EN LA RESPUESTA
46	1
47	1
48	1
49	1
50	1
51	1
52	1
53	1
54	1
55	1
56	3
57	1
58	1
59	2
60	10
61	1
62	1
63	1
64	1
65	1
66	1
67	1
68	1
60	1
70	1
71	1
72	1
73	1
74	1

75	1
TOTAL DIAS AÑO 2019	42

Fuente: Elaboración propia

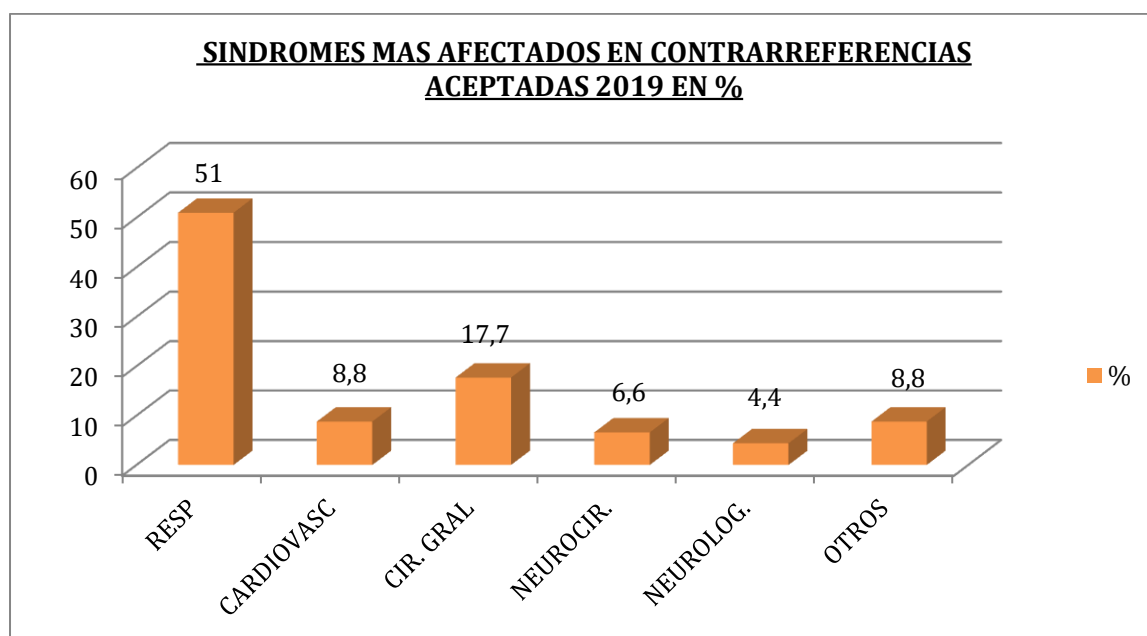
Es importante mencionar que el sistema de referencias y contrarreferencias actual no permite el registro del motivo de rechazo de la contrarreferencia solicitada y negada por el establecimiento de segundo nivel. Sólo contamos con información sobre la patología principal del paciente.

Tabla 9. Contrarreferencias realizadas en 2019 agrupadas por principal diagnóstico o aparato afectado.

PATOLOGIAS AGRUPADAS X SINDROMES O SISTEMA MAS AFECTADO EN CONTRARREFERENCIAS ACEPTADAS EN 2019		
APARATO	NUMERO (n)	PORCENTAJE (%)
RESPIRATORIO	23	51.1
CARDIOVASCULAR	4	8.8
CIRUGIA GENERAL	8	17.7
NEUROCIRUGIA	3	6.6
NEUROLOGIA	2	4.4
OTROS	4	8.8

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO 6 DE TABLA 9:..Sindromes más afectados en contrarreferencias aceptadas – año 2019



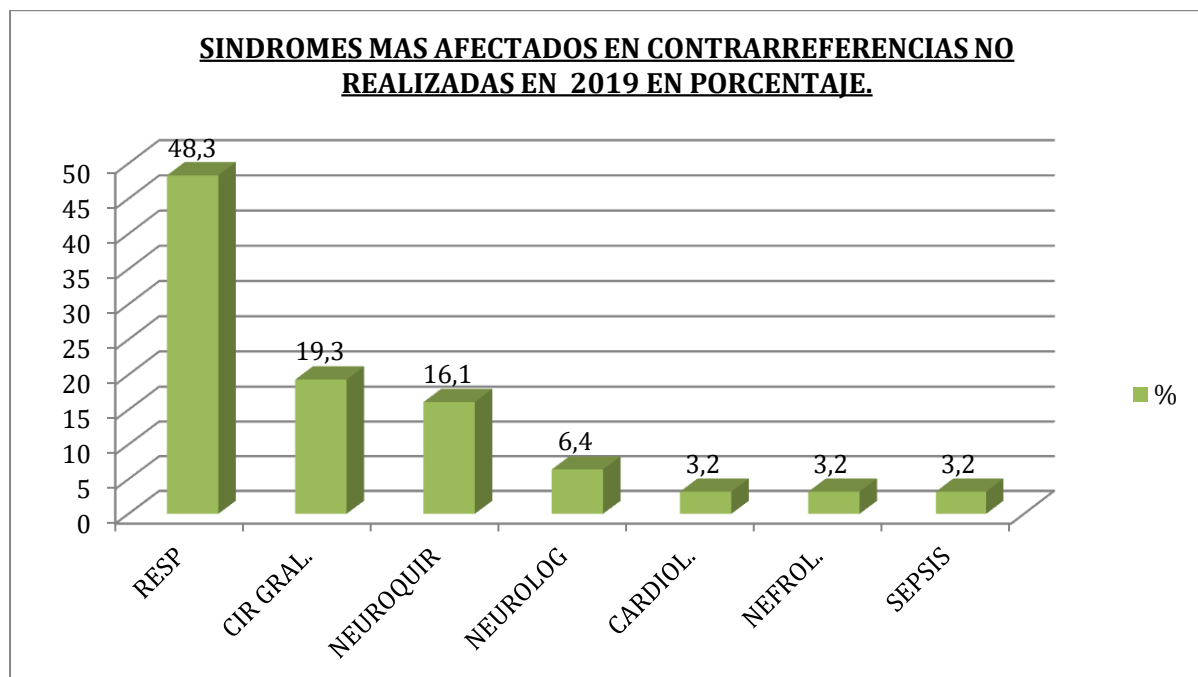
Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. Contrarreferencias no concretadas en 2019, agrupadas por diagnóstico principal o aparato afectado.

PATOLOGIAS AGRUPADAS X SINDROMES O SISTEMA MAS AFECTADO EN CONTRARREFERENCIAS NO REALIZADAS EN 2019		
APARATO	NUMERO (n)	PORCENTAJE (%)
RESPIRATORIO	14	48.3
QUIRURGICO ABDOMINAL	6	19.3
NEUROQUIRURGICO	5	16.1
NEUROLOGICO	2	6.4
CARDIOLOGICO	1	3.2
NEFROLOGICO	1	3.2
SEPSIS	1	3.2
TOTAL	30	100

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO 7 DE TABLA 10:.. Síndromes más afectados en contrarreferencias no realizadas – año 2019



Fuente: Elaboración propia

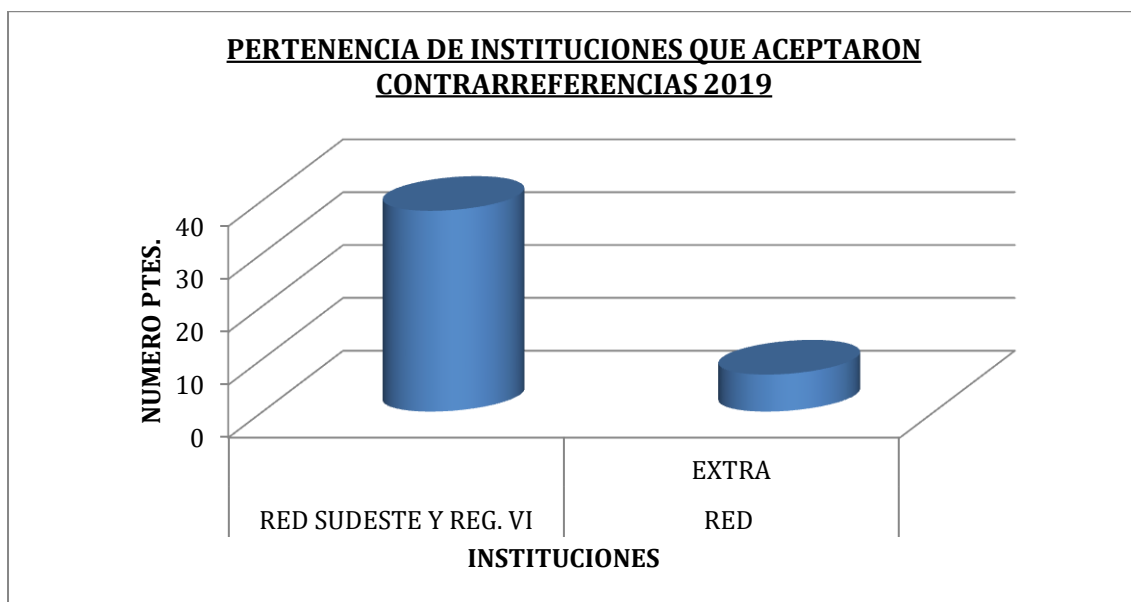
Durante el año 2019 se trabajó en conjunto con varios hospitales de la Red Sudeste y también con instituciones extra red.

Tabla 11. Aceptación de contrarreferencias en 2019, entidades que aceptaron las mismas.

HOSPITALES QUE ACEPTARON CONTRARREFERENCIAS EN 2019	
RED SUDESTE Y REGION SANITARIA VI	38
EXTRA RED	7
TOTAL PACIENTES CONTRARREFERIDOS	45

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO 8 DE TABLA 11: Instituciones que aceptaron contrarreferencias – año 2019



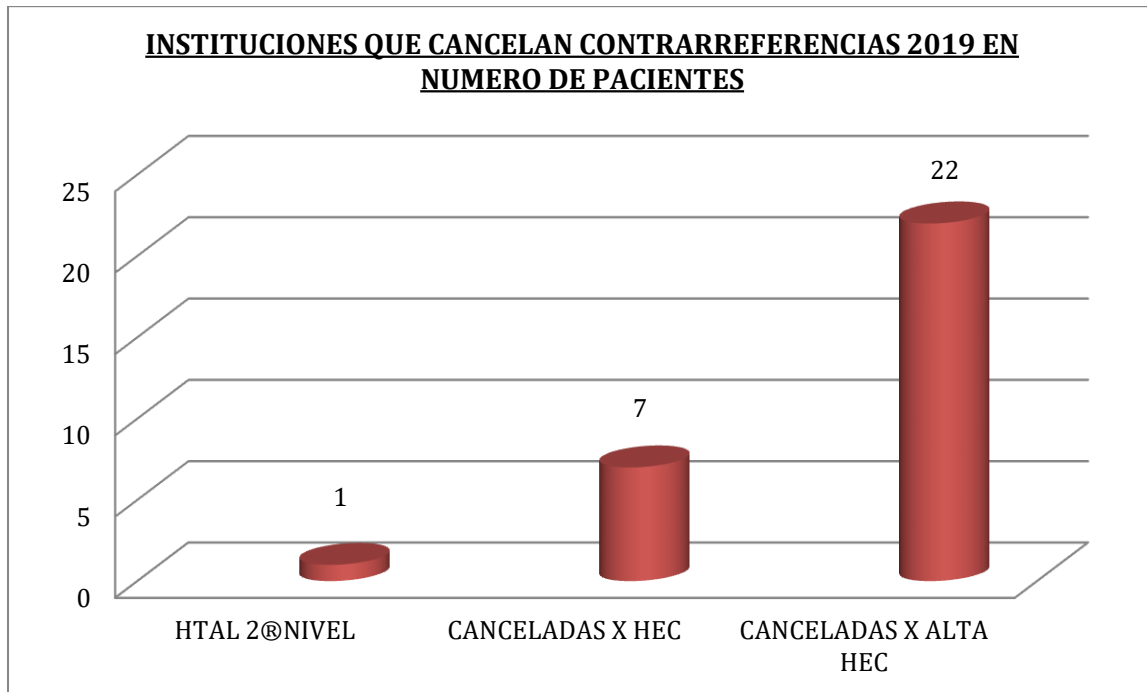
Fuente: Elaboración propia

Tabla 12. Contrarreferencias no realizadas en 2019.

RECHAZO FORMAL DE HOSPITAL DE 2* NIVEL	1
CANCELADAS POR EL HEC	7
CANCELADAS POR ALTA DESDE EL HEC	22
TOTAL PACIENTES NO CONTRARREFERIDOS	30

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO 9 DE TABLA 12. Entidades que cancelaron contrarreferencias – año 2019



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los costos, según elaboración propia del Área de Investigaciones Económicas del HEC (Hospital El Cruce) en base al método de costeo por cascada de los Centros de Costos de Internación del Hospital, el valor día / cama en el Servicio de Terapia Intermedia del Hospital El Cruce en el año 2019 era de \$ 34.587 (en \$ corrientes). Ese año el valor del dólar promedio fue de u\$s 1 = \$ 49, 72 es decir que el valor día / cama fue en promedio ese año de u\$s 695.63.

La cantidad de días que se demoraron las contrarreferencias efectivizadas (45 pacientes) desde su pedido a los hospitales de segundo nivel o a los Ministerios de Salud de las Provincias correspondientes fue durante el año 2019, de 127 días en total con un promedio de demora en la respuesta de 2.8 días. El costo de esos 127 días para el Hospital El Cruce representó en ese año \$ 4.392.549 (u\$s 88.381).

Con respecto a las contrarreferencias no concretadas, el promedio de días desde la solicitud hasta la resolución, ya sea por cancelación desde el HEC o por rechazo desde Instituciones de segundo nivel fue de 1.4 días, con un total de 42 días durante el año 2019. esto representa para el Hospital El Cruce un costo de \$ 1.452.654 (u\$s 29.228).

Tabla 13. Costos en Día / cama para las contrarreferencias realizadas en 2019.

TOTAL CONTRARREFERENCIAS REALIZADAS (NUMERO DE PTES.)	DIAS TOTALES ENTRE SOLICITUD Y REALIZACION (TRASLADO DEL PTE.)	COSTO TOTAL PARA EL AÑO 2019 (EN \$)	COSTO TOTAL EN DOLARES
45	127	\$ 4.392.549,00	u\$s 88.381,00

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14. Costos en Día / cama para las contrarreferencias canceladas en el año 2019, por días de demora entre la solicitud y la cancelación.

TOTAL CONTRARREFERENCIAS CANCELADAS	DIAS DESDE SOLICITUD HASTA CANCELACION	COSTO EN \$	COSTO EN DOLARES
30	42	\$ 1.452.654,00	u\$s 29.228,00

Fuente: Elaboración propia.

6. CONCLUSIONES:

El Hospital El Cruce, creado por la ley SAMIC en 2009 es un nosocomio clasificado como NIVEL IIIB (alto riesgo con terapia intensiva especializada), según resolución 900-E/2017 del Ministerio de Salud de la Nación del 17/07/2017. Cuenta con un Servicio de Terapia intensiva Pediátrica y un Servicio de Terapia Intermedia Pediátrica actualmente con 28 y 20 camas respectivamente más un servicio de recuperación cardiovascular pediátrico con 6 unidades, en ampliación actualmente quedando a fin de obra en 2024, con diez unidades cardiovasculares.

Es un hospital fundado bajo el concepto de trabajo "en red" inserto en la Red Sudeste del Conurbano Bonaerense, formada por seis hospitales zonales de segundo nivel que conforman la Red de Atención directa del Cruce: Mi Pueblo de Florencio Varela, Dr. Iriarte de Quilmes, Oller de San Francisco Solano, Evita Pueblo de Berazategui. Lucio Meléndez de Adrogué, A. Oñativia de Almirante Brown. El área de influencia directa es de aproximadamente dos millones de personas (2.080.280), según datos del INDEC por censo nacional de 2021, siendo un tercio de la misma población pediátrica.

Esta investigación se realizó en el Hospital El Cruce en la localidad de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires, en el periodo comprendido entre 01 de enero de 2019 y 31 de diciembre de 2019, en el Servicio de Cuidados Intermedios del Servicio de Pediatría (CIPED).

Se analizaron los datos correspondientes a las contrarreferencias solicitadas durante el año 2019 desde el Servicio de Cuidados Intermedios de Pediatría (CIPED) y se relacionaron esos datos con el valor día /cama de ese mismo año en dicho servicio.

La información se obtuvo de los sistemas operativos SIGEHOS (Sistema informático-administrativo del Hospital El Cruce), GALILEO (historia clínica digitalizada del Hospital) y del Área de Investigaciones Económicas y Costos del HEC (valor día / cama de CIPED en 2019).

Entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año 2019 el Servicio de Terapia o Cuidados Intermedios de Pediatría tuvo 641 pacientes internados. Los pacientes que se internan en dicho servicio tienen una edad comprendida entre 30 días y 15 años (con la excepción de 18 años para los pacientes que han recibido algún tipo de trasplante de órgano).

Del total de internados, el Servicio solicitó la contrarreferencia de 75 pacientes (11.7%) a salas de pediatría clínica en hospitales de segundo nivel pertenecientes a la Red

Sudeste. Se efectivizaron 45, es decir el 60 % de lo solicitado y no se concretaron 30, o sea el 40 %. El promedio de respuesta en días para las contrarreferencias aceptadas por los hospitales de segundo nivel de complejidad fue de 2.8 días, mientras que para las rechazadas fue de 1.8 días. El total de días desde la solicitud de la contrarreferencia hasta su concreción fue de 127 días en el año 2019 y para las contrarreferencias no efectivizadas fue de 42 días en ese mismo año. De las contrarreferencias canceladas, 12 correspondieron al sexo femenino y 18 al masculino. Las patologías de mayor frecuencia en este grupo de contrarreferencias fallidas correspondieron a patología respiratoria (13 casos), seguida por patología quirúrgica abdominal (7 pacientes), neuroquirúrgica (5 pacientes), patología neurológica (2), cardiológica (1), nefrológica (1), sepsis (1), guardando relación con las enfermedades de mayor prevalencia de internación en los Servicios de Terapia Intermedia e Intensiva de El Cruce.

El Hospital El Cruce canceló 7 pedidos de contrarreferencia en ese año, (9.3% del total de contrarreferencias solicitadas) permaneciendo esos pacientes internados un tiempo más en CIPED, en cinco de esos pacientes el motivo de cancelación fue necesidad de mantener el tratamiento y estudio en una terapia intermedia, una cancelación se debió a rechazo de la familia del paciente a ser contrarreferido y un último caso se trató de un error de pedido de contrarreferencia, y no se concretaron otras 22 contrarreferencias (29.3 % del total de contrarreferencias pedidas) porque el Hospital El Cruce a través de dicho servicio generó el alta institucional de estos pacientes. Mientras que un (1) solo hospital de la Red rechazó la contrarreferencia de un paciente (1.33 %).

Por ende, el total de días desde la solicitud de contrarreferencia hasta la resolución de la misma (ya sea la efectivización o la cancelación de ésta) fue en el año 2019 de 169 días, representado un costo en Día / cama para El Cruce de \$ 5.845.203,00 o sea un aproximado de u\$s 117.609,00 en ese año.

El Hospital El Cruce es una entidad de tercer nivel, de alta complejidad que intenta trabajar en red en el conurbano bonaerense. Inserto en la Región VI de la Provincia de Buenos Aires. Cuenta con un total de 233 unidades de internación, de las cuales, 28 son de terapia intensiva pediátrica, 20 de terapia intermedia pediátrica y 10 de recuperación cardiovascular infantil. En este trabajo se buscó describir el sistema de contrarreferencias del Servicio de Terapia Intermedia Pediátrica durante el año 2019 y relacionarlo con los costos día / cama de dicho servicio.

Luego de que El Cruce solicita la contrarreferencia de un paciente a un hospital de segundo nivel, es ese establecimiento el que debe arbitrar los medios necesarios para buscar al paciente, ya que El Cruce no cuenta con servicio de traslado de pacientes. Así observamos que durante el año 2019 habiendo estado internado un total de 641 pacientes en el Servicio de Terapia Intermedia Pediátrica (CIPED) se pidió la contrarreferencia a un hospital de segundo nivel de 75 niños (11,7% del total de internados). De estas se concretaron 45, es decir un 60% de lo pedido. No se realizaron 30 contrarreferencias (40%). De las contrarreferencias practicadas, todos los niños volvieron a su hospital de origen (contrarreferencias radiadas).

Con respecto a las contrarreferencias no concretadas se puede notar que 22 de las mismas, o sea el 29,3 % fueron canceladas por el propio Servicio de Terapia Intermedia, ya que otorgó el alta institucional al paciente mientras aguardaba la respuesta del hospital de segundo nivel. En un 9,3 % (7 pacientes), canceló ese pedido inicial porque consideró que el niño aún requería de tratamiento en CIPED y en un caso debió cancelar la derivación por negativa de la familia del niño a ser contrarreferido. Mientras que solo un hospital de segundo nivel dio la negativa a la contrarreferencia (1,33%).

Las patologías más frecuentes en las contrarreferencias solicitadas, tanto las aceptadas como las canceladas fueron las de índole respiratoria y de cirugía general, seguidas por las neuroquirúrgicas y las cardiovasculares. El total de días transcurridos desde la solicitud de la contrarreferencia hasta su resolución, ya sea concreción o cancelación de la misma fue de 169 días en el año 2019.

El valor día / cama en el Servicio de Terapia Intermedia del Hospital El Cruce en el año 2019 era de \$ 34.587,00 (en \$ corrientes). Ese año el valor del dólar promedio fue de u\$s 1 = \$ 49,72 es decir que el valor día / cama fue en promedio ese año de u\$s 695.63,00. Por lo tanto esos 169 días representan un costo en día /cama de CIPED de \$ 5.845.203 es decir u\$s 117.562,00 en ese año.

Vemos, por lo tanto, que el sistema de contrarreferencias vigente ocurre de forma radiada desde El Cruce al hospital de origen del paciente, en lugar de realizarse en forma de red a algún otro hospital integrante de la misma con igual jerarquía de complejidad. Es probable que esto se deba a tres motivos principales: el establecimiento al que primero concurre el paciente suele ser el más cercano a su domicilio y de esta forma las familias necesitan regresar a dicho lugar.

En segundo lugar, el sistema computarizado diseñado para tal solicitud permite el pedido a un único establecimiento de salud.

En tercer lugar, resulta más probable la aceptación de la contrarreferencia de un paciente cuando éste es conocido por el hospital de segundo nivel y cuando pertenece a su localidad. Desprendiéndose de esto último observamos que aún resta capacitación en los integrantes del sistema de salud en lo que se refiere al significado de trabajo en red.

El sistema actual de registro de las contrarreferencias del Hospital El Cruce no contempla la descripción del motivo por el que el hospital de segundo nivel rechaza la contrarreferencia.

Existe una comunicación informal en paralelo entre El Cruce y los hospitales derivantes (en general via whats app entre médicos) a través de los cuales se comenta el estado clínico y las necesidades de los pacientes a ser contrarreferidos. Esto tal vez pueda influir en cierta demora para la solicitud de las contrarreferencias por los profesionales de El Cruce, explicando que el 29.3 % de las solicitudes de contrarreferencias fueran canceladas por el mismo Servicio de Terapia Intermedia Pediátrica al dar el alta institucional al paciente.

7. DISCUSION:

La demora en la respuesta de las contrarreferencias efectivizadas fue de casi tres días (2.8 días) y de las canceladas de un día y medio (1.4 días) en el año 2019 para el Servicio de Terapia Intermedia de Pediatría del Hospital El Cruce. En total transcurrieron 169 días en ese año, representando según el valor día / cama de ese mismo momento, un costo de \$ 5.845.203 (u\$s 117.562) para el Hospital.

Sabemos que el mercado de la Salud resulta ser uno de los más imperfectos.

El "Hospital" entendido como una organización burocrática – administrativa y asistencial multiproducto no escapa a la complejidad del mercado de la salud.

La Dirección de un establecimiento de salud constantemente debe tomar decisiones. En esta esfera resultan fundamentales la misión y la visión de la entidad así como el planteamiento de objetivos a corto, mediano y largo plazo.

Decidir implica aceptar y rechazar. Para llevar a cabo esta acción en una Institución de salud debemos conocer precios y costos. Así el cálculo del precio de productos hospitalarios intermedios (cirugías, determinaciones de laboratorio, imágenes, raciones alimentarias, etc) y productos finales (egresos de internación, consultas externas, etc.) resultan fundamentales.

Definimos costo como el valor que tienen los recursos utilizados para producir un bien o un servicio. Esta medición es clave en la toma de decisiones, y en el conocimiento del rumbo de una empresa, al comparar costos actuales con valores históricos.

Dentro de los costos institucionales identificamos los costos directos, es decir aquellos gastos en recursos implicados directamente en brindar un servicio de salud (gastos en consultorios, ambulancias, etc.) y los indirectos, no relacionados con la atención médica directa (gastos en librería, publicaciones, servicios al personal, impuestos).

Pero, para tener una información completa debemos informarnos sobre los costos fijos, es decir aquellos costos que no varían con el nivel de producción de una actividad y los costos variables, que sí se modifican según el grado de producción de una actividad. Del análisis de estos datos puede obtenerse el punto de equilibrio (nivel de actividad en el que la empresa logra cubrir la totalidad de los costos; fijos y variables, obteniendo un beneficio cero) y el costo marginal, es decir cuánto costaría producir una unidad más, ya sea un bien o servicio. (Sandovares Facundo, 2022)

Al conocer toda esta información es factible elaborar un presupuesto, negociar partidas presupuestarias, determinar la utilidad operativa de sectores del hospital, destinar recursos, solicitar ajustes en pagos de obras sociales, prepagas, etc. (Monsalvo Mauricio, 2022) (Cao Viviana, 2022)

Antes de continuar y resaltando la imperfección del mercado de la salud no debemos dejar de mencionar que toda empresa en funcionamiento responde tres preguntas básicas: 1) ¿Qué producir y en qué cantidades? 2) ¿Cómo se va a producir? 3) ¿Para quiénes se producirán esos bienes o servicios? De estos interrogantes básicos surgen decisiones que toma una empresa y el concepto de "costos de oportunidad", es decir que si se hace una determinada actividad, no puede hacerse otra en forma simultánea con los mismos recursos. El costo de oportunidad es el valor de lo que se está dejando de hacer o a lo que se está renunciando al decidir llevar a cabo una actividad. Uno de los grandes problemas en economía: Los recursos compiten entre fines alternativos y cada decisión tiene un costo de oportunidad en términos de bienes, servicios y salud. (Marotz, 2021).

La calidad en la atención de la salud, la accesibilidad a la misma, la equidad, entendida como la obtención de servicios de salud de acuerdo a las necesidades que cada individuo tiene, ponen de manifiesto lo trascendental del concepto de costo de oportunidad.

Volviendo al tema puntual que ocupa esta tesis podemos ver la importancia de la medición de costos en salud, ya que su análisis permite la toma de decisiones que acercan o alejan a la población al cuidado de su salud.

En el presente trabajo se intenta abordar esta problemática desde la óptica de un hospital de tercer nivel que intenta trabajar bajo el concepto de RISS.

El Hospital El Cruce, regido por la ley SAMIC es un hospital de Gestión Descentralizada (HPGD), teniendo por lo tanto cierta autonomía en la toma de decisiones, facturación y ejecución de los recursos generados por el propio hospital.

Utiliza el sistema de costeo por cascada, el que le permite obtener información contable de cada sector de la Institución.

Inserto en la Región VI de la Provincia de Buenos Aires, intenta implementar un sistema de referencia / contrarreferencia como parte del trabajo en red (RISS). Se observan dificultades en su implementación, tanto desde los hospitales de segundo nivel, como desde El Cruce, elevando los costos para él mismo.

A esto debe agregarse la ocupación de la unidad de internación por un paciente en condiciones de estar en un establecimiento de segundo nivel impidiendo el ingreso de otro niño con requerimientos de terapia intermedia, agravándose esta situación si tenemos en cuenta que la terapia intermedia pediátrica, muchas veces sirve de descarga de pacientes de la terapia intensiva, generando un mayor costo de oportunidad, ya que se bloquea el ingreso de niños a dichas unidades. Sumado a estas dificultades, la permanencia de pacientes en hospitales de más alta complejidad con mayor grado de intervencionismo expone a dichos niños a complicaciones propias de estas unidades, como bacterias intrahospitalarias, accidentes, prolongando así aún más la internación.

8. PROPUESTAS:

Por lo tanto, se sugieren algunas intervenciones para mejorar esta situación:

Ficha de registro de referencias y contrarreferencias más amplia en la que se incluyan los motivos que esgrime cada establecimiento para la aceptación o rechazo de las mismas.

Estricto seguimiento de los profesionales de la Terapia Intermedia de El Cruce de los criterios de internación y permanencia de pacientes en una unidad de esas características (criterios ya elaborados ad hoc y de la Academia Americana de Pediatría) para optimizar el momento de solicitud de las contrarreferencias .

Transcripción a medios formales (mail, planilla ya existente de contrarreferencias) de las comunicaciones informales.

Contrarreferencias en forma de red y no radiadas, a cualquier institución de segundo nivel de dicha red.

Para la concreción del punto anterior sería una buena herramienta el contar con un consentimiento informado que incluya este punto, es decir autorizando dicha contrarreferencia en el momento oportuno, firmado por la familia del paciente al ingreso al Hospital El Cruce.

El ofrecimiento de Teleconsultas con el Hospital que acepta la contrarreferencia para evacuar dudas con respecto al paciente contrarreferido en caso de ser necesario.

Historia clínica universal digitalizada, la cual facilitará la comunicación entre los diferentes establecimientos que asisten al paciente, ahorrando tiempo y dinero, evitando repetición de estudios complementarios e interconsultas ya hechas, permitiendo la visión y seguimiento global de cada paciente.

Cada establecimiento de segundo nivel requiere de una oficina de gestión de derivaciones y de un sistema de ambulancias adecuado para optimizar las referencias y contrarreferencias.

Es necesario que los establecimientos de segundo nivel cuenten con el personal asistencial y los insumos necesarios para asistir a los pacientes contrarreferidos.

9. BIBLIOGRAFIA:

- (OPS/OMS, 2008)
- (salud R. e., 1999)
- Alvarez, D., & Turkenich, M. (2021). *Redes y Territorios. Aportes para planificar la política de salud en nuestra región*. Editorial UNAJ.
- Ariovich, A., & Crajethovich, M. (3 de diciembre de 2014). *Memoria Activa*. Obtenido de Claves para analizar redes de organizaciones complejas en salud. VIII Jornadas de sociología UNLP: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4962.pdf
- Arrospide, N., Montali, C., Veslosada, J., Del Marmol, F., & García Munitis, P. (2015).
- Cumplimiento de Criterios de Admisión y alta complejidad en la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos del Hospital El Cruce. *Revista del Hospital El Cruce*, 19-23.
- Artaza, O. (2017). Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal y servicios de calidad en la Argentina. OPS/OMS.
- Barragán Bechara, J. C., Riaño Casallas, M. I., & Martínez, M. (2012). Redes integradas de servicios de salud : hacia la construcción de un concepto. *Universidad y Salud*.
- Becerrill Montekio, V., Medina, G., & Aquino, R. (2011). Sistema de salud en Brasil. *Revista de salud pública México*, 120-131.
- Boverin Calizasaya, A. K., Lora Ortiz, E., Penaranda, L., & Torres Baran, C. (2013).
- Utilizacion del sistema de referencia y contrarreferencia del centro de salud San Miguel . Villa Serrana. 2013. *Archivos Bolivianos de Medicina*, vol 20 n. 88.
- Canos Benitez, N., Moreno Pareja, E., & Cataño Saldariaga, E. A. (2021). Factores de estancia hospitalaria prolongada en una institucion de salud en Medellin. *Revista cúcuta Colombia vol 18, número 2*.
- Castillo Vázquez, M. (2020). Diseo de un modelo de valuación de costos hospitalarios. Estudio de caso y aplicación en el Hospital Zonal Bariloche "Dr. Ramón Castillo ". San Carlos de Bariloche: Universidad Nacional de Rio Negro.
- Crojethovic, M., & Ariovich, A. (2015). Las redes, un modelo organizativo para contrarrestar la fragmentación institucional del sistema de salud en la Argentina.

Revista electrónica Gestión de las Personas y Tecnología. Universidad de Chile, 38-50.

- Crojethovic, M., & Ariovich, A. (2018). Las redes de salud en el territorio del Gran Buenos Aires: El desafío de la coordinación de servicios de salud. *Revista Internacional de Organizaciones, Numero 20*, 169-195.
- Del Mármol, F., León Garabito, C., Marino, H., & Otero, L. (2017). Dimensionamiento del impacto de las internaciones innecesariamente prolongadas en hospitales con internación de la provincia y ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Dirección de Investigación para la salud .Ministerio de salud de la Nación.
- Díaz, C. A. (2022). Prolongación de las estancias en los hospitales: un problema que tiene solución. CABA: ISALUD.
- Díaz, J. M. (2001). El informe de la OMS 2000: un juego de ordenador políticamente incorrecto. *Gaceta Sanitaria*, 453-460.
- Dibarboure Icasuriaga, H. (1991). Sobre los sistemas locales de salud (SILOS) con especial referencia a Uruguay. *Revista Médica Uruguay*, 71-79.
- Ettinger, N., Hill, V., Russ, C., Rakoczy, K. J., Fallat, M. E., Wright, T. N., . . . Hsu. (2022). Guidance for Structuring a Pediatric Intermediate Care Unit. *American Academy of Pediatrics*, 1-8.
- Fresneda Fuentes, M. S. (1998). La contabilidad analítica en los hospitales públicos. *Revista de contabilidad, Asociación Española de Profesores Universitarios de Contabilidad, Santander*, 53-73.
- García Munitis, P., De Abreu, M., Antonietti, L., Guillen, M., & et.al. (2013). Sistema de referencia-contrarreferencia entre el segundo y tercer nivel de salud en una red hospitalaria pediátrica en el conurbano bonaerense. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 405-411.
- Hammad, E., Alabbadi, I., Taissir, F., Hajjwii, M., & et.al. (2022). Hospital unit costs in Jordan: insights from a country facing competing health demands and striving for universal healthcoverage. *Health Economics Review*, 1-9.
- Herrera Beltrán, L., Conde Roa, J., & Espitia Pinzón, O. L. (2017). Evaluación de una Red Integrada de Servicios de Salud en Colombia. *Archivos de Medicina ISSN 1698- 9465 Vol 13 No.3:14*, 1-6.
- Herrera Vázquez, M., Rodríguez Avila, N., Nebot Adell, C., & Montenegro, H.

- (2007). Una redp para promover sistemas de salud basados en la atención primaria de salud en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 261-273.
- Jimenez, J., & Suarez, M. (2010). Desafios para alcanzar universalidad y equidad en salud en América Latina en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*, 248-251.
 - Laas Benitez, N., Moreno Pareja, E., & Cataño Saldarriaga, E. A. (2021). Factores de estancia prolongada en una Institución de salud de Medellín. *Revista Ciencia y Cuidado*, 43-54.
 - Lamrani, S. (2021). El sistema de salud en Cuba: Origen, doctrina y resultados. *Open Edition Journals. Etudes Caribeennes*.
 - LLanos Zabala, L. F., Orellana Vasquez, A. T., & Aguado Taquire, H. F. (2021). Evaluación inicial del sistema de referencia y Contrarreferencia ambulatoria en la DIRIS Lima Norte, desde los centros maternoinfantiles. *Revista Médica Herediana*.
 - López Ruiz, R. A., & Mendoza Padilla, L. C. (2013). Sistema de referencia y contrarreferencia del hospital San Pablo de Huacareta 2013. *Archivos Bolivianos de Medicina .Vol.20. N88*, 76-80.
 - Marín Gustavo H, S. M. (2006). Optimización del sistema de referencias de turnos entre niveles de Atención de la salud . *Ecos de grado y postgrado , segundo ciclo, a03- Vol 1 y 2 . N® 5*, 47-54.
 - Medina, A., & Narodowski, P. (2015). *Estado, integración y salud. La gestión en red de un hospital público*. Lomas de Zamora: Ediciones Imago Mundi.
 - Medina, A., & Narodowski, P. (2019). Enfoques y Herramientas para el gobierno de la Salud. Comparación internacional en el nuevo contexto de las redes. Buenos Aires: Miño y Dávila.
 - Mendes, E. V. (2013). *Las redes de atención de salud* . Brasilia: Organización Panamericana de la Salud.
 - Mendizábal Miranda, A., Vargas, I., Pérez Mogollón, S., Eguiguren, P., & Ferreira de Madeiros Mendes, M. (2020). Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gaceta Sanitaria de Barcelona*, vol
 - 34. número 4.

- Ministerio de Salud de la Nación. (2017). *Expediente EX-2017-10012575-APN-DNRSCSS#MS*. Ciudad de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2024). <https://catalogo.dato.gba.gov.ar>. Recuperado el 2024
- Montico, E., & Martín, V. (s.f.). Una propuesta de costos para las Instituciones de asistencia medica colectiva : costos por pacientes y patologia. *Asociación Uruguaya de costos - Uruguay*, 1-24.
- Nelson, Behrman, Kliegman, & Jenson. (2000). *Tratado de Pediatría, Decimosexta Edición*.
Madrid, España: Mc Graw-Hill-Interamericana.
- Pedraza Cid, C. (2020). Financiamiento de redes integradas de servicios de salud. *Revista de Panamá de Salud Pública* .2020; 44:_, 1-29.
- Rodriguez Ocampo, M. V., Betancourt Urrutia, V. F., Montoya Rojas, J. P., & Bautista Botton, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicio de salud. *Revista Gerencia y Políticas de salud vol.12 No.24 Bogotá*, 1-11.
- Rovere, M. (1999). *Redes en salud, un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario, Santa Fe: Secretaria de salud pública , Municipalidad de Rosario.
- Salgado Zepeda, O., & Binder, A. (2005). *Modelo de Atención Integral en salud, Ministerio de salud de Chile*. Santiago de Chile: Subsecretaria de redes Asistenciales /división de Gestión de la Red Asistencial.
- Schweiger, A. (junio de 2010). Sistemas de Costos Hospitalarios . *Sistemas de Costos Hospitalarios* . Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Universidad ISALUD.
- Soberats, F. J. (1999). Propuesta de modelo de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud cubano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Soto, L., Soto, J., & Riquelme, F. (2021). Hacia un modelo de atención en salud para el siglo XXI: Breve historia del modelo de atención integrada en Chile. *Revista médica Clínica Las Condes*, 373-378.
- Vargas Gonzalez, V., & Hernández, C. (2009). Sistemas de Información de

- Costos para la gestión hospitalaria. *Revista de Ciencias Sociales* , v.15n.4.
- Vargas, I., Mogollón Pérez, A. S., & Mendizábal, A. M. (2020). Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gaceta Sanitaria vol.34 no.4 Barcelona*.
 - Vazquez Navarrete, M. L., Vargas, I., Calpe Farré, J., & Núñez Terraza, R. (2005).
 - Organizaciones sanitarias integradas : Una guía para el análisis. *Revista Española de Salud Pública*, 633-642.
 - Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, vol.33 no.1 Montevideo.
 - Vilaca Mendes, E. (2013). *Las redes de atención de salud*. Brasilia: OPS.
 - Zapata Goetz, L. J., & Restrepo Hernandez, Y. (2019). Factores asociados a las estancias hospitalarias prolongadas no justificadas de pacientes mayores de 18 años en una Institución de II nivel de complejidad en el municipio de Rio Negro. Medellin: Universidad CES Facultad de Medicina Colombia.
 - Zavalaga, L., Orellana Vásquez, A., & Aguado Taquire, H. (2021). Evaluación inicial del Sistema de Referencia y Contrarreferencia ambulatoria en la DIRIS Lima Norte, desde los centros maternoinfantiles. *Revista Médica Heredi*

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La autora no recibe financiamiento, no tiene conflictos de interés. La autora declara bajo juramento conocer y respetar normas legales y éticas internacionales, nacionales y provinciales:

Código de Núremberg, la declaración de Helsinki, las pautas Éticas Internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos de CIOMS/OMS, las guías