

ESTUDIOS INDIVIDUALES- BECAS CARRILLO-OÑATIVIA 2015

INFORME FINAL

Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga.
Ministerio de Salud de la Nación. Mayo de 2016

TÍTULO DEL ESTUDIO

Atención Primaria de la Salud: autonomía, descentralización y eficiencia. Estudio de la producción, recursos y percepción en autogestión en la Provincia de Tucumán periodo 2015-2016.

Nombre/s y Apellido del becario: Mónica Rospide

Categoría de beca: Individual Perfeccionamiento

Institución que avalo la beca: Instituto de Administración. Facultad de Ciencias Económicas
Universidad nacional de Tucumán

Nombre/s y Apellido del Director de la beca: Eduardo Juárez

Institución a la que pertenece: Instituto de Administración. Facultad de Ciencias Económicas
Universidad nacional de Tucumán

INFORME FINAL

Fuente (s) de financiamiento:

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo del programa de becas “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, categoría individual, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

Indique en este espacio la guía de reporte utilizada para la confección del Informe final

Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide

PORTADA

1.1. Título de la investigación: Atención Primaria de la Salud: autonomía, descentralización y eficiencia. Estudio de la producción, recursos y percepción en autogestión en la Provincia de Tucumán periodo 2015-2016

1.1.2 Título abreviado: Atención Primaria de la Salud: autonomía, descentralización y eficiencia.

1.2. Autor/a: Mónica Rospide

1.3. Colaboradores/as: Gustavo Goroso

1.4. Director/a: Eduardo Juárez

1.5 Correspondencia: morospide@hotmail.com

1.6 Fuente de financiamiento: programa de becas “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, categoría individual, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga

1.7 Declaración de conflicto de intereses

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

ÍNDICE

INFORME FINAL	1
Nombre/s y Apellido del becario: Mónica Rospide	1
Categoría de beca: Individual Perfeccionamiento	1
Nombre/s y Apellido del Director de la beca: Eduardo Juárez	1
1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	2
2. ABSTRACT Y KEY WORDS	3
3. INTRODUCCIÓN	4
Marco específico.	6
Objetivo general.	7
Objetivos específicos	7
4. MATERIALES Y MÉTODOS	7
Tipo de estudio y diseño.	8
Redes de atención:	8
Nivel de la salud de la población:	9
Se analizaran todas las consultas de medicina general, pediatría y enfermería de un año calendario (2015) teniendo en cuenta el lugar de residencia de la población asistida.	10
Gastos en Recurso Humano:	10
Recurso Humano:	11
5. RESULTADOS (incluidas tablas y gráficos)	12
Resultados Eficiencia:	12
Resultados encuesta	13
6. DISCUSIÓN	15
Eficiencia	15
Encuesta:	15
7. RELEVANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA	17
8. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	18
9. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	18
10. AGRADECIMIENTOS	18
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La autonomía que adquiere un CAPS puede ir desde la descentralización parcial de competencias hasta una autogestión con plena capacidad y responsabilidad jurídica para gestionar los recursos de manera autónoma, aceptando el riesgo de una trayectoria deficiente”¹

La Red de Servicios de Atención Primaria de Salud de Tucumán no ha realizado estudios que permitan evaluar la eficiencia de los Centros de Atención Primaria (CAPS), ni la opinión que poseen sus usuarios internos sobre la implementación de medidas de autogestión. Objetivo: Conocer y evaluar la eficiencia, autonomía clínica y de gestión en Centros de Atención Primaria de Salud (APS) de Tucumán

El diseño de la investigación fue observacional, analítica y de corte transversal. Se realizó un muestreo por conglomerados y la selección de los CAPS fue aleatoria. De los Servicios de salud seleccionados se obtuvieron datos de población, horas de personal contratado, gasto anual y producción de controles médicos y de enfermería.

La muestra de CAPS fue de 50 efectores y se utilizaron para medición de la eficiencia el índice de correlación de Pearson

Para obtener la opinión sobre autogestión, se enviaron los cuestionarios a todos los efectores y se recibieron para análisis el 18%. Los resultados de la investigación revelan una relación entre la producción y las horas contratadas de $R^2 = 0,965$ para conglomerado 1 y de $R^2 = 0,627$ para conglomerado 4. La opinión de los jefes de servicio fue fundamental la flexibilidad laboral, la Gestión de incentivos y Gestionar de manera autónoma RRHH. Este hecho, junto a su aversión al riesgo, y pérdida de estabilidad, nos aporta una información de importancia, que debe ayudarnos a dirigir las futuras líneas de acción para una autonomía profesional. A partir de los resultados de esta investigación se concluye que se debe realizar mediciones de eficiencia, permitir flexibilidad a los jefes en relación al personal e incentivos y presentar los resultados en la sala de situación de los CAPS.

2.2. Palabras clave según descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).²

Autogestión, Eficiencia, Atención Primaria de Salud

2. ABSTRACT Y KEY WORDS

Autonomy which acquires a CAPS can range from partial decentralization of competencies to self-management with full capacity and legal responsibility to manage resources independently, accepting the risk of a poor track record.

¹ Artells JJ, Andrés J. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la atención primaria en el siglo XXI. Cuadernos de Gestión. 1999;5:58-64

² Biblioteca Virtual en Salud Argentina. Disponible en <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

Tucumán health primary care network of services not carried out studies that allow to evaluate the efficiency of the centers of primary care (CAPS), neither the opinion that have their internal users on the implementation of measures of self-management.

Objective: Get to know and evaluate the efficiency, autonomy and clinical management in primary care of health (APS) of Tucumán

The design of the research was observational, analytical and cross-sectional. Sampling was conducted by conglomerates and the selection of the CAPS was random. Of health services selected were obtained population data, hours of hired staff, annual expenditure and production of medical check-ups and nursing.

CAPS sign was effectors 50 and were used for measurement of efficiency the Pearson correlation index. To obtain the opinion about self-management, questionnaires were sent to all the effectors and 18% were received for analysis.

The research results reveal a relationship between the production and the contracted hours $R^2 = 0,965$ for cluster 1 and $R^2 = 0,627$. for cluster 4. The opinion of the heads of service was fundamental labour flexibility, incentive management and manage human resources independently. This done, with its aversion to risk and loss of stability, gives us information of importance, which should help to direct future lines of action for professional autonomy. Based on the results of this investigation is concluded efficiency measurements should be allow flexibility to heads in relation to staff and incentives and present the results in the room location of the CAPS.

2.2. Keywords based descriptors in the Health Sciences (DeCS). Self-management, efficiency, Primary Health Care

3. INTRODUCCIÓN

La gran mayoría de países latinoamericanos están embarcados en el proceso de reformar los servicios de salud, y uno de los componentes de la reforma es la descentralización. Las reformas y la descentralización han sido impulsadas y en gran parte financiadas por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo y, en menor medida, por algunas agencias de desarrollo bilaterales y multilaterales. Los promotores de la descentralización la justifican como una necesidad frente al fuerte centralismo tradicional de América Latina³ al cual atribuyen ineficiencias administrativas y la falta de adecuación de los servicios a las necesidades sentidas de la población.

³Burki SJ, Perry G, Dillinger W. Beyond the center. Decentralizing the state. Washington: World Bank, 1999.

Veldhuyzen van Zantes T, Semidei C. Assessment of health sector decentralization in Paraguay. Technical report núm. 1. Washington: University Research Corporation, 1996

Por descentralización también se entiende la concesión de cierto grado de autonomía a una unidad de provisión de servicios. En los últimos años está cobrando mucha vigencia la autonomía hospitalaria y en algunos casos de los centros de salud⁴En Argentina esta autonomía fue promovida por la reforma de los años 90 mediante el Decreto N°578/93. A partir del dictado de dicho Decreto se estableció el marco normativo para el régimen de los Hospitales Públicos de Autogestión, que propende a lograr la descentralización funcional de los Hospitales Públicos, incrementar su capacidad de gestión institucional, elevar su nivel de eficiencia y mejorar su nivel de autofinanciamiento. Esta situación no comprendió la Atención Primaria de la Salud.

La posición planteada por la Organización Panamericana de la Salud invita a entender la renovación de la APS como parte integral del desarrollo de los Sistemas de Salud y a dejar claro que el camino más adecuado para producir mejoras equitativas y sostenibles de la salud de los pueblos de las Américas es fundamentar los Sistemas de Salud en la APS.

La APS está articulada dentro de un contexto político, social y económico más amplio, un sistema orientado por la APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico y estar fundamentado en valores compartidos. Por lo anterior debe involucrar mecanismos de participación activa que garanticen transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles, que estimulen la capacidad y habilidad de las comunidades y de los individuos para comprometerse con el autocuidado de la salud, y que desarrollen las condiciones necesarias para promover estilos de vida saludables.

La evaluación de la eficiencia, que se basa entre otras consideraciones en la evaluación económica, es necesaria, ya que incluso en los países desarrollados, los recursos financieros son limitados y a esto hay que unirle el creciente incremento de los costes de la asistencia sanitaria, motivado por distintas razones, entre las que debe destacarse el aumento en el diagnóstico de las enfermedades crónicas, la aparición de nuevas tecnologías, el progresivo envejecimiento de la población, los costes elevados de los nuevos medicamentos, etc.

La evaluación de la eficiencia utiliza los métodos de investigación de diversas ciencias médicas y sociales, principalmente de la economía y de la epidemiología, para estimar los costes y las consecuencias de las diferentes intervenciones sanitarias. En general, se dice que un proceso de producción es eficiente si no hay otro proceso que permita producir más con los mismos recursos. En el ámbito sanitario, se es eficiente cuando se logra el máximo nivel de

⁴Ugalde, A; N. Homedes, N. Descentralización del sector salud en América Latina. *Gac Sanit* 2002;16(1):18-29

salud a partir de unos recursos dados. También se es eficiente cuando, comparando diversas opciones que producen el mismo resultado, se elige la menos costosa.⁵

Marco específico.

Un aspecto fundamental en la evaluación de la gestión de las organizaciones públicas (proveedores de servicios, aseguradores, compradores, etc.) debería ser la capacidad de identificar y separar aquellas organizaciones que, de acuerdo con algún standard, gestionan correctamente de aquellas que lo hacen mal o por debajo de sus posibilidades.⁶

En la literatura económica esta tarea se lleva a cabo mediante el llamado análisis de frontera paramétrico o no paramétrico, de la eficiencia de las organizaciones (escuelas, universidades, juzgados, servicios de recogida de residuos, hospitales, centros de atención primaria, farmacias, aseguradores, agencias compradoras de servicios, etc.) o de departamentos de una misma organización (por ejemplo, diversos servicios de un hospital o universidad). La investigación en servicios sanitarios y la gestión clínica han ofrecido otras soluciones al problema de medida de la eficiencia en atención primaria (eficiencia médica)⁷.

La medida de la eficiencia de las organizaciones públicas y, en especial, de las sanitarias utilizando los instrumentos económicos resulta a menudo oscurecida por la conocida dificultad de medir de forma precisa la producción en este sector. La validez e interpretación de las medidas empíricas de eficiencia dependen sobremanera de los datos disponibles para medir la producción. El enfoque económico de la medida de la eficiencia relaciona los recursos consumidos con la producción de servicios. Sin embargo existe una importante diferencia entre el producto intermedio y el producto final, siendo la sanidad un caso paradigmático de esta diferencia. El producto final es la contribución de los servicios sanitarios a la mejora del estado de salud de los individuos.

Este trabajo se centra en los enfoques de frontera para medir la eficiencia, es decir, en aquellos enfoques que evalúan cuán cerca se encuentra una organización sanitaria de la *frontera de mejor práctica*. La medida de eficiencia de frontera se basa en las informaciones más o menos precisas sobre costes, productos y recursos, para imputar un índice de eficiencia relativa en relación con la mejor práctica dentro de la muestra de organizaciones analizadas.

En el caso de las organizaciones sanitarias, los dos métodos más utilizados son el enfoque de la *frontera estocástica* y el *análisis envolvente de datos*, los cuales requieren métodos econométricos y programación lineal respectivamente. El análisis envolvente de datos (DEA),

⁵ Llor Vilà E; Fadini D. Evaluar la eficiencia de las intervenciones Guía de investigación Clínica para atención primaria. Fundació Institut Català de Farmacologia. capítulo 9. Año 2005. <http://w3.icf.uab.es/ficf/es/pub/IAP/GuiaInvestigacionClinicaAP/GICAPcapitulo-9.pdf>
⁶ Puig- Junoy J Eficiencia en la Atención Primaria de Salud: Una Revisión Crítica de las Medidas de Frontera. Revista Española Salud Pública 2000, 74: 483-495. N.º 5-6 - Septiembre-Diciembre 2000

como cualquier técnica determinista, adopta como supuesto que todas las desviaciones entre los costes o la producción observada y el coste mínimo o la producción máxima en la frontera, se deben a comportamiento ineficiente.⁸ El presente trabajo utilizará esta metodología.

Además propone evaluar otro componente fundamental en la evaluación de las medidas de descentralización y que puede resultar imprescindible conocer en profundidad al momento de implementarla y es el posicionamiento de los profesionales y Directivos, en relación a la autogestión y considerar elementos que puedan favorecer o condicionar negativamente su implementación con éxito⁹

¿De qué manera la implementación de una autogestión en APS resuelve la problemática de salud de población de Tucumán mediante la utilización eficiente de sus recursos?

Objetivo general.

Conocer y evaluar la eficiencia, autonomía clínica y de gestión en Centros de Atención Primaria de Salud (APS) de Tucumán

Objetivos específicos

1. Relevar y evaluar la producción de los servicios de atención primaria.
2. Valorar la capacidad de decisión que tienen los Directores de Centros de Salud sobre la autonomía de gestión y sus componentes.
3. Identificar la opinión, percepción y actitudes que tiene para los Directores de Servicios de Salud de Atención Primaria sobre la autonomía de gestión.
4. Conocer la aplicación de gastos destinados a la APS
5. Identificar la eficiencia de los servicios de APS

4. MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se llevó a cabo durante un periodo de doce meses en los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) que pertenecen a la Red de Servicios de la Provincia que conforman el Sistema Provincial de Salud (SIPROSA) y dependen del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán.

La red de atención primaria comprende 336 CAPS que se distribuyen en las cuatro Áreas Programáticas de la Provincia de Tucumán. Cada CAPS atiende a la población en general y materno-infantil para controles de salud, vacunación y provisión de medicamentos y leche.

⁷Ortún V, Casado D, Sánchez JR. Medidas de producto y eficiencia en Atención Primaria. Documentos de Trabajo de la Fundación BBV. Madrid: Fundación BBV; 1999

⁸Puig-Junoy J, Dalmau E. ¿Qué sabemos acerca de la eficiencia de las organizaciones sanitarias en España? Una revisión de la literatura económica. Libro de Ponencias de las XX Jornadas de Economía de la Salud; 3-5 Mayo 2000: Palma de Mallorca: AES 2000

⁹Tamborero Cao G; Gómez Nadal A, García Pineda A, Miguélez Chamorro A, Canet Martorell R y Esteva Cantó M Autonomía clínica y de gestión. Percepción de los coordinadores de los centros de salud de Mallorca. Rev Esp Salud Pública 2011; 85:569-581. N.º 6 -Nov-Dic 2011

Los mismos tienen delimitadas, por el marco normativo, sus áreas de responsabilidad y poseen cartografías con identificación de la población a cargo por grupo etario. Además cuentan con información sobre las condiciones socio-sanitarias de la población a cargo

La población con y sin cobertura de obra social, recibe asistencia médica en forma periódica en los CAPS y el registro de las prestaciones es recopilado en la base de datos digital del SIPROSA

Tipo de estudio y diseño.

Se realizó un estudio observacional de corte transversal, con primera fase descriptiva y una etapa posterior analítica- comparativa.

Redes de atención:

Se efectuaron relevamientos de las bases de datos de los efectores de Plan Sumar y se realizaron cruzamientos de datos con los registros de efectores que posee la Red del SIPROSA. Se identificaron todos los servicios de salud (CAPS (Centros de Salud Provinciales), CAC y CAM (Centros de Salud Municipales)) y del listado definitivo se seleccionaron los Servicios de Salud sin internación.

Se relacionaron los servicios de salud de la provincia (CAPS, CAC y CAM), con las localidades teniendo en cuenta el área de responsabilidad de cada unidad a muestrear y se calculó de la cantidad de población a cargo de cada CAPS. Se aplicó un muestreo polietápico y la selección de los conglomerados se efectuó teniendo en cuenta la densidad poblacional de las áreas de responsabilidad de los CAPS. Se establecieron cinco categorías que fueron muy densa (categoría 1), densa (categoría 2), media (categoría 3), baja (categoría 4), y muy baja (categoría 5). A partir de los conglomerados se aplicaron técnicas de muestreo probabilístico aleatorio polietápico.

Conglomerado 5	Muy Baja Densidad	menores 1.000 habitantes por efector
Conglomerado 4	Baja Densidad	entre 1.000 y 4.900 habitantes por efector
Conglomerado 3	Densidad Media	entre 5.000 y 7.900 habitantes por efector
Conglomerado 2	Denso	entre 8.000 y 11.900 habitantes por efector
Conglomerado 1	Muy Denso	entre 12.000 y 27.900 habitantes por efector

Tabla N°1: Conglomerados agrupados y clasificados según cantidad de habitantes por área de responsabilidad.

Para seleccionar los efectores se realizaron cálculos probabilísticos de cada conglomerado.

Conglomerado	suma	%	Cantidad de CAPS por Conglomerado	nº de CAPS seleccionados
5	65.086,18	5,9%	115	7
4	257.015,05	23,1%	108	25
3	241.454,64	21,7%	38	8
2	233.254,40	21,0%	24	5
1	314.641,35	28,3%	19	5
total	1.111.451,62	1	304	50

Tabla N°2: Calculo estadístico de muestra de efectores por conglomerados.

A partir de los conglomerados se seleccionaron los 50 centros de salud sin internación

Nº	Código departamento	Nombre departamento	Nombre efector	Dependencia sanitaria	Nombre localidad	Categoría / Conglomerado
17	98	Tafi del Valle	POSTA EL BAÑADO	AREA OPER. VALLES CALCHAQUIES	El Mollar	5
20	7	Burruyacu	POSTA RIO NIO	AREA OPER. EL TIMBO	Villa Burruyacu	5
22	7	Burruyacu	POSTA TALA POZO II	AREA OPER. LA RAMADA	La Ramada	5
62	105	Tafi Viejo	POSTA NUEVA ESPERANZA	AREA OPER. TAFI VIEJO	Tafí Viejo	5
68	77	Río Chico	CAPS MONTE BELLO	AREA OPER. AGUILARES	Río Chico	5
90	28	Famaila	CAPS NTRA. SRA. DE LUJÁN - EL CRUCE	AREA OPER. FAMAILLA	Famaila	5
92	28	Famaila	CAPS SAN JOSE DE BUENA VISTA	AREA OPER. FAMAILLA	Famaila	5
2	7	Burruyacu	CAPS EL PUJESTITO	AREA OPER. BURRUYACU	Villa Burruyacu	4
6	105	Tafi Viejo	CAPS DR. CARLOS MURGA - EL SIAMBON	AREA OPER. EL CADILLAL	El Cadillal	4
11	49	La Cocha	CAPS SAN IGNACIO LOS PIZARROS	AREA OPER. LA COCHA	San Jose de La Cocha	4
17	42	Juan Bautista Alberdi	POSTA TALAMUYO - GUAYACANES	AREA OPER. ALBERDI	Juan Bautista Alberdi	4
20	91	Simoca	CAPS SANTA CRUZ	AREA OPER. CONCEPCION	Santa Cruz	4
21	77	Río Chico	CAPS RIO CHICO	AREA OPER. SANTA ANA	Río Chico	4
23	77	Río Chico	CAPS LOS CORDOBAS	AREA OPER. AGUILARES	Río Chico	4
29	98	Tafi del Valle	POLICLINICA DR. ADRIAN SAID TUMA AMAICHA DEL VALLE	AREA OPER. VALLES CALCHAQUIES	Amaicha del Valle	4
31	105	Tafi Viejo	CAPS RACO	AREA OPER. EL CADILLAL	El Cadillal	4
33	14	Cruz Alta	CAPS ALFREDO AMENABAR	AREA OPER. ALDERETES	Alderetes	4
37	77	Río Chico	CAPS VILLA HILERET	AREA OPER. SANTA ANA	Villa Clodomiro Hileret	4
53	14	Cruz Alta	CAPS BAJO GRANDE	AREA OPER. EL BRACHO	El Bracho	4
57	35	Graneros	CAPS TACO RALO	AREA OPER. LAMADRID	Taco Ralo	4
59	91	Simoca	CAPS VILLA CHICLIGASTA	AREA OPER. SIMOCA	Villa Chicligasta	4
60	7	Burruyacu	CAPS NARANJO (EL TIMBO)	AREA OPER. EL TIMBO	El Naranjo	4
64	14	Cruz Alta	CAPS EVA PERON BARRIO AEROPUERTO	AREA OPER. BANDA DEL RIO SALI	Barrio Aeropuerto	4
83	91	Simoca	CAPS BUENA VISTA	AREA OPER. SIMOCA	Simoca	4
84	84	San Miguel de Tucuman	CAPS EL SALVADOR	AREA OPER. SUDESTE	Tucuman (Est. Tucuman)	4
85	77	Río Chico	CAPS BARRIO COLON	AREA OPER. AGUILARES	Villa Clodomiro Hileret	4
89	63	Lules	CIC LOS CHAÑARITOS	AREA OPER. SUDOESTE	Los Chañaritos	4
91	42	Juan Bautista Alberdi	CAPS MARAPA	AREA OPER. ALBERDI	Juan Bautista Alberdi	4
92	14	Cruz Alta	CIC JUAN B. TERAN	AREA OPER. BANDA DEL RIO SALI	Banda del Río Sali	
97	28	Famaila	CAPS NUEVA BAVIERA	AREA OPER. FAMAILLA	Famaila	4
98	119	Yerba Buena	CAPS SANTA CLARA	AREA OPER. YERBA BUENA	Yerba Buena - Marcos Paz	4
106	70	Monteros	CAPS VILLA QUINTEROS	AREA OPER. CONCEPCION	Villa Quinteros	4
9	105	Tafi Viejo	CAPS VILLA OBRERA	AREA OPER. TAFI VIEJO	Tafí Viejo	3
12	70	Monteros	CAPS VILLA NUEVA	AREA OPER. MONTEROS	Monteros	3
14	21	Chicligasta	CAPS ALTO VERDE	AREA OPER. CONCEPCION	Alto Verde	3
15	105	Tafi Viejo	CIC SAN ALBERTO	AREA OPER. TAFI VIEJO	Tafí Viejo	3
16	63	Lules	CAPS MARIA EVA DUARTE DE PERON - MERCEDES	AREA OPER. LULES	Lules	3
21	84	San Miguel de Tucuman	CAPS REPUBLICA DE ITALIA	AREA OPER. NOROESTE	Tucuman	3
25	84	San Miguel de Tucuman	CAPS EVA DUARTE DE PERON	AREA OPER. NOROESTE	Tucuman	3
30	84	San Miguel de Tucuman	CAPS FERNANDO PEDRO RIERA	AREA OPER. SUDOESTE	Tucuman	3
6	84	San Miguel de Tucuman	CAPS SAN MARTIN	AREA OPER. SUDOESTE	Tucuman	2
7	21	Chicligasta	CAPS BARRIO MUNICIPAL	AREA OPER. CONCEPCIÓN	Concepcion	2
9	84	San Miguel de Tucuman	CIC SAN FELIPE	AREA OPER. SUDESTE	Tucuman	2
14	84	San Miguel de Tucuman	CIC ADOLFO DE LA VEGA - DR. CARLOS ALVARADO	AREA OPER. SUDOESTE	Tucuman	2
15	84	San Miguel de Tucuman	CAPS CARLOS MARIA TORRES	AREA OPER. SUDOESTE	Tucuman	2
3	84	San Miguel de Tucuman	CAPS MARCOS PAZ	AREA OPER. NOROESTE	Tucuman	1
4	84	San Miguel de Tucuman	CAPS EL BOSQUE	AREA OPER. NOROESTE	Tucuman	1
7	84	San Miguel de Tucuman	CAPS VILLA MUÑECAS	AREA OPER. NOROESTE	Tucuman	1
14	14	Cruz Alta	POLICLINICA ALDERETES	AREA OPER. ALDERETES	Alderetes	1
18	84	San Miguel de Tucuman	CAPS DR. VICTOR BAACLINI	AREA OPER. SUDOESTE	Tucuman	1

Tabla N°3: Efectores seleccionados por conglomerado para el análisis de la producción de CAPS

Nivel de la salud de la población:

Se analizaron todas las consultas de medicina general, pediatría y enfermería de un año calendario (2015) teniendo en cuenta el lugar de residencia de la población asistida.

A partir de la carga de datos que realiza cada efector se obtuvieron los siguientes datos por efector seleccionado:

Servicio del efector que realizó la prestación: Clínica médica, Tocoginecología, Pediatría, y Enfermería, etc

Formulario por tipo: ej F1 corresponde a atención médica de Niños y Recién nacidos, F2 corresponde a atención médica de Adultos y Adolescentes, F3 corresponde a Enfermería y F4 a Odontología, Psicología, Fonoaudiología y Kinesiología fueron excluidos de la muestra.

Apellido y Nombre del beneficiario, Documento, Fecha de nacimiento, Edad y Sexo. Control de Salud: en el que consta si es primer control o ulterior, si es embarazada, si es atención de guardia y datos de peso, talla, perímetro cefálico y Tensión Arterial. Además identifica el enfermero y médico atendió, los códigos de CIE 10 y SUMAR, la fecha de carga del datos, el tipo de cobertura social y el Efector que realizó la prestación. La veracidad de los registros fue verificada en terreno mediante documentación clínica confrontada con los registros digitales de los efectores seleccionados aleatoriamente. A partir de los datos recopilados, se seleccionaron los controles médicos y de enfermería para edades de 0 a 65 años de médicos clínicos, pediatras, ginecólogos y generalistas. Además se obtuvieron los registros de enfermería. Las prestaciones seleccionadas fueron de pacientes de ambos sexos con y sin obra social

Gastos en Recurso Humano:

Se relevaron los médicos o enfermeros titulares e interinos que lleven más de un año trabajando en Atención Primaria en Tucumán y reemplazantes que lleven más de un año trabajando en ese CAPS o Área Operativa de los CAPS seleccionados. Se analizaron las horas contratadas de los profesionales y los enfermeros y se valorizaron los gastos teniendo en cuenta un sueldo promedio de un profesional y un enfermero para el año calendario. Se valorizaron los gastos por efector. Fueron excluidos de la muestra los médicos y enfermeros de guardia.

Se aplicaron índices de correlación de Spearman para cada conglomerado.

Selección de input y output:

La selección de inputs y outputs se ha realizado basándose en la literatura ¹⁰ de manera que los inputs capturen todos los recursos y los outputs todas las actividades relevantes. Los

¹⁰Herrero Tabanera, L; Martín Martín, JJ; López del Amo González, M Eficiencia Técnica de los hospitales públicos y de las empresas públicas hospitalarias de Andalucía Gaceta Sanitaria. 2015; 29(4) :274–281

inputs utilizados fueron la población a cargo de cada efector, las horas contratadas de profesionales médicos y de enfermería y el gasto que demandan los efectores por el personal a cargo de la atención médica y de enfermería, siendo este el gasto más significativo que posee la provincia y que puede ser asignado a un efector de salud.

El output incluidos en el modelo son las consultas médicas y de enfermería por efector en un año calendario.

Recurso Humano:

Para conocer la opinión de los Directivos de los CAPS, se realizaron encuestas a Jefes de Servicio. Se distribuyeron en todos los efectores y se recibieron respuesta de 59 efectores, es decir, el 18% de los efectores de la provincia.

Fases del estudio: En la fase de elaboración del cuestionario, tras una búsqueda bibliográfica, se tomo de referencia el cuestionario de Tamborero Cao y col 2011. A continuación se elaboró un borrador de cuestionario que fue sometido a la opinión de 2 profesores de la Universidad Nacional de Tucumán y a profesionales considerados informantes clave de la Red de Servicios, tras lo cual se confeccionó el cuestionario para el pilotaje. Este se realizó con 9 profesionales médicos de Centros de Salud urbanos y rural.

El objetivo de estas entrevistas fue adaptar el cuestionario a la provincia y sondear las medidas de gestión más relevantes para los profesionales de APS. Con el análisis de los datos, los comentarios de los profesionales y una segunda ronda de opinión de profesores de la UNT, se realizó la validación de contenido, en su aspecto de comprensión de las preguntas¹¹ y la redacción del cuestionario definitivo.

En la fase de recogida de información, los cuestionarios fueron entregados personalmente en mano o por mail a cada una de las Áreas Operativas de la provincia, además de una carta de presentación del cuestionario el cual podía ser devuelto en papel o por mail solo identificando el Área a la cual pertenecía el efector encuestado, con el objeto de mantener la confidencialidad en las respuestas de los profesionales.

La información se introdujo en una base de datos creada con el programa estadístico Diane versión 2.1.

Los cuestionarios al personal fueron auto-administrados de 28 preguntas y constaban de datos referidos a antigüedad en el puesto, años de ejercicio profesional y lugar donde ejerce sus funciones conocimientos sobre autogestión, trabajo intersectorial, gestión autónoma de recursos humanos, capacidad y disposición para liderar proceso autogestión, colaboración

¹¹Comín Bertrán E. Validación de encuestas. Aten Primaria. Mayo 1990; 7: 386-90.

entre CAPS y organización que debe liderar el cambio. 21 preguntas fueron medidas con una escala de Likert (0 a 5) y 7 preguntas con opciones categóricas.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas (medidas de tendencia central, de dispersión y frecuencias absolutas y relativas). Se estudió la distribución de normalidad mediante un test de Kolmogorov-Smirnov. Se realizó un análisis bivalente en aquellos casos en que se consideró más relevante para los objetivos del estudio. Para el análisis de las variables cuantitativas se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,01$. El análisis estadístico de los datos se efectuó con la ayuda del programa informático SPSS versión 15.

5. RESULTADOS (incluidas tablas y gráficos)

Resultados Eficiencia:

El gráfico 1 muestra la correlación existente entre la producción y las horas contratadas para el grupo de CAPS con alta densidad poblacional. El $R^2 = 0,965$ muestra una alta correlación entre las variables estudiadas. El gráfico 2 representa la misma correlación para el grupo con baja densidad poblacional resultando tener una correlación media entre ambas variables estudiadas $R^2 = 0,627$.

Los restantes conglomerados estudiados, es decir los densos (8.000 y 11.900), de densidad media (5.000 y 7.900) y muy baja (menores 1.000) no tuvieron correlación entre las variables estudiadas.

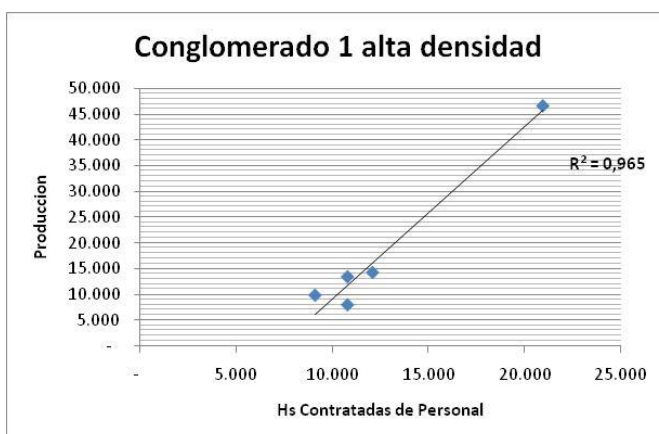


Grafico1: Correlación entre producción del CAPS y horas medicas y de enfermería contratadas para conglomerado de Alta Densidad Poblacional

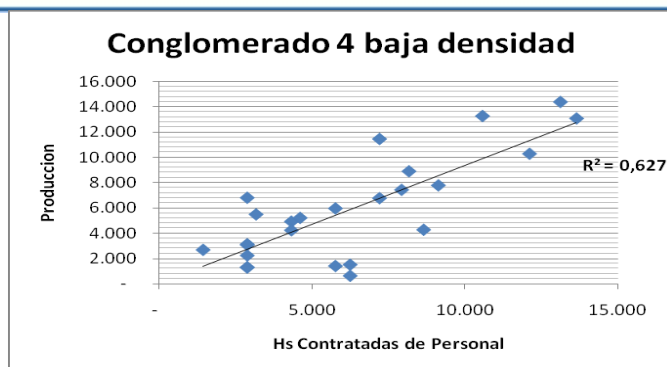


Grafico2: Correlacion entre produccion del CAPS y horas medicas y de enfermeria contratadas para conglomerado de Baja Densidad Poblacional

Resultados encuesta

Se recibieron 59 encuestas lo que significa una tasa de respuesta de 18%. Los coordinadores encuestados habian desempeñado el cargo en una media de 12 años y tenian una antigüedad en el sistema publico de una media de 20 años. La edad promedio de los encuestados fue de 52 años. La muestra estuvo compuesta por 39% de CAPS Urbanos y 61% de CAPS Rurales. La importancia que le dieron los Jefes de Servicio a cada item se refleja en la tabla 4. Casi todos los item preguntados fueron considerados entre maximo y bastante maximo, ahora, si sumamos ambos porcentajes, los item que alcanzaron valores superiores al 90% son articular el trabajo intersectorial (Escuelas, ONG, Entidades Barriales, etc, cambio radical de los roles y competencias de los profesionales y gestión compartida de patología. Si en cambio analizamos la maxima puntuacion obtenida de cada item preguntado a los profesionales, los valores superiores al 60% le corresponden a gestionar de manera más autónoma los recursos humanos (puntuacion maxima alcanzada de 61,02%) y Directivos en los Centros de Salud, con una formación profesional (puntuacion maxima alcanzada de 66,10%) y los item a los que le dieron una importancia menor, teniendo en cuenta la maxima puntuacion, fueron Capacidad para la toma autónoma de decisiones clínicas o de gestión, Cambio radical de los roles y de las competencias de admisión, La flexibilidad laboral para conciliar la vida profesional y la familiar, todos con un porcentaje igual a 22 (37,29%). Ver Tabla 4

Item	Nulo 0	Insuficiente 1	Media 2	Bastante 3	Maximo 4	Bastante Maximo 5
Capacidad para la toma autónoma de decisiones clínicas o de gestión	0	1 (1,69%)	1 (1,69%)	9 (15,25%)	26 (44,07%)	22 (37,29%)
Articular el trabajo intersectorial (Escuelas, ONG, Entidades Barriales, etc...):	0	1 (1,69%)	0	4 (6,78%)	23 (38,98%)	31 (52,54%)
Opinión sobre el Sistema de Referencia y Contrareferencia	2 (3,39%)	2 (3,39%)	3 (5,08%)	2 (3,39%)	17 (28,81%)	33 (55,93%)
Gestionar de manera más autónoma los recursos humanos	0	1 (1,69%)	2 (3,39%)	6 (10,17%)	14 (23,73%)	36 (61,02%)
Cambio radical de los roles y de las competencias de los enfermeros	0	1 (1,69%)	0	7 (12,07%)	21 (36,21%)	29 (50,00%)
Cambio radical de los roles y de las competencias de admisión	2 (3,39%)	2 (3,39%)	2 (3,39%)	2 (3,39%)	29 (49,15%)	22 (37,29%)
Cambio radical de los roles y competencias de los profesional	0	2 (3,39%)	1 (1,69%)	2 (3,39%)	26 (44,07%)	28 (47,46%)
Gestión compartida de patología	1 (1,69%)	0	0	3 (5,26%)	19 (33,33%)	34 (59,65%)
Capacidad de gestión de la demanda	2 (3,45%)	0	0	5 (8,62%)	17 (29,31%)	34 (58,62%)
La flexibilidad laboral para conciliar la vida profesional y la familiar	1 (1,69%)	1 (1,69%)	1 (1,69%)	3 (5,08%)	31 (52,54%)	22 (37,29%)
Gestión de incentivos	2 (3,39%)	0	3 (5,08%)	6 (10,17%)	22 (37,29%)	26 (44,07%)
Directivos en los Centros de Salud, con una formación profesiona	2 (3,39%)	1 (1,69%)	1 (1,69%)	3 (5,08%)	13 (22,03%)	39 (66,10%)
La colaboración entre centros de salud	0	1 (1,69%)	1 (1,69%)	9 (15,25%)	20 (33,90%)	28 (47,46%)

La percepción de la capacidad de gestión que le dieron los Jefes de Servicio a cada ítem se refleja en la tabla 5. Todos los ítems preguntados fueron sumados entre máximo y bastante máximo, y los ítems que alcanzaron valores superiores al 60% son articular el trabajo intersectorial (Escuelas, ONG, Entidades Barriales, etc (76,27%), cambio radical de los roles y competencias de los profesionales (65,52%) y Capacidad de gestión de la demanda (68,97%). Si en cambio analizamos la mínima puntuación obtenida de cada ítem preguntado a los profesionales, observamos un ítem que tiene valor 0% y corresponde a Cambio radical de los roles y de las competencias de los enfermeros. Ver Tabla 5

Ítem	Nulo 0	Insuficiente 1	Media 2	Bastante 3	Máximo 4	Bastante Máximo 5
Capacidad para la toma autónoma de decisiones clínicas o de gestión	0	1 (1,69%)	2 (3,39%)	26 (44,07%)	20 (33,90%)	10 (16,95%)
Articular el trabajo intersectorial (Escuelas, ONG, Entidades Barriales, etc...):	0	0	1 (1,69%)	13 (22,03%)	29 (49,15%)	16 (27,12%)
Opinión sobre el Sistema de Referencia y Contrareferencia	5 (8,47%)	2 (3,39%)	10 (16,95%)	12 (20,34%)	19 (32,20%)	11 (18,64%)
Gestionar de manera más autónoma los recursos humanos	2 (3,39%)	9 (15,25%)	12 (20,34%)	13 (22,03%)	13 (22,03%)	10 (16,95%)
Cambio radical de los roles y de las competencias de los enfermeros	0	1 (1,72%)	7 (12,07%)	16 (27,59%)	24 (41,38%)	0
Cambio radical de los roles y de las competencias de admisión	1 (1,69%)	4 (6,78%)	11 (18,64%)	13 (22,03%)	20 (33,90%)	10 (16,95%)
Cambio radical de los roles y competencias de los profesionales	1 (1,72%)	1 (1,72%)	6 (10,34%)	12 (20,69%)	29 (50,00%)	9 (15,52%)
Gestión compartida de patología	1 (1,75%)	3 (5,29%)	6 (10,53%)	17 (29,52%)	17 (29,52%)	13 (22,81%)
Capacidad de gestión de la demanda	1 (1,72%)	0	2 (3,45%)	15 (25,86%)	24 (41,38%)	16 (27,59%)
La flexibilidad laboral para conciliar la vida profesional y la familiar	11 (18,64%)	3 (5,08%)	5 (8,47%)	17 (28,81%)	15 (25,42%)	8 (13,56%)
Gestión de incentivos	20 (33,90%)	5 (8,47%)	5 (8,47%)	14 (23,73%)	8 (13,56%)	7 (11,86%)
La colaboración entre centros de salud	3 (5,08%)	7 (11,86%)	8 (13,56%)	13 (22,03%)	20 (33,90%)	8 (13,56%)

Si realizamos un análisis comparativo entre la importancia de cada ítem y la capacidad de gestión, observamos que la flexibilidad laboral para conciliar la vida profesional y la familiar y el ítem Gestión de incentivos con una diferencia mayor al 50% entre la importancia dada y la capacidad de gestión actual. Los ítems de menor diferencia entre uno y otro fueron el Trabajo intersectorial y los Roles del profesional. Ver Figura N°1

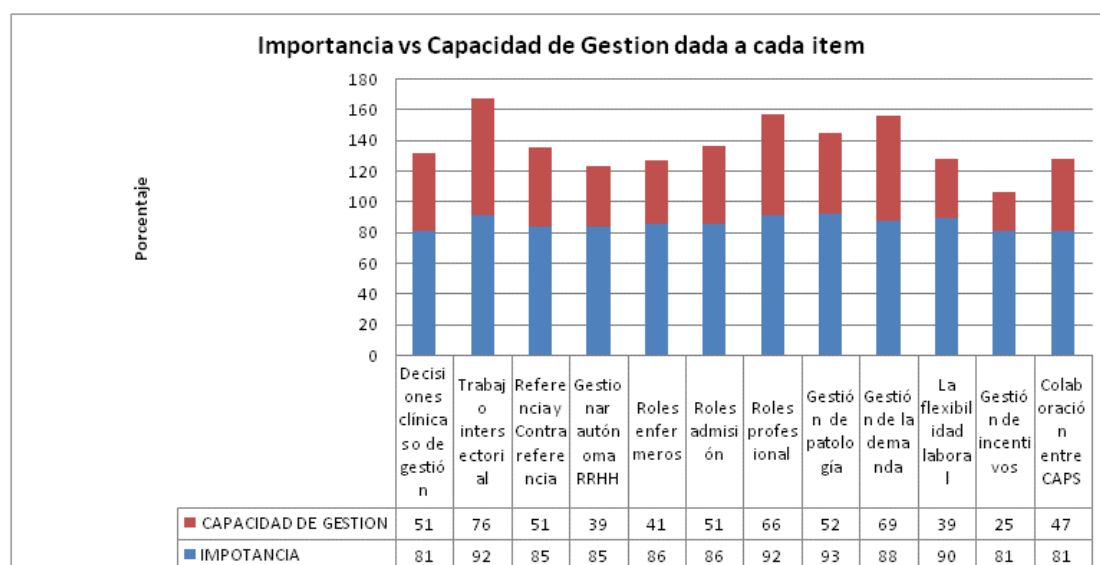


Figura N°1 Importancia dada a cada ítem vs capacidad de gestión sobre los mismos

En cuanto a las preguntas relacionadas con la formación profesional de los Directivos de los CAPS, observamos que 39 (66,10%) consideran que deberían tener formación en gestión o título de postgrado. En relación a asumir un riesgo financiero razonable en un entorno con mayor capacidad de gestión el 50,85% considero no tener claro este ítem y en cuanto a renunciar al régimen estatutario el 39,66 dijo no estar de acuerdo y el 44,83 % dijo no tener claro el ítem , sin embargo el 44 (74,58%) consideraban que estaban capacitados para liderar un proceso de autogestión, y 45 (76,58%) afirmaban que estarían dispuestos a liderarlo. Ahora si analizamos al personal que estaría interesado a participar en un proceso de autogestión, el porcentaje baja a 45,76%.

Cuando se pregunto en relación a otros Centros de Salud, opinaban que el 35,59% si estaban capacitados para desarrollar el proceso de autogestión, y en relación a ampliar sus servicios para competir con un centro de mayor complejidad, el 57,62% dijo que estaría dispuesto ha hacerlo. Ver Tabla 6

Tabla 6: Posicionamiento de los coordinadores sobre otros aspectos de la autogestión

Item	si	no	no lo tengo claro
Estaría dispuesto a asumir un riesgo financiero	18 (30,51%)	11 (18,64%)	30 (50,85 %)
Estaría dispuesto a renunciar al régimen estatutario actual	7 (12,07%)	23 (39,66%)	26 (44,83%)
Capacidad de liderar un proceso de autogestión en su centro de salud	44 (74,58%)	5 (8,47%)	10 (16,95%)
Disposicion a liderar un proceso de autogestión en su centro de salud	45 (76,27%)	5 (8,47%)	9 (15,25%)
Interes del equipo en iniciar un proceso de autogestión	27 (45,76%)	12 (20,34%)	20 (33,90)
Otros centros de salud de Tucuman estarían capacitados para proyecto	21 (35,59%)	15 (25,42%)	23 (38,94%)
Ampliar servicios del centro de Salud y competir con el Hospital	34 (57,62%)	14 (23,72%)	11 (18,64%)

6. DISCUSIÓN

Eficiencia

La falta de correlación entre las variables producción y horas contratadas en 3 de los 5 conglomerados estudiados podría deberse a: a) La sobre contratación de horas o de personal en esos conglomerados b) la accesibilidad al CAPS para la población en los Centros de Salud de Alta Montaña que comprenden el conglomerado de muy baja densidad poblacional o c) subregistro de prestaciones en el Sistema informático del SIPROSA,

Otro supuesto sería la falta de personal de apoyo como Agente Sociosanitario o de baja productividad de los mismos. Debido a que una de las funciones de este agente de salud es trabajar con la comunidad y buscar en las casa a la población sin control y recordarles la visita médica de salud obligatoria sobre todo en la población materno-infantil y en las patología crónicas.

Encuesta:

La provincia de Tucumán viene implementando políticas de autogestión sanitaria en la Atención Primaria de la Salud desde la implementación del Plan Nacer en el año 2004, entre ellas podemos mencionar, la facturación mensual de prestaciones realizadas a personas sin obra social, la incorporación de personal de salud durante el año 2009 y en menor medida hasta la fecha, la disposición de los ingresos para el pago de incentivos monetarios al personal asistencial, la compra de equipamiento y pago de medicamentos. Pero hasta el momento no se encontraron publicaciones referidas a la opinión que poseen los jefes de servicio de los 336 efectores que conforman la Red de Servicios. Esta encuesta sería la primera vez que se obtiene la opinión de los Jefes de los efectores de APS, involucrados en estos procesos de autogestión promovidos por el BIRF .

La relevancia dada a la formación profesional de los Directivos de los CAPS es de un 66,10% a diferencia de la encontrada por Tamborero que el 83,3% consideran que deberían tener formación en gestión o título de postgrado.

El análisis comparativo entre la importancia de cada ítem y la capacidad de gestión, observamos que la flexibilidad laboral para conciliar la vida profesional y la familiar y el ítem Gestión de incentivos con una diferencia mayor al 50% entre la importancia dada y la capacidad de gestión actual. Esto respalda aspectos que en la literatura se han relacionado de forma consistente con el clima laboral y con la satisfacción profesional, como son la gestión de los incentivos¹² y la conciliación de la vida familiar y laboral¹³. Se ha señalado que la estructura descentralizada de la organización y la disponibilidad de horarios de trabajo flexibles, favorecen la satisfacción y la motivación de los profesionales sanitarios y, en cambio, la escasa conciliación de la vida familiar y laboral es un factor negativo¹⁴.

En relación a asumir riesgos es escasa (menos de de la tercera parte estaría dispuesto a asumir un riesgo financiero y el 40% no renunciarían al régimen estatutario). Estos datos contrastan con el concepto de autogestión avanzada, que implica la aceptación de riesgos ante una gestión deficiente. ¹⁵ . En este sentido, Artells et al. encuentran que un 94,4% de los

¹² Pomar JM, Pareja A, Pou J, Llobera J, Fuster J, Tamborero G. Valoración de un sistema de incentivos por los profesionales de atención primaria de Mallorca. *Aten Primaria*. 1997;19:301-6.

¹³ Langballe EM, Innstrand ST, Aasland OG, Falkum E. The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: a longitudinal study. *Stress Health*. 2011;27:73-87

¹⁴ Montgomery AJ, Panagopolou E, Benos A: Work-family interference as a mediator between job demands and job burnout among doctors. *Stress Health*. 2006;22:203-12

¹⁵ Artells JJ, Andrés J. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la atención primaria en el siglo XXI. *Cuadernos de Gestión*. 1999;5:58-64.

profesionales entrevistados aceptarían que los resultados asistenciales pudieran repercutir en la retribución.

Por otro lado, un porcentaje elevado consideraban que estaban capacitados para liderar un proceso de autogestión, y afirmaban que estarían dispuestos a liderarlo; ahora si analizamos al personal que estaría interesado a participar en un proceso de autogestión, el porcentaje baja a 45,76%. Esto coincide con lo mencionado por Tamborero et al.

Cuando se pregunto en relación a otros Centros de Salud, opinaban que la tercera parte estarían capacitados para desarrollar el proceso de autogestión, y en relación a ampliar sus servicios para competir con un centro de mayor complejidad, el 57,62% dijo que estaría dispuesto a realizarlo.

En conclusión, los datos de esta encuesta aportan una información trascendente, sobre la importancia otorgada a los diferentes componentes de la autogestión y nos indica la percepción por parte de los jefes de CAPS de una importancia fundamental a algunos conceptos como la flexibilidad laboral, gestión de incentivos y gestionar de forma autónoma los recursos humanos y la muy limitada capacidad de gestión sobre estos aspectos. Este hecho, junto a su aversión al riesgo, y pérdida de estabilidad, nos aporta una información de extraordinaria importancia, que debe ayudarnos a dirigir las futuras líneas de acción si pretendemos progresar hacia una mayor autonomía profesional en nuestro medio.

7. RELEVANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA

Los resultados de la investigación revelan un alto costo para la provincia el funcionamiento de servicios y baja productividad de los mismos.

A partir de los resultados de esta investigación se propone la creación de un método de seguimiento de efectores para la medición de la eficiencia y una implementación de comunicaciones formales de resultados para la comparación entre pares. Asimismo este sistema podría servir para el monitoreo permanente de los servicios y de esta manera se promueve el trabajo en equipo de los CAPS.

Por lo tanto, realizar capacitación al equipo de salud de la importancia del registro informático de las prestaciones, búsqueda de pacientes con abandono de controles, captación de recién nacidos y consultas ginecológicas conjuntas, promoción de conductas saludables para captación de otros grupos etarios, entre otras, serian acciones necesarias de implementar.

Además se sugiere la medición de una línea base de eficiencia de los CAPS, comunicación y monitoreo de resultados en una sala de situación con indicadores de desempeño y económicos de manera conjunta que promueva el seguimiento de desempeño conjuntamente con el control

sanitario de la población. La implementación de estas estrategias presupone una disminución de la ineficiencia.

8. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Con los datos aportados por el análisis de fuentes primarias, secundarias y el modelo de monitoreo propuesto para la provincia de Tucumán, recabado con el desarrollo del proyecto, se redactará un informe final que será puesto a disposición de la Red de Servicios del Sistema Provincial de Salud y a través de ellos a las Áreas Programáticas de la Provincia para el análisis y discusión de los resultados con el objeto de implementar un nuevo modelo de gestión y poner a disposición una herramienta mas que permita mejorar la coordinación de los programas vigentes y maximizar los recursos a través de la realización de acciones conjuntas. La información relevada a través de las encuestas de conocimientos sobre autogestión, permitirá conocer a los usuarios internos de los CAPS y formular estrategias de capacitación de los recursos humanos de los CAPS como así también aplicar medidas que permitan el desarrollo de la autogestión en la Atención Primaria de la Salud.

Se propondrá la un nuevo modelo de medición de eficiencia por efector que permitirá el monitoreo de la Red de Atención Primaria de la Salud y la evaluación con nuevos indicadores que servirán también para comparar los resultados de diferentes programas aplicados de manera transversal en la provincia. Esta metodología propone implementar un nuevo modelo de gestión y análisis de las políticas públicas en APS.

La comunicación se realizara como presentación de resumen o poster en eventos científicos de la especialidad, publicación en revistas científicas de los resultados de la encuesta, e informe final elevado por nota a la Red de Servicios.

9. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

APS: Atención Primaria de la Salud

BIRF: El Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento

CAC: Centro de Atención Comunitario Municipal

CAM: Centro de Atención Municipal

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud

DEA: Análisis Envolvente de Datos.

UNT: Universidad Nacional de Tucumán.

10. AGRADECIMENTOS

MAR agradece a Dra. Verónica Rubati que apoyo esta investigación a través de la Red de Servicios del SIPROSA, a la Dra. Verónica Ali por sus aportes en la encuesta a efectores como experta de la Red de Servicios, a la Dra Valeria Guzmán jefa del Área Operativa Banda del Rio Salí y a los todos los Jefes de Servicios de la misma Área Operativa por la colaboración en la encuesta piloto y los importantes aportes realizados a la misma.

Lic. Adriana Elias Vacaflor por el muestreo aleatorio de los conglomerados

Al Programa SUMAR por la infraestructura para la realización de esta investigación.

Al Instituto de Administración de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNT, a la

Facultad de Ciencias Económicas de la UNT y a su Decano el Cr: José Luis Jiménez. por el apoyo institucional a esta investigación.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Artells JJ, Andrés J. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la atención primaria en el siglo XXI. Cuadernos de Gestión. 1999;5:58-64
2. Biblioteca Virtual en Salud Argentina. Disponible en <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
3. Burki SJ, Perry G, Dillinger W. Beyond the center. Decentralizing the state. Washington: World Bank, 1999.
4. Veldhuyzen van Zantes T, Semidei C. Assessment of health sector decentralization in Paraguay. Technical report núm. 1. Washington: University Research Corporation, 1996
5. Ugalde, A; N. Homedes, N. Descentralización del sector salud en América Latina. *Gac Sanit* 2002;16(1):18-29
6. Llor Vilà E; Fadini D. Evaluar la eficiencia de las intervenciones Guía de investigación Clínica para atención primaria. Fundació Institut Català de Farmacología. capítulo 9. Año 2005. <http://w3.icf.uab.es/ficf/es/pub/IAP/GuiaInvestigacionClinicaAP/GICAPcapitulo-9.pdf>
7. Puig- Junoy J Eficiencia en la Atención Primaria de Salud: Una Revisión Crítica de las Medidas de Frontera. *Revista Española Salud Pública* 2000, 74: 483-495. N.º 5-6 - Septiembre-Diciembre 2000
8. Ortún V, Casado D, Sánchez JR. Medidas de producto y eficiencia en Atención Primaria. Documentos de Trabajo de la Fundación BBV. Madrid: Fundación BBV; 1999
9. Puig-Junoy J, Dalmau E. ¿Qué sabemos acerca de la eficiencia de las organizaciones sanitarias en España? Una revisión de la literatura económica. Libro de Ponencias de las XX Jornadas de Economía de la Salud; 3-5 Mayo 2000: Palma de Mallorca: AES 2000
10. Tamborero Cao G; Gómez Nadal A, García Pineda A, Miguélez Chamorro A, Canet Martorell R y Esteva Cantó M Autonomía clínica y de gestión. Percepción de los coordinadores de los centros de salud de Mallorca. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85:569-581. N.º 6 -Nov-Dic 2011
11. Herrero Tabanera, L; Martín Martín, JJ; López del Amo González, M Eficiencia Técnica de los hospitales públicos y de las empresas públicas hospitalarias de Andalucía *Gaceta Sanitaria*. 2015; 29(4) :274-281
12. Comín Bertrán E. Validación de encuestas. *Aten Primaria*. Mayo 1990; 7: 386-90.
13. Pomar JM, Pareja A, Pou J, Llobera J, Fuster J, Tamborero G. Valoración de un sistema de incentivos por los profesionales de atención primaria de Mallorca. *Aten Primaria*. 1997;19:301-6.
14. Langballe EM, Innstrand ST, Aasland OG, Falkum E. The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: a longitudinal study. *Stress Health*. 2011;27:73-87
15. Montgomery AJ, Panagopolou E, Benos A: Work-family interference as a mediator between job demands and job burnout among doctors. *Stress Health*. 2006;22:203-12