

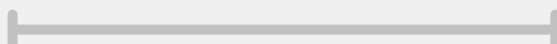
Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autora: Ana Rosa Cattenati

PRESTACIONES DERIVADAS POR PAMI I Y PAMI II, I.N.S.S.J.P. ROSARIO (SANTA FE), AÑOS 2000-2001

2001



Citar como: Cattenati, A. R. (2001). Prestaciones derivadas por PAMI I Y PAMI II, I.N.S.S.J.P. Rosario (Santa fe), años 2000-2001. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INTRODUCCION.

En la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, el INSSJP cuenta con:

I Nivel de atención: médicos de cabecera, propios del INSSJP con distintas formas de relación laboral, es decir en relación de dependencia o contrato de locación para la población asignada a los efectores propios. Y mixta para los que derivan al prestador privado ya que parte de los médicos de cabecera son de éste último.

- II Nivel de atención: dos establecimientos hospitalarios, PAMI I y PAMI II, propios del I.N.S.S.J.P. y únicos en el país y un contrato con prestadores privados para la población que no está asignada a los Policlínicos.

Tienen los efectores propios asignada una población beneficiaria de aproximadamente 85.000 afiliados al Instituto, correspondiente a residentes en Rosario y en las localidades de Funes, Ibarlucea y Granadero Baigorria.

Ambos efectores son Hospitales generales de agudos de mediana complejidad.

En este trabajo se describirán las prestaciones que no pueden realizar los efectores propios, cual es el peso de cada una de ellas en cada Policlínico y una comparación de la demanda rechazada por Pami I y Pami II durante los años 2000 y 2001.

Los Policlínicos necesitan derivar por:

- falta de especialidad: como cirugía de cabeza y cuello, neurocirugía, pediatría, obstetricia, etc.
- falta de equipamiento como senografías, cirugía oftalmológica y otorinolaringología, estas últimas se derivan por carecer de instrumental quirúrgico a pesar de tener especialistas, etc.
- falta de complejidad: como TAC, RMN, cirugías cardíacas, etc.

CONTEXTO.

PAMI I y PAMI II realizan con el recurso propio la consulta especializada, internación clínica y quirúrgica y la atención de urgencia. En el caso de prestaciones ambulatorias o internaciones que por falta de especialidad, equipamiento o complejidad no pueden resolverse, en estos se cuenta con procedimientos para derivar a prestadores externos.

Así mismo cuando surge la necesidad de internar de urgencia a un paciente, que podría resolverse en el efector propio pero no se cuenta con disponibilidad de cama también se lo deriva a otro prestador.

El presente trabajo tiene como objetivo estudiar las prestaciones derivadas; es decir aquellas prácticas ambulatorias o de internación que generadas en los efectores propios se efectivizan en prestadores externos, por falta de especialidad, equipamiento o complejidad, mediante una autorización de los primeros.

Se analizarán según número y tipo todas las derivaciones.

PAMI I fue comprado por el I.N.S.S.J.P. en el año 1975 y PAMI II fue alquilado a la Pcia. De Santa Fe en el año 1980.

PAMI I.

Ubicado en la calle Sarmiento 373, en la zona céntrica de Rosario fue adquirido por el I.N.S.S.J.P. en Julio de 1975, anteriormente era un sanatorio privado.

Tiene una estructura física de tipo vertical con una planta baja y 4 pisos.

En P.B.: está el área de Emergencias (consultorios y camas de observación), Dirección, Farmacia, consultorios externos y oficinas administrativas.

En 1º piso: laboratorio de análisis clínicos, medicina transfusional, diagnóstico por imágenes, quirófano, central de esterilización, terapia intensiva e intermedia.

En 2º, 3º y 4º piso: están los sectores de internación general.

Para reuniones y actividades de capacitación se cuenta con un aula en el 2º piso.

Es un hospital general de agudos, de mediana complejidad destinado sobre todo a la población de tercera y cuarta edad.

Modelo organizativo: clinicalizado. Cubre atención ambulatoria especializada, la urgencia, y la internación clínica y quirúrgica. No cuenta con pediatría, obstetricia, neurocirugía, cirugía máxilo facial, cabeza y cuello, cardiovascular y hemodinamia.

Dotación de camas: 90.

Tiene descentralizado en Sarmiento 455, consultorios externos, el servicio de medicina física y rehabilitación, el área de internación domiciliaria y atención domiciliaria, esta última cubre la demanda de ambos Policlínicos, el archivo central de Historias Clínicas y la oficina de otorgamiento de turnos para consultorios.

PAMI II.

Ubicado en la zona norte de Rosario, en la calle Olivé 1159, ocupando el predio de una manzana.

Fue alquilado a la Pcia. de Santa Fe en Julio de 1980, por un contrato de 10 años que fue renovado por 10 años con opción a otros 10, decisión exclusiva del I.N.S.S.J.P..

En su origen fue un hospital público provincial de la década del 30.

Es una estructura de tipo poliblocks con dos blocks interconectados por una galería y un tercer block aislado de los otros dos.

Es un hospital general de agudos, de mediana complejidad, con un criterio organizativo de atención progresiva.

Tiene una dotación de 182 camas de las cuales 7 son de U.T.I., 10 de unidad coronaria, 6 de terapia intermedia y el resto internación general.

Cuenta con atención ambulatoria especializada, con las mismas exclusiones que PAMI I; y un área de Emergencias dotada de consultorios, un sector de internación transitorio equipado como una sala de terapia intensiva y un sector con camas de observación.

Tiene un servicio para tratamiento del enfermo renal, que centraliza la demanda de ambos efectores. Este cuenta con 10 puestos para el tratamiento hemodialítico, con equipamiento de última generación y un sector para D.P.C.A. (diálisis peritoneal continua ambulatoria).

En PAMI II se centralizan, cubriendo la demanda de ambos efectores: hemodiálisis, D.P.C.A., anatomía patológica y colocación de marcapasos definitivos y las prestaciones de bacteriología.

PAMI I y PAMI II atienden a población anciana, beneficiarios del I.N.S.S.J.P.. El primero desde el año 1975 y el segundo desde 1980. Esto implica que acreditan una muy importante experiencia en cuanto a las demandas de atención y los requerimientos necesarios para cubrir las mismas.

La rivalidad y las turbulencias en los próximos años crecerán y los PAMI quizá necesiten mejoras de forma más rápida de sus fortalezas y debilidades, al tiempo que aprovechen sus oportunidades.

ANÁLISIS DEL PROBLEMA.

Los Policlínicos comienzan con buenas instalaciones y buena dotación tecnológica, pero por pertenecer a una Obra Social con decisiones centralizadas en Buenos Aires, no pudieron incorporar las innovaciones tecnológicas y se han venido deteriorando los aspectos arquitectónicos.

La meta de los PAMI debería explicitarse como "Ser referentes en la atención Geriátrica". Con este propósito la organización debería tender a ser el mejor del mercado, maximizar los beneficios, mejora constante de los servicios, contribuir a crear calidad de vida, como algunas de las finalidades importantes de la organización.

PAMI I y PAMI II tienen un buen prestigio en la ciudad de Rosario. Todavía cuentan con población cautiva, pero si se tomara la decisión por parte del I.N.S.S.J.P. de establecer libre elección entre los efectores propios y la red privada con mecanismos ágiles de opción de cambio podrían perder cuota de mercado.

Para las atenciones y/o internaciones que no se realizan en los establecimientos por falta de especialidad, equipamiento, o complejidad se cuenta con un convenio capitado con dos sanatorios privados, realizado en Noviembre de 1998 por las autoridades locales. El mismo tiene como menú prestacional solamente las prácticas incluidas pero no determina las exclusiones. El no detalle de esto último origina discusiones en Comisión Mixta respecto a la correspondencia o no de una prestación, es decir incluida o no en el convenio. El menú prestacional determina especialidades como: otorringolaringología, oftalmología, cabeza y cuello, etc., sin precisar el tipo de prestaciones motivo por el cual desde los efectores propios se interpreta que todo esta incluido: baja, mediana y alta complejidad tanto en lo ambulatorio como internaciones.

El convenio no precisa el material descartable incluido, ni los medicamentos, pero se parte del supuesto que a excepción de las prótesis o elementos implantables todo cubre el convenio capitado.

El convenio se firmó en noviembre de 1998

En la ciudad de Rosario se tenía un déficit importante de médicos de cabecera con motivo del otorgamiento de los retiros voluntarios en el año 1997. Aproximadamente a 20.000 afiliados no se podía asignarle un profesional ya que había zonas de la ciudad sin médicos de cabecera y otros con cupo elevados.

En el año 1999 en el mes de junio la conducción local contrató 45 profesionales para cumplir esta función y se estableció un mecanismo de reempadronamiento para los afiliados.

Por las cuestiones consignadas precedentemente no se analiza el año 1999 en este trabajo.

El estudio pretende conocer la cantidad y tipo de prestaciones que se derivan a través de los Policlínicos para su realización en el convenio capitado. El mismo fue firmado por los directivos de dos sanatorios de Rosario: el Sanatorio Plaza y el Sanatorio de la Mujer y esto a su vez subcontrataron a otros efectores y/o grupos profesionales.

Se analizan las prestaciones ambulatorias o con internación del año 2000 y 2001 por cada efector propio y de ambos conjuntamente y los comportamientos en cuanto a sus poblaciones asignadas.

Conocer y analizar esta información permitirá observar si el convenio es adecuado en cuanto a su menú prestacional o si correspondería proponer modificaciones.

PAMI I y PAMI II derivan internaciones de urgencia, que podrían ser resueltas en estos, cuando carecen de disponibilidad de camas. En el año 2000 y 2001 hubo períodos donde se contó con un convenio con modalidad de pago: costo por egreso y períodos que la derivación se hacía con pago por prestación a prestadores sin que medie un contrato formal.

Existe la necesidad de conocer y analizar lo que derivan los efectores propios y si hay diferencias en el tiempo planteado en el estudio (años 2000 y 2001) y entre ambos efectores. Esto implicaría conocer cuanto se deriva y el tipo de derivaciones.

Analizar los circuitos o procedimientos establecidos desde que se genera la demanda hasta la autorización de la derivación. Observando que obstáculos se le plantean a los pacientes que tienen discapacidades propias del proceso de envejecimiento y en general no cuentan con apoyo de los familiares.

PROBLEMAS.

¿Cuáles son las características y magnitud de las prestaciones derivadas a prestadores externos por PAMI I y PAMI II, I.N.S.S.J.P. de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe durante los años 2000 y 2001

OBJETIVO PRINCIPAL.

Estudiar la magnitud y características de las prestaciones derivadas a prestadores externos por los Policlínicos PAMI I y PAMI II, I.N.S.S.J.P., de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, durante los años 2000 y 2001.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Describir las derivaciones de consulta, según número y tipo.
2. Describir las derivaciones de internación, según número y tipo.
3. Describir las derivaciones de prácticas de diagnóstico y tratamiento de baja, mediana y alta complejidad, según tipo y número.

DESARROLLO

MARCO TEORICO.

"Para conocer la enfermedad es necesario estudiar al hombre en su estado normal y en relación con el medio en que vive, e investigar, al tiempo las causas que han perturbado el equilibrio entre el hombre y el medio en que vive".

HIPOCRATES.

El envejecimiento es el periodo final del ciclo vital del individuo, es decir, un proceso natural que responde a una exigencia de la vida y de la evolución de las especies vivas.

Es muy discutible que el tipo actual de sociedades en las que vive el Hombre pueda, alguna vez, retrasar el proceso de envejecimiento y postergar la muerte. La única forma de obtener estos resultados sería el cambiar los objetivos de nuestras sociedades en tal forma que todos pudiéramos vivir la longevidad que el potencial genético de la especie nos permite.

El individuo vive su vida social exponiéndose a todos los riesgos biológicos, sociales y psicológicos que las propias sociedades humanas, en nombre del "desarrollo y el progreso", crean y acumulan provocando morbilidad en progresión permanente, invalidades, accidentes, carencias, excesos, etc.

En estas condiciones toda la vida del hombre esta sometida a aquellos riesgos, el proceso del envejecimiento humano esta particularmente afectado por los múltiples factores exógenos que pueden actuar acelerando el proceso o anticipándolos o bien pueden retardarlos prolongando el período adulto o extendiendo la senescencia, si predominan, no los riesgos, sino los factores favorables a la salud.

La satisfacción de las necesidades de la especie humana es lo que condiciona lo que se llama calidad de vida y esta es el fundamento concreto del concepto de bienestar social.

Las necesidades del hombre no son simples demandas biológicas, sociales, psicológicas determinadas para siempre y que se satisfacen con ciertos consumos determinados por el sistema de producción social que tiene intereses y objetivos propios. La realidad es diferente. En las sociedades humanas la existencia de clases sociales implica, a su vez, la existencia de necesidades diferentes para los diversos grupos e implica también que el sistema de producción este creando permanentemente nuevas necesidades, la mayoría de ellas innecesarias y en el peor de los casos peligrosas (riesgos).

La comunidad frente a un ambiente social saludable siente bienestar social.

La situación de enfermedad la siente el individuo a través de la incapacidad que produce el proceso y la comunidad la siente como un riesgo de muerte que es preciso eliminar o prevenir para poder continuar viviendo.

Una persona podría, teóricamente, vivir sin enfermar hasta llegar a su muerte natural después de haber vivido la longevidad máxima.

En Abril de 1988 O.M.S. al comunicar un año más de su existencia, invitaba a la población mundial a vivir más sanos, preocuparse más de la prevención de riesgos que de la curación de enfermedades.

De acuerdo con las tendencias demográficas (Naciones Unidas 1980 – 2000) el mayor incremento de ancianos (65 años y más) se producirá en las zonas más pobres y menos desarrolladas del mundo.

Desde el punto de vista de la salud y de la enfermedad se pueden distinguir tres grupos en los ancianos de 65 años a 75, los de 75 a 85 años y de más de 85 años, la frecuencia de las enfermedades y su gravedad cambia en los grupos. A pesar que el anciano puede contraer cualquiera de las enfermedades que afectan a la especie Humana, es evidente que algunas son más frecuentes que otras, es decir hay una especificidad epidemiológica.

Los programas destinados a los ancianos tienen un campo de acción que va desde la protección y promoción de la salud, la enfermedad y la rehabilitación.

Evaluar la CALIDAD de la Atención Médica que se está brindando, presentan una serie de dificultades, que se cree lógico deberían ser analizadas con antelación.

La primera es determinar que es Salud, luego que es Calidad y posteriormente la factibilidad de medirla, es decir de encontrar instrumentos adecuados para la medición. En definitiva, cuando se analiza la **CALIDAD de la Atención Médica**, se hace imprescindible precisar el lugar de puntuación para hacer este análisis.

De acuerdo al modo de conocer, investigar, inventar el mundo o mundos en general, (es decir de acuerdo a la síntesis epistemológica) de cada uno, es que se dará una **mirada** distinta a aquella calidad.

La diana del problema sería descifrar si la Atención Médica da solución a las necesidades de salud de la población. La valorización de la respuesta, dependerá de aquella "mirada".

Parecería ser que en salud (o proceso Salud Enfermedad) esto estaría dominado por dos paradigmas teóricamente enfrentados, ubicados cada uno en el extremo de un péndulo. Uno que se llamaría Tecnocrático y/o positivista y/o científicista y el otro Alternativo o "Vivir en salud".

Entre las diferencias de los paradigma mencionados, se destaca la idea que el **Alternativo**, se asume como paradigma (Esto permite la posibilidad de percibir que es un recorte, una alternativa), mientras que el **Tecnocrático** se asume como ciencia (Por la propia influencia de Augusto Comte que establece que el espíritu humano debe renunciar a conocer el ser mismo de las cosas y contentarse con las verdades sacadas de la observación y de la experiencia).

El paradigma tecnocrático, supone una disociación entre lo biológico y mental (lejos está de introyectar lo social.). Entiende que la salud es poseída o no por el individuo y no por la familia o la comunidad; que la reestructuración de la salud corresponde únicamente a instituciones técnicas, y su veredicto, a los profesionales competentes, cerrando así la idea de un abordaje social de los problemas y de sus condiciones.

En este afán de medir, reduce a la salud como norma y la enfermedad como anomalía, es decir la enfermedad como variación cuantitativa de las funciones normales por exceso o defecto

Es muy importante entender a la salud como la capacidad de los individuos para funcionar dentro de sus papeles sociales. ("La definición de Salud de la Organización Mundial de la Salud¹ supone una meta imposible que no puede traducirse en términos operativos. O.M.S. planteó su estrategia de salud para todos en el año 2000 cuyo objetivo era que:

"el logro social más importante, tanto para los gobiernos como para la O.M.S., en las próximas décadas debía ser conseguir para todos los ciudadanos en el 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva...". Esta definición reconoce y acepta tanto, que las mentes sanas deben ir unidas a cuerpos sanos como que la propia salud es un concepto social más que un concepto restringido a la biología y la medicina...")²

El Tecnocrático, como buen paradigma positivista, centra el progreso en el avance científico y técnico; y nos cierra así la comprensión del ser humano cuyos recursos más vitales pueden ser movilizados justamente por la comunicación y la sensibilidad profunda hacia la situación límite que representa su enfermedad. Al medir y cuantificar identifica el avance con incremento, en tecnología, servicios, camas, agentes físicos y químicos; y no repara en las relaciones de intercambio y comunicación entre los agentes de salud y sus receptores. ("No cabe duda que el avance tecnológico vulnera de alguna manera la relación del equipo de salud con los usuarios. Se corre el peligro de terminar no sabiendo quienes somos como cultores de la disciplina del bienestar, como ejecutores de la atención médica si dejamos que el avance tecnológico altere y postergue la relación médico paciente.")³

Acordando que paradigma es "aquella visión de la realidad que se expresa en nuestros conceptos, en nuestros supuestos más generales y al mismo tiempo más recónditos, a menudo inconscientes. Ellos determinarían nuestros métodos, recortan nuestros problemas, guían nuestra hipótesis.."⁴, se podría deducir que da una visión limitada, acotada, porque al mismo tiempo estos conceptos que nos permiten pensar también nos lo impiden.

"...la concepción que tiene cada ser humano, y que en definitiva, es " su mundo "; resulta a mi entender, de premisas dissociativas (que expresan separación), ensambladas en una síntesis, con premisas integradoras (que expresan unión).. Y esta "síntesis epistemológica" es evolutiva: de manera que, a cada momento, va "haciéndose" más integradora; pero sin defeccionar, sin abandonar nunca sus aspectos dissociativos.

Con cualquier 'grado' de " síntesis epistemológica", en tanto se habla del hombre, se alude al hombre en relación. Es decir, no hay ningún pensamiento

¹ "Salud es el perfecto estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad" O.M.S. 1949.

² J. Ashton; H.Seymour. La Nueva Salud P'blica. 1990.

³ Rondelli, E. Derecho a la Salud. Boletín del Centro de Inv. de Filosofía Jurídica y Filosofía Social N°21 1996.

⁴ María del Rosario Lopez Arnaiz. Mimeo.

humano que no observe, disociativamente, al hombre y, a un tiempo, integradoramente, a sus relaciones (o, en términos genéricos, a 'la relación') Pero sí hay pensamientos que privilegian al hombre y a "lo individual", y pensamientos que privilegian 'la relación'...

Si hacemos un abordaje sistémico en el momento de analizar los servicios de atención médica que una población recibe, se visualiza que son el resultado de una compleja interacción donde intervienen indefinidos factores o características de la población destinataria por una parte y de los prestadores por otra.

La calidad forma parte de la atención hospitalaria como un atributo más y no como algo aparte. Su control constituye una actividad directiva que debe llevar a cabo todo aquel que ostente responsabilidad asistencial, sea cual fuere el nivel que ocupe en el organigrama hospitalario o la actividad específica que deba desarrollar (médica, enfermería, hotelería, admisión, etc.). En la literatura sobre control de calidad existen distintas formas para definir la calidad de los servicios sanitarios. Es difícil encontrar una definición nominal, exhaustiva y coherente. Tan es así que algunos autores siguen utilizando como referencia la vieja definición de LEE y JONES, que afirmaba que la atención médica de calidad sería "la clase de medicina practicada y enseñada por los líderes reconocidos de la profesión médica, en un momento dado y en un determinado nivel de desarrollo social, cultural y profesional en una comunidad o grupo de población..."

Un experto en el tema Avedis Donavedian, sostenía que la calidad es una propiedad de, y un juicio sobre, alguna unidad definible de la atención, la cual se puede dividir al menos en dos partes: **a)** la técnica y **b)** la interpersonal. Como mínimo lo técnico consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de una manera que rinda al máximo de beneficios para la salud, sin aumentar los riesgos.

En cuanto a lo interpersonal es muy difícil de dimensionar, por cuanto implica valores, y normas socialmente definidas que gobiernan la interacción entre los individuos. Las normas están reforzadas en parte, por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes.

Avedis Donavedian plantea como atributos de la calidad: la eficacia, la efectividad, la eficiencia, la optimización, aceptabilidad, legitimidad y la equidad.

La calidad requiere un marco donde desarrolla sus objetivos a través de la unidad de acción proporcionada por conceptos comunes, estratégicos, procesos, formación y motivación.

En la planificación se debe:

- Identificar al cliente.
- Descubrir necesidades.
- Desarrollar características que respondan a las necesidades.
- Diseñar procesos.
- Transferir planes a las fuerzas operativas.

Atención de la Salud: para Donabedian la atención de la salud debe considerarse sobre la base de tres aspectos: estructura, proceso y resultado. Define como estructura de la atención al "conjunto de recursos humanos, materiales, equipos, etc. y su organización".

El proceso está dado por "las relaciones entre los recursos y la población".

El resultado debería analizarse en función de "las modificaciones obtenidas en la historia natural de la enfermedad como consecuencia del proceso de atención". Es decir los cambios en términos de salud y enfermedad que se producen por la atención brindada.

En el análisis de los recursos de atención de la salud debe considerarse la accesibilidad a los recursos que tiene la población. Para su mejor estudio Sonis y Paganini proponen el análisis de cuatro formas distintas de accesibilidad: geográfica, económica, cultural y legal.

Aceptando la existencia del Derecho de la Salud, deberá existir, por tanto, un derecho igualitario al empleo de todos los recursos para la atención de las necesidades de salud de la comunidad. Sin embargo el objeto de estudio de este trabajo plantea como eje el anciano, por lo tanto además de garantizar de forma igualitaria el acceso a la atención médica debe tenerse como principio rector **la equidad** (repartir cosas iguales a los iguales y distintas a los distintos, como son los ancianos).

Para el Dr. Donabedian la definición de la calidad de la atención implica la especificación de tres factores:

- el fenómeno que constituye el objeto de interés,

- Los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio

- Los criterios y las normas que coloquen a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor.

Para el Dr Donabedian "igual acceso a un razonable nivel de atención a su vez equiparable, no necesariamente supone disfrutar de un nivel igual de salud. El conocimiento de la distribución de la calidad entre los profesionales de la salud(tanto médicos individuales como los equipos, unidades de organización o instituciones enteras) es el producto de los estudios más comunes de calidad que arrojan luz a la relación entre la estructura, por una parte y el proceso o resultado, por otra.

Como expresa el Dr. Camilo Marracino⁵ es conveniente diferenciar los términos: Sistemas, Modalidades y Modelo, que a veces se usan indistintamente:

Sistemas: organización de la atención de la salud derivadas de ciertas tendencias y de la aplicación sistemática de políticas, objetivos, y metodología de planificación, programación y/ o evaluación con coherencia ideológica.

Modalidades son los distintos componentes de la estructura básica de la atención médicas. Es decir modalidades de cobertura, contractuales, y prestadoras.

⁵ Dr. Camilo Marracino, médico sanitarista, consultor en organizaciones y evaluación de la atención médica, miembro titular Fundación Donabedian RA.

Modelo: las articulaciones pragmáticas de las modalidades de la atención médica originadas como consecuencia de los diversos procesos de desarrollo y crisis no programadas.

Hay distintas fuerzas o tendencias que subyacen en la organización de los sistemas, modelos modalidades de la atención médica. Responden a orígenes que exceden el marco científico tecnológico, son políticas doctrinarias o metodológicas, motivo por el cual es más adecuado llamarlas tendencias. En el campo de la salud hay cinco tendencias: del arte, científica, del derecho, de la solidaridad y del beneficio.

Los sistemas de atención médica contienen modalidades coherentes con la concepción unisista de la planificación que le da origen. No obstante la realidad nos muestra que determinadas modalidades se asocian entre si de formas variadas dando lugar a modelos que coexisten simultáneamente sin conformar una unidad sistémica pero brindando cobertura a la población

Las modalidades que constituyen la estructura central de la atención médica son modalidades de cobertura, contractuales y prestadoras. Las modalidades contractuales actúan intermediando entre las coberturas y los prestadores.

Modalidades de cobertura básicamente existen dos enfoques: a) extensión de cobertura, es decir cantidad de personas que involucran b) alcance de las coberturas, es decir con la profundidad (menú prestacional) y prioridades de cobertura. En el alcance o profundidad deben detectarse los criterios posibles:

- todo lo legítimo para aquellos que lo demanden
- todo lo legítimo para aquellos que lo necesitan
- lo posible para quien lo demande
- lo posible para quienes más lo necesiten
- lo necesario para aquellos que lo demanden
- lo necesario para aquellos que lo necesiten. Prioriza necesidades y utilización racional de tecnologías, identifica grupos de riesgo y estratifica el programa de atención permitiendo una decisión coherente y ética al asignar recursos.

La definición de prioridades identifica los grupos de riesgos, los problemas sanitarios prevalentes y la estratificación de coberturas.

Modalidades contractuales: aplicable a las relaciones que se pactan entre prestatarios de coberturas y prestadores, con las siguientes alternativas: contratación de servicios a terceros o a través de servicios propios.

Las modalidades contractuales posibles:

modalidad por acto médico: sistema de relación económica asistencial por la cual una entidad prestataria de coberturas incorpora a ciertos prestadores en su oferta de servicios a los efectos que sus beneficiarios puedan tener acceso a la atención asistencial según demanda. Posee una lista codificada de las prestaciones y cada práctica o prestación posee una ponderación en unidades abstractas. Posee un conjunto de normas de aplicación generales que condicionan el reconocimiento, requiere un sistema de control especializado, contiene un fuerte estímulo a la sobreprestación.

Modalidad por copita (de riesgo): sistemas de relación económico asistencial entre entidades prestatarias de coberturas y prestadores que considera un valor por beneficiario por mes, como

contraprestación económica por los servicios brindados, independientemente del uso que efectúen los beneficiario. El contratado asume el riesgo de la ocurrencia o frecuencia de la demanda, y el riesgo por el tipo de conducta prestacional (diagnóstico terapéutica) utilizada en la atención. Esta modalidad tiene las siguientes características: posee un valor de contraprestación definido por beneficiario y por mes, el padrón de beneficiarios que alcanza y es cautivo con identificación nominativa de cada uno de ellos, posee una definición de las prestaciones que incluye o excluye, posee un mecanismo operativo que facilita y aclara el acceso a los servicios de los beneficiarios, posee un importante sistema de monitoreo basado en la utilización, debe incluir las características de los prestadores adheridos, cuando es integral posee una estratificación por niveles, posee estímulos orientados a la subutilización.

Modalidad por cartera fija: se llama así a las modalidades de relación económico asistencial entre prestatarias de coberturas y prestadores en los cuales se establece un valor o monto mensual fijo y específico como contrapartida de los servicios disponibles independientemente de uso que los beneficiarios efectúen y no hay un padrón de beneficiarios identificados nominativamente.

Modalidad por sueldo

Modalidad por módulos (semi riesgo): son sistemas de relación económico asistencial entre prestatarias de cobertura y prestadores por la cual la identificación de los episodios de atención, se efectúa a través de la patología o prestación central que involucra, conteniendo dentro de ella a todas las otras prestaciones que acompañan a la misma. El prestador asume el riesgo por la conducta prestacional diagnóstico terapéutica utilizada en la atención. El riesgo de la ocurrencia o frecuencia de la demanda queda asumida por la prestataria. Tiene las siguientes características: posee un listado codificado de los módulos que incluye con descripción de las prácticas que contiene cada uno, posee un conjunto de normas generales y particulares que especifican su uso y facturación, cada módulo posee un valor, requiere una especial vigilancia para evitar el desdoblamiento de actividades y la sumatoria de módulos.

Modalidad presupuestaria: cuando los prestadores son propios y la relación económico asistencial se desarrolla a través de un presupuesto que debería contener todos los componentes propios de tal metodología

Modalidad prestadora (oferta): es el conjunto de efectores que componen la oferta de servicios de atención médica independientemente de sus complejidad, tamaño y especialidad.

Los prestadores pueden organizarse a través de distintas modalidades: prestadora de servicios públicos, prestadora corporativa, por agrupamientos empresarios, modalidad prestadora administrada por la prestataria, modalidad prestadora redes de servicio....

La modalidad prestadora redes de servicio: es la organización de servicios de atención médica compuesta por un conjunto de prestadores que brindan total o parcialmente prestaciones en los distintos niveles de atención. Desarrolla programas u objetivos comunes, destinados a lograr una mayor eficiencia y calidad de la atención médica y constituyen una unidad jurídica formal.

Una red de servicios debe tener como mínimo las siguientes características: debe incluir los niveles de cobertura incorporados en el contrato atendiéndolos integralmente, debe garantizar una accesibilidad óptima, evitando derivaciones innecesarias, sobreprestación, rechazos u otras ineficiencias, debe incluir efectores de magnitud suficiente como para atender la demanda estimada, evitando la sobreoferta de servicios, debe garantizar un adecuado costo, a través de servicios eficientes, confiables, que garanticen la calidad de la atención que brindan.

Para Héctor Wilde⁶ las redes se pueden clasificar en:

horizontales: redes en que los prestadores cooperan en algunas actividades pero compiten entre sí, en un mismo mercado, pues tienen que satisfacer a los mismos clientes.

Verticales: redes en las que los prestadores se dividen la producción con un control jerárquico que coordina el proceso de producción

Para el Dr. Armando Reale⁷ el término red tiene que ver con un conjunto sistémico, y un conjunto sistémico tiene que ver con un enlace de cosas, es decir con relaciones de cosas, a favor o en contra, pero siempre cosas con algo en común. Es un conjunto que tiene objetivos que pueden estar orientados a la explotación de un contrato, a captar un margen de clientela en alguna determinada actividad o puede realmente estar pensada para resolver problemas de salud.

⁶ Héctor Wilde, contador, Director Ejecutivo del Pressal.

⁷ Armando Reale; médico sanitarista- Docente de Isalud.

CARACTERIZACIÓN DE PAMI I Y PAMI II

Se caracterizará a Pami I y Pami II desde una mirada de la planificación estratégica. Este enfoque permite posicionarnos y comprender el entorno y la propia organización, para facilitar el análisis de las prestaciones que no realizan los efectores propios por falta de especialidad, equipamiento, complejidad o falta de cama.

Valores esenciales:

Orgullo por la calidad y búsqueda de la excelencia

Referencia Geriátrica

Sensación de pertenencia de los afiliados

Excelente fuente de trabajo / paternalismo

Meta

Ser referente en la atención Geriátrica

Servicios que se ofrecen:

Atención integral a la tercera edad

Atención primaria: médicos de cabecera con relación laboral con el I.N.S.S.J.P. (relación de dependencia o contratados).

PAMI I y PAMI II: para la atención de 2º nivel ambulatoria especializada y de internación.

Asociada a través de convenios para las prestaciones que no pueden realizarse en los efectores propios.

Las reglas de juego en el mercado de la salud en los años 2000 y 2001 son diferentes a las del momento actual.

Políticas de actuación que tendrían que plantearse:

Búsqueda decidida de la eficiencia

Mejora de la calidad Técnica: mejora tecnológica, investigación, docencia y formación

Mantenimiento y / o mejora de la satisfacción del cliente: instalaciones físicas, diferenciación en servicio y mejora en la especialización en diseño.

Otorgar una utilidad estratégica a la información sobre calidad y costos que pueden proporcionar los efectores propios del INSSJP y la información epidemiológica respecto a la patología prevalente y requerimientos diagnósticos y terapéuticos. Esto puede ser utilizado para los convenios que celebra la Obra Social por ser las únicas instituciones del país que atienden sólo a ese grupo etareo.

ANALISIS EXTERNO

Posicionamiento estratégico de los Pami

Tipo de mercado de los Pami: competencia inestable multipunto. La rivalidad y las turbulencias en estos años crecerán y los Pami quizá necesiten mejorar de forma más rápida sus fortalezas y debilidades, al tiempo que aprovechan sus oportunidades. El fortalecimiento de las relaciones con el Pami central resulta un complemento necesario.

Se conocen las capacidades y limitantes de los Policlínicos y cuales son las posibilidades reales de modificarlas. En este trabajo se analizan las prestaciones que no pueden resolverse en los efectores propios y cual sería en esta primera etapa la posibilidad de incorporarlas.

ANALISIS INTERNO DE LOS PAMI.

Capacidades esenciales:

Se supone que no todas las áreas de los Pami, como cualquier empresa, tienen la misma importancia para lograr "los factores clave del éxito". Se debe definir las áreas que son esenciales para que se consigan los factores clave del éxito. Puesto que los recursos son limitados, como equipamiento de mediana o alta complejidad, recursos humanos, etc. debemos centrarnos en aquello que es básico para el éxito.

Las capacidades actuales son:

- habilidad técnica del personal
- conocimiento de la población
- trato adecuado
- sensación de pertenencia

Las capacidades deseables serían:

- mayor recurso tecnológico
- ser referentes en la tercera edad
- contar con los recursos humanos necesarios en cantidad y calidad
- ser eficientes.

ANÁLISIS DAFO

Análisis externo:

Oportunidades:

- evolución del sistema privado de atención médica fragmentado
- buena opinión de los afiliados
- aumento población tercera edad como se observa en la caracterización demográfica de la población asignada a Pami I y Pami II.

Amenazas:

- Economías de escala
- Competencia en costos
- Aumento de la demanda cuali y cuantitativamente
- Aumento de exigencia de calidad
- Incertidumbre global
- Avance tecnológico
- Concentración del sector
- Relación demanda / capacidad

Análisis interno

Fortalezas:

- ser referentes en la atención geriátrica
- saber cómo (médico/ humano)
- atención de pacientes no asignados, es decir afiliados en tránsito.
- Afiliados de Rosario pertenecientes a una red prestacional privada solicitan su pase a los efectores propios.
- Gratuidad completa
- Capacidad y deseo de mejora y aumento de la eficiencia.
- Buena imagen
- El personal propio tiene seguridad de cobro de sus salarios
- Personal cualificado en algunas áreas

Debilidades

- Incremento de costos
- Disminución de producción
- Tecnología no acorde a las necesidades que debe renovarse o adquirirse por carecer de determinado equipamiento.
- Informatización incompleta para las necesidades de la institución
- Incapacidad para generar recursos propios
- Población muy deteriorada socioeconómicamente

ANALISIS DE ESCENARIOS EXTERNOS DE LOS PAMI

Optimista:

- Sistema privado fragmentado e ineficiente
- Afiliados que tienen buena imagen de los Pami
- Aumenta cuota de mercado por aumento de la población anciana
- Aumento moderado de los recursos tecnológicos externos
- Aumento moderado de las exigencias de calidad de atención

Probable

- Sistema privado mas concentrado y eficiente
- Afiliados con ciertas insatisfacciones
- Se mantiene la cuota de mercado
- Gran aumento de los recursos tecnológicos externos
- Gran aumento de las exigencias de calidad de atención

POBLACIÓN BENEFICIARIA.

Demanda.

Las pluricausalidades interactuantes en los procesos de pérdida de la salud originan múltiples y variadas demandas. En ellas, se observa una elevada y progresiva incidencia de factores sociales.

Todo esto refuerza la necesidad de implementación de tratamientos integrales de fácil y masivo acceso. Así como el permanente desarrollo de acciones y programas preventivos.

Sin embargo al mismo tiempo esta diversidad en la demanda conduce hacia una mayor adecuación y personalización de la oferta.

Sub contexto económico.

Escasez del recurso financiero por aumento de los requerimientos de la población en relación con la necesidad de atención de nuevas complejidades y la constante presencia de costos avances tecnológicos.

Sub contexto socio cultural.

Se verifica el envejecimiento poblacional y aumento de la expectativa de vida, el abandono de los hijos en los abuelos por las migraciones internas en razón de la desocupación.

Caracterización médico social de la población.

- La mayoría de la población se encuentra en el marco de 65 años o más. En dicha franja poblacional, se observa:
 1. Gestación de procesos involutivos en diferentes estadios, con impacto psicosocial relevante.
 2. Prevalencia de una o más patologías de tipo cardiológico, traumatológico, reumatológico, oncológico y/o neuropsiquiátrico.
 3. Secuelas por pérdidas de capacidades y tendencias a la cronicidad (de la autonomía a la semidependencia, dependencia y/o extrema fragilidad).
 4. Diferentes perfiles de envejecimiento según la incidencia determinante de factores psicosociales (historia de vida, características de personalidad, situación socioeconómica, integración familiar, etc.).

El tipo de patologías relevantes, sumado a los factores sociales incidentes, exige la aplicación de especialidades terapéuticas de abordajes gerontológico de atención.

Nivel y estructura de las necesidades.

Caracterización de la población asistida:

Se investigó y realizó un análisis de la composición de la población beneficiaria por edad y sexo.

En primera instancia de la población beneficiaria asignada a PAMI I y PAMI II. De la población total de aproximadamente 85000 beneficiarios pudo obtenerse información de 75000 afiliados.

Se solicitó información de la población beneficiaria de todo el país y se procedió a caracterizarla por edad y sexo con igual criterio que la que referencia a PAMI I y PAMI II.

Se confeccionan los siguientes cuadros:

1. Población afiliada al INSSJP total país su distribución porcentual por grupo etáreo y sexo.
2. Población afiliada al INSSJP perteneciente a PAMI I y PAMI II y su distribución por grupo etáreo y sexo.
3. Distribución de la población afiliada a PAMI I y PAMI II en menores y mayores de 65 años y según sexo.
4. Distribución de la población beneficiaria total país en menores y mayores de 65 años, y según sexo.
5. Distribución porcentual de la población afiliada según sexo agrupadas entre menores y mayores de 65 años (PAMI I y PAMI II).
6. Distribución porcentual de población afiliada según sexo agrupadas entre menores y mayores de 65 años total país.
7. Distribución de población afiliada a PAMI I y PAMI II de 65 años o más agrupadas en sub grupos etáreos, según sexo.
8. Distribución de población afiliada total país de 65 años o más agrupadas en sub grupos etáreos, según sexo.
9. Distribución porcentual de la población según sexo de 65 años o más agrupadas en sub grupos etáreos (PAMI I y PAMI II).
10. Distribución porcentual de la población según sexo de 65 años o más agrupadas en sub grupos etáreos (total país).

Como análisis de la información procesada se observa que:

1. El índice de masculinidad es menor en la población asignada a PAMI I y PAMI II (32%) en relación a la población total país (35%). Posiblemente responda a que la población de Rosario es más envejecida que la planteada para total país.
2. La población asignada a PAMI I y PAMI II es más envejecida en relación a la población total país.
Población (PAMI I y PAMI II) 65 años o más: 61664 (81,30% del total).
Población (total país) 65 años o más: 2219353 (71,86% del total).
3. En todos los grupos etáreos se observa que las mujeres casi duplican la cantidad de hombres.
4. Cuando se analiza los afiliados de 65 años o más en sub grupos etáreos se observa que: la población de PAMI I y PAMI II tiene un 16,14% de afiliados

con mas de 85 años y que en el total país este grupo es el 12,07%, esto avala que la población que atienden los efectores propios está mas envejecida que la del resto del país.

Sería interesante tomando como punto de partida el agrupamiento de edad conocer la tendencia observada en las últimas tres décadas, para conocer si tiene relación con el desempleo y la imposibilidad de jubilarse

Pirámide de población:

Como el resto de las obras sociales la cobertura de los hijos es hasta los 21 años y si acreditan ser estudiantes se prolonga hasta los 26 años. Se observa una brusca disminución a partir de esa edad.

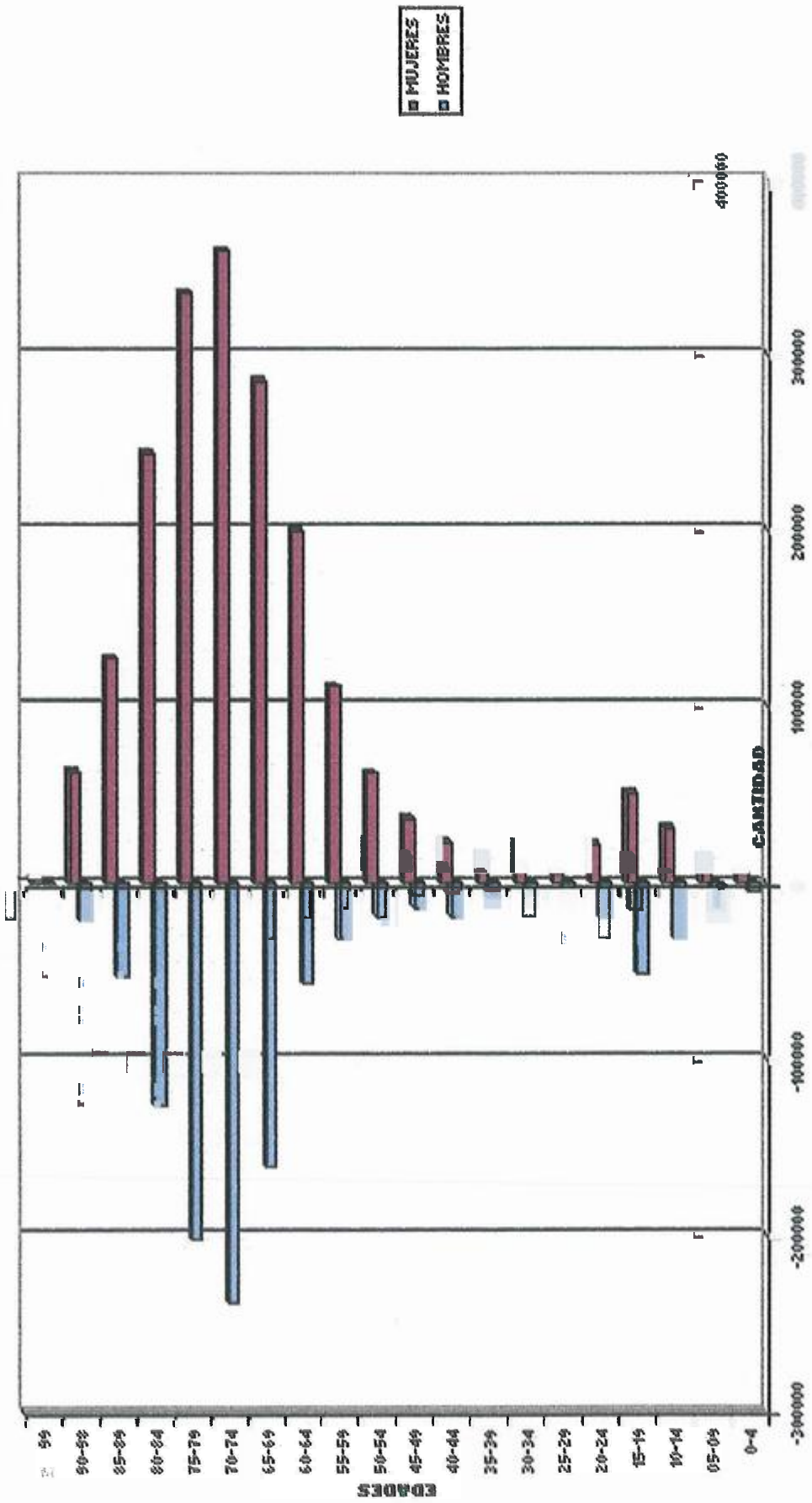
La mayor concentración que se visualiza entre los 10 y 24 años respecto al grupo de 0 a 9, podría atribuirse a que son hijos de los afiliados cuyas edades están entre los 40 y 60 años. Por el contrario el grupo de 0 a 9 correspondería a hijos de afiliados entre 25 y 44 años que es la población de adultos afiliados mas baja.

A partir de los 44 años se observa un aumento del número de afiliados en forma progresiva, casi se duplica por lustro.

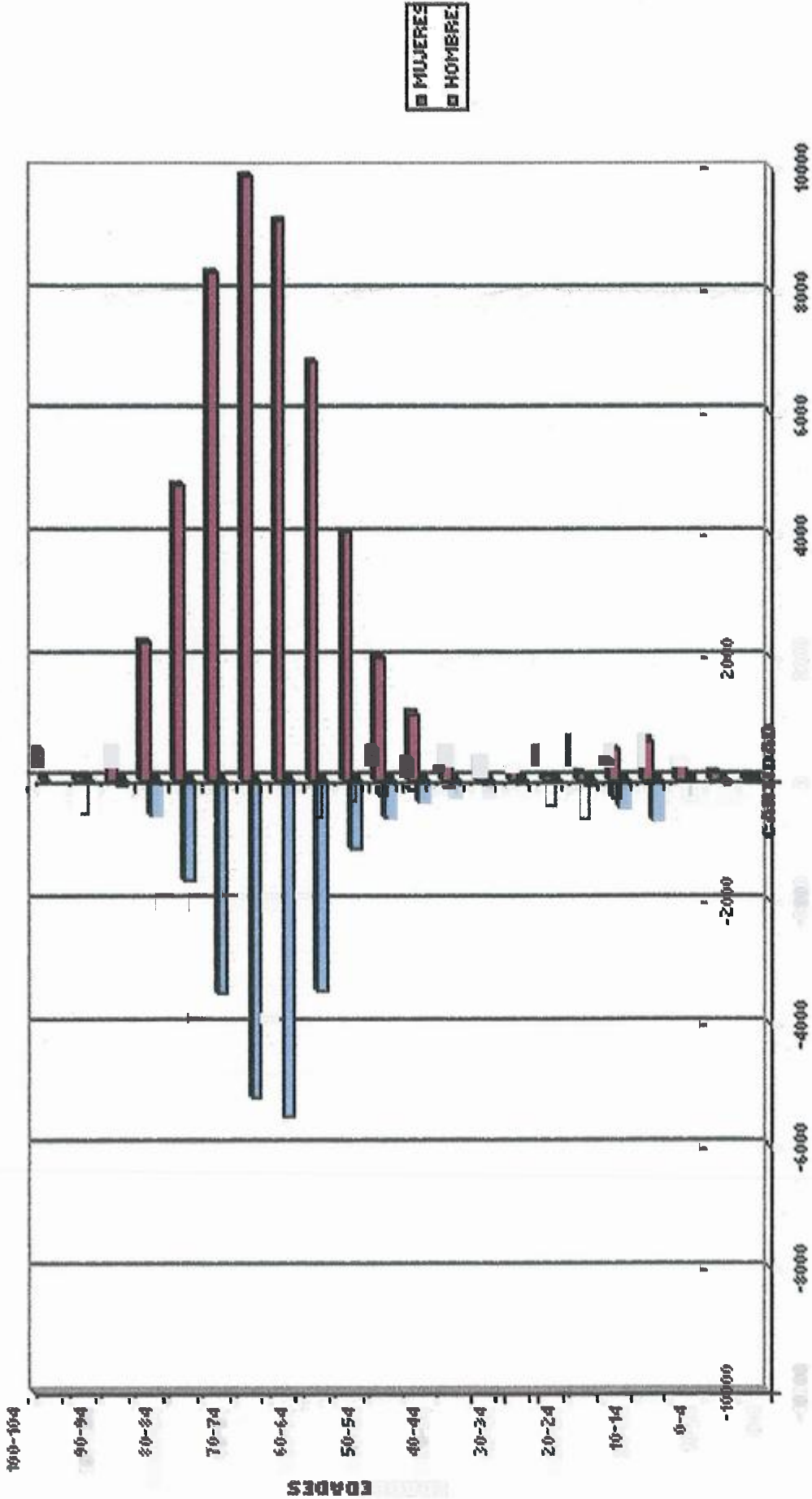
En los datos de población de mujeres que pertenecen a Pami I y Pami II se observa que el incremento entre 40 a 64 años es más progresivo que los hombres a iguales edades

En la población masculina el grupo etáreo de 65 a 69 años triplica en número al grupo etareo anterior de 60 a 64 años

PIRAMIDE POBLACION DE AFILIADOS TOTAL PAIS



PIRAMIDE POBLACION AFILIADOS PAM Y PAMI II



**POBLACIÓN AFILIADA AL I.N.S.S.J.P. PERTENECIENTE A PAMI I Y PAMI II
Y SU DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETAREO Y SEXO AÑO 2002.**

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-4	32	0,04	32	0,04	64	0,08
5-9	104	0,14	99	0,13	203	0,27
10-14	298	0,39	288	0,38	586	0,77
15-19	650	0,86	637	0,84	1287	1,70
20-24	443	0,58	506	0,67	949	1,25
25-29	86	0,11	111	0,15	197	0,26
30-34	76	0,10	74	0,10	150	0,20
35-39	124	0,16	164	0,22	288	0,38
40-44	177	0,23	321	0,42	498	0,66
45-49	279	0,37	493	0,65	772	1,02
50-54	363	0,48	1069	1,41	1432	1,89
55-59	598	0,79	1997	2,63	2595	3,42
60-64	1114	1,47	4049	5,34	5163	6,81
65-69	3422	4,51	6822	8,99	10244	13,51
70-74	5489	7,24	9139	12,05	14628	16,29
75-79	5195	6,85	9860	13	15055	19,85
80-84	3496	4,61	8291	10,93	11787	15,54
85-89	1638	2,16	4812	6,34	6450	8,50
90-98	658	0,87	2696	3,55	3354	4,42
≥ 99	23	0,03	123	0,16	146	0,19
Total	24265	32%	51583	68%	75848	100%

Indice de masculinidad = 32%.

Fuente: Area de Sistemas-Depto Establecimientos Hospitalarios Propios. INSSJP

**POBLACIÓN AFILIADA AL I.N.S.S.J.P. TOTAL PAIS Y SU DISTRIBUCIÓN
POR GRUPO ETAREO Y SEXO AÑO 2002.**

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-4	5285	0,17	5370	0,17	10655	0,34
5-9	14850	0,48	14835	0,48	29685	0,96
10-14	31082	1	31274	1,01	62356	2,03
15-19	50786	1,64	51283	1,66	102069	3,30
20-24	19874	0,64	21940	0,71	41814	1,35
25-29	4762	0,15	5456	0,18	10218	0,32
30-34	5636	0,18	8512	0,28	14148	0,46
35-39	7526	0,24	15428	0,50	22954	0,74
40-44	19491	0,63	23305	0,75	42796	1,38
45-49	14028	0,45	36377	1,18	50405	1,63
50-54	19008	0,62	62491	2,02	81499	2,64
55-59	32111	1,04	111854	3,62	143965	4,66
60-64	56154	1,82	200571	6,49	256725	8,31
65-69	161106	5,22	285648	9,25	446754	14,46
70-74	238192	7,71	359149	11,63	597341	19,34
75-79	201620	6,53	335435	10,86	537055	17,39
80-84	126257	4,09	244037	7,90	370294	11,99
85-89	52450	1,70	127978	4,14	180428	5,84
90-98	20475	0,66	63285	2,05	83760	2,72
≥ 99	855	0,03	2866	0,09	3721	0,13
Total	1081548	35,01%	2007094	64,99%	3088642	100%

Indice de masculinidad = 35%.

Fuente: Padrón Nacional-INSSJP

DISTRIBUCION DE LA POBLACION AFILIADA A PAMI I Y PAMI II EN MENORES Y MAYORES DE 65 AÑOS Y SEGÚN SEXO AÑO 2002.

Edad	Hombres				Mujeres				Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menores 65 años	4354	17,93	9830	19,06	14184	18,70				
Mayores 65 años	19921	82,07	41743	80,94	61664	81,30				
Total	24275	100	51573	100	75848	100				

DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN TOTAL PAIS EN MENORES Y MAYORES DE 65 AÑOS Y SEGÚN SEXO AÑO 2002.

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menores 65 años	280593	25,94	588696	29,33	869289	28,14
≥ 65 años	800955	74,06	1418398	70,67	2219353	71,86
Total	1081548	100	2007094	100	3088642	100

DISTRIBUCION DE LA POBLACION AFILIADA A PAMI I Y PAMI II DE 65 AÑOS O MAS AGRUPADOS EN SUB GRUPOS ETAREOS SEGÚN SEXO.

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
65 a 74	8911	44,73	15961	38,24	24872	40,33
75 a 84	8691	43,63	18151	43,48	26842	43,53
≥ 85	2319	11,64	7631	18,28	9950	16,14
Total	19921	100	41743	100	61664	100

DISTRIBUCION DE LA POBLACION AFILIADA TOTAL PAIS DE 65 AÑOS O MAS AGRUPADOS EN SUB GRUPOS ETAREOS SEGÚN SEXO.

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
65 a 74	399298	49,85	644797	45,46	1044095	47,05
75 a 84	327877	40,94	579472	40,85	907349	40,88
≥ 85	73780	9,21	194129	13,69	267909	12,07
Total	800955	100	1418398	100	2219353	100

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN AFILIADA SEGÚN SEXO AGRUPADAS ENTRE MENORES Y MAYORES DE 65 AÑOS (Mujeres y PAMI II).

Edad	N°	%	N°	%	Total
< 65	4354	30,70	9830	69,30	14184
≥ 65	19921	32,31	41743	67,69	61664
Total	24275	32	51573	68	75848

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN AFILIADA SEGÚN SEXO AGRUPADAS ENTRE MENORES Y MAYORES DE 65 AÑOS (TOTAL PAIS).

Edad	N°	%	N°	%	Total
< 65	280593	32,28	588696	67,72	869289
≥ 65	800955	36,09	1418398	63,91	2219353
Total	1081548	35,02	2007094	64,98	3088642

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO DE 65 AÑOS O MAS AGRUPADOS EN SUB
GRUPOS ETAREOS (PAMI I y PAMI II).

Edad	Hombres				Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
65 a 74	8911	35,83	15961	64,17	24872	100		
75 a 84	8691	32,38	18151	67,62	26842	100		
≥ 85	2319	23,31	7631	76,69	9950	100		
Total	19921	32,31	41743	67,69	61664	100		

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO DE 65 AÑOS O MAS AGRUPADOS EN SUB
GRUPOS ETAREOS (MOTAB PAIS).

Edad	Hombres				Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
65 a 74	399298	38,24	644797	61,76	1044095	100		
75 a 84	327877	36,14	579472	63,86	907349	100		
≥ 85	73780	27,54	194129	72,46	267909	100		
Total	800955	36,09	1418398	63,91	2219353	100		

PRESTACIONES DERIVADAS POR PAMI I Y PAMI II

No se cuenta con una red establecida. Las derivaciones se hacen a los prestadores que manejan el convenio sin que exista entre ambos complementación. Es decir cada uno trabaja como un prestador independiente. Ej.: el Sanatorio Plaza no tiene senógrafos y derivaba las senografías a un tercer prestador del convenio y no al Sanatorio de la Mujer.

Inconvenientes de no funcionar como una red de servicios, que permita el doble flujo de pacientes y recursos.

Auditoría de los efectores propios conoce lo que autoriza, es decir lo que deriva. No hay metodología definida que posibilite conocer lo efectivamente realizado.

Ante una situación problema, alertada por el médico solicitante o por el afiliado se discute en Comisión Mixta. La misma está integrada por los auditores de Pami I, de Pami II, el Área de Auditoría y los representantes del convenio. Se realiza una reunión semanal.

Existe una demanda oculta no satisfecha, de difícil estimación porque el prestador no remite información estadística de lo realizado, sólo se decepcionan los reclamos de los afiliados respecto de la no efectivización de las prestaciones. Esto permitiría comparar lo autorizado con lo realizado.

Desde un punto de vista de la calidad se observa una gran variabilidad: demora en los turnos, deficiencias en las prestaciones, no realización de las intervenciones quirúrgicas por discusiones diagnósticas, inadecuados informes, etc. Estas situaciones desalientan a los profesionales del efector propio y a los afiliados la concurrencia y/ o la asistencia al prestador. El impacto de esto sobre la salud de los afiliados justificaría una línea de investigación.

Al paciente y al efector propio le beneficiaría que se pudiera resolver en éste muchas de las prestaciones que se derivan. Pero esto se analizará en función del tipo de prestación, de los recursos necesarios y del costo beneficio.

Dado que el convenio tiene dos sanatorios que lo firmaron con el I.N.S.S.J.P. y que cubrían la atención incluida en el mismo y estos a su vez cuentan con subprestadores, pero sin derivación directa desde los Pami I y Pami II. Se dividió la población asignada a los efectores propios, según médico de cabecera al que pertenezcan los afiliados, determinando a cual prestador se debe derivar cuando surge la necesidad.

La división se hizo en función de los cupos de los médicos de Primer Nivel con el objeto que sea similar la cantidad de población que debe derivarse a cada prestador.

La división se decidió en el Instituto y se le comunicó en Comisión Mixta a los prestadores. La división tenía como objetivo facilitar la operatoria pero no tenía un criterio restrictivo.

PRACTICA DERIVADAS PAMI I Y PAMI II AÑOS 2000 Y 2001

PRACTICAS	2000		2001	
	TOTAL	Promedio	TOTAL	Promedio
INTERNACION				
Internación cirugía cabeza y cuello	63	5,25	66	5,5
Internación cirugía cardiovascular	102	8,5	94	7,83
Internación complicación post estudio	3	0,25	3	0,25
Internación cirugía torácica	14	1,17	7	0,58
Internación módulo compuesto	42	3,50	41	3,42
Internación módulo simple	31	2,58	21	1,75
Internación neurocirugía	107	8,92	131	10,92
Internación O.F.L.	36	3,00	47	3,92
Internación O.R.L.	23	1,92	15	1,25
Internación obstetricia	35	2,92	28	2,33
Internación pediatría	25	2,08	22	1,83
Internación traumatología/ARTROSCOPIA	20	1,67	24	2,00
Internación quemados	8	0,67	0	0,00
Internación cirugía plástica	10	0,83	0	0,00
Internación falta de cama	1057	88,08	94	7,83
HEMODINAMIA				
Hemodinamia 010702	6	0,50	16	1,33
Hemodinamia 010702 + 070707	17	1,42	9	0,75
Hemodinamia 070703	248	20,67	234	19,50
Hemodinamia 070703 + 070707	9	0,75	5	0,42
Hemodinamia 070703 + 070708	2	0,17	1	0,08
Hemodinamia 070705	3	0,25	0	0,00
Hemodinamia 070707	31	2,58	19	1,58
Hemodinamia 070708	124	10,33	112	9,33
Hemodinamia 070714	10	0,83	26	2,17
Angioplastia central o periférica	69	5,75	45	3,75
Electrograma del haz de Hiss o E. Electrofisiológico	21	1,75	11	0,92
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES				
Tomografía axial computada	3738	311,50	3089	257,42
Resonancia nuclear magnética	497	41,42	447	37,25
Medicina nuclear	1349	112,42	1120	93,33
Eco doppler cardíaco o periférico	1265	105,42	1120	93,33
Senografía	4218	351,50	3388	282,33

Ecografía con punción	118	9,83	44	3,67
Ecografía con transductor endocavitario	132	11,00	130	10,83
Dacriocistografía	92	7,67	76	6,33
LABORATORIO				
RIE y NN	841	70,08	703	58,58
Citometría de flujo de sangre	32	2,67	17	1,42
Estudio citogenético	9	0,75	10	0,83
Inmunofenotipo	18	1,50	2	0,17
OFTALMOLOGIA				
Campo visual	901	75,08	625	52,08
Cirugía oftalmológica de baja complejidad	125	10,42	115	9,58
Láser	380	31,67	363	30,25
Vitrectomía	26	2,17	30	2,50
Retinofluoresceinografía	682	56,83	410	34,17
Ecometría	35	2,92	62	5,17
UROLOGIA				
Urodinámico	39	3,25	34	2,83
Litotricia	21	1,75	16	1,33
Nefrostomía bajo TAC	4	0,33	0	0,00
OTRAS PRESTACIONES INCLUIDAS EN CONVENIO		0,00		0,00
Colangiografía retrógrada	85	7,08	90	7,50
E.N.G. y E.F.L.	231	19,25	252	21,00
Holter	331	27,58	243	20,25
Inmunomarcación de tejido	147	12,25	148	12,33
Potenciales evocados / electroretinografía	74	6,17	63	5,25
Fibroscofia laríngea	157	13,08	186	15,50
Cirugía cabeza y cuello o máxilo facial ambulatoria	19	1,58	15	1,25
O.R.L. de baja complejidad	33	2,75	21	1,75
INTERCONSULTAS				
Interconsulta cirugía cabeza y cuello	287	23,92	224	18,67
Interconsulta cirugía cardiovascular	132	11,00	171	14,25
Interconsulta cirugía máxilo facial	29	2,42	4	0,33
Interconsulta hemodinamia	38	3,17	38	3,17
Interconsulta infectología	3	0,25	2	0,17
Interconsulta neurocirugía	230	19,17	197	16,42

Interconsulta O.R.L.	122	10,17	69	5,75
Interconsulta obstetricia	141	11,75	92	7,67
Interconsulta oftalmología	1267	105,58	1497	124,75
Interconsulta pediatria	76	6,33	29	2,42
Interconsulta cirugía plástica	109	9,08	6	0,50
Interconsulta radioterapia	275	22,92	258	21,50
Interconsulta torácica	43	3,58	4	0,33
Interconsulta traumatología	46	3,83	23	1,92
TERAPIA RADIANTE				
Radioterapia superficial	48	4,00	29	2,42
Internación implante radioactivo	10	0,83	9	0,75
OTROS DIAGNOSTICOS POR IMAGEN				
Tomografía lineal	21	1,75	19	1,58
Otros estudios contrastados	7	0,58	7	0,58
Ecografías no obstétricas	1243	103,58	1158	96,50
Radiología simple	16	1,33	0	0,00
Densitometría	67	5,58	7	0,58
Ecocardiograma	3	0,25	3	0,25
Vertebroplastia	1	0,08	0	0,00
OTRAS PRESTACIONES ESPECIALES				
Monitoreo fetal	14	1,17	12	1,00
Polisomnografía, EEG prolongado, EEG pediátrico	1	0,08	2	0,17
Rehabilitación integral pediátrica	0	0,00	5	0,42
Videodefecograma	0	0,00	0	0,00
Colonofibroscopia	48	4,00	3	0,25
Plaquetoferesis / plasmaferesis	11	0,92	2	0,17
Dilat. tracto digest. / manomet. / esc. Várices esof.	3	0,25	0	0,00
Nefrolitotomía percutánea	0	0,00	1	0,08
Control cardiodesfibrilador	2	0,17	0	0,00

INTERCONSULTAS DERIVADAS POR PAMI I Y PAMI II – AÑOS 2000 Y 2001

AÑO 2000

Del total de interconsultas derivadas se observa que el 45.3 % corresponden a oftalmología. Si bien se cuenta en los efectores propios con profesionales oftalmólogos para la atención de los afiliados asignados, se carece de equipamiento para prácticas complejas y la atención que se brinda es la de la consulta externa. Así mismo no se realizan cirugías de baja, mediana complejidad y menos aún la correspondiente a la alta complejidad.

El motivo de la derivación al prestador capitado para esta especialidad en la mayoría de los casos es como consulta prequirúrgica.

Del resto de especialidades que obtienen derivaciones se observa una distribución de un 10.3% para cirugía de cabeza y cuello, 9.8% para radioterapia y 8.2% neurocirugía, como las que registran mayor demanda. En el caso de radioterapia corresponde a derivaciones de los profesionales oncólogos y de las especialidades que asumen el tratamiento de la patología oncológica como ginecología, urología, etc. que solicitan se proceda a evaluar la alternativa terapéutica de cobaltoterapia o acelerador lineal.

AÑO 2001

No hubo modificaciones significativas en la distribución porcentual de las especialidades mas representativas del total con relación al año anterior.

Del total de interconsultas derivadas se observa una distribución de frecuencia de:

57.2 % oftalmología

9.9% radioterapia

8.6% cirugía de cabeza y cuello

7.5 % neurocirugía

En ambos años 2000 y 2001 la mayor frecuencia para las derivaciones de interconsultas se da en las mismas especialidades.

PRACTICAS DIAGNOSTICAS O TERAPÉUTICAS DERIVADAS.

Se analizaron las prestaciones derivadas diagnósticas y terapéuticas para ambos Policlínicos durante los años 2000 y 2001.

Se obtuvo el total anual registrado pero conociendo la evolución mensual, con el objeto de conocer si hubo variaciones en los distintos meses del año y cual tuvo la mayor o menor frecuencia.

CAMPIMETRIA

- Año 2000. El número total prestaciones derivadas fue de 901, registrando el mayor valor en el mes de agosto: 101 y el menor en el mes de enero: 51. El Promedio mensual fue de :75
- Año 2001 El número total anual de prestaciones derivadas fue de 625, registrando el mayor valor en mayo: 85 y el menor valor en octubre 20. Siendo el promedio mensual de 52.08

COLANGIOGRAFIA RETROGRADA

- Año 2000. El total anual registrado de derivaciones: 85, registrando la mayor frecuencia en octubre:12 y la menor: 4 en marzo, junio, julio y noviembre. El promedio mensual : 7
- Año 2001 El total anual registrado de derivaciones:90, registrando la mayor frecuencia en marzo: 18 y la menor: 2 en diciembre. El promedio mensual es de 7,5

ECODOPPLER CARDÍACO O PERIFERICO

- Año 2000 El total anual registrado de derivaciones: 1265, registrando la mayor frecuencia en agosto:137 y la menor en abril: 85. El promedio mensual: 105,4
- Año 2001 El total anual registrado de derivaciones: 1120, registrando el mayor valor en mayo: 129 y el menor en diciembre: 54. El promedio mensual:93,3

HEMODINAMIA

- Año 2000 El total anual : 450, registrando el mayor valor en mayo: 54 y el menor en febrero: 20. El promedio mensual es de 37,6. Del total de prácticas de hemodinamia se observa que: 070703 registra 248, es decir 55% del total y 070708 : 124 es decir el 27,5 % del total.
- Año 2001 El total anual de prestaciones: 422, registrando el mayor valor en abril: 48 y el menor en diciembre: 23. El promedio mensual:35,2. Del total de prácticas de hemodinamia se observa que: 070703: 234 es decir el 55,4 % del total y 070708: 112 es decir el 26,5 % del total

En ambos años se observa coincidencia en la prácticas con mayor frecuencia de hemodinamia

HOLTER

- Año 2000 El total anual de prestaciones: 331, registrando el mayor valor: 42 en marzo y el menor en enero: 14. El promedio mensual es de 27,6
- Año 2001 El total anual de prestaciones: 243, registrando el mayor valor en marzo: 37 y el menor valor en septiembre: 4. El promedio mensual fue de 20,2.

FOTOCOAGULACIÓN CON LASER

- Año 2000 El total de prestaciones fue: 380, registrando el mayor valor en septiembre: 39 y el menor valor en abril: 19. El promedio mensual: 31,7
- Año 2001 El total de prestaciones :363, registrando el mayor valor en mayo: 41 y el menor valor en febrero: 19. El promedio mensual: 30,25

MEDICINA NUCLEAR

- Año 2000 El total anual de prestaciones: 1349, registrando el valor mayor en mayo: 130 y el menor en octubre: 90. El promedio mensual: 112,4
- Año 2001 El total anual de prestaciones: 1120, registrando el mayor valor en mayo 127 y el menor en septiembre: 59. El promedio mensual: 93,3

RETINOFLUORESCEINOGRAFIA

Año 2000 El total anual de prestaciones: 682, registrando el mayor valor : 78 en octubre y el menor valor en julio: 38. El promedio mensual es de 56,8

- Año 2001 El total de prestaciones es de 410, registrando el mayor valor en marzo: 45 y el menor valor en diciembre : 20.

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR

- Año 2000 El total de prestaciones anuales: 497, registrando el mayor valor en octubre: 55 y el menor valor en abril: 28. El promedio mensual es de 41,4
- Año 2001 El total de prestaciones anuales: 447, registrando el mayor valor en enero :52 y el menor valor en octubre: 22. El promedio mensual es de 37,2

SENOGRAFIA

- Año 2000 El total anual de prestaciones : 4218, registrando el mayor valor en noviembre: 432 y el menor valor en febrero: 257. El promedio mensual: 351,5
- Año 2001 El total anual de prestaciones:3388, registrando el mayor valor en marzo: 420 y el menor valor en septiembre: 140. El Promedio mensual: 282,3

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA

- Año 2000 El total anual de prestaciones: 3738, registrando el mayor valor en marzo:353 y el menor valor: 274 en enero. El promedio mensual: 311,5
- Año 2001 El total anual de prestaciones: 3089, registrando el mayor valor en febrero: 322 y el menor valor en diciembre: 195. El promedio mensual es de 257,4.

DERIVACIONES DE INTERNACION PAMI I Y PAMI II AÑOS 2000 Y 2001.

a) Cirugía de cabeza y cuello

Del total de internaciones derivadas por auditoría, las de cabeza y cuello representan el 12, 13 % en el año 2000 y el 13,3% en el 2001.

Esta es una especialidad crítica en la ciudad de Rosario, por el número reducido de especialistas y esto sería un obstáculo para generar un equipo de profesionales propio, aún uno para ambos Policlínicos, es decir no hay oferta para contratar.. Desde el punto de vista de la planta física, quirófanos y del equipamiento de Pami I y Pami II no existirían inconvenientes para realizar cirugías de cabeza y cuello, es decir el recurso humano es la limitante, ya que tampoco sería factible que alguien externo venga a operar a los pacientes en los efectores propios.

b) Cirugía cardiovascular

Representa el 33,7 % del total de internaciones derivadas para el 2000 y el 31,4 % para el 2001.

En cirugía cardiovascular se incluyó los datos consignados en la tabla (prácticas derivadas PAMI I y PAMI II año 2000 y 2001) como cirugía cardiovascular, módulo simple y módulo compuesto.

No todas la derivaciones implicaron la efectivización de la cirugía. Este inconveniente puede deberse a problemas del paciente o institucionales y se podría resolver en parte con una evaluación del especialista del prestador en los efectores propios y/o adecuada coordinación entre ambos.

Aproximadamente 7 a 8 cirugías vasculares centrales de promedio mensual. Esto implica que no se justificaría la inversión para implementar este servicio en

los efectores propios, ya que implicaría recursos humanos, equipamiento, planta física, servicios de apoyo, etc).

La mayoría de los reclamos corresponderían a demoras en el otorgamiento de turnos de consultas y/o intervenciones quirúrgicas. Esto se complejiza en los casos que el I.N.S.S.J.P. debe proveer las válvulas.

Determinadas cirugías cardiovasculares no centrales como aneurisma de aorta abdominal de urgencia, obstrucciones arteriales agudas, entre otras podrían resolverse en los efectores propios si se reforzaran los recursos humanos especializados, dado que la dotación de personal de esta especialidad no permite cubrir urgencias, feriados, fines de semana, etc. El aumentar la dotación posibilitaría la resolución de parte de la demanda existente.

Algunas cirugías vasculares periféricas se realizan en los efectores propios, incluso se cuenta con profesionales con buena formación, lo que permitiría resolver la totalidad de la demanda.

El convenio incluye cirugía vascular periférica y esto origina derivar todo lo urgente.

c) Cirugía torácica

Del total de internaciones la cirugía torácica representa el 2,7 % en el año 2000 y el 1,4% en el 2001. La derivación estaría justificada para lo referente a los grandes vasos o que es imprescindible el uso de bomba, es decir las cirugías complejas.

Promedio mensual de cirugías que realiza el prestador: 0,08

Si se aumentara el recurso humano especializado en uno de los efectores propios se podría absorber la demanda de ambos policlínicos. Los profesionales de Pami II que realizan cirugía vascular periférica están capacitados para la cirugía torácica.

d) Neurocirugía

Del total de internaciones representa el 20,6% en el 2000 y el 26,41 % en el 2001. Los efectores propios no tienen servicio de neurocirugía, no se cuenta con infraestructura de apoyo, lo que determina la derivación de los paciente. Pero no se justificaría la implementación de un servicio propio por la demanda existente, el costo del equipamiento y el recurso humano necesario. Las cirugías derivadas son de gran variedad de complejidad.

c) Oftalmología

Del total de internaciones corresponde a esta especialidad el 6,9% en el 2000 y el 9,4 en el 2001.

Esta es una especialidad crítica, porque los profesionales de los efectores propios sólo realizan consultas, pero están capacitados para realizar lo quirúrgico.

Las intervenciones quirúrgicas se realizan en prestador privado y hay un importante lista de espera para las mismas.

f) ORL

Del total de internaciones corresponde a esta especialidad 4,4% en el 2000 y 3,2 % en el 2001. Debería re equiparse a los efectores propios de instrumental quirúrgico con el objeto de resolver la baja y mediana complejidad, dado que los especialistas que trabajan en los efectores propios sólo hacen consultorio externo-

g) Obstetricia y Pediatría

Del total de internaciones las obstétricas fueron el 6,7 % en el 2000 y 5,6 % en el 2000

Del total de internaciones las pediátricas fueron el 4,8 % en el 2000 y 4,4 % en el 2001

La atención perinatal es imposible de resolverse en los efectores propios por la estructura general de estos. La demanda registrada no justificaría implementar un servicio, dado que no solo implicaría el recurso profesional, sino medicamentos, material descartable, etc.

El promedio mensual de partos es de 3

El rubro pediatría incluye la atención de neonatología, niños y adolescentes. Así mismo incluye las especialidades de la pediatría, como cardiología pediátrica.

AÑO 2000.

PRACTICA	PRACTICAS DERIVADAS PAMI:												Tasa utiliz. x mil		
	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.		Dic.	TOTAL ANUAL
Androplastia central a periferica	0	1	2	1	2	1	7	2	1	7	3	2	1	23	0.69
Complmetria	24	18	27	19	30	35	153	28	32	28	42	31	17	331	10
Colanobarografia retrógrada	1	0	2	3	3	1	10	1	2	2	3	0	3	21	0.63
Ecd Doppler cardíaco a periferico	29	34	41	22	41	33	200	25	40	34	36	32	35	402	12.17
E.N.G. v E.F.L.	6	13	21	16	13	6	75	8	14	13	7	14	10	141	4.27
Fibrosocopia latínsea	10	9	11	4	7	6	47	6	10	9	7	10	8	97	2.94
Hemodinamia 0-0702	1	0	1	1	0	0	3	0	0	1	0	0	0	4	0.12
Hemodinamia 010702 + 070707	2	0	0	5	3	2	12	0	0	0	0	0	0	12	0.36
Hemodinamia 070703	4	2	7	4	7	7	31	3	8	0	13	6	5	66	2
Hemodinamia 070703 + 070707	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	0	0	0	3	0.09
Hemodinamia 070703 + 070708	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	2	0.06
Hemodinamia 070705	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0.09
Hemodinamia 070707	0	0	0	0	0	1	1	2	0	2	1	3	1	10	0.3
Hemodinamia 070708	0	2	1	1	4	2	10	2	7	4	8	4	3	38	1.15
Hemodinamia 070714	0	0	2	0	2	0	4	0	5	0	0	1	0	10	0.3
TOTAL HEMODINAMIA	7	4	12	11	18	14	66	7	20	7	22	17	9	148	4.48
Holter	6	19	18	9	13	15	80	16	9	12	17	13	4	151	4.57
Láser	16	12	11	6	10	15	70	8	8	14	17	15	11	143	4.33
Medicina nuclear	34	30	47	37	36	50	234	31	57	38	33	48	40	481	14.56
Retinofluoresceinografia	25	31	20	15	9	16	116	8	23	23	23	22	18	233	7.05
Resonancia nuclear magnética	11	19	17	13	16	18	94	21	19	9	25	22	16	206	6.23
Senoarafia	113	109	148	115	120	115	720	156	125	124	132	176	144	1577	47.74
Tomografía axial computada	99	134	133	108	142	120	736	114	160	133	122	109	122	1496	45.29
Vitrectomía	0	1	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	1	4	0.12
CUPO POBLAC ON PAM															

PRACTICAS DERIVADAS PAMI II:

Oct. 1

TOTAL

Enero 2

PRACTICA

PRACTICA	Enero	PRACTICAS DERIVADAS PAMI II:												TOTAL	Tasa utiliz. x mil
		Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL	Julio	Agosto	Sep.	Nov.	Dic.	TOTAL ANUAL		
Adioplastia central o periférica	2													25	
Colimimética	27													316	
Catodoterapia retrograda	7	5	5	1	3	5	21	4	4	4	5	7	46	0,88	
Ecografía cardiocoronaria	62	46	50	44	38	49	254	42	69	50	64	38	570	10,93	
E.N.G. y E.F.L.	6	6	2	4	7	3	29	3	9	7	9	3	64	1,22	
Fibroscofia laríngea	4	54	82	63	81	76	418	72	97	80	71	64	863	16,55	
Hemodinamia 0702	0	6	8	14	9	8	51	6	8	9	8	2	90	1,72	
Hemodinamia 0702 + 070707	1	1	1	3	3	10	22	5	2	2	6	9	60	1,15	
Hemodinamia 070703	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0,03	
Hemodinamia 070703 + 070707	1	0	0	0	0	2	3	1	1	0	0	0	5	0,09	
Hemodinamia 070703 + 070708	0	10	9	15	28	20	92	23	11	11	15	13	182	3,49	
Hemodinamia 070705	0	1	1	0	0	1	4	0	0	0	1	1	6	0,11	
Hemodinamia 070707	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hemodinamia 070708	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hemodinamia 070714	0	1	1	0	0	2	5	2	3	3	4	2	21	0,4	
TOTAL HEMODINAMIA	21	4	5	1	8	9	35	4	14	12	8	5	86	1,64	
Holter	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Láser	19	16	16	16	36	34	139	30	29	26	29	21	302	5,79	
	57	15	24	13	22	22	104	12	13	20	9	15	180	3,45	
	33	16	25	13	19	23	115	23	24	25	19	13	237	4,54	
	24	75	82	68	94	78	454	77	64	73	57	64	868	16,64	
Medicina nuclear	173	36	41	35	42	37	224	30	43	33	55	42	449	8,6	
Reinología/escintigrafía	175	24	26	15	26	17	132	20	25	36	30	17	291	5,58	
Tomografía axial computada	0	148	228	215	253	208	1225	215	256	243	236	210	2641	50,66	
Resonancia nuclear magnética		172	220	195	149	197	1108	174	186	215	200	185	2242	43	
Vitrectomía		2	4	1	3	0	10	1	4	4	0	2	22	0,42	
CUPO POBLACION PAMI															

II: 52133.

Tasa utiliz. x

43

AÑO 2001.

Tasa utiliz. x
mil

PRACTICAS DERIVADAS PAMI II															Tasa Utiliz. x mil
Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	TOTAL	TOTAL ANUAL		
2	3	3	3	1	4	2	15	2	3	0	3	4	0	27	0,54
25	45	56	56	46	51	63	344	46	18	27	15	17	16	425	8,5
7	5	13	13	6	3	5	39	1	3	3	5	6	2	59	1,19
81	82	75	75	95	88	90	511	74	79	46	30	48	47	835	16,79
7	4	3	3	1	13	13	41	6	17	13	14	11	8	110	2,21
12	5	6	6	5	10	3	41	10	13	5	9	4	3	85	7
4	1	0	0	2	0	0	7	0	0	3	0	3	0	13	0,26
0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0,02
16	11	8	8	21	15	12	83	8	11	13	14	9	7	145	2,91
0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	3	0,06
0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,02
0	3	0	0	1	0	4	8	2	1	0	0	0	0	11	0,22
10	5	2	2	5	7	9	38	9	12	1	13	10	7	90	,8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30	20	10	10	30	23	26	139	19	24	18	28	22	14	264	5,3
9	15	13	13	11	14	26	88	16	11	2	6	8	5	136	2,73
15	17	23	23	24	29	22	130	27	22	19	26	19	18	261	5,24
64	78	53	53	79	78	79	431	66	60	38	51	50	39	735	14,77
19	25	31	31	33	37	23	168	21	13	26	20	25	20	293	5,89
32	18	27	27	27	27	26	157	20	29	20	15	24	14	279	5,6
200	217	222	222	227	283	219	1368	208	137	134	190	214	172	2423	48,71
191	167	189	189	177	176	167	1067	173	176	134	160	154	124	1988	39,96
3	1	2	2	4	3	1	14	3	2	2	0	2	0	23	0,46
CUPO POBLACION PAMI															

II: 49742.

PRACTICA		PRÁCTICAS DERIVADAS RAMILLO RAMILLO: AÑO 2001.																				TOTAL		TOTAL ANUAL		Tasa utiliz. x mil
		2	3	4	5	6	1	5	4	23	5	4	1	4	5	3	22	45	625	0 55						
	Angioplastia central o periférica	42	60	66	61	85	84	398	69	35	43	20	31	29	3	227	625	7,69								
	Camplmetría	13	8	16	9	5	5	88	8	3	3	8	8	2	32	30	1 1									
	Colangiografía retrógrada	116	104	105	125	129	122	701	95	115	61	34	60	54	419	1120	13,78									
	Ecd Doppler cardíaco o periférico	14	29	16	8	28	31	126	14	27	26	24	21	14	126	262	3 1									
	E.N.G. y E.F.L.	19	18	22	14	16	14	103	13	16	11	12	10	2	83	186	2 29									
	Fibroscoopia laríngea	5	2	0	2	1	0	10	0	0	3	0	3	0	6	16	0 2									
	Hemodinamia 010702	0	0	0	0	2	1	3	0	4	0	0	0	2	6	9	0 11									
	Hemodinamia 010702 + 070707	25	15	18	31	25	20	134	21	17	17	21	13	11	100	234	2,88									
	Hemodinamia 070703	0	0	2	0	1	0	3	0	0	1	1	0	0	2	5	0 06									
	Hemodinamia 070703 + 070707	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0 01									
	Hemodinamia 070703 + 070708	1	5	1	1	1	4	13	3	1	0	1	1	0	6	19	0,23									
	Hemodinamia 070707	11	6	4	9	8	12	50	9	14	7	13	11	8	62	112	1,38									
	Hemodinamia 070708	4	1	3	4	1	3	16	2	2	4	0	0	2	10	26	0 32									
	Hemodinamia 070714	46	29	28	48	39	40	230	35	38	32	36	28	23	192	422	5 19									
	TOTAL HEMODINAMIA	15	33	28	21	37	34	168	30	14	4	8	8	11	75	243	2 99									
	Holter	22	19	32	34	41	34	182	40	32	29	33	23	24	181	363	4 47									
	Láser	101	118	104	104	127	112	666	96	92	59	74	69	64	454	1120	13,78									
	Medicina nuclear	31	38	45	33	42	37	226	37	26	39	29	33	20	184	410	5 05									
	Retinofluorescenciografía	52	30	49	43	47	38	259	32	51	24	22	36	23	188	447	5 5									
	Resonancia nuclear magnética	315	321	311	352	420	322	2041	307	198	140	214	267	221	1347	3388	41 7									
	Senografía	306	322	313	274	280	258	1693	266	262	216	218	237	195	1396	3089	38 02									
	Tomografía axial computada	3	3	4	4	3	2	19	3	3	2	0	2	1	11	30	0 37									
	Vitrectomía																									
	CUPO POBLACION AMBOS EFECTORES	81246																								

PRACTICA

INTERCONSULTA PAH I: AÑO 2000:

	Enero	Feb.	Marzo	6	19	12	68	8	13	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	TOTAL	TOTAL ANUAL
Interconsulta cirugía cabeza y cuello	11	10	10	6	19	12	68	8	13	20	9	11	15	76	144

Interconsulta cirugía cardiovascular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Interconsulta cirugía maxilo facial	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2
Interconsulta cirugía plástica	1	4	2	3	4	1	15	3	3	12	7	8	2	35	80
Interconsulta cirugía torácica	0	3	0	0	2	3	8	2	4	3	7	9	6	31	39
Interconsulta estomatología	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Interconsulta hemodinamia	2	1	0	2	3	1	9	3	2	1	4	3	1	14	23
Interconsulta infectología	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	2
Interconsulta neurocirugía	6	8	7	7	9	8	45	9	13	9	4	17	13	65	110
Interconsulta O.R.L.	1	1	3	3	2	2	12	3	1	2	5	2	3	16	28
Interconsulta obstetricia	1	0	3	6	5	7	22	5	5	8	7	5	5	35	57
Interconsulta oftalmología	16	10	17	13	14	6	76	16	24	18	16	16	23	113	189
Interconsulta pediatria	0	0	2	3	0	4	9	1	0	2	1	3	1	8	17
Interconsulta radioterapia	3	15	10	6	19	5	58	13	6	10	7	7	7	50	108
Interconsulta traumatología	0	0	5	3	1	0	9	2	7	3	3	6	3	24	33
TOTAL INTERCONSULTA	42	53	60	52	78	49	334	66	78	88	70	88	79	469	803

AÑO 2001.

PRACTICA

	Enero	Feb.	Marzo	INTERCONSULTA PAMI II.												Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	TOTAL	TOTAL ANUAL
Interconsulta cirugía cabeza y cuello	13	8	11	11	8	13	64	13	7	57	11	0	0	0	0	16	9	11	8	66	130
Interconsulta cirugía cardiovascular	14	7	10	6	13	7	57	7	7	4	5	7	4	5	7	4	5	7	4	38	95
Interconsulta cirugía maxilo facial	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Interconsulta cirugía plástica	3	1	2	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Interconsulta cirugía torácica	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4
Interconsulta hemodinamia	0	4	3	1	2	0	10	1	0	0	1	0	2	0	2	2	0	2	2	6	16
Interconsulta infectología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Interconsulta neurocirugía	8	13	6	6	6	13	52	6	4	4	2	9	3	2	9	3	2	9	3	28	80
Interconsulta O R L.	7	1	10	6	5	3	32	7	3	1	5	6	3	1	6	3	5	6	3	25	57
Interconsulta obstetricia	8	13	6	4	9	10	50	5	4	5	3	0	5	3	0	5	3	0	5	22	72
Interconsulta oftalmología	71	91	94	95	131	167	589	67	90	52	41	53	44	41	53	44	41	53	44	347	936
Interconsulta pediatría	2	3	6	4	2	2	19	3	2	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	9	28
Interconsulta radioterapia	11	10	15	13	17	11	77	17	10	13	16	16	8	16	16	8	16	16	8	82	159
Interconsulta traumatología	0	0	0	2	1	0	3	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	5
Interconsulta tratamiento del dolor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL INTERCONSULTA	138	151	163	149	194	167	962	131	129	98	83	106	81	83	106	81	83	106	81	628	1590

PRACTICA	INTERCONSULTA PAMI II: AÑO 2001.												TOTAL	TOTAL ANUAL	
	Enero	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ag.	Oct.	Nov.	Dic.				
Inmunización de tejido	8	10	13	12	13	13	69	8	8	4	5	12	11	48	117
Interconsulta cirugía cabeza y cuello	31	21	16	21	13	21	123	21	13	21	15	16	15	101	224
Interconsulta cirugía cardiovascular	24	14	16	13	20	18	105	14	13	6	11	13	9	66	171
Interconsulta cirugía máxilo facial	0	2	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	1	1	4
Interconsulta cirugía plástica	3	1	2	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	6
Interconsulta cirugía torácica	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	1	2	4
Interconsulta hemodinamia	4	7	5	2	3	0	21	4	1	1	1	8	2	17	38
Interconsulta infectología	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Interconsulta neurocirugía	24	31	25	20	10	20	130	13	13	11	3	15	12	67	197
Interconsulta O.R.L.	10	1	10	9	5	4	39	8	4	2	6	6	4	30	69
Interconsulta obstetricia	11	17	8	6	10	10	62	7	5	7	5	1	5	30	92
Interconsulta oftalmología	67	109	151	146	223	164	880	136	142	90	67	110	72	617	1497
Interconsulta pediatría	2	3	7	4	2	2	20	3	3	1	2	0	1	10	30
Interconsulta radioterapia	19	19	29	24	22	18	131	23	21	18	24	23	18	127	258
Interconsulta traumatología	0	0	3	2	10	1	18	1	0	2	1	2	1	7	23
TOTAL INTERCONSULTA	219	227	272	251	320	259	1540	231	215	159	135	194	141	1075	2615

DERIVACIONES DE PRINCIPALES PRACTICAS AÑO 2000 Y 2001.

Se realizaron cuadros de las principales prácticas derivadas para el año 2000 y 2001 estableciendo distintas comparaciones de los datos registrados, con el objeto de visualizar las variaciones que se registran el tiempo.

- Se analizó el primer semestre del año 2000 y el del 2001, estableciendo para cada una de ellas la variación (aumento o disminución de las cantidades obtenidas en el 2001 en relación al 2000)

Se constata aumento para colangiografía retrograda, ecodoppler cardíaco o periférico, prácticas de hemodinamia, interconsultas, Internaciones por falta de especialidad, Resonancia magnética nuclear, y senografía. En cambio hay una disminución para campimetrías, fotocoagulación con láser, Holter, medicina nuclear, y tomografías computadas.

- Se analizó el 2do semestre del año 2000 y 2001 para conocer la variación de los datos del 2001 en relación al 2000. Se observa que todas las prestaciones analizadas registran disminución.

- Se analizó el total del año 2000 y 2001 con el objeto de conocer la variación de los datos obtenidos.

La única práctica que registro aumento es colangiografía retrograda, disminuyendo el resto de las prestaciones analizadas.

Conclusión

De la comparación de ambos años puede observarse que el año 2001 en relación al 2000 registra una disminución en el número de prestaciones derivadas al convenio que se consignan en los cuadros. Esta situación puede deberse no sólo a la disminución de la demanda sino también a problemas con los prestadores del convenio que originan que se derive menos por no tener respuesta satisfactoria a lo que se solicita-

CIRCUITO DE DERIVACIONES

I

Para las prestaciones que no se hacen en Pami I y Pami II por falta de especialidad, equipamiento y complejidad se tiene el siguiente circuito:

- Solicitan: profesionales especialistas o médicos de guardia de Pami I y Pami II
- A quien: pacientes internados o atendidos ambulatoriamente correspondientes a la población asignada a Pami I y Pami II
- Autorizan: profesionales auditores de Pami I y Pami II según corresponda el afiliado
- A dónde: a los prestadores del convenio capitado para las prestaciones incluidas en el mismo.

II

Para las internaciones que derivan los efectores propios por falta de cama:

- A quien: afiliados del cupo de Pami I y Pami II que demanden internación de urgencia de baja o mediana complejidad.
- Evalúa: las áreas de emergencia de los efectores propios reciben al paciente, evalúan la problemática médica con el objeto de decidir si corresponde ser tratado ambulatoriamente o si debe ser internado institucionalmente. La guardia médica solicita a la oficina de internación el otorgamiento de cama para internar al paciente precisando si es en sector general, terapia intensiva, unidad coronaria o terapia intermedia
- Oficina de internación: verifica disponibilidad de camas en el efector propio y si no hay cama debe solicitarla a los efectores privados.
- A dónde: existe un convenio con modalidad de pago, costo por egreso, con dos sanatorios de Rosario para las derivaciones por falta de cama.

PROBLEMAS QUE PLANTEAN LOS DISTINTOS ACTORES QUE INTERVIENEN EN LAS DERIVACIONES.

Se observó una franca disminución de las prestaciones en el año 2001 en relación al 2000 y al investigar el tema se detectan problemas en la visión de cada uno de los actores involucrados.

AFILIADOS

- Demoras en el otorgamiento de turnos en los prestadores privados
- No efectivización de algunas prácticas por considerarlas que no son urgentes por el prestador privado.
Deben concurrir reiteradas veces por el mismo estudio al prestador privado.
- Demora en los turnos con los especialistas de los efectores propios por no poder llevar los estudios que ellos solicitaron.
- Concurrir al Pami I o Pami II para que los profesionales auditores reclamen al prestador.
- Cuestionamientos de los estudios por el prestador privado quien induce algunos alternativos que no fueron pedido por los profesionales de los efectores propios.

EFFECTORES PROPIOS

- Reclamos continuos al prestador por los estudios no realizados
Reclamos a las autoridades por los estudios que el prestador no realiza,
Demoras en el tratamiento y /o resolución de los problemas de salud por los estudios no efectivizados.
- Cuestionamiento del prestador de indicaciones quirúrgicas
Demoras en las prestaciones programadas, que en muchos casos se transforman en urgentes.
No efectivización de internaciones de las incluidas en el convenio y sólo realizan la consulta.

PRESTADORES

- Sólo realizan urgencias y los estudios de los internados por la deuda financiera que tienen con el INSSJP
- No cubren las prestaciones programadas y confeccionan lista de espera.
- Participan en la Comisión Mixta pero la misma reviste más el carácter de Comité de crisis.

CARACTERIZACION PRESTACIONAL:

Se consideró necesario relacionar determinadas prestaciones derivadas al convenio con prestaciones realizadas en los efectores propios y/o derivadas, en función de los datos disponibles de la fuente primaria.

1.

PAMI I:

Total consultas ginecología año 2000: 9441.

Total consultas ginecología año 2001: 5524.

Nº senografías autorizadas año 2000: 1577.

Nº senografías autorizadas año 2001: 965.

Si se establece la relación senografías / consultas de ginecología se obtiene:

Año 2000: 1 senografía cada 6 consultas.

Año 2001: 1 senografía cada 5,7 consultas.

PAMI II:

Total consultas ginecología año 2000: 9764.

Total consultas ginecología año 2001: 8428.

Nº senografías autorizadas año 2000: 2641.

Nº senografías autorizadas año 2001: 2423.

Si se establece la relación senografías / consultas de ginecología se obtiene:

Año 2000: 1 senografía cada 4 consultas.

Año 2001: 1 senografía cada 3,4 consultas.

2.

Se relaciona prácticas de hemodinamia correspondientes al código 070703 (coronariografía selectiva de coronaria izquierda y/o derecha) con las angioplastias autorizadas obteniendo:

PAMI I: 1 angioplastia cada 3 estudios en el 2000 y 1 angioplastia cada 5 estudios en el 2001.

PAMI II: 1 angioplastia cada 4 estudios en el 2000 y 1 angioplastia cada 5 estudios en el 2001.

3.

Se relacionaron las prácticas de hemodinamia correspondiente al código 070703 (coronariografía selectiva de coronaria izquierda y/o derecha) con cirugía cardiaca: módulo compuesto.

PAMI I: 1 cirugía cada 7 estudios en el 2000 y 1 cirugía cardiaca cada 13 estudios en el 2001.

PAMI II: 1 cirugía cardíaca cada 6 estudios en el 2000 y 1 cirugía cardíaca cada 4 estudios en el 2001.

4.

Se relacionaron los estudios de hemodinamia correspondientes al código 070708 (aortografía abdominal y estudio selectivo del tronco celíaco, mesenterio superior o inferior, renales y/o sus ramas, por cateterismo humeral o femoral) con las cirugías vasculares realizadas en el efector propio.

PAMI I: 1 cirugía cada 8 estudios en el año 2000 y 1 cirugía cada 12 estudios en el 2001.

PAMI II: 1 cirugía cada 5 estudios en el 2000 y 1 cirugía cada 5 estudios en el 2001.

Estos datos están subestimados ya que las cirugías de urgencia son resueltas por el prestador externo y no por los efectores propios.

DERIVACIONES PRINCIPALES PRACTICAS AMBOS POLICLINICOS – 1º SEMESTRE AÑOS 2000 Y 2001.

PRACTICAS	1º SEMESTRE 2000	1º SEMESTRE 2001
Campimetría	407	398
Colangiografía retrógrada	39	58
Ecodoppler cardíaco o periférico	618	701
Fotocoagulación con láser	185	182
Hemodinamia	205	230
Holter	184	168
Interconsultas	1350	1540
Internación por falta especialidad	230	287
Medicina nuclear	688	666
R.M.N.	226	259
Senografías	1945	2041
TAC	1844	1693

Para las prácticas detalladas en el cuadro correspondiente a las derivaciones de ambos Policlínicos en el 1º semestre del año 2000 y 2001, se consignan los porcentajes de variación (aumento o disminución del 1º semestre del 2001 con respecto al 1º semestre del 2000.

Campimetría: disminución del 2,21%.

Colangiografía retrógrada: aumento del 48,79%.

Ecodoppler cardíaco o periférico: aumento del 13,4%.

Fotocoagulación con láser: disminución del 1,69%.

Hemodinamia: aumento del 11,65%.

Holter: disminución del 8,70%.

Interconsultas: aumento del 14,07%.

Internación por falta de especialidad: aumento del 14,66%.

Medicina nuclear: disminución del 3,20%.

R.M.N.: aumento del 14,6%.

Senografía: aumento del 4,94%.

TAC: disminución del 8,19%.

DERIVACIONES PRINCIPALES PRACTICAS AMBOS POLICLINICOS – 2º SEMESTRE AÑOS 2000 Y 2001.

PRACTICAS	2º SEMESTRE 2000	2º SEMESTRE 2001
Campimetría	494	227
Colangiografía retrógrada	46	32
Ecodoppler cardíaco o periférico	647	419
Fotocoagulación con láser	195	181
Hemodinamia	245	192
Holter	147	75
Interconsultas	1448	1075
Internación por falta especialidad	299	206
Medicina nuclear	661	454
R.M.N.	271	188
Senografías	2273	1347
TAC	1894	1396

Para las prácticas detalladas en el cuadro correspondiente a las derivaciones de ambos Policlínicos, se consignan los porcentajes de variación (aumento o disminución del 2º semestre del 2001 con respecto al 2º semestre del 2000.

Campimetría: disminución del 41%.

Colangiografía retrógrada: disminución del 31%.

Ecodoppler cardíaco o periférico: disminución del 36%.

Fotocoagulación con láser: disminución del 7%.

Hemodinamia: disminución del 22%.

Holter: disminución del 49%.

Interconsultas: disminución del 25.76%.

Internación por falta de especialidad: disminución del 31%.

Medicina nuclear: disminución del 31%.

R.M.N.: disminución del 31%.

Senografía: disminución del 41%.

TAC: disminución del 26.3%.

DERIVACIONES PRINCIPALES PRACTICAS AMBOS POLICLÍNICOS AÑOS 2000 Y 2001.

PRACTICAS	AÑO 2000	AÑO 2001
Campimetría	901	625
Colangiografía retrógrada	85	90
Ecodoppler cardíaco o periférico	1265	1120
Fotocoagulación con láser	380	363
Hemodinamia	451	422
Holter	331	243
Interconsultas	2798	2615
Internación por falta especialidad	529	493
Medicina nuclear	1349	1120
R.M.N.	497	447
Senografías	4218	3388
TAC	3738	3089

Para las prácticas detalladas en el cuadro correspondiente a las derivaciones de ambos Policlínicos en el año 2000 y 2001, se consignan los porcentajes de variación (aumento o disminución) del año 2001 con respecto al año 2000.

Campimetría: disminución del 30,6%.

Colangiografía retrógrada: aumento del 5,88%.

Ecodoppler cardíaco o periférico: disminución del 11,46%.

Fotocoagulación con láser: disminución del 4,47%.

Hemodinamia: disminución del 6,4%.

Holter: disminución del 26,59%.

Interconsultas: disminución del 6,4 %.

Internación par falta de especialidad: disminución del 6,8%.

Medicina nuclear: disminución del 16,98%.

R.M.N.: disminución del 10,06%.

Senografía: disminución del 19,62%.

TAC: disminución del 17,36%.

DERIVACIONES DE PAMI I Y PAMI II DE PRINCIPALES PRACTICAS- AÑO 2000

Se analizaron las prestaciones derivadas por PAMI I y PAMI II que se consideran importantes por el costo o por la demanda registrada.

En el cuadro N° 1 se consignan las prácticas y el N° de cada una de ellas registradas para el año 2000.

En el cuadro N° 2 se obtuvo la tasa de utilización anual por 1000 de cada una de las prácticas consignadas en el cuadro N° 1.

Se trabajó para el denominador de las tasas con cupo informado por el Area de Sistemas.

PAMI I: 33034.-

PAMI II: 52133.-

Total: 85167.-

CUADRO N° 1:

PRACTICAS	PAMI I	PAMI II	TOTAL
Angioplastia central o periférica	23	46	69
Campimetría computarizada	331	570	901
Hemodinamia	148	302	450
Holter	151	180	331
Fotocoagulación con láser	143	237	380
Senografía	1577	2641	4218
TAC	1496	2242	3738
R.M.N.	206	291	497
Medicina nuclear	481	868	1349

CUADRO N° 2: tasas utilización x 1000.

PRACTICAS	PAMI I	PAMI II	TOTAL
Angioplastia central o periférica	0,69	0,82	0,81
Campimetría computarizada	10,02	10,9	10,58
Hemodinamia	4,49	5,79	5,29
Holter	4,57	3,45	3,88
Fotocoagulación con láser	4,32	4,55	4,46
Senografía	47,74	50,66	49,52
TAC	45,28	43,01	43,89
R.M.N.	6,23	5,58	5,85
Medicina nuclear	14,56	16,65	15,83

DERIVACIONES DE PAMI I Y PAMI II DE PRINCIPALES PRACTICAS- AÑO 2001.

Se analizaron las prestaciones derivadas por PAMI I y PAMI II que se consideran importantes por el costo o por la demanda registrada.
 En el cuadro N° 1 se consignan las prácticas y el N° de cada una de ellas registradas para el año 2001.
 En el cuadro N° 2 se obtuvo la tasa de utilización anual por 1000 de cada una de las prácticas consignadas en el cuadro N° 1.
 Se trabajó para el denominador de las tasas con cupo informado por el Area de Sistemas.
 PAMI I: 31504.-
 PAMI II: 49742.-
 Total: 81246.-

CUADRO N° 1:

PRACTICAS	PAMI I	PAMI II	TOTAL
Angioplastia central o periférica	18	27	45
Campimetría computarizada	200	425	625
Hemodinamia	158	264	422
Holter	107	136	243
Fotocoagulación con láser	102	261	363
Senografía	965	2423	3388
TAC	1101	1988	3089
R.M.N.	168	279	447
Medicina nuclear	385	735	1120

CUADRO N° 2: tasas utilización x 1000.

PRACTICAS	PAMI I	PAMI II	TOTAL
Angioplastia central o periférica	0,57	0,54	0,5
Campimetría computarizada	6,35	8,54	7,6
Hemodinamia	5,02	5,30	5,1
Holter	3,40	2,73	3
Fotocoagulación con láser	3,23	5,25	4,4
Senografía	30,63	48,71	41,7
TAC	34,9	39,96	38,02
R.M.N.	5,33	5,61	5,5
Medicina nuclear	12,20	14,78	13,78

INTERCONSULTAS DERIVADAS POR PAMI I Y PAMI II AÑOS 2000 Y 2001

- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL.

PRACTICAS	AÑO 2000		AÑO 2001	
	Nº	%	Nº	%
Cirugía cabeza y cuello	287	10,3	224	8,6
Cirugía cardiovascular	132	4,7	171	6,5
Cirugía plástica	109	4	6	0,2
Cirugía torácica	43	1,5	4	0,2
Cirugía maxila facial	29	1,03	4	0,2
Hemodinamia	38	1,4	38	1,5
Neurocirugía	230	8,2	197	7,5
infectología	3	0,1	2	0,1
ORL	122	4,4	69	2,6
Obstetricia	141	5,04	92	3,5
Oftalmología	1267	45,3	1497	57,2
Pediatría	76	2,7	30	1,1
Radioterapia	275	9,8	258	9,9
Traumatología	46	1,6	23	0,9
TOTAL	2798	100	2615	100

DEMANDA DE INTERNACION PAMI I Y PAMI II- AÑOS 2000 Y 2001

Se analizó la evolución mensual de la demanda de internación de Pami I y Pami II y el total de ambos Policlínicos correspondiente a los años 2000 y 2001 tanto en lo referente a que fue resuelta en los efectores propios como a la derivada por falta de cama y por falta de especialidad.

Se procedió a obtener las respectivas tasas de utilización de internación (Pami I, Pami II y total) para los años 2000 y 2001. Dicho indicador considera como numerador el número de internaciones propias y rechazadas y el denominador el cupo población, por factor de corrección 100.

El cupo de Población de cada Policlínico y para cada año fue informado por el Area de Sistemas del Pami Rosario

DEMANDA DE INTERNACIÓN PAMI I

- Año 2000 Total anual de internaciones en el efector propio: 3805. Si le sumamos lo derivado por falta de cama y por falta de especialidad el total es 4847. El 79 % fue resuelto en el Policlínico y rechazado el 21 % restante (84 % por falta de cama y 16 % por falta de especialidad). Si consideramos que el cupo población fue de 33034, obtenemos una tasa de utilización del 14,6 %
- Año 2001: El total anual de internaciones en el efector propio: 4253 Si el sumamos lo derivado por falta de camas y por falta de especialidad el total es de 4464. Si consideramos que el cupo poblacional fue de 31504 obtenemos una tasa de utilización del 14,17 %.

Es decir la tasas de utilización de ambos periodos, 2000 y 2001 es similar, pero se observa que aumentaron los egresos en el efector propio y disminuyeron las internaciones por falta de cama, en función de directivas de las autoridades de resolver sin derivar. Así mismo se observa un aumento de las camas disponibles en Pami I en el 2001 en relación al 2000

DEMANDA DE INTERNACION PAMI II

- Año 2000 Total anual de internaciones en el efector propio: 8069. Si le sumamos lo derivado por falta de cama y por falta de especialidad el total es de 8613. El 94 % fue resuelta en el Policlínico y rechazado el 6 % restante (33% por falta de cama y 67 % por falta de especialidad) Si consideramos que el cupo población fue de 52133 beneficiarios obtenemos una tasa de utilización de internación del 16, 5 %.
- Año 2001 Total anual de internaciones en el efector propio: 8108. Si le sumamos lo derivado por falta de cama y por falta de especialidad el total es de 8484. Si consideramos que el cupo poblacional fue de 49742, obtenemos una tasa de utilización de 17 %. Es decir se obtiene un incremento en relación al del año 2000 que se debe al aumento en las internaciones en el efector propio sobre todo.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE DERIVACIONES DE INTERNACIONES SEGÚN TIPO – AÑOS 2000 Y 2001 – PAMI I.

Se analizaron las derivaciones de internación según tipo correspondientes a los años 2000 y 2001.

Si se compara el 2001 en relación al 2000 y se obtiene el porcentaje de variación, se observa que las internaciones de:

- 1) Cirugía de cabeza y cuello: disminuyen en un 47,8 %.
- 2) Cirugía cardiovascular: aumentan un 26,2 %.
- 3) Cirugía torácica: disminuyen un 57,1 %.
- 4) Cirugía cardíaca: se observa una disminución del módulo simple. Si sumamos las cifras absolutas de cada año para ambos módulos da igual cantidad.
- 5) Neurocirugía: aumento del 17,1 %.
- 6) Oftalmología: aumento del 42,9 %.
- 7) ORL: disminución del 87,5 %.
- 8) Obstetricia: el valor registrado en el 2001 es mas del doble del 2000. Esto es demanda real, partos o cesáreas. Dado el número reducido de casos y que no hubo rechazo de la demanda en este rubro, las diferencias en las cantidades observadas son atribuibles al azar.
- 9) Traumatología: se duplica en el 2001 la cifras del 2000.
- 10) Si tomamos el total de las derivaciones por falta de especialidad observamos que se registra un aumento del 1,8 %.
- 11) En relación a las derivaciones por falta de cama, es decir aquellas que se podrían haber realizado en PAMI I pero al no contar con disponibilidad de camas debieron derivarse; observamos que en el 2001 por directivas superiores de resolver dentro del efector las internaciones y no derivar, se produce una disminución del 94 % de las internaciones derivadas por este concepto en relación al 2000. Para cumplimentar esta directiva se utilizaron consultorios para internaciones transitorias, se aumentaron lascamas de PAMI I y se suspendieron las cirugías programadas durante algunos periodos.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE DERIVACIONES DE INTERNACIONES SEGÚN TIPO – AÑOS 2000 Y 2001 – PAMI II.

Se analizaron las derivaciones de internación según tipo correspondiente a los años 2000 y 2001. Si se compara el 2001 en relación al 2000 y se obtiene el porcentaje de variación se observa que las internaciones de:

- 1) Cirugía cabeza y cuello: aumento del 35 %.
- 2) Cirugía cardiovascular: disminuyó un 46,3 %.
- 3) Cirugía torácica: disminuyó un 42,9 %.
- 4) Cirugía plástica: disminuyó un 80 %.
- 5) Cirugía cardíaca: se observa un aumento del 3 % del módulo compuesto y una disminución del 42,9 % del módulo simple, aunque si sumamos ambos módulos las cantidades absolutas son similares.
- 6) Neurocirugía: aumentó un 25%.

- 7) Oftalmología: aumentó un 17,9 %.
- 8) ORL: disminuyó un 6,7 %.
- 9) Obstetricia: disminuyó un 43,3 %. Esto es demanda real, partos o cesáreas. Dado lo reducido de las cantidades podría considerarse como atribuible al azar las diferencias.
- 10) No se registran internaciones de grandes quemados y traumatología.
- 11) Si analizamos el total de derivaciones de internación por falta de especialidad observamos que en el año 2001 se registra una disminución del 7,7 % en relación al año 2000.
- 12) Las derivaciones por falta de cama, es decir las que podrían haberse realizado en PAMI II pero que la no disponibilidad de camas en este efector determinó la necesidad de su derivación disminuyeron en el 2001 un 76,9 % en relación al 2000. Esto se originó a un aumento del N° de camas en PAMI II, una disminución de la estadía y un aumento del N° de internaciones transitorias, todo en función de directivas de las autoridades de no derivar y resolver las internaciones en el efector.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE DERIVACIONES DE INTERNACIONES SEGÚN TIPO - AÑOS 2000 Y 2001 - PAMI I Y PAMI II.

El cuadro establece las derivaciones según tipos, total de ambos Policlínicos en los años 2000 y 2001.

Se analizaron los datos del 2001 en relación al 2000 para observar el porcentaje de variación observando que las internaciones para:

- 1) Cirugía cabeza y cuello: registran un aumento del 7,7 %. Esta variación es por las derivadas por PAMI II.
- 2) Cirugía cardiovascular: disminuye un 7,8 % y si bien PAMI I aumentó el N° en el 2001 en relación al 2000 tuvo mas incidencia la disminución del PAMI II.
- 3) Cirugía torácica: disminuyó un 50%. En ambos Policlínicos se observó disminución.
- 4) Cirugía plástica: disminuyó un 90 %. En ambos Policlínicos disminuyó, esto se debió a la incorporación de un cirujano plástico para ambos.
- 5) Cirugía cardíaca: se observa disminución del 2,4 % para el módulo compuesto y un 32,3 % para el módulo simple. Si tomamos los totales de ambos módulos la variación fue disminución del 15 %.
- 6) Neurocirugía: aumentó un 22,4 %.
- 7) Oftalmología: aumentó un 30,6 %. Este aumento fue a expensas sobre todo del aumento del PAMI I.
- 8) ORL: disminuyó un 34,8 %. Esto se debe a que si bien disminuye en ambos efectores lo hace sobre todo en PAMI I.
- 9) Obstetricia: disminuyó un 20 %. Esta cifra esta influenciada por la importante disminución de PAMI II. Esto es demanda real, partos o cesáreas.
- 10) Pediatría: disminuyó un 12 %.
- 11) Traumatología: aumentó un 20 %. Este aumento se debe a las derivaciones de PAMI I que se duplicaron en el 2001 en relación al 2000.
- 12) Total de Internaciones por falta de especialidad: disminuyó un 6,8 %. Esto se debió sobre todo al total de PAMI II en el 2001 en relación al 2000.

13) Las internaciones por falta de cama disminuyeron un 91,1 % en el 2001 en relación al 2000. En ambos efectores se observó una disminución que en PAMI I fue del 94,1 % y en PAMI II fue del 76,9 %.

El análisis de la demanda de ambos Policlínicos en forma conjunta tiene como objetivo conocer las prestaciones que se derivan según tipo y el peso total que tiene cada una de ellas. Esto posibilita contar con la información necesaria para los niveles gerenciales que posibilitaría planificar las contrataciones de las prestaciones que no pueden realizarse en los efectores propios.

El tipo de prestaciones se requiere para la elaboración de un menú prestacional que debería explicitar todo lo que incluye el convenio y las cantidades posibilitan elaborar el valor que se asignaría a la capita, en caso de decidirse por esta modalidad contractual.

De las distintas modalidades de concertación de convenios se considera que los contratos con pago por capita son los mas adecuados, si bien deberán arbitrase los mecanismos de control que impidan la sub prestación.

DERIVACION DE INTERNACION PAMI I AÑOS 2000 Y 2001.

PRACTICA	AÑO 2000	AÑO 2001
Internación cirugía cabeza y cuello	23	12
Internación cirugía cardiovascular	42	53
Internación cirugía torácica	7	3
Internación cirugía plástica	5	0
Internación implante radioactivo	1	1
Internación módulo compuesto	9	7
Internación módulo simple	3	5
Internación neurocirugía	35	41
Internación O.F.L.	8	14
Internación O.R.L.	8	1
Internación obstetricia	5	11
Internación pediatría	3	0
Internación punción bajo TAC	3	3
Internación traumatología	12	24
Internación quemados	3	0
TOTAL INTERNACION	167	170
INTERNACION FALTA DE CAMA	875	52

DERIVACION DE INTERNACION PAMI II AÑOS 2000 Y 2001.

PRACTICA	AÑO 2000	AÑO 2001
Internación cirugía cabeza y cuello	40	54
Internación cirugía cardiovascular	60	41
Internación cirugía torácica	7	4
Internación cirugía plástica	5	1
Internación implante radioactivo	9	8
Internación módulo compuesto	33	34
Internación módulo simple	28	16
Internación neurocirugía	72	90
Internación O.F.L.	28	33
Internación O.R.L.	15	14
Internación obstetricia	30	17
Internación pediatría	22	22
Internación punción bajo TAC	0	0
Internación traumatología	8	0
Internación quemados	5	0
TOTAL INTERNACION	362	334
INTERNACION FALTA DE CAMA	182	42

DERIVACION DE INTERNACION PAMI I Y PAMI II AÑOS 2000 Y 2001.

PRACTICA	AÑO 2000	AÑO 2001
Internación cirugía cabeza y cuello	63	66
Internación cirugía cardiovascular	102	94
Internación cirugía torácica	14	7
Internación cirugía plástica	10	1
Internación implante radioactivo	10	9
Internación módulo compuesto	42	41
Internación módulo simple	31	21
Internación neurocirugía	107	131
Internación O.F.L.	36	47
Internación O.R.L.	23	15
Internación obstetricia	35	28
Internación pediatría	25	22
Internación complicación post estudio	3	3
Internación traumatología	20	24
Internación quemados	8	0
TOTAL INTERNACION	529	493
INTERNACION FALTA DE CAMA	1057	94

PRACTICA	INTERNACION PATI I: AÑO 2008												TOTAL ANUAL
	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	TOTAL
Internación cirugía cabeza y cuello	2	0	5	2	0	1	10	3	1	0	4	1	21
Internación cirugía cardiotorácica	5	1	3	0	1	6	16	0	0	7	8	6	44
Internación cirugía torácica	0	0	1	0	1	0	2	1	1	2	0	1	7
Internación cirugía plástica	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	5
Internación colocación marcapaso	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Internación implante radiactivo	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1
Internación maxilo facial	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Internación módulo compuesto	0	0	0	0	1	3	4	5	0	0	0	0	9
Internación módulo simple	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
Internación neurocirugía	5	0	3	4	4	1	17	2	4	5	2	5	35
Internación O.F.L.	0	0	1	0	0	1	2	2	2	1	0	0	8
Internación O.R.L.	1	2	0	0	0	0	3	0	0	1	2	2	8
Internación obstetricia	0	0	0	1	0	1	2	1	0	0	0	2	5
Internación pediatría	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3
Internación punción bajo TAC	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	1	0	3
Internación traumatología	0	0	1	1	1	0	3	1	2	3	2	1	12
Internación quemados	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	3
TOTAL INTERNACION	14	4	17	9	10	14	68	16	12	18	21	21	167
INTERNACION FALTA DE CAMA	24	27	40	43	99	43	276	80	144	87	111	99	875

PRACTICA		Enero	Feb.	Marzo	Abril	INTERNACION PAM 11- AÑO 2000										Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	TOTAL	TOTAL ANUAL	
Inte ración cirugía cabeza y cuello		3	3	4	3	3	3	5	21	4	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	18	39
Internación cirugía cardiovascular		6	2	3	6	9	1	27	6	40					4	7	3	3	3	33	60	
Internación cirugía torácica		1	0	0	2	0	1	4	1	0					0	0	1	1	1	3	7	
Internación cirugía plástica		0	2	0	0	0	1	3	1	0					0	0	1	0	2	5	5	
Internación colocación marcapaso		0	0	0	0	0	0	0	0	0					0	0	0	0	0	0	0	
Internación implante radioactivo		2	0	0	1	1	0	4	0	0					0	3	2	0	5	9	9	
Internación maxilo facial		0	0	0	0	0	0	0	0	1					0	0	0	0	1	1	1	
Internación módulo oompuesto		1	1	2	2	4	3	13	1	6					1	8	1	3	20	33	33	
Internación módulo simple		1	0	2	4	2	3	12	4	2					3	3	2	2	16	28	28	
Internación neurocirugía		6	6	4	6	10	5	37	8	1					7	3	9	7	35	72	72	
Internación O.F.L.		1	1	2	0	2	3	9	2	2					4	5	5	1	19	28	28	
Internación O.R.L.		2	2	0	1	1	1	7	0	0					1	2	3	2	8	15	15	
Internación obstetricia		3	3	2	2	0	3	13	3	4					1	2	3	4	17	30	30	
Internación pediatria		2	1	0	1	2	2	8	2	2					3	1	3	3	14	22	22	
Internación punción baio TAC		0	0	0	0	0	0	0	0	0					0	0	0	0	0	0	0	
Internación traumatología		1	1	1	1	0	0	4	0	1					0	1	1	1	4	8	8	
Internación quemados		0	0	0	0	0	0	0	1	1					0	3	0	0	5	5	5	
TOTAL INTERNACION		29	22	20	29	34	28	162	33	32					27	41	37	30	200	362	362	
INTERNACION FALTA DE CAMA		8	1	0	3	5	7	24	32	57					31	26	5	7	158	182	182	

PRACTICA
Internación cirugía cabeza y cuello

INTERNACION PAMI I Y PAMI II: AÑO 2000.

Enero Feb. Mar. Abril May. Jun. Jul. Ago. Sep. Oct. Nov. Dic. TOTAL TOTAL ANUAL

Internación cirugía cabeza y cuello	5	3	9	6	5	3	6	31	7	3	5	3	7	4	29	60
Internación cirugía cardiovascular	11	3	6	7	6	10	7	43	6	10	9	14	11	9	58	101
Internación cirugía torácica	1	0	1	1	2	1	1	6	2	1	2	0	1	2	8	14
Internación cirugía plástica	1	2	0	1	0	1	1	5	1	1	0	2	1	0	5	10
Internación colocación marcapaso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
Internación implante radioactivo	2	0	0	0	1	2	0	5	0	0	0	3	2	0	6	10
Internación maxilo facial	0	0	2	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	3
Internación módulo compuesto	1	1	2	2	2	5	6	17	6	6	1	8	1	3	25	42
Internación módulo simple	1	0	2	3	4	2	3	12	4	2	3	3	5	2	19	31
Internación neurocirugía	11	6	7	6	10	14	6	54	10	5	12	5	9	12	53	107
Internación O.F.L.	1	1	3	4	0	2	4	11	4	4	5	5	6	1	25	36
Internación O.R.L.	3	4	0	1	1	1	1	10	0	0	2	2	5	4	13	23
Internación obstetricia	3	3	2	3	3	0	4	15	4	4	1	2	3	6	20	35
Internación pediatría	2	2	1	2	1	2	2	10	2	2	3	1	3	4	15	25
Internación punción bajo TAC	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	1	0	1	3
Internación traumatología	1	1	2	1	2	0	1	7	1	3	3	1	3	2	13	20
Internación quemados	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	0	2	8	8
TOTAL INTERNACION	43	26	37	42	38	44	42	230	49	44	45	52	58	51	299	529
INTERNACION FALTA DE CAMA	32	28	40	46	46	104	50	300	112	201	109	113	116	106	757	1057

PRACTICA

INTERVENCIÓN	AÑO 2007												TOTAL	TOTAL ANUAL
	Enero	Feb.	Mar	Abril	Mayo	Junio	Julio	Ago	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.		
Intervención cirugía cabeza y cuello	3	0	1	2	0	1	7	3	0	1	0	0	4	11
Intervención cirugía cardiovascular	5	4	4	2	6	0	21	3	12	3	6	2	32	53
Intervención cirugía torácica	0	0	0	0	1	1	2	0	0	1	0	0	1	3
Intervención cirugía plástica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intervención implante radioactivo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Intervención maxilo facial	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Intervención módulo compuesto	0	0	0	3	2	2	7	0	0	0	0	0	0	7
Intervención módulo simple	0	0	4	1	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5
Intervención neurocirugía	2	1	4	4	8	3	22	3	2	6	4	1	19	41
Intervención O.F.L.	3	0	0	5	3	0	11	1	1	0	1	0	3	14
Intervención O.R.L.	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Intervención obstetricia	4	2	2	0	0	0	8	2	0	0	1	0	3	11
Intervención pediatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intervención punción bajo TAC	0	1	0	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Intervención traumatología	0	0	0	0	2	1	3	0	0	2	3	0	5	8
Intervención quemados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL INTERVENCIÓN	17	9	16	19	22	8	91	12	15	13	11	5	68	159
INTERVENCIÓN FALTA DE CAMA	30	22	0	0	0	0	52	0	0	0	0	0	0	52

Abri **INTERNACION PAMI II: AÑO 2001.**

Enero Feb. 10 36 2 0 0 2

PRACTICA	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	JULIO	Agosto	Sep.	Nov	Dic.	TOTAL	TOTAL ANUAL
Internación cirugía cabeza y cuello	5	3	9	5	1	1	2	0	3	3	1	17	53
Internación cirugía cardiovascular	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	41
Internación cirugía torácica	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4
Internación cirugía plástica	1	1	5	2	5	2	5	1	0	3	2	0	1
Internación implante radioactivo	0	0	0	0	2	5	3	1	2	1	0	4	8
Internación maxilo facial	0	11	5	5	5	11	1	6	8	5	5	0	1
Internación oído compuesto	5	1	6	4	3	4	4	3	0	0	1	14	34
Internación oído simple	1	2	3	1	1	2	1	2	0	0	1	8	16
neurocirugía	7	1	3	1	0	3	1	3	3	0	0	46	90
	7	2	3	1	0	2	1	1	2	2	5	8	33
Internación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	14
Internación obstetricia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	17
Internación pediatria	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	22
Internación punción bajo TAC	0	31	34	23	30	42	26	22	23	13	18	0	0
Internación traumatología	0	8	10	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0
Internación quemados	0	8	10	8	8	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL INTERNACION	36						196					138	334
INTERNACION FALTA DE CAMA	6			1		8	41	1					42

INTERNACION PAMI I Y PAMI II. AÑO 2001.

Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre

PRACTICA	Enero	Feb.	Marzo	Mayo	7	5	9	TOTAL	5	15	6	8	0	2	21	TOTAL	TOTAL ANUAL
Internación cirugía cabeza y cuello	1	0	0	7	0	0	2	43	0	0	1	0	1	0			64
Internación cirugía cardiovascular	1	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0			
Internación cirugía torácica	0	0	1	10	1	1	0	48	1	1	2	0	0	1	46		94
Internación cirugía plástica	0	0	1	2	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	2		7
Internación implante radioactivo	5	1	5	0	5	1	4	1	5	1	0	3	3	2	0		1
Internación maxilo facial	1	0	4	2	1	3	5	4	3	1	2	1	1	0	5		9
Internación módulo compuesto	9	12	9	0	9	9	14	2	9	8	14	9	17	8	0		2
Internación módulo simple	10	1	6	7	9	5	4	27	5	4	0	1	0	1	14		41
Internación neurocirugía	0	3	3	2	1	1	2	13	1	2	0	0	1	1	8		21
Internación O.F.L.	5	3	5	13	1	3	3	66	3	3	3	0	2	0	65		131
Internación O.R.L.	1	2	3	6	1	1	2	36	1	1	2	2	2	5	11		47
Internación obstetricia	0	1	0	1	2	0	0	10	0	0	0	0	0	0	5		15
Internación pediatria	0	0	0	0	0	0	1	17	0	0	2	0	3	0	11		28
Internación punción bajo TAC	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	13		22
Internación punción bajo TAC	53	40	50	42	0	38	50	3	38	37	36	25	47	23	0		3
Internación traumatología				2				3							5		8
Internación quemados			10	0	1	0	8	0	0		0	0	0	0	0		0
TOTAL INTERNACION				52				287							206		493
INTERNACION FALTA DE CAMA	36	30		8				93		1					1		94

CONCLUSIONES.

El objetivo del trabajo fue estudiar la magnitud y características de las prestaciones derivadas a prestadores externos por PAMI I y PAMI II, efectores propios del I.N.S.S.J.P., en la ciudad de Rosario durante los años 2000 y 2001.

Se recogió la información del N° y tipo de prestaciones que derivan los Policlínicos en función de los registros de auditoría de cada uno de ellos y se procedió a elaborar los cuadros de evolución mensual y total anual de cada uno de ellos y ambos en total. Se establecieron comparaciones entre los años 2000 y 2001 observando el porcentaje de variación. Se obtuvieron las tasas de utilización en función de la población que tiene asignada cada uno de ellos, por práctica y del 2000 y 2001.

Se solicitó los cupos de población asignado a cada Policlínico para los años 2000 y 2001. PAMI I tiene asignado el 40 % del total de la población.

Se caracterizó a la población beneficiaria asignada a PAMI I y PAMI II, que es cautiva, por grupo de edad y sexo y se la comparó con la población afiliada de todo el país. Observando que la que corresponde a los efectores está más envejecida, correspondiendo a la lógica de ser la mayor parte de la población urbana y con residencia en una ciudad importante del país.

Los efectores propios deben derivar prestaciones por falta de especialidad, equipamiento y complejidad y debería estudiarse la posibilidad de reasignación de recursos que posibilite resolver dentro de los mismos determinadas prestaciones. Para este tipo de derivaciones se cuenta con un convenio capitado con prestadores privados. El mismo tiene un menú prestacional de lo incluido pero no precisa lo excluido, no tiene normas respecto al material que es necesario para determinadas prestaciones y si la provisión es responsabilidad del INSSJP o del prestador privado.

En el año 2000 se produjeron derivaciones de internación por falta de cama a prestadores externos a través de otro convenio. Estas internaciones debieron resolverse en los efectores propios pero el no contar con disponibilidad de cama hacía necesario derivar al paciente. En el 2001 la autoridades determinan que deben resolverse en los efectores propios la internaciones, evitando su derivación y procediendo a aumentar el número de camas de los Policlínicos, suspender las cirugías programadas en algunos momentos y aumentar las internaciones transitorias en la guardia.

I. Interconsultas:

En los efectores propios no se cuenta con profesionales especialistas en cabeza y cuello, cirugía cardiovascular, cirugía máxilo facial, hemodinamia, neurocirugía, obstetricia y pediatría. Si bien se cuenta con profesionales

oftalmólogos y otorrinolaringólogos, estos profesionales sólo hacen actividad de consultorios externos en razón de carecer de instrumental.

Las derivaciones para traumatología son consulta previa para realizar artroscopia de rodilla y hombro que no se hacen en PAMI I y PAMI II.

Se incorporó un cirujano plástico en el año 2001 para ambos efectores.

Los cirujanos vasculares de PAMI II, tienen formación en cirugía torácica, pero su actividad es sobre todo para los requerimientos del servicio de hemodiálisis, centralizan la colocación de marcapasos de ambos Policlínicos, las cirugías vasculares periféricas programadas y cirugías pulmonares.

Del total de interconsultas derivadas en el 2000 el 45,3% correspondió a oftalmología, el 10,3% a cirugía de cabeza y cuello, el 9,8 % para radioterapia y el 8,2 % para neurocirugía, es decir son las especialidades de mayor demanda.

En el año 2001 se observa que el 57,2 % correspondió a oftalmología, el 9,9 % a radioterapia, el 8,6% a cirugía de cabeza y cuello y el 7,5 % a neurocirugía.

En ambos años la mayor frecuencia se da en las mismas especialidades, destacando que el 50 % aproximadamente de las interconsultas derivadas en ambos años correspondió a la especialidad oftalmología.

II. Internaciones:

1. Por falta de especialidad o actividad quirúrgica.

En el año 2000 se observa que la mayor frecuencia la obtienen las internaciones de: cirugía cardiovascular 33,7 %, neurocirugía 20,6 % y cabeza y cuello 12,13 %.

En el años 2001 la mayor frecuencia la obtienen cirugía cardiovascular 31,4 %, neurocirugía 26,41 % y cabeza y cuello 13,3 %.

1.1. Cirugía de cabeza y cuello en Rosario es una especialidad crítica con un número reducido de profesionales lo que dificultaría la posibilidad de incorporar especialistas a los efectores propios. El único limitante sería el recurso humano ya que la planta física y el equipamiento posibilitaría realizar cirugías de cabeza y cuello en PAMI I y PAMI II.

1.2. Si consideramos las cirugías cardiovasculares, módulo compuesto y módulo simple, observamos que los vasculares centrales registran un promedio mensual de 7 a 8. Esta demanda implicaría que no se justificaría la inversión para implementar este servicio en los efectores propios, ya que habría que incorporar recursos humanos, equipamiento, modificar planta física, servicios de apoyo, etc. Determinadas cirugías cardiovasculares no centrales como aneurisma aorta abdominal, obstrucciones arteriales agudas, etc. podrían resolverse en los efectores propios si se reforzaran los recursos humanos. La dotación actual no permite cubrir urgencias, feriados, fines de semana, etc. y con una mayor disponibilidad de horas profesionales se podría cubrir esta demanda. Algunas cirugías vasculares periféricas programadas se hacen en PAMI I y PAMI II y los profesionales cuentan con buena formación. Lo urgente se deriva al convenio que lo tiene incluido.

1.3. Cirugía torácica. Del total de internaciones derivadas del convenio representa el 2,7 % en el 2000 y 1,4 % en el 2001. La derivación estaría

justificada para las cirugías complejas. Si se aumentara el recurso humano en PAMI II podrían absorberse la demanda de ambos Policlínicos.

- 1.4. Neurocirugía. Representa el 20,6 % en el año 2000 y el 26,41 % en el 2001 de todas las internaciones derivadas. No se cuenta con servicio de neurocirugía en los efectores propios, ni se cuenta con infraestructura de apoyo, lo que determina la derivación de los pacientes. No se justificaría la implementación de un servicio propio en razón del costo del equipamiento, el recurso humano necesario en relación a la demanda existente. Estudios posteriores a los años analizados en este trabajo demuestran que la mayoría de las internaciones derivadas para esta especialidad, son internaciones clínicas, es decir los neurocirujanos no operan a los pacientes. Habría que arbitrar mecanismos que posibiliten que un profesional del prestador evalúe los pacientes en PAMI I y PAMI II. Esto permitiría evitar traslados innecesarios del paciente y mejorar la eficiencia del convenio.
- 1.5. Oftalmología. Si bien se cuenta en PAMI I y PAMI II con oftalmólogos solo realizaron la consulta externa, a pesar de tener entrenamiento quirúrgico. Se deriva la baja, mediana y alta complejidad quirúrgica. El número de interconsultas derivadas es importante pero las internaciones son el 6,9 % en el 2000 y el 9,4 % en el 2001.
Debería planificarse la incorporación paulatina de instrumental quirúrgico y equipamiento que posibilite absorber la demanda de baja y mediana complejidad quirúrgica. Así mismo estudiar la posibilidad de adquirir equipamiento complejo, como un facoemulsificador, para uno de los Policlínicos con el objetivo de cubrir la demanda de cirugías de cataratas de ambos efectores.
- 1.6. ORL. Se cuenta con especialistas en PAMI I y PAMI II que solo cubren la atención ambulatoria, es decir consultas. Del total de internaciones corresponde a esta especialidad el 4,4 % en el 2000 y el 3,2 % en el 2001. Debería re equiparse a los efectores propios de instrumental quirúrgico para resolver las cirugías de baja y mediana complejidad.
- 1.7. Obstetricia. Las internaciones derivadas para esta especialidad constituyen una demanda real por ser partos o cesáreas. Del total de internaciones corresponde el 6,7 % en el 2000 y el 5,6 % en el 2001. La demanda registrada no justificaría implementar en los efectores propios este servicio ya que el promedio mensual es de 3.
- 1.8. Pediatría. El rubro pediatría incluye la atención de neonatología, niños y adolescentes y también incluye las especialidades de la pediatría como la cardiología pediátrica. Del total de internaciones las pediátricas fueron el 4,8 % en el 2000 y el 4,4 % en el 2001. La atención perinatal y pediátrica en general es imposible de resolverse en los efectores propios, que tienen los recursos asignados para la atención de adultos y ancianos.

Si comparamos los datos del 2001 en relación al 2000 observamos que el total de derivaciones de internación por falta de especialidad o actividad quirúrgica se observa una disminución del 6,8 %.

2. Las internaciones derivadas por falta de cama, es decir aquellas que podrían haberse realizado en los efectorés propios pero no pudieron efectivizarse en estos por carecer de camas disponibles, registraron una cifra importante en el 2000, y disminuyeron un 91 % en el 2001. esto se debió a directivas de las autoridades de resolver la demanda internamente, originando que en el 2001 se aumentaran las camas de PAMI I y PAMI II, se internan en forma transitoria en guardia y se suspendieran en algunos momentos las cirugías programadas. PAMI II aumentó el número de camas para internación transitoria ocupando la planta física de consultorios externos lo que complejizó la operatoria de la atención ambulatoria. La disminución mayor se registró en PAMI I en el 2001 en relación al 2000.

III. Prácticas diagnósticas o terapéuticas derivadas:

Se realizaron cuadros de las principales prácticas derivadas para el año 2000 y 2001 estableciendo distintas comparaciones de los datos registrados, con el objeto de visualizar las variaciones que se registran en el tiempo. De la comparación del 2001 en relación al 2000 para las principales prácticas diagnósticas o terapéuticas se observa que registran disminución en el número de la mayoría de ellas. Esta situación no es atribuible a disminución de la demanda y las causas podrían estar originadas en problemas de inadecuada respuesta por parte de los prestadores del convenio que en el segundo semestre del 2001 no cubría las prestaciones programadas. Las prestaciones que sufrieron una mayor disminución en el 2001 en relación al 2000 fueron:

- Campimetría: disminución del 30,6 %.
- Eco doppler cardíaco o periférico: disminución del 11,46 %.
- Holter: disminución del 26,59 %.
- Medicina nuclear: disminución del 16,98 %.
- R.M.N.: disminución del 10,06 %.
- Senografía: disminución del 19,62 %.
- TAC: disminución del 17,36 %.

Se obtuvieron las tasas de utilización de las principales prácticas para el 2000 y 2001, utilizando como denominador del cupo de población para cada Policlínico y cada año.

PROPUESTA:

1. Establecer líneas de investigación:

- Epidemiológicas tendientes a caracterizar la población asignada, diferenciada por ambos Policlínicos a los fines de redimensionar estratégicamente los niveles de atención.

- Demográfica para ver el envejecimiento, su impacto en la calidad de vida y su repercusión en el sistema de salud.
 - Planificación estratégica para la atención que se brinda en PAMI I y PAMI II valorando la fortalezas y oportunidades y minimizando las amenazas y debilidades.
2. Sería importante realizar un relevamiento de PAMI I y PAMI II desde el punto de vista de la estructura y de los procesos de atención, y conocer los resultados de ésta. Esto posibilitaría visualizar los problemas de recursos, organización de éstos y la atención médica propiamente dicha. Deberían contarse con protocolos de atención.
 3. Planificar la incorporación de equipamiento para los efectores propios que permita efficientizar la atención, dado que la derivación al convenio para determinadas prestaciones de los pacientes internados implica traslado en ambulancia con médico originando incremento de los costos. En una primera etapa debiera incorporarse equipamiento para realizar eco doppler y un senógrafo para ambos efectores.. En una segunda etapa un tomógrafo computarizado. Esto no necesariamente implica comprar los equipos ya que podrían establecerse convenios de uso con empresas.

ANEXOS.

GLOSARIO.

1. Prestaciones derivadas: prácticas ambulatorias o con internación, diagnósticas o terapéuticas, que los efectores propios derivan a prestadores externos.
2. Derivaciones por falta de especialidad: se interpreta en este ítem los casos de derivaciones por no contar con la especialidad en los efectores propios y los casos que se tiene la especialidad pero los profesionales de los efectores propios no realizan actividad quirúrgica.
3. Hemodinamia:
 - 010702: pan arteriografía cerebral por cateterismo (uni o bilateral).
 - 070703: coronariografía selectiva de coronaria izquierda y/o derecha.
 - 070707: aortografía torácica y/o estudio selectivo de las arterias del cayado aórtico y del cuello por cateterismo.
 - 070705: aortografía por cateterismo femoral.
 - 070708: aortografía abdominal y estudio selectivo de tronco celíaco, mesentérica superior e inferior, renales y/o sus ramas por cateterismo humoral o femoral.
 - 070717: arteriografía periférica por punción.
4. Cirugías cardíacas:
 - a) Módulo simple:
 - 070402: aneurisma aorto toracoabdominal.
 - 070203: reemplazo valvular.
 - 070209: by pass aortocoronario.
 - 070210: by pass mamario coronario.
 - 070206: defectos congénitos varios (en adultos).
 - 070207: aneurisma del cayado aórtico. Aneurisma disecante.
 - 070208: aneurisma de la aorta ascendente y descendente.
 - 070211: aneurisma ventricular izquierdo.
 - b) Módulo compuesto:
 - 070204: doble reemplazo valvular.
 - 070205: reemplazo de una válvula y plástica de otra.
 - 070203 (reemplazo válvula cardíaca por prótesis o injerto) y 070209 (derivación by pass aorta coronaria única, doble o triple, incluye toma del injerto venoso).
 - 070203 y 070206 (cierres defectos septales, auriculares y/o ventriculares. Plásticas valvulares únicas o múltiples. Anomalías parciales del retorno venoso pulmonar. Estenosis no valvulares de la vía de salida de los ventrículos derecho e izquierdo, ventana aorto pulmonar. Fístula entre aorta o coronarias y cavidades cardíacas. Embolectomía de la arteria pulmonar. Extracción de cuerpos extraños en cavidades cardíacas. Escisión de tumores cardíacos).

MENU PRESTACIONAL – CONVENIO CAPITADO.

Se precisa el menú prestacional del convenio capitado en los casos de falta de especialidad, de complejidad o de equipamiento:

PRESTACIONES INCLUIDAS.

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. T.A.C. | – By Pass aorto mamario cor. |
| 2. R.M.N. | – Válvula By Pass (MC) |
| 3. Medicina Nuclear | – Reemplazo valvular |
| 4. R.I.E. y práct. N.N. | – Aneurisma aorta torácica |
| 5. Ecodoppler | – Refacción pseudo-aneurisma |
| 6. Ecografía transvaginal | – Endarterectomía |
| 7. Ecografía transrectal | 21. Neurocirugía |
| 8. Ecografía de pene c/pap. | 22. Electrigr. De Haz de Hiss |
| 9. Estudio urodinámico | 23. Litotricia extracorporea |
| 10. Potenciales evocados | 24. Braquiterapia |
| 11. Est. electrofisiológico card. | 25. Artroscopia de rodilla |
| 12. E.N.G. ex. func. laberíntico | 26. L.I.O. |
| 13. Inmunamarcación | 27. Vitrectomía |
| 14. Colangio pancrato retrograda
enc. | 28. Fotocoagulación con láser |
| 15. Plaquetoféresis | 29. Parto |
| 16. Flujometría | 30. Neonatalogía |
| 17. Terapia radiante | 31. Pediatría |
| 18. Hemodinamia | 32. Tratamiento de quemados |
| 19. Angioplastia | 33. Senografía |
| 20. Cirugía cardiavascular | 34. Cirugía torácica |
| – By Pass periférico | 35. Cabeza y cuello |
| – Valvuloplastia | 36. Arteriografía |
| – Módulo compuesto | 37. Anestesia |
| – Módulo simple | 38. O.R.L. |
| – By Pass aorto coronario | 39. Oftalmología |

BIBLIOGRAFÍA.

- Avedis Donabedian - "La calidad de la atención médica". Definición y métodos de evaluación - México 1984- La Prensa Médica Mexicana SA
- G. Malagón - Londoño, R. Galán Morera, G. Pontón Laverde "Garantía de Calidad en Salud" - 1º edición - Bogotá Colombia - 1999 - Editorial Médica Internacional Ltda.
- J.L. Temes, V. Pastor, J.L. Díaz - "Manual de Gestión Hospitalaria" - 1º edición - Madrid - 1992 - Interamericana Mc Graw Hill.
- H.V. Vuori "El control de calidad en los servicios sanitarios". Concepto y metodología - 3º reimpresión - Barcelona 1996 - Masson S.A. (Barcelona).
- Cuesta Gómez, J.A. Moreno Ruiz, R. Gutiérrez Marti "La calidad de la asistencia hospitalaria" - España 1986 - Ediciones Doyma S.A..
- Publicación interna de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social - Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario - Mimeo 1991.
- J. Ashton, H. Seymour "La nueva Salud Pública". La experiencia de Liverpool - 1º edición española - Barcelona 1990 - Masson S.A. (Barcelona).
- G. Malagon - Londoño, R. Galán Morera. G. Pontón Laverde "Administración Hospitalaria" - 1º edición Colombia - 1996 - Editorial Médica Internacional Ltda..
- J. Varo "Gestión Estratégica de la Calidad de los servicios sanitarios". Un modelo de gestión hospitalaria - Madrid España - Ediciones Díaz de Santos S.A..
- Carlos Alberto Díaz "La empresa Sanitaria moderna". Como crear nuestra propia bestia sistémica - Buenos Aires - Argentina. Ediciones ISALUD - Abril 2001.
- Material entregado en Maestría en Servicios de Salud y Seguridad Social en ISALUD - 1999 / 2000.
- H. San Martín. V. Pastor. "Epidemiología de la Vejez" - 1990 - Madrid - España. Mc Graw Hill, Interamericana en España.
- Rondelli E. Derecho a la Salud. Boletín del Centro de Investigaciones de Filosofía Jurídica y Filosofía Social Nº 21 1996
- Makinistian Ruben. "Comunicación Humana y Sistemas Humanos" Sociedad Editorial. 1991
- Ciuro Caldaní. "Cuestiones Axiológicas Críticas en el desarrollo del Bioderecho" Boletín del Centro de Investigaciones de Filosofía Jurídica y Filosofía Social. Nº 21. 1996
- Jean Claude Polack. "La Medicine Du Capital" Francois Maspero- París 1971
- Balanchuk Norberto. I Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica. Buenos Aires 1993.
- Perez Beatriz- Medicina Preventiva. Escuela de Medicina. UNR. CEDIME 2002.
- Los Hospitales Argentinos ante el siglo XXI. -III Encuentro Nacional de Hospitales- Ediciones Isalud- 1999.
- Apuntes del Curso " Alta Gerencia"-Programa de capacitación y reconversión del personal del INSSJP- The George Washington University- .Washington DC- Internacional Health Care Consulting Group.