



**UNL • FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS**

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA MÉDICA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

**“El Rol de la Auditoria Médica en la Docencia e
Investigación Hospitalaria”**

AUTOR: Gonzalo Federico Soria

DIRECTOR: Dr. José Sturniolo

FECHA: Mayo de 2022

RESUMEN

Este trabajo intenta una descripción cualitativa del desarrollo de la Auditoría Médica en el ámbito hospitalario, desde sus inicios, repasando la historia de su implementación en hospitales de gestión estatal de la ciudad de Santa Fe.

Toma como objetivo, a través de la entrevista con informantes clave, el análisis sobre el rol de la Auditoría Médica en la Capacitación, Investigación y Docencia Hospitalaria, reconociendo en el auditor estas misiones y funciones como fundamental para el desarrollo de su práctica profesional.

En forma simultánea, se analiza la relación entre los diferentes servicios asistenciales, la AM, los Comités de Docencia e Investigación en la gestión clínica del efector.

Se obtuvieron seis entrevistas en profundidad, a cinco informantes clave, donde en el relato de los mismos, se encuentran coincidencias suficientes para intentar una descripción de los eventos y una explicación causal de los mismos.

En las conclusiones se definen tres ejes explicativos a los supuestos de trabajo, dejando abierto interrogantes hacia futuras investigaciones en el tema.

INDICE GENERAL

	Página
RESUMEN.....	2
ÍNDICE GENERAL.....	3
PRESENTACION DEL PROBLEMA.....	4
- Motivación.....	4
- Pregunta problema.....	5
- Supuestos.....	5
OBJETIVOS.....	6
MARCO TEORICO - ANTECEDENTES.....	7
METODOLOGIA.....	16
ANALISIS DE DATOS.....	17
RESULTADOS.....	18
- Perfil de los entrevistados.....	18
- Entrevistas.....	22
CONCLUSIONES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

MOTIVACIÓN

En la medida que se avanza en el cursado de la Carrera de Especialización en Auditoría Médica y Calidad de la Atención Médica, se van incorporando nuevas herramientas, tanto de análisis de problemas como de intervención, relacionadas al núcleo profesional de la materia objeto de la especialización. Gradualmente se va construyendo, *la visión, la misión y el sentido* de la práctica en la Auditoría Médica.

Sin embargo, quienes se inician en esta disciplina como un nuevo saber, no ingresan carentes de conocimientos previos, experiencias, observaciones, dudas, que los fueron moldeando como sujetos activos en el Proceso de Enseñanza Aprendizaje.

En la construcción de los objetos modelos, indefectiblemente ambas percepciones se van entretrejiendo, surgiendo en forma permanente nuevas preguntas, nuevas dudas, nuevos márgenes para el conocimiento. Este proceso, abstracto en la descripción, es permanente, y se realiza simultáneamente, contrastando como escenarios en paralelo, la aplicación de estas herramientas nuevas, en aquellos problemas históricamente percibidos.

De allí surgen las preguntas que motivan el inicio de una investigación, ***Como? Qué? Por qué?***

A modo de ejemplo, se simplifica en dos oraciones la idea planteada:

Qué pasaría si en este escenario¹ se realizan acciones de este núcleo disciplinar²?

Porque en el escenario (1) no se han puesto en marcha naturalmente las estrategias del núcleo disciplinar (2)?

¹ Hospital

² Auditoría Médica

Así, podrían definirse un sinnúmero de opciones, sin embargo en el marco de la administración del esfuerzo cognitivo, con el objeto de dar viabilidad a esta tarea, se opta por tres supuestos que guían el trabajo de investigación.

PREGUNTA PROBLEMA

Podría definirse la pregunta problema como, **Cual ha sido el Rol de la Auditoria Médica en la Estructura de Organización Hospitalaria, y su vinculación en la Docencia e Investigación formal al interior de las Instituciones estatales de salud.**

SUPUESTOS:

- Que la **AM** acompañe el proceso de descentralización hospitalaria, en detrimento de la capacitación en servicio, la docencia y la investigación.
- Que la **AM** puso énfasis en el Proceso Administrativo de la Tarea, con prevalencia de la recuperación de recursos económicos para el efector de salud.
- Que la **AM** no logro avanzar en el Rol de Educación Permanente en Servicio por la burocratización de estas áreas.

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL**

Analizar cualitativamente el desarrollo de la Auditoria Medica en Hospitales de Autogestión de la ciudad de Santa Fe, y su relación con la Docencia e Investigación Hospitalaria.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer las normas que regulan la **AM**, su definición estructural y su funcionamiento.
- Describir los roles auto percibidos por los integrantes de **AM** en cada efector, así como las misiones y funciones asignadas al servicio.
- Evaluar la relación con las aéreas de Capacitación y Docencia en el Hospital donde desarrollan su función.

MARCO TEÓRICO – ANTECEDENTES

El término Sistema de Salud incluye un conjunto de actores y acciones mucho más amplio que el sistema de atención médica. En este sentido el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud. Lo saliente de este concepto, es que el sistema de salud, así definido, no es el resultado de un proceso de diseño e implementación racionalmente guiado desde sectores políticos y de la burocracia del estado, sino el resultado de un proceso dinámico que va conformando una serie de instituciones formales e informales a partir de las cuales se desarrollan las distintas actividades de este sector y sus capacidades.

La Argentina es un país federal que ha atravesado un profundo proceso de descentralización dejando una parte sustantiva de la política pública de salud en manos de los gobiernos provinciales. La actual configuración de los subsistemas de salud públicos provinciales –en general- y de la Provincia de Santa Fe –en particular-, tiene sus orígenes en la transferencia de instituciones de salud dependientes del nivel nacional, a entidades provinciales y municipales que comienza en el año 1957 y culmina en el año 1992, en el Marco Global de la Reforma del Estado y la ley de Emergencia Económica. En el último período de reformas de la década del 90, pueden reconocerse tres fenómenos simultáneos relacionados con la descentralización hospitalaria: la transferencia de los últimos hospitales públicos nacionales a las provincias; la reconfiguración de sistemas provinciales de salud, con experiencias de centralización en el ámbito provincial y de descentralización hacia los municipios, conformando un conjunto de situaciones provinciales heterogéneas; y la puesta en marcha de cierta descentralización microeconómica en el ámbito de los hospitales bajo la figura del Hospital de Autogestión.

Este proceso, analizado localmente, no fue exclusivo de la Argentina. En América Latina, durante la década del noventa, se impulsaron también

reformas de la gestión sanitaria que significaron movimientos hacia la constitución de cuasimercados³. Se impulsaron en países de América Latina que presentaban modelos sanitarios distintos en sus principios articuladores, en la responsabilidad del sector público y el privado, en la cobertura de las prestaciones y la población, y en los modelos de financiamiento, aseguramiento y regulación.

En el marco de diversas combinaciones pública privadas, los cuasimercados tienen como objetivo consolidar la responsabilidad social y pública en el disfrute de la salud como derecho ciudadano, mediante un mejor uso de los recursos y una atención de calidad, asociados con el uso de criterios de desempeño. El Estado, en cualquier caso, mantiene la función de financiamiento y se deslinda la función prestadora, mediante la transformación de las entidades públicas en instituciones sin fines de lucro u organizaciones públicas semiindependientes, o la participación privada en la prestación. Por su parte, en el caso de sistemas de salud articulados en torno al aseguramiento, se promueve la competencia entre aseguradores.

Estos cuasimercados promueven la competencia entre proveedores y/o aseguradores, aunque difieren de los mercados tradicionales en ciertos aspectos. Los elementos de competencia se introducen a través de diferentes planos: modificando la combinación público-privada, ampliando la participación privada; cambiando el estatuto de las instituciones públicas prestadoras, atribuyéndoles mayor autonomía en el uso de los recursos en un ambiente competitivo regido por el marco regulatorio de un contrato o posibilitando que se acojan al derecho privado. Estos mecanismos pueden promover la competencia dentro de los prestadores, tales como la libre elección en el sistema de referencia o de los profesionales, o la competencia por presupuestos entre hospitales.

Reforma del sector salud

³Sistemas particulares de relaciones de intercambio económico que se sustentan en principios, en un marco regulatorio y en un sistema de incentivos, y tienen implicaciones respecto de la morfología del sector social en que se desarrollan, plasmada en la separación de funciones.

Como se menciona más arriba, esta reforma en el sector público nacional tuvo dos objetivos: introducir iniciativas de reforma en el sistema de atención en las provincias con el objetivo de crear estos mercados internos; pero además mejorar los niveles de atención de las provincias. En el primer caso, para la creación de mercados internos se planteó la separación de funciones y el aseguramiento de la población con cobertura exclusiva del sector estatal⁴. Los instrumentos que se desarrollaron fueron el Hospital Público de Autogestión, los contratos de gestión y los seguros públicos de salud.

Volviendo al nivel local, la organización de los efectores de salud de la provincia de Santa Fe, y por lo tanto, una parte sustancial de la gestión de los recursos asignados al sector; se asientan sobre dos dispositivos institucionales:

- El Hospital Público Provincial, regido por la ley N° 10.608, que depende administrativa y presupuestariamente del Ministerio de Salud provincial en sus distintos niveles.

- Los Servicios de Atención Médica a la Comunidad (SAMCo); entidades locales creadas por la Ley Provincial N° 6312, en principio autárquicas, aunque dependientes funcionalmente del Ministerio, y con dependencia presupuestaria parcial.

En el marco de la ley 10.608 mencionada, las facultades transferidas desde el nivel central hacia el hospitalario fueron básicamente de tipo administrativo: ejercer y conducir la administración del ente, gestionar compras, representar legalmente al organismo, ejercer el poder disciplinario, dentro de ciertos límites, celebrar contratos de servicios, preparar su presupuesto de gastos y recursos para elevarlo al Ministerio, proponer la designación y remoción de personal.

La reforma también incorpora una administración pluralista para la conducción de los hospitales, denominado Consejo de Administración. Este órgano colegiado reemplazó a la clásica conducción integral de la dirección médica. El consejo está integrado por un representante del Estado provincial a

⁴ Es interesante remarcar que en la mayoría de la bibliografía se menciona este sector de la población como carenciada.

cargo de la presidencia que es designado y removido por el Ejecutivo, un director médico a cargo de la conducción técnica del establecimiento, designado por concurso y con dedicación exclusiva, un representante del personal no profesional elegido de modo directo por sus pares, un representante del personal profesional elegido de modo directo, un representante por la cooperadora del hospital o de la sociedad de beneficencia elegido por asamblea y un representante de la comunidad elegido mediante el voto secreto por las organizaciones institucionalizadas de la comunidad. Salvo el representante del Estado y el director médico, los otros representantes duran tres años en el cargo y tiene posibilidad de ser reelectos.

Los recursos para el financiamiento de los hospitales proceden del Estado provincial, de los captados por la facturación de las prestaciones a afiliados de la seguridad social o el mercado de la salud o mediante la celebración de convenios con las aseguradoras. En este sentido, como antecedentes de este proceso, en 1985 se sanciona la ley provincial 9822 que obligaba al pago de las prestaciones brindadas por el sector público a las aseguradoras como al ente de cobertura social público, semipúblico o privado. La facultad de facturar prestaciones a pacientes con cobertura social fue ratificada años más tarde con la ley de Emergencia Económica y Reforma del Estado (ley 10472). La ley 10608, y en particular su decreto reglamentario, solamente ratifica aquella facultad de los establecimientos. Sin embargo, hasta la sanción del régimen nacional de hospitales de autogestión y el débito automático, el recupero estas erogaciones fue bajo o inexistente.

A partir de la reforma, se les reconoce a los hospitales la facultad de establecer contratos con los aseguradores. En este sentido, el decreto reglamentario habilitó a los hospitales a convenir servicios con obras sociales, grupos de población organizada o particulares bajo distintas modalidades contractuales. Sin embargo, hacia mediados de la década del noventa no se registraban vinculaciones contractuales con sistemas de prepagos privados o pacientes privados. Esto es, el hospital no captaba pacientes de ingresos medios o altos en el que el sector privado encuentra su base de sustentación. Al contrario, sólo se articula con otros estamentos públicos – obra social

provincial, PAMI,- o semipúblicos – algunos sindicatos de menor jerarquía - donde los criterios de facturación se guían por los nomencladores habituales.

De acuerdo al nuevo régimen, la atención gratuita queda reservada a los sectores de más bajos ingresos que demuestren carecer de cobertura social o seguro privado. De este modo, se afirma que los hospitales deben garantizar «la eficaz prestación de la atención médico asistencial total y gratuita, a las personas imposibilitadas de acceder a alguno de los sistemas de protección para la salud, en virtud de sus escasos recursos». Esta característica es ampliada en el decreto reglamentario cuando sostiene que: «a toda persona que concurra a un hospital se le brindara atención sin tener en cuenta su condición socio-económica» habilitando a los hospitales al recupero de las erogaciones de la seguridad social o del sector privado.

La autonomía hospitalaria se limitó básicamente a la facultad de que los hospitales incorporaran un mecanismo de facturación a terceros pagadores.

Esta ley promulgada en la legislatura de la provincia de Santa Fe el 8 de enero de 1991 y con el objeto del cumplimiento de los objetivos ya mencionado, entre sus varios artículos, en el ítem g) del Art. 7° faculta al Consejo de Administración *“cuando la complejidad así lo requiera, podrá establecer un régimen permanente y concomitante de auditoría administrativa, de salud y de todos los servicios, mediante el que se controlará y evaluará la eficiencia de las operaciones del establecimiento asistencial, en cada uno de sus sectores en su conjunto;”*

La implementación de este artículo, fue el puntapié inicial para la conformación de las áreas de auditoría médica en los efectores públicos de salud, y tal como lo define la propia Ley, cada Consejo de Administración podría hacerlo en la forma en que considere más adecuado a su funcionamiento, en forma autónoma e independiente de lo que ocurra en otro efector de similares características.

Auditoria Medica

La Auditoría Médica tal como se conoce en la actualidad, tiene sus inicios en los hospitales norteamericanos en 1918, iniciándose con un sistema

de acreditación de hospitales por el Colegio de Cirujanos, colocando especial énfasis, en aquella época, en el perfeccionamiento de las historias clínicas.

La auditoría médica se define en ese momento como una evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias. *Su propósito fundamental es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad.*

La auditoría de la atención de salud, al trabajar sobre la base de registros de lo efectuado, además de evaluar la calidad de estos, valora también la calidad de la atención misma, demostrando que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la de la atención prestada.

La sistematización actual de la calidad en auditoría considera el concepto de control de calidad, el cual consiste en que el producto o servicio se adecua a las especificaciones determinadas previamente.

La auditoría médica es considerada actualmente como una herramienta de gestión clínica, que puede abarcar diferentes aspectos del quehacer médico asistencial, administrativo y financiero-contable, incluyendo entre sus competencias; aspectos médico legales, aspectos normativos, aspectos técnicos, aspectos éticos, aspectos financieros administrativos y de mercado, aspectos docentes y de investigación en relación con los Comités de Docencia e Investigación de cada efector de salud.

En síntesis, la Auditoría Médica de acuerdo a sus objetivos de trabajo, desarrollados como misiones y funciones dentro de un efector de salud:

Permite el conocimiento de los errores cometidos y sus causas; además, de la corrección de ellos para obtener mejores rendimientos.

Otorga la posibilidad de actuar con rapidez sobre aquellas causas que tienen relación con la organización del trabajo médico.

Se transforma en una herramienta de educación de post-grado que permite el perfeccionamiento del trabajo médico.

Acompaña el proceso de gestión clínica del Hospital, generando documentos con información estratégica a los Directivos, permitiéndoles orientar recursos a la solución de los problemas detectados.

Dentro de las antecedentes a considerar se debe incluir el Rol de la Dirección General de Auditoría Médica dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia, que según se detalla en la página oficial, la misma tiene como funciones *“...procede a la habilitación de establecimientos privados de salud con internación y se auditan las prestaciones solicitadas al sector privado por parte de los efectores públicos.*

A su vez se propende a mejorar la calidad de los servicios de salud de acuerdo a lo establecido por el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica; se fortalecen las estructuras de los Hospitales Públicos a través de la creación de los Comités de Auditoría Médica y se identifican los prestadores capaces de satisfacer la demanda de la población nominada bajo su responsabilidad, en tiempo y forma. Además esta Dirección General de Auditoría Médica adhiere al Programa Federal sobre cobertura y acceso a los servicios de Salud.”

Para la realización de una auditoría médica el documento esencial es la Historia Clínica (HC). Ésta junto a las estadísticas hospitalarias, normas, protocolos, padrones estándares y la labor del Auditor, permiten un análisis minucioso del trabajo médico.

La HC es el documento en el cual se debe registrar la totalidad de las prestaciones médicas recibidas por el usuario, los exámenes realizados, además de los solicitados y todo aquello de lo que se requiere dejar constancia, con relación a la patología del paciente y a las acciones desarrolladas para obtener su curación.

La auditoría de HC se debe diferenciar de la revisión o análisis, ya que ésta consiste exclusivamente en la comprobación del registro de acuerdo a las normas establecidas y estándares predeterminados.

En cambio, la auditoría de la HC es un proceso que incluye la revisión de ella, y de otros registros vinculados al paciente, la comparación con la

evidencia científica existente y la consulta a expertos, lo que puede ser relevante para el análisis que se está efectuando.

Se debe considerar que las auditorías de HC se efectúan en diversos ámbitos de las actividades médicas y administrativas de los establecimientos asistenciales. Como por ejemplo son los Servicios Clínicos, donde se debieran realizar periódicamente con la finalidad de evaluar calidad técnica y por su intermedio la del trabajo médico desarrollado en ellos.

Este trabajo se centrara en los efectores de salud que se encuentran regidos por la Ley 10.608, y en particular los que se encuentran ubicados en la Ciudad de Santa Fe.

En esta, se cuenta con seis efectores de salud bajo este régimen legal, los cuales son el Hospital “Dr. José María Cullen”, el Hospital “Dr. Juan Bautista Iturraspe”, el Hospital de Niños “Dr. Orlando Alassia”, el Hospital Psiquiátrico “Dr. Emilio Mira y López”, el Hospital de Rehabilitación “Dr. Vera Candiotti” y el Hospital “Dr. Gumersindo Sayago”. Los hospitales monovalentes, en la actualidad se desempeñan como hospitales polivalentes o generales.

Metodología Cualitativa

La metodología cualitativa, propia en su origen de las ciencias sociales, se ha ido incorporando progresivamente a la investigación en salud.

Estos enfoques con técnicas de recogida de información como la entrevista abierta o en profundidad, el grupo focal o el de discusión o la técnica de grupo nominal, son empleadas cada vez más en el análisis y evaluación de servicios de salud,

La distinción entre la metodología cualitativa y cuantitativa va mucho más allá de las diferentes técnicas de recogida de los datos que ambos enfoques metodológicos emplean.

Mientras la metodología cuantitativa se enmarca dentro del paradigma positivista del conocimiento y plantea una concepción más estática de la investigación, con el investigador más alejado del objeto, basando el proceso en mediciones, datos numéricos, con énfasis en resultados y con el objetivo último de descubrir relaciones causales entre los fenómenos de estudio, la

metodología cualitativa se orienta al análisis de la construcción de significados desarrollados por los propios actores sociales, con una concepción más dinámica, en la que el investigador está inmerso en el contexto, y donde se recogen y analizan las opiniones, discursos, acciones y significados personales para comprenderlos en profundidad, con énfasis en el proceso.

Los métodos cualitativos son especialmente útiles en la construcción de marcos teóricos y abordan la importancia de la mejora del modelo conceptual. Ayudan a estudiar y explicar los factores económicos, sociales, culturales y políticos que influyen en la salud y en la enfermedad; a conocer cómo la población y los individuos interpretan la salud y la enfermedad y, por tanto, a poder explicar determinados comportamientos, miedos y rechazos, adhesión a personas o tratamientos, dudas y temores, satisfacción o insatisfacción, y permite estudiar las interacciones entre varias personas que tienen un papel relevante ante alguna necesidad de salud pública.

Otra de las características propias de los métodos cualitativos es su flexibilidad; esta característica las convierte en apropiadas para procesos en desarrollo, cambiantes, haciéndolas muy propicias para investigaciones exploratorias así como para tratar eventos imprevistos.

A través de una metodología cuantitativa se puede pedir a los sujetos su opinión en torno a aspectos sobre los que nunca se habían detenido a pensar. De esta forma, el análisis cualitativo ofrece una información rica y en profundidad sobre cómo los actores sociales implicados en el fenómeno de estudio viven, entienden e interpretan tal fenómeno, lo cual ayuda a teorizar sobre el tema, a elaborar un buen instrumento de recogida de datos cuantitativos, además de enriquecer el conocimiento de la realidad, analizada por medio de matices y elementos interpretativos aportados por los procesos de interacción discursiva con los sujetos en estudio.

METODOLOGÍA

DISEÑO: Trabajo cualitativo, descriptivo.

La investigación planteada, cualitativa, descriptiva, tiene como característica común a todas, referirse a sucesos complejos que tratan de ser descriptos en su totalidad y en su medio natural. No hay consecuentemente una definición de variables para analizarlas mediante técnicas estadísticas apropiadas para su descripción y la determinación de correlaciones. Se pretende estudiar la realidad en su contexto natural, tal como sucede, intentando interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas.

HERRAMIENTAS DE RECOLECCIÓN

Entrevistas semiestructuradas con informantes claves, relacionados a las áreas de Auditoría Médica. En casos seleccionados y de acuerdo al resultado de las entrevistas iniciales, se incluirán entrevistas similares a otros miembros de los efectores de salud. La entrevista abierta, semiestructurada o entrevista en profundidad es una técnica en la que el entrevistador guía la conversación pero concede espacio al entrevistado para que exprese sus propios puntos de vista. La entrevista abierta se dirige a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

ANÁLISIS DE DATOS

Análisis sistemático, secuencial y ordenado, donde se pueden reconocer cuatro etapas, si bien independientes al momento de la descripción, muchas veces realizadas en simultaneo o en forma alternante según el momento de la investigación.

1. Obtención de la información, a través del registro sistemático de notas de terreno, búsqueda bibliografía, revisión de la normativa legal, y de la realización de entrevistas.

2. Registro, transcripción y ordenamiento de la información: en el caso de entrevista, a través de un registro electrónico. En el caso de documentos, a través de la recolección de material original, copias o escaneos. Y en el caso de las notas de campo, a través de un registro en papel mediante notas manuscritas.

3. Codificación de la información, proceso mediante el cual se agrupa la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares y los pasos o fases dentro del proceso de obtención y registro.

4. Integración de la información, relacionando las categorías obtenidas, entre sí y con los fundamentos teóricos de la investigación para poder elaborar una explicación integrada, a modo de conclusiones del trabajo de investigación.

RESULTADOS

PERFIL DE LOS ENTREVISTADOS

Se realizaron entrevistas en profundidad a miembros de las áreas de Auditoría Médica de los Hospitales Dr. José María Cullen, Dr. Juan Bautista Iturraspe, Dr. Manuel Rodríguez, y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias “Héroes de Malvinas” y a un integrante del Consejo de Administración del Hospital Dr. Juan Bautista Iturraspe, todos de la ciudad de Santa Fe, los cuales en la actualidad cumplen funciones diferentes a las que son motivo de la investigación, pero en algunos casos relacionados a la temática.

El **Dr. Santiago Torales** es Médico (Universidad Católica de Córdoba). Especialista en Nefrología (Colegio Médico 1ª Circunscripción Santa Fe). Magíster y Especialista en Economía y Gestión de la Salud (Universidad ISALUD). Investigador y Docente Invitado en Efectividad Clínica y Evaluaciones Económicas en Salud en la Universidad Nacional del Litoral (UNL, Santa Fe), Universidad ISALUD (ISALUD, Buenos Aires), Universidad Torcuato Di Tella (UTDT, Buenos Aires), Universidad Católica de Córdoba (UCC, Córdoba), Universidad San Andrés (UDESA, Buenos Aires) y el Instituto de la Salud Juan Lazarte (UNR, Rosario). Actualmente se desempeña como Coordinador de Tratamientos Sustitutivos de la Función Renal en el Proyecto AMEDIGSS de la Oficina para Soporte de Proyectos de las Naciones Unidas (UNOPS) en Guatemala. Es Coordinador Asociado del Comité de Economía en Nefrología de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) y Asesor Temporal de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Fondo Estratégico en el Proyecto Enfermedad Renal Crónica en Centroamérica. Se desempeñó como Director en la Dirección de Investigación en Salud (DIS) y Coordinador de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías

y Excelencia Clínica (CONETEC), organismos dependientes de la Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica del Ministerio de Salud de la Nación. También se desempeñó como Asesor Externo en Planificación Estratégica / Área Salud / Jerárquicos Salud y Asesor Externo del Área Médica Corporativa / Welii. Fue Representante Titular del Nodo ESS/FBCB/UNL en la Red Argentina Pública de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RedARETS) y Miembro del Observatorio de la Seguridad Social (convenio COSSPRA / Universidad Nacional del Litoral). Se desempeñó como Director Provincial de Calidad y Evaluación Sanitaria del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2016-2018); Representante por el Consejo Federal de Salud (COFESA) en la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías (CONETEC) y el Cuerpo Asesor del Programa Nacional de Garantía de la Calidad (PNGCAM); Secretario Científico de la Asociación de Economía de la Salud Argentina (AES / 2018-2020); Gerente de Prestaciones de Blossom DMO (2014-2016); se desempeñó como Auditor Médico en el Hospital J.M.Cullen (MSP Santa Fe, 2008); fue Director General de Prestaciones y Auditor Médico del Instituto Autárquico Provincial de Obras Sociales de Santa Fe (IAPOS – 2008/2014); Coordinador de la Comisión Técnica Prestacional del Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales (COSSPRA – 2011/2014); Consultor Científico Senior para el Programa de Atención Integral de Enfermedades Renales (PAIER – INCUCAI, 2016/2017)); Miembro del Comité Provincial de Bioética (2011/2013) y Miembro del Comité Ejecutivo de la Red Argentina Pública de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RedARETS 2015-2017).

Es Docente Adjunto en la Cátedra de Economía de la Salud de la Licenciatura en Administración Sanitaria (ESS/FBCB/UNL, Santa Fe); Docente Invitado en la Diplomatura en Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Universidad ISALUD, Buenos Aires), en el Curso Ejecutivo de Economía de la Salud (Universidad San Andrés), en el Programa de Dirección en Servicios de Salud (UTDT, Buenos Aires) y en la Maestría de

Gestión de Sistemas y Servicios de Salud del Instituto Lazarte (IL/UNR, Rosario).

El **Dr. Maximilian Rumscheidt** es Médico, egresado de la Universidad Nacional de Rosario, Especialista en Urología y curso la Carrera de Especialista en Auditoría Médica de la Universidad Nacional del Litoral. Se desempeñó como asesor de la Dirección Provincial de Accidentología y Emergencias Sanitarias. (2001-2004) y en la Dirección Provincial de Defensa Civil. (2005-2008), Fue médico Auditor de la División de Auditoría Médica Hospital Dr. Juan Bautista Iturraspe entre el año 2008 y el 2018; y actualmente se desempeña como Médico Auditor de IAPOS (obra social de la provincia de Santa Fe).

El **Dr. Roberto Enrique Chito**, es médico cirujano egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, ha cursado y aprobado la "CARRERA DE ESPECIALISTA EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA" de la Universidad Favaloro. Se ha desempeñado como Médico Auditor de la Asociación de Sanatorios y Clínicas y Entidades de Asistencia Médica de Santa Fe, Médico Auditor del Hospital Dr. José María Cullen de Santa Fe, Director Médico del Hospital Dr. José María Cullen de Santa Fe, Sub-Director Médico del Hospital Dr. José María Cullen de Santa Fe, y fue el Jefe de la Sección Auditoría Médica del Hospital Dr. José María Cullen de Santa Fe, hasta su jubilación.

El **Dr. Patricio Simeoni** es médico, egresado de la Universidad Nacional de Córdoba, especialista en Medicina General y Familiar. Se ha desempeñado como Director de PROFE del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, médico auditor en el Hospital Dr. José M. Cullen, el Hospital Protomédico M. Rodríguez y en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatoria "Héroes de Malvinas". Se desempeñó también como auditor de la OSCAM, y es docente de la Materia Educación de la Salud de la Carrera de Licenciatura en Administración de Salud de la UNL. Integrante

del grupo de evaluación de tecnologías sanitarias de la Escuela Superior de Sanidad de la UNL, en el convenio con la COSSPRA.

El **Dr. Joaquin Gorrochategui** es Abogado, egresado de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional del Litoral. Se graduó como Doctor en Ciencia Política, en la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario, tiene el cursado completo en la Maestría en Ciencias Sociales con orientación en Ciencia Política (FLACSO) y es Diplomado en Economía de la Salud del Instituto Juan Lazarte de Rosario, Argentina

Se desempeña actualmente como Asesor Legal y Coordinador de Planeamiento Estratégico Participativo y Rediseño de Procesos del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Santa Fe (CEMAFE), es Tutor en la Diplomatura en Gestión de Organizaciones Sociales de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos, es Asesor Legislativo en la Cámara de Diputados de la provincia de Santa Fe, es Director de la Consultora en Política *CausaEfecto* en Santa Fe y Entre Ríos. Se ha desempeñado como Representante del Estado y Presidente del Consejo de Administración en el Hospital “Dr. J. B. Iturraspe” de la ciudad de Santa Fe. Es Docente a cargo de las asignaturas «Tecnologías de la Administración Pública I» y «Tecnologías de la Administración Pública II» en la Tecnicatura en Administración de Instituciones Estatales (TUAIE) de la Facultad de Trabajo Social de la UNER, es Docente titular de la asignatura electiva «Políticas públicas y participación ciudadana» de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Universidad Nacional del Litoral, Docente de la asignatura Género y Sistema de Salud de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional del Litoral, es Docente ordinario de la asignatura «Ciencia Política» en la carrera de Abogacía de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional del Litoral y es Docente ordinario de la asignatura Teoría Política III en la Licenciatura en Ciencia Política de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Universidad Nacional del Litoral.

ENTREVISTAS

Se llevaron a cabo seis entrevistas en profundidad, con registro electrónico de las mismas, las cuales se iniciaron con un cuestionario semiestructurado, pero en la medida que transcurrieron las preguntas y respuestas, en función de la técnica utilizada, fueron abiertas a temas que resultan de interés para la comprensión del proceso que se pretende estudiar.

Estas entrevistas fueron concluidas por agotamiento de la muestra, ya que en el análisis de las respuestas obtenidas, se puede observar una reiteración de los ejes conceptuales desarrollados por los participantes.

En forma simultánea, se analizaron las respuestas de manera dinámica, en constante contrastación con el marco teórico propuesto, el cual fue elaborado en una primera etapa de la investigación y en función del mismo se escribieron las preguntas disparadoras de la entrevista.

La aceptación por parte de los entrevistados fue amplia y receptiva, mencionando en todos los casos, el interés puesto en el tema de investigación, incluso sentido como una deuda de su propia práctica, siendo llamativo además para ellos el que fuera desde un actor externo a las áreas involucradas y ajenas a la problemática diaria de esos servicios.

RELATOS

Tal como rescata la búsqueda bibliográfica, los servicios de Auditoría Médica (AM) en los hospitales tuvieron sus inicios en la década del 90, entre el 91 y el 93 de manera más precisa, pero de forma irregular de acuerdo a cada hospital.

El proceso de descentralización hospitalaria que inicia en esa época, fue desarrollando junto a los Consejos de Administración (CDA), el surgimiento de distintos Comités o equipos de trabajo en áreas que fueran

de interés para la gestión, algunos en base a dispositivos creados previamente, y otros de inicio, tal el caso de las áreas de AM.

En principio, estas áreas eran unipersonales, con algún asistente administrativo, pero en la mayoría de los casos, conformadas por un profesional médico que mostraba interés en el tema, y no siempre con formación específica en este campo. Este inicio se fue dando de forma irregular, y siempre con la función primaria de la revisión de las historias clínicas (HC), tanto para su confección, completado o corrección, como elemento clave para la facturación a terceros, obra sociales y seguros, de prácticas llevadas adelante por los diferentes servicios del Hospital. El surgimiento de las áreas de AM se dan en simultáneo con los departamentos de facturación, y en la mayoría de los casos, su creación no está relacionada a una decisión formal, acompañada de la documental propia de un servicio, designaciones o creación de estructura, normativas o disposiciones que así lo definan, sino a la asignación de la tarea informalmente. En esto se diferencia claramente de las áreas administrativas relacionadas, que con el tiempo si modificaron la estructura hospitalaria en su conjunto.

Esta creación informal de las áreas de AM, también tienen su correlato en la institucionalización de los documentos de trabajo, o en la producción de informes que pudieran surgir del sector. Esta documentación, si bien servía para la facturación de las practicas, en un principio no eran un insumo para la gestión del hospital, ya sea para la Dirección Medica como para el Consejo de Administración.

En la mayoría de los casos analizados, las personas entrevistadas iniciaron sus tareas dentro de la AM luego que éstas ya habían sido creadas y tomando como referencia a las personas que trabajaron previamente, ya sea por decisión propia o convocados por alguno de los miembros de la conducción hospitalaria, como reemplazo de algún trabajador o por ampliación de los servicios (esta situación que se dio en un solo caso).

Con respecto a la formación previa en AM, la mayoría de los entrevistados no la tenían específicamente al momento de su incorporación. Solo en un caso, un profesional médico había realizado el Curso de Auditor Médico en la ciudad de Buenos Aires. La mayoría de los entrevistados al momento de incorporarse a los servicios de AM, no encontraron ninguna documental escrita ni una descripción del trabajo específico que tuviera algún formato institucionalizado, como por ejemplo normas de trabajo, documentos de auditoría, bibliografía al respecto de la tarea, o información general de lo que en el servicio se desarrollaba como funciones.

La mayoría de los entrevistados relata su incorporación y el aprendizaje de las tareas a cumplir, a partir del relato oral de parte de quienes estaban trabajando en el área o de quienes le proponían la incorporación al servicio. Según los propios entrevistados, esto tuvo como consecuencia que se quedaran limitadas todas las funciones a lo que el servicio ya venía haciendo históricamente. En los pocos casos que se mencionan algunos intentos de ampliar las misiones y funciones a tareas más generales que la simple recolección de información para la facturación, estos fueron esfuerzos por interés personal, de forma individual y nunca institucionalizado y en la mayoría de los casos, quiénes relataron estos hechos no pudieron certificar que los mismos continuaran en el tiempo. La mayoría supone que fueron intentos de muy corta duración.

Consultados por las tareas habituales, estas se restringían a recibir las HC por parte de los servicios, (en muchas oportunidades debían ir personalmente a buscarlas), hacer un control de lo que estaba escrito y en función de lo que estaba escrito en cada una, poder generar códigos para facturar a Obras Sociales y Seguros, las prácticas que ya se habían realizado. En algunos casos se trabajó con los servicios para intentar corregir el subregistro o la mala calidad de los mismos cuando era detectada. Esto era más notorio en algunos hospitales y en algunos servicios en particular. A título de ejemplo, se menciona específicamente la falta de protocolos quirúrgicos de anestesias, y frente al reclamo por este déficit, dentro del servicio se negaban sistemáticamente a completarlas, y más allá de las connotaciones legales que

la falta de esta práctica pudiera tener, había una resistencia muy fuerte por parte del servicio de completar la documental de manera correcta.

Como explicación empírica a este proceso incompleto, que se repite en otros efectores además del mencionado como ejemplo, se adjudica la responsabilidad a la organización interna, porque al desdibujar los roles de los involucrados, no quedaba claro de quién es la responsabilidad de cumplir o hacer cumplir las normas vigentes. En todos los casos queda claro que sí bien en la teoría este es un rol que debería coordinarse o ejercerse por el departamento, área o servicio de AM, en ningún caso tenían la autoridad o legitimidad como para hacerlo.

Continuando con el cuestionario, se avanza con respecto a la relación con los servicios hospitalarios, y si bien esto era muy dispar, en líneas generales se reconoce que el sector de AM no era visto como un servicio más, ni ocupando un rol de gestión dentro de la estructura hospitalaria. Más bien eran vistos con una función burocrática y directamente relacionada a la facturación de prácticas a las OOSS. Esto último es muy llamativo en uno de los hospitales, donde las personas entrevistadas mencionaron que las únicas HC en los que tenían intervención eran las de pacientes con OOSS. Toda la documentación de pacientes que no tenían cobertura al momento la internación, directamente no eran evaluados por AM. En otro de los efectores a diferencia de este último, se tomaban HC al azar y se utilizaban como un indicador de calidad, tanto del registro como de las prácticas. Este análisis generaba un informe mensual que era elevado a la Dirección Médica del Hospital, pero nunca determinó esta práctica un espacio de análisis en conjunto con los servicios, ni espacios de capacitación o gestión clínica. No se puede asegurar por parte de los entrevistados, el destino real de esta información consolidada.

Otra tarea asignada a las áreas de AM, era la de evaluar los pedidos médicos de prácticas que se debían realizar fuera del Hospital, ya que eran prácticas tercerizadas y pagadas con fondos propios, por lo que se ejercía un control sobre las mismas. Esta tarea, más relacionada a la AM, vinculaba a los servicios de manera diferente, ya que se interpretaba por parte de los mismos,

como control o limitación burocrática a sus pedidos. Esta tarea se menciona como la principal causa de conflictos tanto personales como entre los servicios. Si bien esta podría haber sido una oportunidad para el trabajo conjunto en la normatización de prácticas, esto no ocurrió en ningún caso, y de manera similar con otras tareas ya mencionadas, tampoco se implementaron dispositivos de capacitación, docencia o investigación.

Con respecto a la formación de los Comités de Docencia e Investigación (CDI) todos los hospitales contaban con uno al momento de la incorporación de los servicios de AM. Los CDI existían previamente y estaban relacionados casi exclusivamente a la formación de posgrado, sobre todo a la organización y puesta en funcionamiento de las residencias médicas dentro del hospital. La vinculación con el CDI en todos los casos se menciona como nula, incluso algunos desconociendo la composición, quienes eran sus miembros o de su funcionamiento. También hay que mencionar que existen en los efectores Comité de Ética y Comité de Infecciones, los cuales tampoco tienen relación con el área de AM.

Más allá de la teoría, en la cual se menciona que uno de los roles principales de la AM, es ser un articulador en la gestión clínica, entre la dirección del hospital, estos Comités y los servicios hospitalarios, en todos los casos se reconoce como ausente. En este punto es interesante rescatar el relato que los propios actores hacen de esta situación, en donde consultados por las posibles explicaciones que puedan encontrar a la misma, son muy dispares y diversas, y en general están basadas en la historia de cada servicio de AM. Los entrevistados como mencionamos, fueron todos incorporados a los servicios una vez que estos ya fueron formados y en este mecanismo de traslado de información oral, la falta de normas escritas y el conocimiento propio de las áreas de AM, hicieron que la tarea no se desarrolle más allá de lo que estaba como ya programado. Asimismo y a pesar de ser una herramienta fundamental para la generación de recursos, que el hospital recibe a partir de la facturación a terceros, los cuales son administrados por el Consejo, la vinculación entre el CA y las áreas de AM también se mencionan como muy limitadas o casi nulas. En líneas generales, la relación de AM se limitaba casi

exclusivamente con la Dirección, incluso más que con las áreas de compras o las áreas de facturación.

En cuanto a la relación con la Dirección de Auditoría Médica del Ministro de Salud, se reconoce su existencia, pero que a pesar de sus misiones y funciones formales, no tiene ninguna tarea conocida al interior de los Hospitales, limitando su funcionamiento casi exclusivamente a los efectores de gestión privada de la Provincia, en cuanto a la acreditación y habilitación de los mismos. Todos los entrevistados coinciden en esta mirada ausente de sus funciones y tareas de un nivel central, o superior al exclusivamente hospitalario.

Finalmente, en relación a la capacitación, la docencia o la investigación dentro del Hospital, todos los entrevistados coinciden en ver su ausencia como un gran déficit, y en algún punto, a pesar de los intentos ocasionales que se pudieran encarar para lograr cambios al interior, que colaboren en la gestión clínica, esto nunca se pudo llevar adelante y las explicaciones por las cuales no se ha podido lograr giran siempre sobre lo mismo, el agotamiento de los recursos subjetivos puestos en la repetición mecánica de prácticas ya instaladas previamente a su incorporación en cada en cada sector.

Bloque Quirúrgico

El desarrollo dentro del Hospital “Dr. José M. Cullen” de este ejemplo, merece una mención aparte, en cuanto a la puesta en marcha del denominado “bloque quirúrgico”, como una intervención que se diferencia claramente del resto de las experiencias relatadas en las entrevistas. Uno de los participantes⁵, quién fuera Medico Auditor en dicho efector en un período aproximado de dos años, relato la experiencia de un proceso de evaluación de calidad que fue realizado con las características de una Auditoría integral. Esta iniciativa surge a partir de definir como un problema de gestión, tanto interna como externa, las largas listas de espera de pacientes internados y ambulatorios para realizarse una cirugía programada. Esta experiencia comenzó con la recolección y unificación de toda la información disponible

⁵ A cargo del Dr. Santiago Torales

acerca de la cantidad de turnos, la cantidad de cirujanos, las horas de quirófano, la cantidad de horas de anestesia, la cantidad de cirugías que requerían provisión de elementos médicos, las demoras por cada servicio y a partir de allí pensar que dispositivos o modelos de organización podrían proponerse para resolver este problema.

Con este objetivo, y en el marco de un plan de mejora continua de la calidad, se pensó el armado de un bloque quirúrgico. Si bien previamente existía la figura de un coordinador de área quirúrgica, todo lo relacionado al proceso de atención, desde el inicio estaba claramente desorganizado, con una lógica fragmentada donde cada uno disponía, o intentaba disponer, de los turnos de quirófano a su mejor parecer, sin una organización en la asignación de turnos con algún criterio unificado de toma de decisiones. La demora se generaba principalmente en función de las urgencias, a través del servicio de guardia central, pero en muchos casos eran creadas por los propios servicios, ya que muchas cirugías programadas se intentaban pasar como urgencia para poder conseguir lugar en quirófano. Estas urgencias o emergencias bloqueaban el uso de quirófano en la mayoría del tiempo disponible.

De esta manera y después del análisis de los datos iniciales se concluyó que el problema no era *estructural* como se pensaba previamente, en cuanto a la cantidad de quirófanos disponibles, si no tenía que ver más con el *proceso de organización de los turnos*, sobre todo en el equilibrio entre las cirugías programadas y las cirugías de urgencia, así como la distribución de horas de cirujanos y anestesistas de manera más coordinada. Uno de los beneficios secundarios que tuvo la implementación de este modelo fue lo relacionado a las compras de elementos médicos, ya que otro de los motivos por el cual en muchos casos las cirugías programadas se retrasaban o se debían reprogramar una o más veces, era por la demora de provisión de los elementos médicos. Estos datos también permitieron mejorar el sistema de licitación y compra, y mejorar los tiempos de provisión.

A pesar de lo que pueda suponerse, luego de esta experiencia que fue innovadora en cuanto a la AM tradicional que se desarrollaba en el efector, y relacionada a la gestión de calidad dentro del Hospital, el Comité de Docencia

e Investigación nunca participó de la misma y si bien hubo documentos escritos que se generaron como investigaciones presentadas fuera del ámbito hospitalario, nunca fue un insumo que de manera institucionalizada se usara tanto en la docencia o en la investigación hospitalaria.

El entrevistado supone que puede haber sido utilizada parcialmente para la discusión interna en los servicios, pero nunca como un proceso institucionalizado que atravesara a todos los trabajadores del hospital, ya sea con la presentación formal del trabajo, un ateneo de discusión o que la información fuera entregada a los distintos servicios de manera tal que pudiera capitalizarse por los mismos. En este sentido el CDeI nunca participó de las presentaciones, de la investigación o de los resultados en ningún caso, incluso no puede asegurar que fuera un tema de interés por parte del Comité el motivo de la investigación realizada. Con respecto a si esta experiencia aún sigue vigente no puede el entrevistado asegurarlo, pero cree que en la medida que resolvió mucho de los problemas que el Hospital tenía en cuanto a los tiempos de espera y la calidad de la atención de los pacientes en los distintos servicios quirúrgicos, muy probablemente muchas de estas herramientas sigan aún en vigencia. Sobre todo supone que la lógica de funcionamiento de bloque quirúrgico, que además permitió fortalecer el rol de los Coordinadores tanto médicos como de enfermería, en cuanto a la organización y el reconocimiento por parte de los otros servicios de la autoridad sobre la gestión de turnos, aun perdura. De todas maneras no puede asegurar en qué nivel o que impacto real aun estas prácticas siguen teniendo al interior del Hospital.

CONCLUSIONES

En base a las entrevistas y el análisis del relato de los informantes clave, se puede inferir que los supuestos de investigación, se cumplen en los tres casos mencionados.

La AM acompañó el proceso de descentralización hospitalaria desde sus inicios, pero con fuerte énfasis en el proceso administrativo de la tarea, con prevalencia de la recuperación de recursos económicos para el efector de salud, en detrimento de la capacitación en servicio, la docencia y la investigación. Esta mirada restringida sobre las acciones de la AM, no logro avanzar en el Rol de Educación Permanente en Servicio que la misma tiene, en parte por la burocratización de estas áreas administrativas.

Docencia e Investigación

El rol de la AM dentro de los hospitales y la relación con los CDeI ha sido prácticamente nulo. Muchos fueron los factores que influyeron en esta desvinculación entre el rol del auditor como docente, como investigador, o el importante rol que la AM tiene en la gestión clínica y de la calidad de la atención. Esta asincronía podría, en función de los resultados de las entrevistas, explicarse a partir de **tres grandes ejes** que justifican la situación actual. Estos tres grandes ejes pueden resumirse en la **inercia**, en cuanto a la forma mecánica y repetitiva de llevar adelante el trabajo, la **transmisión oral de las funciones** entre los trabajadores, y la **governabilidad** en cuanto a la multiplicidad de actores dentro del efector que ejercen distintas presiones sobre los servicios, en función de objetivos que son desencontrados.

Inercia

Una de las características que se mencionan y atraviesan el discurso de todos los entrevistados de una u otra manera y con descripciones que no necesariamente mencionan la palabra en forma directa, tiene que ver con la

mecanización del trabajo, que genera una *inercia* en cuanto al proceso de toma de decisiones.

Si bien para los trabajadores de las áreas de AM no está claro como se originaron las tareas que se realizan de una determinada manera, las mismas se repiten casi sin discusión, y de hecho en la mayoría de los casos en los cuales se relatan intentos de modificación de los procesos de trabajo, a partir de discutir normas nuevas, procedimientos diferentes a los habituales o incluso algunos dispositivos relacionados con la capacitación o la docencia, en la inercia explican la forma elástica por lo que todo vuelve a su cauce habitual. Esta habitualidad del trabajo, esta imposibilidad de discutir o analizar el proceso de toma de decisiones, para replantear el modo de las prácticas, es un eje común que atraviesa a todos los efectores y a todos los entrevistados, incluso en diferentes momentos de su participación en los servicios. Es la inercia la que explica porque muchos de los procesos de trabajo han quedado estancados en un mismo tiempo y lugar. Incluso a 30 años del inicio de la descentralización hospitalaria, aún hoy se repiten prácticas del mismo tenor y con la misma calidad.

Transmisión Oral

Otro de los factores que explican esta situación y que contribuyen a la inercia, como otro eje común de análisis, es la transmisión oral de las formas de trabajo. En todos los casos y en diferentes momentos, los entrevistados mencionan que al incorporarse a los servicios de AM el aprendizaje de las actividades que iban a desarrollar dentro de cada servicio, eran transmitidas de forma oral y esto puede explicar en muchos casos, porque ocurre y se sostiene la repetición automática de las tareas. Cada uno en su momento le relata a otro lo que hace y le explica de manera oral lo que es su rutina diaria, y esto limita claramente la posibilidad de generar cambios en estos procesos.

También entran en juego los mecanismos de comunicación entre el que explica y el que recibe la información, por lo que se van desdibujando en el tiempo. Al no existir normas escritas que permita a cada uno de los nuevos ingresantes a los servicios, revisar el trabajo y poder establecer procesos de

mejora sobre aquellos puntos que puedan considerarse críticos, la transmisión oral sostiene la inercia como una característica que atraviesa a todo el sistema.

Gobernabilidad

Uno de los puntos que debemos mencionar, tiene que ver con los procesos de gobernabilidad y de gestión al interior de cada efector. En todos los casos se mencionan de manera muy fuerte, los distintos roles que los actores de gobierno tienen al interior de la Institución, y en mayor o menor medida como los integrantes del Consejo de Administración, la Dirección Hospitalaria y los Gremios (con mucha fuerza de presión) tienen criterios disimiles en cuanto al rol de la AM.

Es importante mencionar el rol de los gremios, ya que por un lado participan indirectamente de la conformación de los Consejos de Administración, y por otro, debido a que el 30% de los ingresos que se obtienen por facturación se distribuyen entre los empleados, generan una presión directa sobre el rol limitado a la recaudación que tiene la AM. Este porcentaje de distribución contribuyó a una mayor presión por parte de los compañeros de trabajo como de las representaciones sindicales en cuanto a la necesidad de que la facturación tenga una importancia fundamental en términos de resultado económico. Por otra parte también el Consejo de Administración encargado de administrar estos fondos, ya sea para la compra de servicios a terceros, la compra de elementos médicos, o la contratación de personal, genera una presión adicional sobre el proceso de facturación, ya que depende de estos fondos para funcionar. Incluso el sueldo de los integrantes de ese Consejo, se obtienen exclusivamente por esta vía.

Por tanto, los aspectos de gobernabilidad y los distintos intereses de los actores encargados de la conducción hospitalaria dieron una impronta particular sobre los servicios de AM, con un fuerte énfasis en el rol asignado casi exclusivamente a la facturación de obras sociales y seguros.

A modo de resumen, y en función de los supuestos que guían la investigación, se puede mencionar que la fuerte impronta del rol económico que se le dio a los servicios de AM, en cuanto a la responsabilidad de la facturación hospitalaria, en el marco del proceso de descentralización que concluyó en el hospital de autogestión, con la posibilidad de recaudación y la redistribución al interior del efector de los recursos económicos así generados, sumado a las posibilidades de gobierno de la Dirección Médica, el Consejo de Administración y la presión de los propios empleados a través de la representación sindical, construyeron un marco propicio, para que junto con la inercia institucional, el rol de la AM quedará restringido exclusivamente a la función administrativa que aun hoy se lleva adelante en estos servicios.

BIBLIOGRAFÍA

Análisis Institucional y Auditoría de Gestión (en Hospitales Públicos) - Alberto Grieco - MEDICINA Y SOCIEDAD - REVISTA TRIMESTRAL - ISSN 1669-7782 - Año 1 , N°2 - Diciembre de 2005

Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica - Piscocya, José - Anales de la Facultad de Medicina, vol. 61, núm. 3, 2000, pp. 227-240 - Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Lima, Perú

Calidad en la atención de la salud desde la auditoria medica - Dra. Sonia Castro Dr. Gustavo Niotti - Dr. Néstor Quiñones Robles - Curso de auditoría medica Hospital Alemán 2010

Ley N° 10.608 - Hospitales Provinciales con Internación

Decreto N° 1427 -Reglamenta ley 10608

Habilitaciones - Auditoría Médica -

[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/132256/\(subtema\)/14560](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/132256/(subtema)/14560)

MANUAL DE AUDITORIA EN SALUD HOSPITAL SAN JOSÉ – CALLAO

2004 en

https://www.hsj.gob.pe/web1/UGC/html/comite_auditoria/publicaciones/manual_auditoria.pdf

RECURSOS HUMANOS: PAPEL DE AUDITORIA EN LA GESTION DE LA CALIDAD ADMINISTRATIVA - ELENA, MARIA FLORENCIA - CURSO DE AUDITORIA MÉDICA – Hospital Aleman – 2012

Metodología de la Investigación - HERNANDEZ, Roberto, FERNANDEZ, Carlos, BAPTISTA, Pilar. Perú: McGraw Hill, 2010. 613p. ISBN 978-607-15-0291-9.

Muestra y Muestreo - BOLAÑOS, Ernesto. Escuela Superior de Tizayuca. <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/tizayuca/gestion_tecnologica/muestraMuestreo.pdf>.

Metodología de la investigación Universidad Tec Milenio: Profesional – http://claroline.ucaribe.edu.mx/claroline/claroline/backends/download.php?url=L0FwdW50ZXMTAucGRm&cidReset=true&cidReq=GA0102_001.

Investigación Cualitativa - Introducción Prof. Enrique Morosini - Dirección de Investigación – Universidad Nacional de Asunción

Diseño y técnica de investigación cualitativa - Prof. Enrique Morosini - Dirección de Investigación – Universidad Nacional de Asunción

<https://es.slideshare.net/gambitguille/recoleccion-de-datos-en-la-investigacion-cualitativa>

Investigaciones con enfoque cualitativo en la atención primaria de salud - ALVAREZ VAZQUEZ, Luisa. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. 2006, vol.22, n.3 [citado 2021-09-11].

Seguridad del Paciente. Desarrollo en la Argentina y Desafíos a futuro. Dr. Fabián Vitolo –

Cultura de Seguridad en Organizaciones de Salud. Dr. Fabián Vitolo –

Gestión de Riesgos Hospitalarios y Responsabilidad Profesional. Dr. Fabián Vitolo –

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA

Guía didáctica - Carlos Arturo Monje Álvarez UNIVERSIDAD

SURCOLOMBIANA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PROGRAMA DE COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO NEIVA, 2011