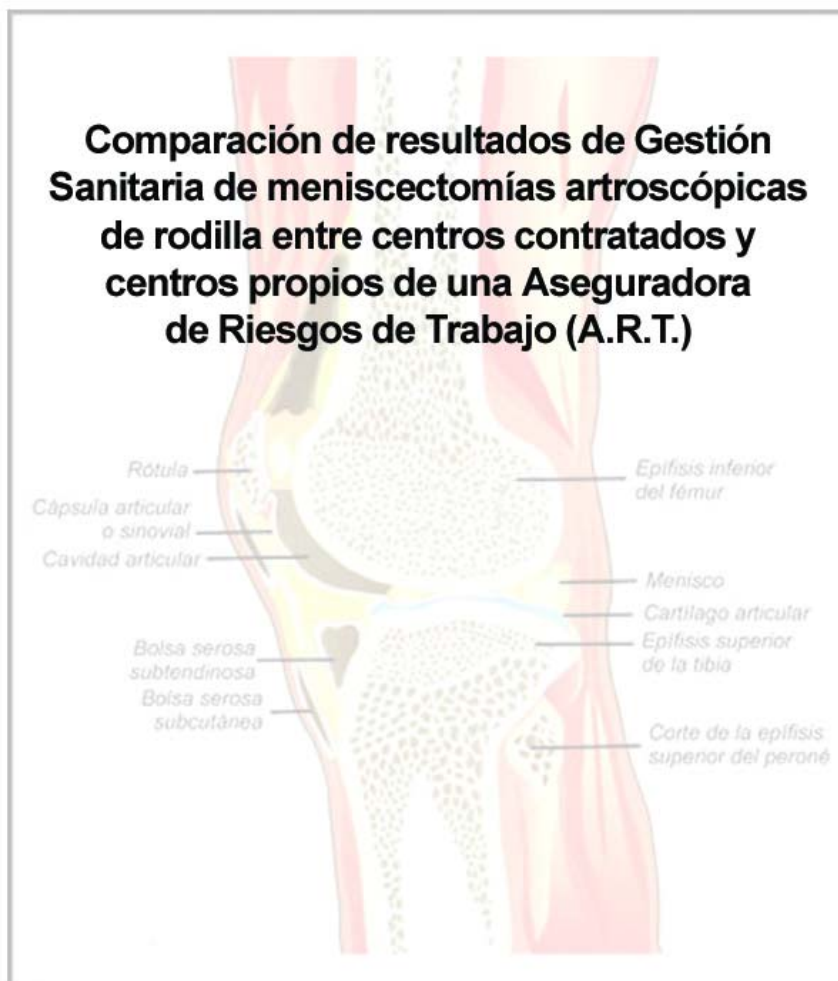


Maestría en Administración de Servicios de Salud  
Director: Dr. Jorge Lemus  
Tutora de Tesis: Cdra. Bibiana Gabriela Frare  
Buenos Aires  
Octubre de 2003



## Comparación de resultados de Gestión Sanitaria de meniscectomías artroscópicas de rodilla entre centros contratados y centros propios de una Aseguradora de Riesgos de Trabajo (A.R.T.)



**Autor: Carlos H. Duhalde**  
Matrícula N° 1690

# INDICE

1.	FORMULACION DEL PROBLEMA.....	1
1.1.	Introducción .....	1
1.2.	Justificación .....	3
1.3.	Objetivos .....	5
1.3.1.	Objetivos generales .....	5
1.3.2.	Objetivos específicos .....	5
1.3.3.	Propósitos .....	6
1.4.	Formulación de preguntas .....	8
1.5.	Delimitación del problema.....	9
1.5.1.	Generalidades.....	9
1.5.2.	Actores del Sistema .....	10
1.5.3.	Prestaciones de Ley a cargo de las A.R.T.....	13
1.6.	Relevancia del tema y del problema a investigar .....	14
1.6.1.	Estado actual del conocimiento .....	14
1.6.2.	Antecedentes y perspectivas .....	15
2.	MARCO TEORICO CONCEPTUAL .....	17
2.1.	Definiciones .....	18
2.2.	Resultado.....	21
2.3.	Resultados esperados .....	23
3.	METODOLOGÍA DE INVESTIGACION.....	24
3.1.	Unidades de análisis .....	24
3.2.	Unidades de Observación.....	25
3.3.	Variables .....	26
3.4.	Criterio de selección de casos .....	27
3.5.	Técnicas e instrumentos .....	28
3.6.	Universo y Muestra .....	29
3.7.	Análisis general de la muestra .....	30
3.7.1.	Inclusiones.....	30
3.7.2.	Exclusiones (Limitaciones al alcance de la muestra).....	30
3.8.	Selección de los sujetos y/o unidades de análisis .....	32
3.9.	Recolección de datos.....	33
3.10.	Procesamiento de los datos .....	35
3.10.1.	Procedimientos de Recopilación de datos .....	35
3.10.2.	Fuentes de recopilación: .....	35
3.10.3.	Variables a tener en cuenta en la recopilación.....	36
3.10.4.	Tramitación de datos.....	37
3.10.5.	Procesamiento y análisis de datos .....	38
3.10.6.	Actividades y cronograma .....	38

3.10.7.	Bibliografía .....	40
4.	DISCUSION .....	41
4.1.	Generalidades.....	41
4.2.	Análisis de indicadores .....	49
4.2.1.	Días de baja.....	50
4.2.2.	Porcentaje de incapacidad.....	53
4.2.3.	Prestaciones sanitarias.....	56
4.2.4.	Gasto en asistencia médico sanitaria .....	59
4.2.5.	Incapacidad laboral transitoria .....	62
4.2.6.	Incapacidad.....	66
4.2.7.	Costo total.....	69
5.	CONCLUSIONES .....	72
5.1.	Generalidades.....	72
5.2.	Comparación de resultados de Gestión Sanitaria entre Centros Propios de la ART.....	75
5.3.	Comparativo de Gestión Sanitaria de Centros Propios con Centros Contratados .....	77
5.4.	Conclusión según objetivos .....	79
6.	GLOSARIO .....	81
7.	BIBLIOGRAFIA .....	83

# **1. FORMULACION DEL PROBLEMA**

## **1.1. Introducción**

En ausencia de indicadores sistémicos de referencia y ante la imposibilidad de realizar estudios comparativos objetivos sobre costos y resultados de esta patología y terapéutica, se plantea la necesidad de contar con esta información de Gestión Sanitaria como elemento esencial de planificación, que ayudará a tomar decisiones gerenciales en un entorno de certeza.

Este trabajo presenta una comparación de resultados de Gestión Sanitaria entre centros sanitarios asistenciales propios de una Aseguradora de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) y los centros asistenciales contratados a nivel nacional.

El mismo se circunscribe a los centros asistenciales de la misma que tratan patologías traumáticas, incluyendo específicamente las de rodilla, y que realizan meniscectomías artroscópicas.

La empresa tiene como filosofía corporativa internacional desarrollar centros asistenciales propios y posee amplia experiencia con esta forma de trabajo en otros países.<sup>( 1-2-3 )</sup> La Aseguradora posee dos centros asistenciales propios así como equipos médicos asistenciales en relación de dependencia en las ciudades de Mar del Plata y Buenos Aires.

Se relevaron los datos del sistema de información de la Aseguradora con el fin de objetivar los resultados obtenidos siguiendo la metodología científica, con la intención de verificar si existen diferencias médicas y/o administrativas objetivas entre los centros en estudio.

Se eligió esta patología y procedimiento terapéutico específicos por tener un diagnóstico clínico e imagenológico preciso y por ser un acto quirúrgico con una

técnica y un protocolo de rehabilitación muy estandarizado, con resultados consistentes y con una muy baja incidencia de complicaciones. A esto se debe añadir su elevada frecuencia (incidencia) en la población activa cubierta por el mencionado subsistema de Salud (A.R.T.).

Se decidió relevar el período 1999-2000, por las demoras habituales generadas para poder cerrar los expedientes de los accidentes, dados los plazos de Ley, las frecuentes apelaciones de las partes intervinientes y la necesidad de no tener ulteriores liquidaciones de prestaciones de Ley, lo que generaría cambios de los indicadores una vez realizada la recolección de la información.

## 1.2. Justificación

La investigación surge a partir de la necesidad de medir los resultados de los centros asistenciales que realizan esta práctica, dado que hasta la fecha no posee un estudio comparativo de los resultados de Gestión Sanitaria obtenidos por la red asistencial de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo.

Para lograr el objetivo en cuestión, se aplicará la metodología científica con el fin de analizar la situación planteada. Se indagarán las posibles causas que motivan los resultados observados a fin de tomar decisiones gerenciales con sustento en sólidas herramientas de gestión.

El estudio no tomará en consideración parámetros de producción ni de procesos asistenciales sino sólo los resultados de Gestión Sanitaria, teniendo en cuenta aspectos como:

Magnitud: La rodilla, como región anatómica, es la tercera zona más operada en la Aseguradora. Dentro de la A.R.T., las menisnectomías artroscópicas de rodilla son los procedimientos quirúrgicos más frecuente, representando alrededor del 12% del total de cirugías realizadas por la Aseguradora.

Trascendencia: El problema planteado en la presente investigación se genera en la ausencia de indicadores sistémicos de Gestión Sanitaria, pertinentes y actualizados, desde el órgano de contralor, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Al respecto aclaramos que ningún subsistema de Salud del país tiene publicados indicadores confiables con las características mencionadas. Dada la dinámica de nuestro sistema de Salud, la información entre subsistemas es inexistente. En este entorno la A.R.T. se ve con frecuencia obligada a definir si una determinada patología debe tener su cobertura o no, ejercicio para el cual la Ciencia Médica es una herramienta poco eficiente dado su carácter positivista, es decir que toma

decisiones y avanza en diagnósticos y tratamientos siguiendo los hallazgos positivos encontrados. Ésta cuestión no debería ser planteada solamente como una cuestión de índole médica sino interrelacionada con lo administrativo, económico y legal.

Vulnerabilidad: Generadas las adecuadas herramientas de medición, considerando las variables e indicadores apropiados y disponiendo de valores promedio sistémicos y/o “gold standards” (Concepto basado en el “metro patrón” o patrón de referencia, que consiste en comparar un determinado indicador con un valor definido o consensuado como ideal, o lo más cercano posible, a fin de poder considerarlo como objetivo al cual apuntar) se podrían mejorar todos los aspectos implicados en la Gestión Sanitaria relativos al objeto del trabajo.

El investigador parte de la necesidad de objetivar los resultados de los mencionados centros dado que hasta la fecha no hay un estudio comparativo propio de los mismos entre sí, ni con el resto de la red nacional de prestadores contratada por la Aseguradora.

Para lograr el objetivo en cuestión, se aplicará la metodología científica con el fin de analizar la situación investigando cuantitativamente los casos, intentando además esbozar las posibles causas que motivan los resultados observados.

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivos generales**

Analizar y evaluar los resultados de Gestión Sanitaria en el tratamiento de los síndromes meniscales de la rodilla, a los que se les realizó menisectomía artroscópica entre dos centros asistenciales propios (Capital Federal y Mar del Plata) de una Aseguradora de Riesgos del Trabajo y los centros contratados de la Red Nacional de Prestadores de la misma, en el período comprendido: 1999 – 2000.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

La formulación del trabajo perseguirá los siguientes objetivos específicos: Demostrar con la aplicación del método científico, las diferencias de resultados de Gestión Sanitaria existentes entre los dos centros sanitarios asistenciales propios de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo y los contratados en el tratamiento artroscópico de los síndromes meniscales de la rodilla.

Analizar los resultados operativos de la estructura sanitaria propia respecto a sistemas contratados, en nuestro país.

Objetivar y medir las diferencias regionales de resultados de Gestión Sanitaria de la patología y procedimiento en cuestión, conforme el estudio de los distintos centros asistenciales del país.

Explorar la incidencia que tiene sobre los resultados de las menisectomías artroscópicas de la rodilla el tratamiento en diferentes centros asistenciales.

Indagar las posibles causas de desvíos en los resultados observados a fin de lograr una mejor comprensión de los indicadores cuantitativos .



### 1.3.3. Propósitos

Utilizar el estudio como herramienta de gestión base para implementar los procesos correctivos necesarios dirigidos a los prestadores propios y contratados, según las desviaciones observadas en el análisis.

Instrumentar, a través del presente trabajo, las herramientas de base de control de gestión a fin de ser utilizadas por las áreas médica-administrativa-comercial-económica de la institución.

Optimizar la implementación de protocolos.

Indagar a-posteriori si se produjeron cambios.

Contribuir a la optimización de programas de control de gestión de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo, considerando este trabajo de investigación como una prueba piloto para aplicar luego al control de gestión de otras patologías.

Analizar la conveniencia empresarial de unidades de producción con mantenimiento de la estructura sanitaria propia en nuestro país vs. la contratación de prestadores externos. Iniciando su análisis con la patología en cuestión.

Analizar con la gerencia de Recursos Humanos las condiciones de la dotación y la tipología del instrumental técnico apropiado para la efectiva aplicación de las mejoras.

Disminuir los costos prestacionales, manteniendo la calidad asistencial, que la patología genera a la Aseguradora en todos sus centros asistenciales, tanto propios como contratados.

Disminuir las erogaciones que debe afrontar la Aseguradora con la empresa como aquellos por pérdida de días laborales, etc., en base a eficientizar los sistemas de control de gestión.

Búsqueda de un concientización de los actores del sistema en políticas de mejoras institucionales.

Eficientizar los sistemas de control asistencial-económico aplicando herramientas de gestión, contribuyendo el presente trabajo como plan piloto para ser aplicado a otras patologías con una visión prospectiva de mejoras en el management de la Aseguradora.

Desde lo comunicacional: Publicar el trabajo, presentación en sociedades científicas, Congresos y Jornadas inherentes al tema, brindar un aporte a las políticas de salud en lo referente al sistema de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo.

Consensuar con empresas, obras sociales y/o financiadores de la salud de otros subsistemas, un programa de prevención y tratamiento de la patología, y fomentar los controles necesarios para eficientizar la cobertura asistencial erradicando dobles o más coberturas por una misma patología y un mismo evento traumático.

Una vez finalizado el presente estudio y evaluados sus resultados se pretende continuar con el mismo tipo de análisis tomando al menos las diez patologías prevalentes de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo.

El presente trabajo amerita una investigación cualitativa referente al estudio de las causas generadoras de los resultados observados.

## 1.4. Formulación de preguntas

- I. ¿Los centros asistenciales estudiados presentan algún tipo de diferencia en los resultados?
- II. ¿El costo de las prestaciones es igual en todos los centros?
- III. ¿El promedio de puntos de secuela es igual en todos los centros?
- IV. ¿El promedio de días de baja es igual en todos los centros?
- V. ¿Cuáles son las posibles causas que motivan las diferencias encontradas?

## 1.5. Delimitación del problema

### 1.5.1. Generalidades

El subsistema de salud de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo fue generado a partir de la entrada en vigencia de la Ley Nacional 24.557 el 1º de Julio de 1996, la cual creó, de hecho, un nuevo subsector de la Sanidad con el objetivo específico de atender todas las necesidades sanitarias en relación con la cobertura de los accidentes originados por el trabajo de la población laboralmente activa de país. <sup>(4)</sup>

El progresivo deterioro de la situación económica y social del país ya se había iniciado en el período objeto de análisis pero distaba de ser la situación presentada en la actualidad. En ese momento aún se mantenía la convertibilidad y el país estaba entrando en un período de recesión económica que se empezaba a vislumbrar como importante, sin sospecharse su extrema gravedad actual. <sup>(5-27-29)</sup>

Como suprasistema del subsistema de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (Ministerio del Trabajo), el deterioro de la economía nacional también ayudó a provocar cambios en el funcionamiento de este subsistema, siendo claramente influenciado por la política tanto estatal como gremial, resultando en un grosero aumento de denuncias fraudulentas de accidentes de trabajo así como reingresos y solicitudes de atención, cuya causa resulta ser laboral, social y/o económica pero no médica, en un elevado porcentaje de casos.

Si se compara a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo con la Superintendencia de Servicios de Salud, la primera no tiene poder ejecutivo sobre las Obras Sociales (Leyes 23660 y 23661) ni dispone de un marco legal para el control de las empresas de medicina prepaga, se observa una gran diferencia en el contenido, objetivos y logros de cada una. <sup>(6)</sup> El subsistema en estudio es el único del país que cuenta en la actualidad con este tipo de regulación legal y

control prestacional, manteniéndose además bien saneado y dando las prestaciones de Ley.

En el funcionamiento de las A.R.T. resulta con frecuencia necesario diferenciar patologías laborales de las no laborales, que la Ley denomina inculpables o preexistentes. Además, en este particular entorno sanitario el médico se ve con frecuencia forzado a “utilizar su ciencia para demostrar la ausencia de patología”. La medicina no es una buena herramienta para este logro ya que el conocimiento médico está orientado completamente hacia el diagnóstico y tratamiento mediante el seguimiento de la signo sintomatología positiva. Es decir, va descartando diagnósticos desde lo general a lo específico, hasta llegar a un resultado único. Por ende, carece en general de herramientas válidas a la hora de demostrar la ausencia de patología, sobre todo de síntomas, que necesariamente requieren de la colaboración del paciente, supuesto en que se basa la práctica de la profesión y que suele estar ausente o cuando menos contaminado en este subsistema. Esta dificultad, que complejiza la relación médico-paciente potenciando el riesgo legal de la actividad, se resolvería logrando una coordinación y flujo de toda la información, tanto médica como administrativa, entre los cuatro subsistemas básicos de salud (Público, Obras Sociales, Prepagas y A.R.T.). Esto llevaría a una definición administrativa de la cuestión, dejando al personal sanitario la posibilidad de tratar al paciente como ente único e indivisible y obrar según el buen arte de curar.

### **1.5.2. Actores del Sistema**

- El **paciente**, es el usuario, objeto del sistema y único consumidor de los recursos del mismo, con la única excepción de los costos operativos de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, que reconocen igual fuente de financiación. Los fondos son aportados a las A.R.Ts. por los empleadores. Como tal, el accidentado recibe de forma gratuita las prestaciones definidas por la Ley desde las Aseguradoras. El paciente considera con frecuencia que

paga por los servicios que recibe, ya que no diferencia este sistema del de las Obras Sociales, para la financiación del cual sí le son retenidos por ley aportes de su salario. Se observa en general una tendencia a abusar del sistema, explotando el sentido social de la Ley: Intenta habitualmente obtener tratamiento por patologías que lo aquejan que no tienen relación con su trabajo pero sobre las cuales no consigue soluciones en los otros subsistemas, situación de índole política, social y económica, que se ve agravada por la situación del país y la connivencia de algunos empleadores que consideran que el costo de prima del Sistema sería igual tanto si realizaran denuncias fraudulentas como si no lo hicieran.

- El **empleador**, es el financiador único del sistema y el cliente comercial de las A.R.Ts. Su aporte de prima es proporcional al riesgo basado en su siniestralidad en el sistema, a la actividad que realiza y a su nivel de implementación de medidas en el área de Prevención. No consume directamente ningún recurso genuino del Sistema. Su preocupación es el retorno al trabajo de sus empleados accidentados, con la mayor capacidad restante posible y al menor costo de prima de seguro posible. Es por ende, un factor de presión para el alta laboral y para solicitar prestaciones “sugeridas” por profesionales de otros subsistemas que actúan según intereses propios. Está demostrado que un ambiente laboral adecuado y con la correcta implementación de las normas de seguridad e higiene en el trabajo resultan en una franca reducción del número de accidentes y de la gravedad de los mismos. Al inicio del sistema, la calidad de los servicios ofrecidos por las distintas A.R.T.s no fue muy tenida en cuenta, aunque actualmente la misma sí es un factor en la elección de una Aseguradora, habida cuenta del tiempo de funcionamiento del sistema y de la experiencia acumulada por los empleadores a la hora de hacerse responsables de accidentes laborales graves en este subsistema fuertemente regulado. El proceso de selección de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo se observó, que inicialmente fue forzado por los grandes grupos económicos (Bancos, empresas de seguros, alianzas

empresarias, holdings, etc.), que “condicionaron” a los empleadores al inicio del sistema.

- Por definición de Ley, el empleador paga los primeros diez jornales caídos en todos los accidentes con baja laboral, considerándose baja laboral al período de tiempo en que el trabajador no puede realizar sus tareas debido a su accidente y por indicación médica y jornales caídos al salario del trabajador durante ese mismo período.
- La **Superintendencia de Riesgos del Trabajo**, es el organismo oficial de contralor del sistema. Como tal, tiene capacidad ejecutiva sobre todos los actores del mismo para hacerles cumplir las obligaciones que establece la Ley. La misma es un organismo político sujeta por ello a la inestabilidad propia del sector. Todos sus costos operativos son financiados por los fondos generados en los empleadores y administrados por las Aseguradoras, es decir que utiliza según su propio criterio, fondos que le son ajenos tanto en su generación como en su administración. El acento de su gestión al inicio del sistema fue asegurar la integralidad y oportunidad de las prestaciones sanitarias a los accidentados, así como conseguir la disminución de la siniestralidad global mediante la prevención.
- Las **Aseguradoras de Riesgos del Trabajo** son las administradoras de los capitales circulantes del sistema y las responsables de brindar las prestaciones de ley, sanitarias y en especies, en tiempo y forma. La cobertura exigida por la misma trasciende en mucho el Programa Médico Obligatorio original (P.M.O.) y más aún el P.M.O. de Emergencia Sanitaria vigente en la actualidad, incluyendo entre otros servicios el traslado de los pacientes hasta su alta, el pago de salarios caídos, desde los 10 días de producido el accidente hasta el año, y el pago de la incapacidad resultante del accidente sufrido, todas ellas prestaciones dinerarias, no sanitarias, a las que se suman todas las prestaciones sanitarias necesarias para lograr la recuperación del accidentado,

sean ellas preventivas, terapéuticas, farmacológicas, de rehabilitación, exámenes en salud, reubicación laboral y recalificación laboral, entre otras.

### **1.5.3. Prestaciones de Ley a cargo de las A.R.T.**

A fin de lograr una mejor comprensión de la cobertura que brinda el Sistema, se exponen a continuación, en forma abreviada, las prestaciones del Sistema:

◆ En Especie:

Tratamiento médico, farmacológico, quirúrgico y de rehabilitación de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, incluyendo traslados, alojamiento y pensión de los pacientes derivados de su lugar de origen y familiares, según reglamentación vigente.

Reubicación y recalificación según capacidad restante y relacionadas con la tarea.

◆ Dinerarias:

Pago de jornales caídos a partir del décimo día de baja laboral hasta los 365 días del accidente.

Pago de la incapacidad resultante según baremo vigente (Decreto N° 659/96) y dictamen de la Comisión Médica actuante.

Pago de prestación dineraria por muerte e incapacidad mayor al 50%, mediante un pago en efectivo y posterior renta vitalicia, según lo determinado por la Resolución 1278/00. <sup>(24)</sup>

Gastos de entierro para los accidentes mortales.



## 1.6. Relevancia del tema y del problema a investigar

### 1.6.1. Estado actual del conocimiento

En los últimos años han empezado a publicarse trabajos científicos referidos exclusivamente al subsistema de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, con diferentes tipos de calidad y temáticas diversas relacionadas con las necesidades específicas de cada Aseguradora, así como de la S.R.T. (Superintendencia de Riesgos del Trabajo). En el caso de esta última, han sido sobre todo publicaciones referidas a la información obrante en las bases de datos y estadísticas aportadas por las Aseguradoras al sistema, así como al análisis de las diferentes reglamentaciones de la Ley 24.557. (4-5-6-7-8-81-82-83-84-85)

Existe una amplia y abundante literatura sobre el tema de las aseguradoras de riesgos del trabajo, sobre todo en España y en Chile, países en los cuales rige una ley de características muy similares a la Argentina desde hace más tiempo. (3-13-14-15-18-78-79-80)

Una escasa proporción de la misma está referida a la evaluación de la estructura sanitaria propia, tanto independientemente como comparada a la de centros sanitarios contratados.

Prácticamente todo lo publicado en la literatura local pertenece a la denominada literatura gris (Monografías, tesis y otros trabajos académicos de baja difusión), no siendo éste el caso de las publicaciones de trabajos extranjeros sobre todo norteamericanos, chilenos y españoles donde abunda el análisis del tema. (25-26-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-47-49-51-52-54-57-58-61-62-63-67-69-71-72-74-76-77 -119-120-121-122-124-125-189)

El autor no ha podido encontrar trabajos del tenor con que se realizó el presente estudio. Tanto en la estimación de costos prestacionales u operativos como en la comparación de resultados, sean éstos económicos, médicos o de daño corporal.

Tampoco se pudieron hallar publicaciones en el entorno específico de la medicina laboral con el tipo de mediciones como las realizadas en este estudio. [\(92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-107-108-109-110-111-112 –114-116-117-118-186-187\)](#)

La Biblioteca Cochrane (Inglaterra) de Medicina Basada en Evidencia también ha tratado la cuestión del síndrome meniscal, sus tratamientos y hay estudios de resultados y análisis de costos. [\(128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146\)](#)

### **1.6.2. Antecedentes y perspectivas**

La Ley Nacional 24557 de Riesgos del Trabajo entró en vigencia el 01 de Julio de 1996, creando de hecho un nuevo subsistema de salud en nuestro país, que contaba previamente con el público, el de las obras sociales y el de las empresas prepagas. Este efecto, representa un retroceso en el camino hacia un sistema nacional único de salud, que evitaría una vez implementado, la fragmentación, duplicación, ineficiencia y asimetría de información que caracterizan al sector en la actualidad.

A pesar de haber conseguido un importante avance tanto en el número de trabajadores protegidos como en las prestaciones que reciben, la misma ha sido duramente criticada en entornos legislativos siendo acusada de poseer artículos considerados anticonstitucionales, al limitar las vías de acceso para litigar por el Código Civil, efecto esperable y resultante de unificar las definiciones de accidente de trabajo, enfermedad profesional e incapacidades y establecer una forma de compensación única para cada una.

La Ley ha generado un gran cambio en el ejercicio de la medicina laboral y en la producción y utilización de la información del área específica, creando también situaciones particulares administrativas, médico asistenciales y legales desconocidas previamente. Las aseguradoras de riesgos del trabajo han tenido que generar soluciones originales para resolver estos problemas inexistentes previamente. De ellos cabe destacar, a modo de ejemplo:

- a) La relación médico-paciente, que se ve constantemente contaminada por la influencia de los demás actores del sistema, a saber: A.R.T.s, S.R.T., prestadores y empresas. Esta intrincada y compleja relación a seis partes, cada una de las cuales tienen intereses diversos, así como poder para influenciar en el resultado final y de manejar una parte de la información, hace del arte de curar una ciencia mucho más compleja e inexacta que la observada en los otros subsistemas de salud, en las cuales la relación médico-paciente se ve en la actualidad condicionada sólo por las limitaciones económicas (costos y presupuestos disponibles) y en el subsistema de prepagas por evaluaciones costo-utilidad; costo-efectividad y costo-beneficio, de creciente aplicación.
  
- b) La imposibilidad planteada con frecuencia para determinar objetivamente la ausencia de patología.
  
- c) Las dificultades encontradas para diferenciar las patologías derivadas directamente del accidente de trabajo o enfermedad profesional de las enfermedades preexistentes, denominadas como inculpables en el texto de la Ley 24557.

## **2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL**

El marco conceptual de la tesis se basa en el diagnóstico “síndrome meniscal”, que es frecuente y de certeza; el procedimiento “meniscectomía artroscópica”, que está altamente estandarizado y tiene un muy bajo porcentual de complicaciones. La investigación objeto de estudio se enmarca en el análisis de prestaciones de meniscectomías artroscópicas de una A.R.T. dentro del Sistema de la Ley Nacional de Riesgos del Trabajo N° 24.557/96 (L.R.T.), en diferentes lugares del país donde la red asistencial brinda la prestación para la A.R.T. y para el período 1999-2000. Intentando así arribar a conclusiones significativas para la posterior planificación, definición de políticas y mejoras en un entorno de certeza.

## 2.1. Definiciones

### Meniscos:

Son los fibrocartílagos de la rodilla que se encuentran entre el fémur y la tibia, uno en el compartimiento medial y el otro en el compartimiento lateral. Su función es la de mejorar la adaptación mecánica entre dos piezas óseas de diferente tamaño y radio, logrando una eficiencia mecánica ideal. Secundariamente, mejoran también la distribución de las fuerzas de carga que soporta la articulación. Esta función es vital a largo plazo y se ha comprobado el rápido deterioro de los compartimientos de la rodilla cuyos meniscos son retirados en su totalidad, práctica realizada rutinariamente hasta el advenimiento de la cirugía artroscópica.

### Síndrome meniscal:

Es la expresión signo-sintomática de una lesión de los meniscos de la rodilla, interno, externo o ambos. Es siempre traumático. Puede presentarse asociado a lesiones ligamentarias, cuando la energía del traumatismo es suficiente.

Su diagnóstico clínico tiene una sensibilidad y especificidad baja a pesar de la utilización de diversas maniobras publicadas en la literatura de la especialidad. La experiencia y habilidad del examinador mejoran notablemente sus resultados. <sup>(46-126-127 )</sup>

Respecto al diagnóstico, la aparición de la resonancia nuclear magnética con una especificidad y sensibilidad muy alta ha mejorado notablemente el mismo, haciendo de la indicación quirúrgica un acto de baja incertidumbre y logrando una excelente correlación entre la resonancia, la clínica y la cirugía. <sup>(60-75)</sup>

En este subsistema, deben diferenciarse las lesiones meniscales traumáticas de las de otro origen, como las degenerativas, quistes meniscales, lesiones artrósicas, etc. así como las lesiones traumáticas antiguas de origen inculpable, a

fin de delimitar el espectro de cobertura de las Aseguradoras solo a las lesiones producidas directamente por el accidente laboral denunciado. ( 65-66-68 )

### Artroscopía:

Es un procedimiento endoscópico intraarticular, que permite la visualización directa de los elementos anatómicos, con gran claridad y con aumento óptico, su manipulación instrumental y la terapéutica quirúrgica de la mayor parte de las patologías.

Actualmente su uso es generalizado siendo de amplia aplicación en nuestro país desde mediados de los años 80. Es un procedimiento seguro y efectivo, tanto en el diagnóstico como en la terapéutica y eficiente ya que reduce los tiempos de internación además de permitir un postoperatorio más corto y menos doloroso.

Presenta además una baja incidencia de complicaciones. Todo el equipamiento e instrumental utilizados son de origen importado por lo que, el costo del procedimiento debe calcular la amortización, actualización y mantenimiento de los mismos.

De la misma debe destacarse que su generalización ha llevado a una reducción del costo por cirugía de más del 50 % en los últimos veinte años. ( 28-48-50-53-55-56-64 )

### Meniscectomía artroscópica:

Es el tratamiento de elección de las lesiones meniscales en la actualidad.

Dependiendo del tipo de lesión, el médico tratante define la indicación de una meniscectomía total, meniscectomía parcial o meniscoplastía o una sutura meniscal.

Lo más habitual es la meniscectomía parcial, siendo los otros dos procedimientos de indicaciones específicas y puntuales que no son frecuentes. (154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185)

El diagnóstico se realiza mediante el examen clínico y la realización de una resonancia magnética nuclear, que confirma el diagnóstico clínico presuntivo. Este estudio es altamente sensible y específico en el diagnóstico de esta lesión.

Los protocolos de rehabilitación de esta patología están estandarizados y son breves. Esta Aseguradora tiene y utiliza un protocolo propio de 28 días desde la cirugía hasta el alta del paciente. (59-70-73)

## 2.2. Resultado

(103-104-105-106 –113-123-147-148-149-150-151-152-153-188-189)

En el entorno sanitario en cuestión, desde el particular punto de vista de la Gestión Sanitaria en una Aseguradora de Riesgos del Trabajo y a los fines del presente estudio, el resultado de una determinada actividad sanitaria se define como:

- ◆ **Días de baja:** Expresado en días. Medida directa del tratamiento médico asistencial, de la gestión sanitaria y de la gestión administrativa. Es directamente proporcional a la I.L.T. (ver en página siguiente), que constituye su expresión dineraria. (86-87-88 –89-90-91)
- ◆ **Porcentaje de incapacidad:** Referido en puntos porcentuales de incapacidad. Aunque el mismo resulta en una prestación dineraria para el accidentado desde la Aseguradora, el baremo de la Ley hace más clara su comparación mediante puntos de incapacidad generados por el accidente ya que elimina las diferencias de los ingresos de cada accidentado, que se toman como base para el pago de la prestación y que resultan en diferentes montos abonados a los pacientes a igualdad de puntos de secuela.
- ◆ **Prestaciones:** Costo neto asistencial, referido en pesos. Este apartado toma sólo el costo médico sanitario asistencial, es decir el de todas las prestaciones asistenciales realizadas al accidentado.
- ◆ **Asistencia médico sanitaria:** (A.M.S.) Referida en pesos. Este apartado toma el costo médico sanitario asistencial más todos los costos derivados de traslados, pensiones, hotelería, etc. tanto de pacientes como de familiares. Engloba al anterior e incluye el costo de todas las prestaciones en especie imputadas al accidente y definidas por la Ley o interpretadas por el órgano de contralor como obligatorias para las A.R.Ts.



- ◆ ***Incapacidad laboral transitoria:*** (I.L.T.) Referida en pesos. La misma es un indicador de eficiencia de gestión tanto sanitaria como administrativa de los accidentes de trabajo. Constituye también una prestación dineraria para el accidentado, que reemplaza al sueldo básico durante la baja laboral.
  
- ◆ ***Incapacidad, muerte, supervivencia*** (I.M.S.) Referida en pesos. Este indicador es el reflejo económico directo de las secuelas sufridas por el accidentado, que son evaluadas una vez finalizado el tratamiento según el baremo de incapacidades de la Ley.
  
- ◆ ***Costo global:*** De un accidente, referido en pesos. Este punto incluye todas las erogaciones resultantes de actividades sanitarias imputadas al accidente que han sido pagadas por la A.R.T., sin discriminar según los puntos anteriores, constituyendo la sumatoria de los mismos. [\( 21-22-23 \)](#)

### **2.3. Resultados esperados**

- Demostrar los resultados existentes entre los dos centros sanitarios asistenciales propios (Buenos Aires y Mar del Plata) y los contratados en el tratamiento por vía artroscópica de los síndromes meniscales de la rodilla, a nivel país.
- Objetivar y medir las diferencias regionales de costos y resultados de la patología y procedimiento en cuestión.
- Evaluar las posibles causas de desvíos en los resultados esperados.
- Instrumentar, a través del presente trabajo, las herramientas de base de control de gestión a fin de ser utilizadas por el área médica.
- Analizar las ventajas y desventajas que le reporta cada uno de ellos, a la Aseguradora.

### **3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACION**

Tipo de trabajo:

Investigación empírica basada en estudios exploratorios, descriptivos y analíticos. Retrospectiva; de corte, básicamente cuantitativa; y basada en estudios comparativos.

#### **3.1. Unidades de análisis**

Centros Asistenciales que brindan prestaciones de Meniscectomías artroscópicas de rodilla para la A.R.T. bajo estudio.

Una propiedad de la Unidad de análisis colectivo de un centro asistencial (producción) por un tipo de patología: Meniscectomías artroscópicas de rodilla.

### **3.2. Unidades de Observación**

Se identificarán unidades de observación apropiadas dentro del estudio a fin de cubrir el objetivo planteado.

### **3.3. Variables**

- Se contemplarán variables endógenas y exógenas que intervienen en la patología a investigar y sobre la población sujeta al caso (dentro del período de tiempo mencionado)
- Al ser un estudio descriptivo se medirán las variables inherentes a la patología objeto de estudio.
- Se construirán variables empíricas, dimensiones, escalas e indicadores que posibiliten la medición de los atributos que fueron definidos conceptualmente en el marco teórico.

### **3.4. Criterio de selección de casos**

Será específicamente sobre la patología a estudiar, en el período de corte contemplado bajo estudio de la población de la aseguradora de riesgo de trabajo a cubrir.

### **3.5. Técnicas e instrumentos**

- Fuentes de recolección de información: Primarias y secundarias.
- Instrumentos de recolección de información
- Plan de recopilación de datos: Hoja de cálculos de Excel, estadísticas y gráficos.
- Procesamiento de los datos e información basados en:
- Bibliografía
  - Revistas extranjeras
  - Páginas Web relacionadas
  - Relevamiento documental
  - Observación

### **3.6. Universo y Muestra**

Universo: Todos los accidentes de la A.R.T. en el período 1999 – 2000.

Muestra: Todos los síndromes meniscales operados artroscópicamente por la A.R.T. en el período 1999 – 2000, en centros propios y contratados del país.

#### Población

Se basa en la cápita total de la A.R.T. en el período de estudio. La misma presenta variaciones constantes dependientes de la actividad comercial de la empresa, pero en promedio cubría a 171.110 trabajadores en 1999 y a 175.144 trabajadores en 2000, siendo en el período de análisis de 173.127 personas en promedio.



### **3.7. Análisis general de la muestra**

Aunque hay determinadas actividades, como los deportistas profesionales, el personal que realiza tareas de carga, etc. que en principio expondrían a quienes las realizan a sufrir este tipo de lesiones y estadísticamente la Superintendencia ha publicado información que sustenta esta hipótesis, la realidad física es que cualquier persona con una rodilla sana puede con una simple rotación sufrir una ruptura meniscal. Esto quiere decir que si bien, el hecho debe ser traumático la energía del traumatismo puede ser muy baja. Esta A.R.T. no posee deportistas profesionales asegurados, con la excepción de 26 profesores de esquí, pero sí hemos observado en nuestra casuística que la mayoría (87%) de los pacientes son varones entre 18 y 50 años de edad. De ellos, más de la mitad realizan actividades deportivas recreativas, que sin duda son potencialmente generadoras de lesiones traumáticas de rodilla, dada su carga mecánica y exposición a traumas de mayor energía lesional.

#### **3.7.1. Inclusiones**

- ◆ Todas las menisectomías artroscópicas realizadas bajo cobertura de la A.R.T., comprendidas en el período: 01-01-99 y el 31-12-00 en el territorio nacional.
- ◆ Requisitos: El “expediente” de todos los accidentes debe estar completo y “terminado”, es decir sin que quede ninguna acción de la Aseguradora pendiente de realización, ni de orden sanitario ni administrativo.

#### **3.7.2. Exclusiones (Limitaciones al alcance de la muestra)**

- ◆ Las menisectomías artroscópicas realizadas bajo cobertura de la A.R.T. en las que no pueda obtenerse la información requerida, sea de: Documentación

clínica, liquidaciones, porcentajes de incapacidad o días de incapacidad laboral transitoria.

- ◆ Las meniscectomías abiertas, no artroscópicas.
- ◆ Las meniscectomías artroscópicas que debieron ser finalizadas con técnicas abiertas por complicaciones técnicas intraoperatorias.
- ◆ Los accidentes con rechazos parciales o totales, ya sean de origen médico, por patologías preexistentes, o de origen administrativo (Fraudes, falta de cobertura, trabajador no declarado, sin vigencia de contrato, falta o atraso en pagos de primas, etc.)
- ◆ Todas las rodillas con lesiones meniscales operadas con diagnóstico de patologías traumáticas asociadas y/o inculpables concurrentes.
- ◆ Todas las rodillas con cirugías por lesiones intraarticulares previas operadas.
- ◆ Todas las reartroscopías, es decir las meniscectomías artroscópicas cuya indicación surge del fracaso de una cirugía previa.

### **3.8. Selección de los sujetos y/o unidades de análisis**

La muestra a ser analizada será la totalidad de las meniscectomías artroscópicas realizadas comprendidas en el período 01-01-99 a 31-12-00, en todos los prestadores de la Aseguradora sujeta a estudio que realizan esta intervención y en todo el territorio nacional, que cumplan los criterios de inclusión y exclusión detallados precedentemente.

El motivo de la selección del período bajo estudio es la demora producida en la finalización y cierre de algunos casos, ya sea por complicaciones médicas, demandas legales, divergencias en la incapacidad establecida por el Sistema, dictámenes de continuación de tratamiento de la Superintendencia, despidos previos al alta, divergencias en la percepción de Incapacidad Laboral Transitoria, etc. que causan demoras prolongadas en el cierre definitivo de los expedientes de los accidentes, generando la imposibilidad de ser incluidos en este estudio por presentar deficiencias y/o falta de integralidad de la información necesaria.

### 3.9. Recolección de datos

La información sobre el universo y muestra se obtuvo del listado de contratos, que incluye las nóminas de empleados declarados de cada empresa y disponible en la base de datos del sistema informático de la Aseguradora.

Las lesiones meniscales se obtendrán mediante la búsqueda del correspondiente código de CIE-10 (Codificación Internacional de Enfermedades. 10ª edición Organización Mundial de la Salud) <sup>(102)</sup>, cargado en el expediente del accidente.

Se prevé el escape de algunos accidentados por errores de carga en el código correspondiente debido a la falta de diagnóstico específico de lesión meniscal al ingreso. Esta deficiencia será cubierta parcialmente con los datos obtenidos de la facturación de los profesionales actuantes así como los distintos procesos de auditoría de la Aseguradora fundamentalmente las liquidaciones de facturas de prestadores y de las bases de datos de Incapacidades; esta última tiene un cien por ciento de seguridad en cuanto a la certeza diagnóstica de todos aquellos casos en los cuales se liquida una incapacidad.

Los datos se obtuvieron del sistema informático de la A.R.T. sujeta a estudio que contiene toda la información relevante para este trabajo de investigación.

A pesar de estas múltiples vías de acceso utilizadas para acceder a la información requerida, en varios casos surgieron confusiones con los diagnósticos, casos que fueron excluidos del estudio, previa verificación del diagnóstico en cada uno de ellos. Suelen encontrarse en el sistema cambios en los códigos de enfermedad, que responden a la evolución de los diagnósticos en el tiempo.

Otra dificultad presentada fue la ausencia de información de más de uno de los indicadores estudiados. Si bien escasos en número, cada una de estas celdas con valor 0 fue investigada a fin de dilucidar la causa generadora de ese valor. De esta tarea surgieron como causas más habituales: La ausencia de liquidación de

Incapacidad Laboral Temporal por falta de presentación de la documentación respaldatoria necesaria por parte del empleador y del empleado; el establecimiento de una incapacidad de 0% por la Comisión Médica actuante, a pesar que estos casos figuran en el baremo y tienen una incapacidad mínima del 3%, la falta de retiro de los cheques de liquidación de incapacidades generadas habitualmente por razones personales intercurrentes (Cambio de ciudad de residencia en tres casos, condena con prisión efectiva en un caso, etc.).

Los procedimientos de depuración de la muestra expuestos precedentemente fueron efectuados a fin de analizar muestras representativas del objeto en estudio y fidedignas al propósito enunciado.

## **3.10. Procesamiento de los datos**

### **3.10.1. Procedimientos de Recopilación de datos**

Son los que nos permiten obtener la **información sistemática** acerca del objeto de estudio y de la situación que ocurre

### **3.10.2. Fuentes de recopilación:**

#### **Primarias**

- Observación
- Censo (se lo considera fuente primaria)
- Datos de la A.R.T. sobre casos (base de conformación de la base de datos de elaboración propia)
- Experiencias personales de gestión en la A.R.T.

#### **Secundarias**

Datos ya procesados por otros investigadores (estadísticas, webs, lilacs, libros y toda información

Se realizó el realizó el procesamiento de datos a través de planillas de cálculo Excel, con el fin de elaborar las bases de datos para el análisis de los costos totales directos imputados a cada accidente, los costos prestacionales, los puntos porcentuales de secuela por incapacidad definitiva, los días de baja incurridos y las liquidaciones correspondientes a cada uno de estos apartados.

Cumplido este paso, se obtuvieron los promedios de los indicadores contemplados, para cada uno de los centros asistenciales en estudio y se

compararon los mismos calculando las variaciones netas y porcentuales entre ellos, sus valores mínimos y máximos, relacionándolos con la media global.

Se elaboró también, la distribución demográfica por sexo, edad y la comparación de los promedios de Ingreso Base Mensual (I.B.M.), correspondientes a cada zona analizada.

Los indicadores de siniestralidad para cada uno de los centros analizados (Tasa de siniestralidad global, tasa de artroscopías por 1000 cápitas y tasa de artroscopías por 100 accidentes) fueron analizados, sólo para los dos centros propios. La información disponible sobre el promedio de cápitas y número de accidentes se encuentra en el sistema regionalizado de forma que no hace posible su análisis por ciudades en otras regiones a excepción de las dos mencionadas.

Se confeccionaron los gráficos correspondientes a cada variable estudiada. Los mismos se exponen en los apartados correspondientes a cada uno de ellos (Ver: Discusión)

Los datos se obtuvieron del sistema de gestión de accidentes propio de la A.R.T. y se los almacenó en un archivo de Excel.

El procesamiento, estadísticas y gráficos de los datos se realizaron a través de planillas de cálculo del sistema Excel.

### **3.10.3. Variables a tener en cuenta en la recopilación**

- Quien recopilará que datos:
- El autor recopila datos de casos de Menisectomías artroscópicas de rodilla del período 1999-2000 a nivel nacional.

- Tiempo necesario para el trabajo (nro. de días, visitas nro. de muestra, variables que podrían dificultar o agilizar la recopilación):
- Cronograma de 1ra.etapa y 2da etapa.
- Orden de recopilación (primero estadísticas y después población, etc):
- Armado de base datos: Se obtuvieron todos los números de accidentes con el código C.I.E.-10 correspondiente, se relevaron todos los parámetros y se cargaron en una hoja de Excel. Se trabajó luego en la comparación entre Mar del Plata y Buenos Aires en dos años y luego entre los dos centros propios y los centros contratados.
- Depuración de base de datos en función a: Criterios de inclusión y exclusión.
- análisis de consistencia de base de datos, patologías asociadas, tema comisiones,etc
- Cuando deben recopilarse (variables climáticas, de personal, de vacaciones, fiesta, feriados, etc):
- 1ra.etapa: Relevamiento de los datos de forma directa desde la base de datos de la empresa.
- 2da etapa ya implementada base de datos Excel en la empresa, la cual se perfeccionó con los datos estadísticos, gráficos, etc.

#### **3.10.4. Tramitación de datos**

Una vez recopilados debe elaborarse un procedimiento claro para guardarlos y tramitarlos:

- Resguardo de la base de datos (backup) Se en disco duro de dos computadoras, una laboral y otra personal, más copia en diskette, más envió vía mail de los archivos a dos computadoras externas para su resguardo en bandejas de gestión de mails en Outlook.



### 3.10.5. Procesamiento y análisis de datos

- Manual:
  - 1ra. etapa: Ubicación de legajos de casos del período:
  - Selección minuciosa de la muestra para ingresar a base de datos
  
- Por computadora (softwares):
  - Cuando se inicia el trabajo de armar base de datos no se contaba con el software para información cuantitativa: Epi-info, SPSS, no obstante se utilizó Excel para llevarla a cabo.

### 3.10.6. Actividades y cronograma

Las actividades se planifican articulando los objetivos específicos con la metodología

Actividad	Mes del año 2000											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Selección del tema						x	x	x	x	x		
2. Planificación									x	x	x	x
3. Inicio recolección datos						x	x	x	x	x	x	x
4. Búsqueda bibliográfica						x	x	x	x	x	x	x
5. Inicio 1º fase análisis											x	x

Actividad	Mes del año 2001											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Selección del tema				x	x							
2. Planificación					x	x	x	x	x	x	x	x
3. Inicio recolección datos	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
4. Búsqueda bibliográfica			x	x		x	x	x	x	x	x	x
5. 1º fase análisis	x	x	x	x	x					x	x	x

Actividad	Mes del año 2002											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Recolección de datos	x		x									
2. Cronograma de tareas	x		x									
3. Depuración base datos				x	x	x	x	x	x	x	x	x
4. Búsqueda bibliográfica	x			x			x	x			x	
5. Análisis bibliografía	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x
6. Redacción trabajo					x	x	x	x	x	x	x	
7. Fin 1ª fase								x				
8. Inicio 2ª fase estudio									x	x	x	x
9. Análisis del trabajo con tutor						x	x	x	x	x	x	

Actividad	Mes del año 2003											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Edición texto tesis	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
2. Depuración base datos	x	x	x	x	x	x						
3. Estadística				x	x	x	x	x	x			
4. Gráficos						x	x	x	x			
5. Análisis del trabajo con tutor				x	x	x	x	x	x	x		
6. Presentación del Trabajo de Investigación												

Se realizaron reuniones quincenales con tutora de tesis desde Julio de 2002, excepto en el período estival, para control de avance de las tareas y guía del trabajo a continuar realizando.

### 3.10.7. Bibliografía

La bibliografía citada en el texto fue por temas y por fechas de búsqueda, lo que conforma un orden que no sigue el orden alfabético. Parte de ella posee los links a los sitios web donde fueron consultados y leídos por el maestrando. El listado se expone al finalizar el trabajo de investigación y se encuentra en el formato digital en el archivo llamado: Bibliografía.

## **4. DISCUSION**

### **4.1. Generalidades**

Los centros asistenciales propios en los cuales se realizaron las cirugías tienen perfiles similares en cuanto a su complejidad e iguales condiciones de contratación respecto a sus costos prestacionales, que son modulados. Así como los tiempos previos a la cirugía en los cuales se observaron algunas demoras mayoritariamente debidas a hallazgos de patologías concurrentes en los estudios preoperatorios de riesgo quirúrgico y a la disponibilidad de medios de transporte para la realización de traslados desde lugares de origen remotos de algunos pacientes. Los centros contratados que realizaron la cirugía objeto de estudio, se componen de: hospitales comunitarios, clínicas y sanatorios de alta complejidad sanitaria.

Todas las demás prácticas médicas y rehabilitadoras se realizaron en los centros médicos propios, con características técnicas prácticamente idénticas, tanto en Buenos Aires como en Mar del Plata y en prestadores privados de Rehabilitación con complejidad suficiente en el caso de las demás ciudades.

La constitución de los equipos médicos son equiparables y similares: Los médicos artroscopistas intervinientes, tanto su perfil asistencial, curricular, certificaciones de la Asociación Argentina de Artroscopía, experiencia e igual resultado muestra el análisis de los equipos de Rehabilitación, que siguieron un único protocolo para la misma. Todo el personal involucrado trabaja en relación de dependencia en los centros propios y mayoritariamente por prestación en los centros contratados. Todos los pacientes operados fueron controlados y seguidos hasta su alta por el cirujano tratante.

En general en la actualidad, en nuestro país, los costos sanitarios de los prestadores aumentan a medida que aumenta la distancia con la Ciudad de

Buenos Aires, siendo los valores prestacionales de referencia en esta, en general, menores que los encontrados en el interior. Excepto una pocas excepciones puntuales, estas diferencias se hacen groseras en zonas alejadas en las cuales hay un prestador único y monopolístico. Este criterio por sí solo no explica las diferencias halladas en el estudio entre Mar del Plata y Buenos Aires, ya que no puede considerarse a la ciudad de Mar del Plata como un centro urbano muy alejado ni aislado, además de ser uno de los centros propios analizados.

De 160 rodillas analizadas, 10 fueron mujeres, constituyendo el 6.66% de la muestra total y solo se operaron pacientes de sexo femenino en Buenos Aires (5.00%), Mar del Plata (11.76%) y Rosario (18.18%) En la comparación entre centros propios y centros contratados, los porcentajes son del 7.01% y del 5.55% respectivamente.

**TABLA SEXO POR CIUDAD**

CIUDAD	SEXO		% VARONES/MUJERES
	VARON	MUJER	
BUENOS AIRES	80	4	5,00
MAR DEL PLATA	34	4	11,76
NEUQUEN	6	0	0,00
BARILOCHE	4	0	0,00
MENDOZA	4	0	0,00
ROSARIO	11	2	18,18
CORDOBA	11	0	0,00
<b>GENERAL</b>	<b>150</b>	<b>10</b>	<b>6,66</b>

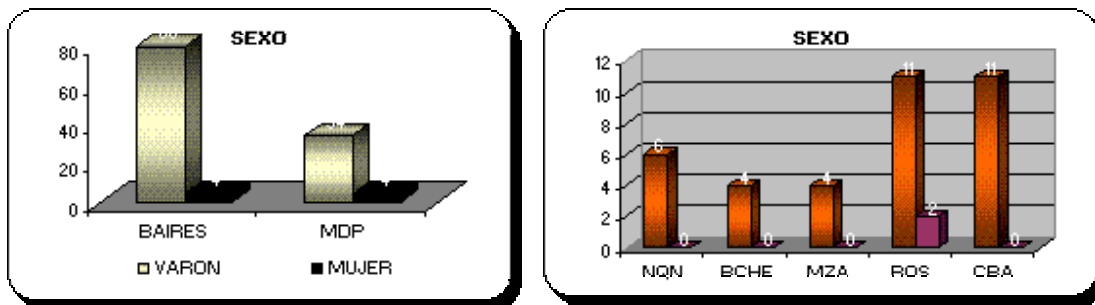
Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
 Período: Recopilación Años 1999 - 2000

**TABLA SEXO CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS**

CENTROS	SEXO		%
	VARON	MUJER	
PROPIOS	114	8	7,01
CONTRATADOS	36	2	5,55
<b>GENERAL</b>	<b>150</b>	<b>10</b>	<b>6,66</b>

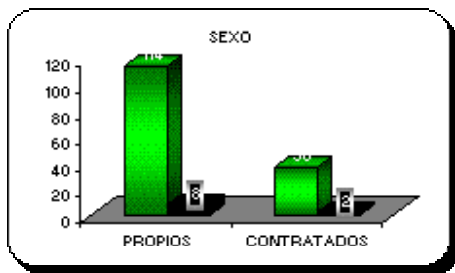
Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
 Período: Recopilación Años 1999 - 2000

**GRAFICO SEXO POR CIUDAD**



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
 Período: Recopilación Años 1999 - 2000

**GRAFICO SEXO PROPIOS / CONTRATADOS**



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
 Período: Recopilación Años 1999 - 2000

En referencia a la edad, el promedio nacional fue de 36.7 años, con una edad mínima de 19 y una máxima de 72, teniendo Rosario el promedio más alto de edad con 39.8 años y Bariloche el más bajo con 33.0 años. Buenos Aires, Bariloche, Rosario y Córdoba se encuentran por debajo de la media nacional.

**TABLA POR EDAD POR CIUDAD**

CIUDAD	EDAD		
	PROMEDIO	MINIMA	MAXIMA
BUENOS AIRES	36,20	20	63
MAR DEL PLATA	39,00	19	72
NEUQUEN	39,00	26	60
BARILOCHE	33,00	26	42
MENDOZA	39,80	32	52
ROSARIO	35,90	23	52
CORDOBA	33,20	26	44
<b>GENERAL</b>	<b>36,70</b>	<b>19</b>	<b>72</b>

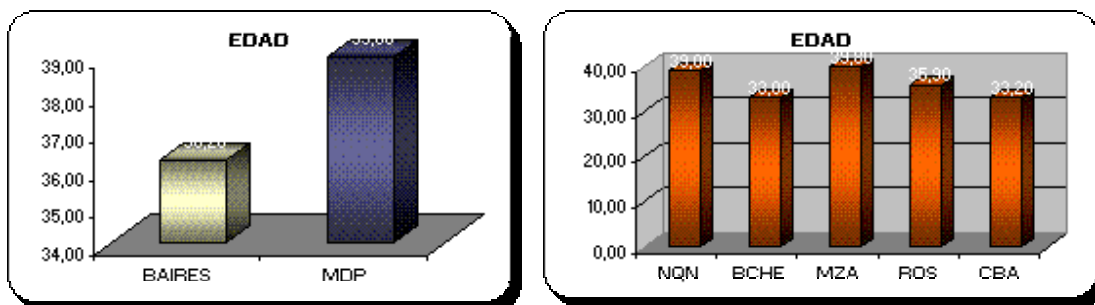
Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

**TABLA EDAD PROPIOS / CONTRATADOS**

CENTROS	EDAD		
	PROMEDIO	MINIMA	MAXIMA
PROPIOS	37,04	19	72
CONTRATADOS	35,71	23	60
<b>GENERAL</b>	<b>36,70</b>	<b>19</b>	<b>72</b>

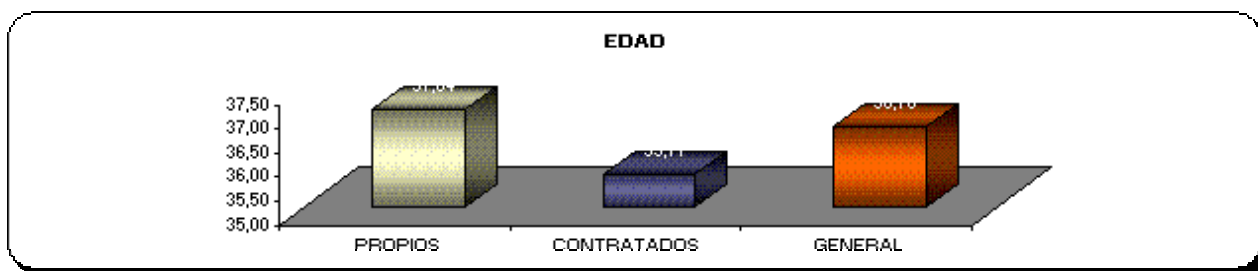
Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

### GRAFICO POR EDAD PROMEDIO POR CIUDAD



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
 Período: Recopilación Años 1999 - 2000

### GRAFICO POR EDAD PROMEDIO CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
 Período: Recopilación Años 1999 - 2000

Otro factor a tener en cuenta es la diferencia del 6.35 % observada entre los promedios de **Ingreso Base Mensual** (Ver Glosario) a favor de Mar del Plata (\$806.29), comparada con Buenos Aires (\$781.39), que aunque sesgados en el sentido de las desviaciones observadas, no justificaría por sí solo las mismas. Siendo la medias del resto de las ciudades: Rosario: \$854.73; Córdoba: \$428.65; Mendoza: \$770.52; Bariloche: \$857.80; Neuquén: \$793.00.



Promedio nacional: \$771.24

Mínima nacional: \$200.00

Máxima nacional: \$3.295.96

El promedio de este parámetro para los centros asistenciales propios fue de \$789.35 y para los contratados de \$713.10.

Esta información debería ser correlacionable y sus diferencias directamente proporcionales al costo total, costo de I.L.T. y al costo de incapacidad, indicadores que se calculan sobre el I.B.M.

**TABLA I.B.M. POR CIUDAD**

CIUDAD	I.B.M. EN \$		
	PROMEDIO	MINIMA	MAXIMA
BUENOS AIRES	781,39	214,38	2.740,25
MAR DEL PLATA	806,29	238,71	2.294,90
NEUQUEN	793,00	331,53	1.499,32
BARILOCHE	857,80	361,98	1.547,36
MENDOZA	770,52	1.327,08	399,76
ROSARIO	854,73	259,09	3.295,96
CORDOBA	428,65	320,00	697,98
<b>GENERAL</b>	<b>771,24</b>	<b>214,38</b>	<b>3.295,96</b>

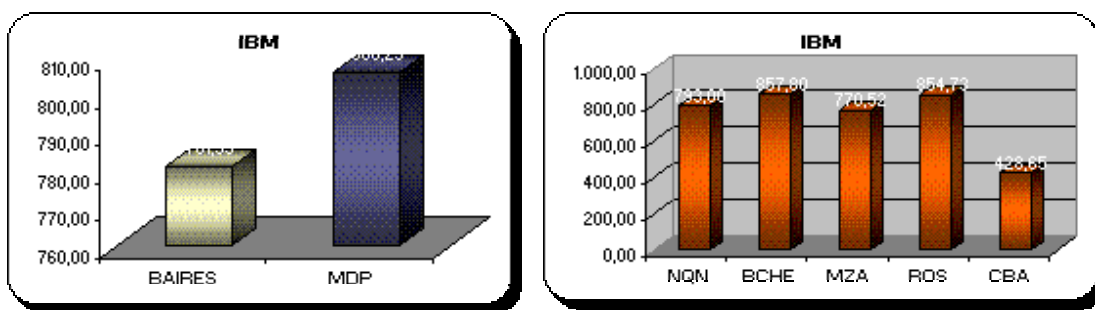
Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

**TABLA I.B.M. CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS**

CENTROS	I.B.M. EN \$		
	PROMEDIO	MINIMA	MAXIMA
PROPIOS	789,35	200,00	2.470,25
CONTRATADOS	713,10	259,09	3.295,96
<b>GENERAL</b>	<b>771,24</b>	<b>200,00</b>	<b>3.295,96</b>

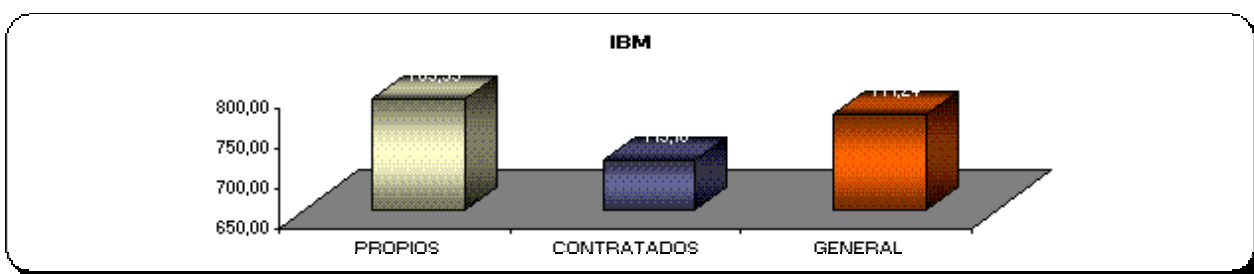
Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

### GRAFICO PROMEDIOS I.B.M. POR CIUDAD EN \$



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

### GRAFICO PROMEDIOS I.B.M. CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS EN \$



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

Dada la estructura de análisis de resultados aplicada en este caso, no se han calculado los costos directos e indirectos, los costos fijos y variables, ni los costos primarios, intermedios y finales. Considerando que el estudio de los mismos no es relevante a los fines buscados en este trabajo, habiendo por ello utilizado sólo los datos relevantes para los objetivos del mismo.

Habiendo definido los parámetros tenidos en cuenta para comparar los resultados, el siguiente paso lógico es elaborar sobre cada uno de ellos y sus variables

específicas un esbozo de las posibles causas productoras de las diferencias observadas, a ser realizado en otra fase de la presente investigación de carácter cualitativo.

## 4.2. Análisis de indicadores

Durante el período en estudio, en nuestro país se encontraba aún vigente la ley de convertibilidad y económicamente estaba finalizando un largo período de estabilidad cambiaria. Si bien, los indicadores socioeconómicos presentaban un lento y progresivo deterioro que hizo eclosión a fines de 2001, en ese momento (1999-2000) y a los fines del presente estudio puede considerarse el entorno como estable y con una inflación de prácticamente 0%. Estas circunstancias determinan que no sea necesario aplicar factores de corrección entre los dos años estudiados y relacionar los costos a valores que se habían mantenido fijos durante varios años, como el dólar billete.

A la fecha, no hay una media sistémica de los indicadores analizados publicada por la S.R.T. ni existe para los mismos una referencia patrón o “gold standard” con el cual comparar los resultados obtenidos en ninguno de los otros subsistemas de Salud del país, para ninguno de ellos. Esta falta de información de la S.R.T. trae aparejada la imposibilidad de comparar los resultados de este subsistema con el resto de los subsistemas de Salud del País.

**TABLA PROMEDIOS NACIONALES DE TODOS LOS INDICADORES**

<b>Días baja</b>	<b>% Incap.</b>	<b>Prestaciones</b>	<b>AMS total</b>	<b>ILT</b>	<b>IMS</b>	<b>Total</b>	<b>I.B.M.</b>	<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>
1,44	1,13	1,73	2,63	2,48	4,14	8,61	771,24	150 -10 M / V	36,70

Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original

Período: Recopilación Años 1999 - 2000

Todos los datos expuestos a continuación fueron obtenidos de la fuente primaria, la base de datos de gestión de accidentes de la A.R.T. sujeta a análisis, para la patología objeto de estudio.

En todos los casos y para mejor interpretación de los indicadores se mencionan a modo de ejemplo las posibles causas que los determinan. No obstante la investigación puntual de las causas deberá efectuarse en otro trabajo de investigación, de tipo cuali y cuantitativo, cuya extensión escapa a los alcances del presente trabajo.

#### **4.2.1. Días de baja**

Definición: Es la cantidad de días que el trabajador debe permanecer alejado de su tarea habitual por causas directamente relacionadas con su accidente. Se expresa en días.

Media nacional: 1.49 días.

Mínima nacional: 0.37

Máxima nacional: 6.25

Se observa que Buenos Aires (1.15), Neuquén (1.19) y Córdoba (1.26) se encuentran por debajo del promedio nacional. El resto de la ciudades se encuentran por encima, Mendoza (1.98), Rosario (1.94) y Mar del Plata (1.91) por encima de los cien días de baja.

Los centros asistenciales propios muestran una media de 1.39 y los contratados una media de 1.59 días.

### TABLA DE DIAS DE BAJA POR CIUDAD

CIUDAD	DIAS DE BAJA		
	PROMEDIO	MINIMA	MAXIMA
BUENOS AIRES	1,15	0,51	4,71
MAR DEL PLATA	1,96	0,36	6,25
NEUQUEN	1,19	0,88	1,56
BARILOCHE	1,56	0,39	2,46
MENDOZA	1,98	0,47	5,39
ROSARIO	1,94	0,47	4,14
CORDOBA	1,26	0,63	1,88
<b>GENERAL</b>	<b>1,44</b>	<b>0,36</b>	<b>6,25</b>

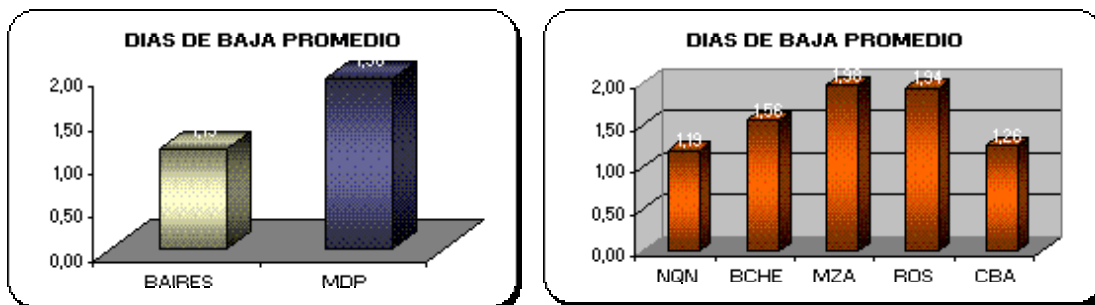
Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
 Período: Recopilación Años 1999 - 2000

### TABLA DE DIAS DE BAJA CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS

CENTROS	DIAS DE BAJA		
	PROMEDIO	MINIMA	MAXIMA
PROPIOS	1,41	0,36	6,25
CONTRATADOS	1,59	0,39	5,39
<b>GENERAL</b>	<b>1,45</b>	<b>0,36</b>	<b>6,25</b>

Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
 Período: Recopilación Años 1999 - 2000

### GRAFICO DE PROMEDIOS DE "DIAS DE BAJA" POR CIUDAD



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
 Período: Recopilación Años 1999 - 2000

## GRAFICO PROMEDIOS "DIAS DE BAJA" POR CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

La cantidad de días de baja, analizando igual patología, puede guardar entre otros, relación directa con:

- La calidad del tratamiento médico asistencial.
- El cumplimiento de los plazos estimados.
- La estabilidad laboral de la masa de trabajadores accidentados.
- La incidencia de complicaciones.
- La relación médico-paciente.
- La litigiosidad de los accidentados.
- La mayor o menor incidencia de dictámenes de Comisiones Médicas (Ver Glosario) con indicación de prestaciones en especie, que aumentan tanto los días de baja como la Incapacidad Laboral Transitoria (I.L.T.) que depende directamente de la primera.

Éste es un indicador de gestión tanto administrativo como sanitario, siendo imposible definir con exactitud la identificación del sector a que corresponden sus variaciones dadas las múltiples situaciones que lo influyen. A modo de ejemplo, se enuncian:

La inestabilidad tanto del puesto de trabajo como de la economía de la empresa tienen una importante influencia sobre los días de baja de los accidentados. Dar de alta a un accidentado cuya empresa cerró o que sabe y/o intuye que será despedido suele ser complejo y puede resultar en el pago de 365 días de Incapacidad Laboral Transitoria, plazo máximo establecido por la Ley.

En pacientes que reingresan (Ver Glosario) al sistema por nuevos accidentes, se observa una tendencia a presentar agravación lesional, un aumento de los días de baja y un aumento de los puntos de secuela, a iguales patologías y mecanismos lesionales.

Ello nos hace inferir que los pacientes aprenden a obtener el mayor beneficio posible del sistema una vez que obtienen experiencia y/o información sobre el uso del mismo.

Este indicador presenta una variación en más del 88 % para Mar del Plata, respecto a la ciudad de Buenos Aires.

#### **4.2.2. Porcentaje de incapacidad**

Definición: Es la expresión porcentual de las secuelas sufridas por el accidentado, ocasionada directamente por su accidente y estimada según el baremo de Ley y sobre la capacidad total al momento del accidente. La capacidad funcional laborativa (Física, psíquica y social) se considera del 100% si no hay accidentes previos ni declaración de incapacidad prelaboral homologada ante Comisión Médica y se establece sobre la capacidad restante si han incapacidades previas pagadas por el Sistema.

Media nacional: 1.13

Mínimo: 0.51

Máximo: 5.76



**TABLA % DE INCAPACIDAD POR CIUDAD**

CIUDAD	% INCAPACIDAD		
	PROMEDIO	MINIMA	MAXIMA
BUENOS AIRES	0,96	0,51	3,56
MAR DEL PLATA	1,47	0,95	5,76
NEUQUEN	0,94	0,59	1,64
BARILOCHE	1,53	1,19	1,86
MENDOZA	1,32	0,68	2,88
ROSARIO	1,07	0,68	1,86
CORDOBA	1,21	0,76	2,03
<b>GENERAL</b>	<b>1,13</b>	<b>0,51</b>	<b>5,76</b>

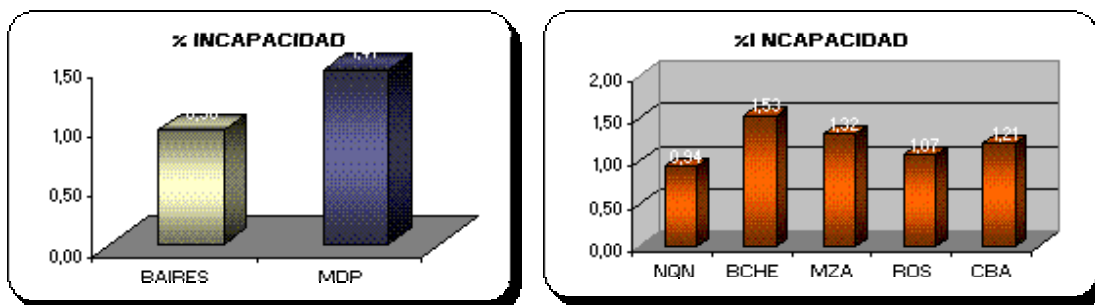
Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
 Período: Recopilación Años 1999 - 2000

**TABLA DE % DE INCAPACIDAD DE CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS**

CENTROS	% INCAPACIDAD		
	PROMEDIO	MINIMA	MAXIMA
PROPIOS	1,12	0,51	5,76
CONTRATADOS	1,16	0,59	2,88
<b>GENERAL</b>	<b>1,13</b>	<b>0,55</b>	<b>4,32</b>

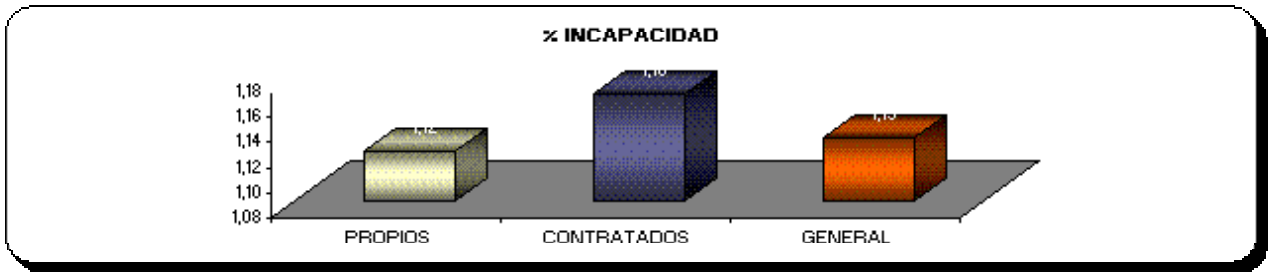
Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
 Período: Recopilación Años 1999 - 2000

**GRAFICO % DE INCAPACIDAD PROMEDIO POR CIUDAD**



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
 Período: Recopilación Años 1999 - 2000

## GRAFICO % DE INCAPACIDAD PROMEDIO DE CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

Este es el principal indicador de medición de los resultados médico-asistenciales puros ya que mide puntualmente las secuelas que persisten una vez finalizada la atención del paciente, sin tomar en consideración factores económicos ni cronológicos, utilizando para ello la herramienta sistémica creada con ese fin que es el baremo de incapacidades de la Ley, Decreto N° 659/96. Si bien hay factores de interpretación del baremo de Ley según diferentes criterios técnicos en su aplicación, que sin duda causan fluctuaciones de los valores, las mismas ya han sido mencionadas y son factores exógenos a la Gestión Sanitaria de la Aseguradora.

En este indicador se observa una media nacional del 1.44%, con una mínima del 0.51% y una máxima del 5.76%. Buenos Aires (1.15%), Neuquén (1.19%) y Córdoba (1.26%) se encuentran por debajo de la media, hallándose el resto por encima (Bariloche: 1.56%; Mar del Plata: 1.91%; Rosario: 1.94% y Mendoza: 1.98%)

Si se comparan las medias de Buenos Aires y Mar del Plata (1.11) por un lado con la del resto de las ciudades analizadas (1.16), se constata una diferencia 0.05 que constituye un porcentaje diferencial del 1.94% menos para los centros propios.

Se observa una diferencia del 43 % más para Mar del Plata respecto a Buenos Aires.

En esta variable otra vez intervienen diversas cuestiones. Por un lado las Comisiones Médicas a todo lo largo del país, a pesar de utilizar el mismo baremo (Decreto 659/96) para establecer las incapacidades, presentan grandes variaciones en las incapacidades otorgadas por igual patología, con igual tratamiento y muy similares resultados, por lo que éste es un factor externo, no influenciado desde la Aseguradora y que refleja las diferencias de interpretación y aplicación del mismo.

Las posibles causas que originan variaciones que se pueden analizar son, entre otras:

- La calidad técnica del tratamiento otorgado.
- La relación médico-paciente.
- La incidencia de complicaciones.
- El tipo de empleador. Las grandes empresas tienen una mayor actividad sindical, que se traduce en un alto grado de litigiosidad de los pacientes.
- La relación entre el médico de la A.R.T. que concurre a las Comisiones Médicas con los médicos integrantes de las mismas.

No se han observado diferencias objetivas entre la calidad técnica de los equipos asistenciales ni de los médicos evaluadores de daño corporal que concurren a las Comisiones Médicas en las ciudades estudiadas.

#### **4.2.3. Prestaciones sanitarias**

Definición: Es el costo de todas las prestaciones asistenciales recibidas por el accidentado.

El promedio nacional es de 1.73, el valor mínimo es de 0.05 y el máximo de 5.86.

**TABLA PRESTACIONES SANITARIAS POR CIUDAD**

CIUDAD	PRESTACIONES		
	PROMEDIO	MINIMA	MAXIMA
BUENOS AIRES	0,65	0,32	2,40
MAR DEL PLATA	0,92	0,50	5,00
NEUQUEN	1,19	2,09	2,60
BARILOCHE	1,31	2,12	3,65
MENDOZA	0,45	0,05	1,82
ROSARIO	1,28	1,72	4,57
CORDOBA	1,44	0,54	5,86
<b>GENERAL</b>	<b>0,74</b>	<b>0,05</b>	<b>5,86</b>

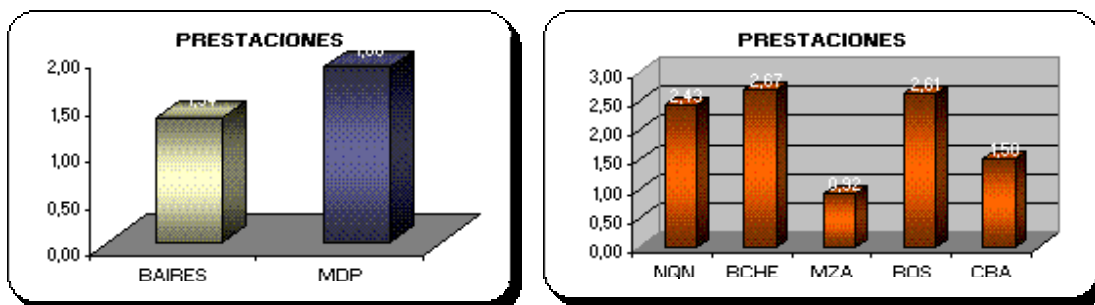
Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

**TABLA PRESTACIONES SANITARIAS DE CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS**

CENTROS	PRESTACIONES		
	PROMEDIO	MINIMA	MAXIMA
PROPIOS	1,50	0,32	5,00
CONTRATADOS	2,51	0,05	5,86
<b>GENERAL</b>	<b>1,73</b>	<b>0,05</b>	<b>5,86</b>

Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

**GRAFICO PRESTACIONES SANITARIAS PROMEDIO POR CIUDAD**



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

## GRAFICO PROMEDIO PRESTACIONES SANITARIAS POR CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

Esta variable es de exclusivo resorte sanitario, es decir de gestión económica sanitaria pura.

Bariloche (2.67), Rosario (2.61), Neuquén (2.43) y Mar del Plata (1.88) se encuentran por encima de la media nacional. Mendoza (0.92), Buenos Aires (1.34) y Córdoba (1.50) se encuentran por debajo de la media general.

El promedio de los centros propios (1.50) respecto a los centros contratados (2.51) muestra una diferencia porcentual del 58% menos para los centros propios.

Las posibles causas que pueden ejercer influencia en este parámetro son diversas. En nuestro país, los costos sanitarios prestacionales aumentan a medida que aumenta la distancia desde el punto en estudio hasta Buenos Aires, con algunas escasas excepciones locales, por lo que es válido utilizar el costo porteño como el parámetro de referencia. En el sur del país, los valores de costos prestacionales son los más altos relevados. En el caso de los prestadores contratados para la cirugía, los honorarios profesionales entran en el módulo prestacional respectivo.

Con respecto a los costos de internación y de la práctica quirúrgica, los mismos son modulares e iguales entre sí. El módulo incluye internación, costos sanatoriales, cirugía y honorarios médicos. Los honorarios no entran en este análisis por ser los médicos tratantes empleados de la A.R.T., siendo de cualquier forma iguales entre sí y estar incluidos en el módulo para los centros contratados.

#### 4.2.4. Gasto en asistencia médico sanitaria

Definición: Es la expresión económica de toda prestación en especie (Toda prestación de Ley que no sea dineraria) recibida por el accidentado.

**TABLA A.M.S. POR CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS**

CENTROS	PROMEDIO	A.M.S.	
		MINIMA	MAXIMA
PROPIOS	2,49	0,42	9,24
CONTRATADOS	3,09	0,05	5,86
<b>GENERAL</b>	<b>2,63</b>	<b>0,24</b>	<b>7,55</b>

Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original

Período: Recopilación Años 1999 - 2000

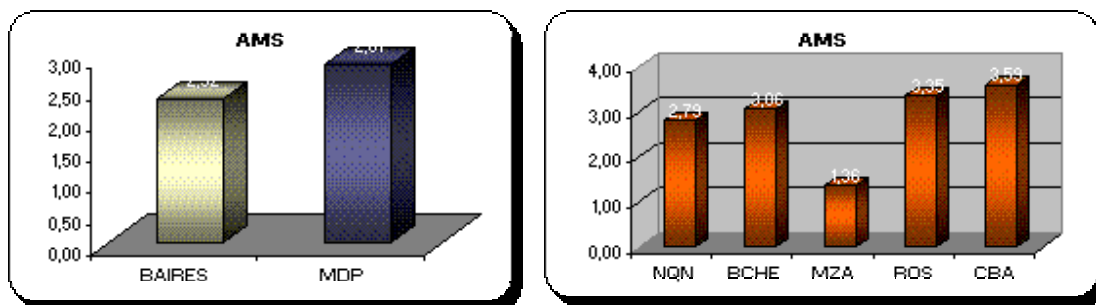
Contiene además al parámetro anterior, sumando costos de traslados, alojamientos, pensión, gastos de familiares, etc.

**TABLA A.M.S. POR CIUDAD**

CIUDAD	PROMEDIO	A.M.S.	
		MINIMA	MAXIMA
BUENOS AIRES	2,32	0,42	7,72
MAR DEL PLATA	2,87	0,68	9,24
NEUQUEN	2,79	2,09	3,79
BARILOCHE	3,06	2,12	4,42
MENDOZA	1,36	0,05	2,49
ROSARIO	3,35	1,88	5,66
CORDOBA	3,59	2,15	5,86
<b>GENERAL</b>	<b>2,63</b>	<b>0,05</b>	<b>9,24</b>

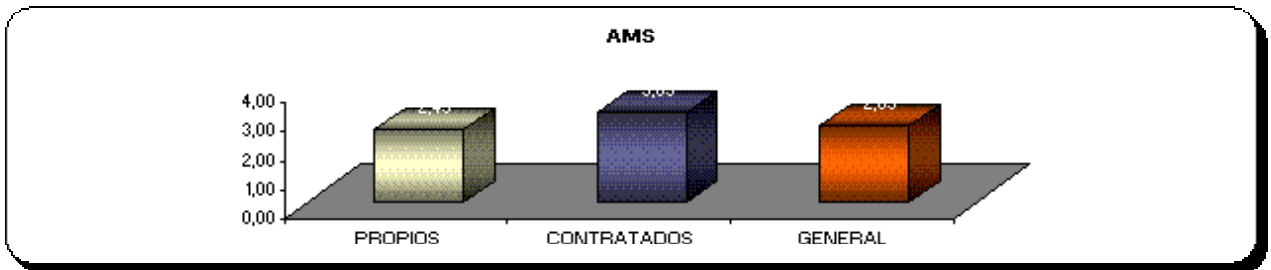
Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
 Período: Recopilación Años 1999 - 2000

**GRAFICO PROMEDIO A.M.S. POR CIUDAD**



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
 Período: Recopilación Años 1999 - 2000

### GRAFICO PROMEDIO A.M.S. POR CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

Esta variable presenta un promedio nacional de 2.63, con una mínima de 0.05 y una máxima de 9.24.

Mendoza (1.36) y Buenos Aires (2.32) se encuentran por debajo del promedio general. El resto de las ciudades estudiadas se encuentran por encima.

Los centros propios presentan una media de 2.49 y los centros contratados un promedio de 3.09, observándose un diferencial porcentual del 22% menos para los centros propios.

En Mar del Plata se observó un gasto un 52% mayor que en Buenos Aires para esta variable. En el resto de las regiones el gasto es mayor, con la excepción de Mendoza, en la cual se observa un dato extremadamente bajo en uno de los pacientes que, siendo sólo cuatro en la zona, sesga el promedio del indicador.

Este parámetro tiene una vertiente de análisis sanitaria y otra económica. Entre los aspectos a considerar se pueden citar los siguientes:



Los aspectos sanitarios se refieren, entre otros a:

- El control médico evolutivo.
- El cumplimiento de los protocolos de tratamiento y de rehabilitación.
- La justeza de los plazos de alta.
- La celeridad en las reubicaciones y recalificaciones, procesos que idealmente deben concluirse antes del alta médica.
- La aparición de complicaciones y/o dificultades relacionales en el manejo de los pacientes con esta patología.
- La indicación médica del tipo de traslado (Transporte público, remis, ambulancia u otro)
- La necesidad de alojamiento en la ciudad donde el paciente recibe tratamiento, etc.

La faz administrativa está relacionada, entre otros con:

- El seguimiento del accidente.
- La investigación de los accidentes “in itinere”
- La velocidad en la liquidación de los jornales caídos.
- La atención orientada a advertir la prolongación de los plazos preestablecidos para la patología.
- El tipo de traslados.
- El número de casos atendidos fuera de su ciudad de origen y alojados en hotel.

#### **4.2.5. Incapacidad laboral transitoria**

Definición: Es la expresión económica de los días de baja del trabajador accidentado, directamente relacionada con el Ingreso Base Mensual (Ver Glosario) del mismo.

Se calcula con la fórmula: Ingreso Base Diario (I.B.M. de los últimos 12 meses / 30.4) x días de baja x % de contribución patronal

**TABLA I.L.T. POR CIUDAD**

CIUDAD	PROMEDIO	I.L.T.	
		MINIMA	MAXIMA
BUENOS AIRES	1,85	0,29	6,55
MAR DEL PLATA	4,29	0,14	27,04
NEUQUEN	1,76	0,51	3,20
BARILOCHE	2,68	0,80	4,42
MENDOZA	1,23	1,76	0,96
ROSARIO	2,95	0,77	10,92
CORDOBA	1,10	0,78	1,59
<b>GENERAL</b>	<b>2,48</b>	<b>0,14</b>	<b>27,04</b>

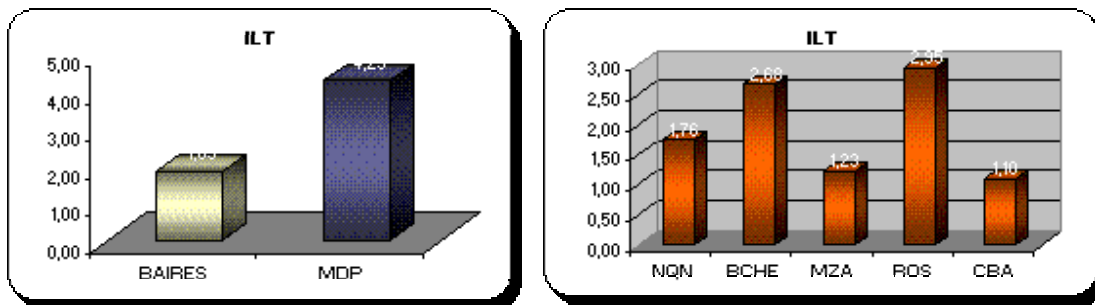
Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

**TABLA I.L.T. PROPIOS / CONTRATADOS**

CENTROS	PROMEDIO	ILT	
		MINIMA	MAXIMA
PROPIOS	2,61	0,14	27,04
CONTRATADOS	2,05	0,51	10,92
<b>GENERAL</b>	<b>2,48</b>	<b>0,14</b>	<b>27,04</b>

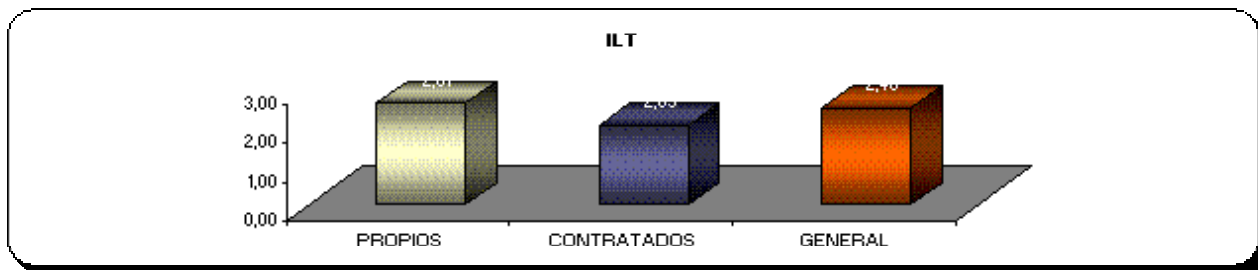
Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

### GRAFICO PROMEDIOS I.L.T. POR CIUDAD



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
 Período: Recopilación Años 1999 - 2000

### GRAFICO PROMEDIOS I.L.T. DE CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
 Período: Recopilación Años 1999 - 2000

El promedio nacional es de 2.48, con una mínima de 0.14 y una máxima 27.04.

Destaca el promedio de Mar del Plata (4.29), Rosario (2.95) y Bariloche (2.68), todas ellas por encima de la media nacional. Córdoba, Mendoza y Neuquén se encuentran por debajo del promedio nacional, debiendo destacarse el promedio extremadamente bajo de Córdoba (1.10)

Este indicador presenta una desviación del 232% en más para Mar del Plata al compararse con Buenos Aires.

Los centros propios presentan una media de 2.61 y los centros contratados un promedio de 2.05, observándose un diferencial porcentual del 22% menos para los centros contratados.

Directamente relacionado a los días de baja laboral, este parámetro es el mejor indicador de la gestión y el control tanto del equipo médico como del económico-administrativo, que deben funcionar de manera muy ajustada y coordinadamente para lograr costos prestacionales adecuados y dentro de los rangos esperados.

Aunque la atención médica juega un importante papel en todas las variables estudiadas, la gestión económico-administrativa (Tramitación de accidentes) es en ésta, la que tiene mayor peso.

Sin poder objetivar, a través de la presente investigación, diferencias significativas en la infraestructura ni en el recurso humano disponible en ambos centros de cada zona, permanecen desconocidas las causas por las que se observa esta gran diferencia, que va más allá de la diferencia observada en los días de baja (88%) y en el promedio de la masa salarial (I.B.M.), un 6% mayor para Mar del Plata respecto a Buenos Aires.

Llama la atención el hecho de que a pesar de tener los centros propios un promedio de días de baja más bajo que los contratados, esta dimensión económica del parámetro es mayor para los centros propios, situación que sólo puede explicarse por las diferencias en los promedios de I.B.M.. En ausencia de otros factores y a la luz del análisis realizado, no puede hallarse en esta instancia otra causa que justifique los valores de este indicador.

#### 4.2.6. Incapacidad

Definición: Es la expresión económica de los puntos de incapacidad otorgados por el sistema. Se calcula sobre una fórmula definida por la Ley en la que interviene el I.B.M., la edad del paciente, el porcentaje de incapacidad y un coeficiente de ajuste fijo.

Fórmula:  $I.B.M. \times 53$  (coeficiente de Ley)  $\times$  % de incapacidad  $\times$  (65 (es la edad de jubilación) / edad del paciente).

**TABLA I.M.S. POR CIUDAD**

CIUDAD	PROMEDIO	I.M.S.	
		MINIMA	MAXIMA
BUENOS AIRES	3,62	0,78	15,72
MAR DEL PLATA	5,87	1,29	20,99
NEUQUEN	3,63	1,05	7,83
BARILOCHE	5,57	2,03	9,18
MENDOZA	4,25	2,29	9,53
ROSARIO	4,03	1,35	12,20
CORDOBA	2,73	0,99	5,52
<b>GENERAL</b>	<b>4,14</b>	<b>0,78</b>	<b>20,99</b>

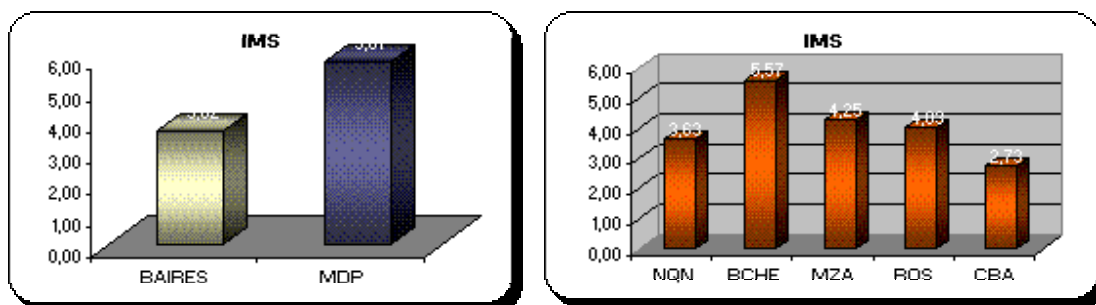
Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

**TABLA I.M.S. POR CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS**

CENTROS	PROMEDIO	IMS	
		MINIMA	MAXIMA
PROPIOS	4,26	1,29	20,99
CONTRATADOS	3,80	0,99	12,20
<b>GENERAL</b>	<b>4,14</b>	<b>0,99</b>	<b>20,99</b>

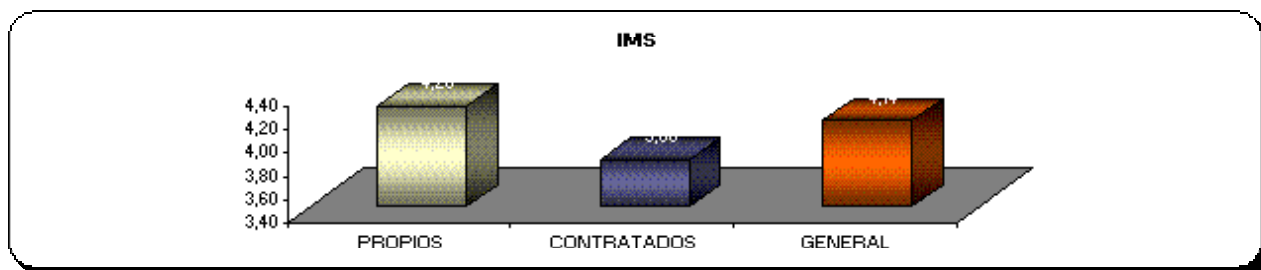
Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

### GRAFICO PROMEDIOS I.M.S. POR CIUDAD



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

### GRAFICO PROMEDIOS I.M.S. POR CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

El promedio nacional es de 4.14, con una mínima de 0.78, que pertenece a Buenos Aires y una máxima de 20.99, que corresponde a Mar del Plata.

Destaca el promedio de Mar del Plata (5.87), Bariloche (5.57) y Mendoza (4.25), todas ellas por encima de la media nacional. El resto de las ciudades analizadas se encuentran por debajo de la media nacional. Llama la atención el bajo promedio encontrado en Córdoba (2.73).

La diferencia observada fue del 61 % más para Mar del Plata respecto a Buenos Aires.

Los centros propios tienen un promedio superior (4.26) al de los centros contratados (3.80), a pesar de que el porcentaje de incapacidad es menor para los centros propios, repitiéndose igual situación a la observada en el parámetro anterior. (Ver análisis del I.B.M. en el apartado correspondiente).

En estos resultados intervienen los puntos de secuela dictaminados por la Comisión Médica actuante y el salario base de los accidentados con incapacidad.

Sólo queda atribuir la diferencia restante a los distintos porcentajes de incapacidad otorgados por las respectivas Comisiones Médicas. Es reconocido por todas las Aseguradoras (Fuente: Unión de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo) del sistema en la actualidad que hay grandes variaciones en los criterios, valoración y establecimiento de puntos de secuela entre las Comisiones Médicas.

Estas diferencias no están publicadas en los sitios de información oficial del sistema ni en otros estudios por lo que no están medidas ni objetivadas pero son insoslayables a la hora analizar esta variable y deben ser tenidas en cuenta. Al no contar con información cuantitativa completa y contrastada no es posible aseverar si este punto podría justificar el resto de las diferencias observadas en el presente estudio.

Sin duda, el accionar del médico de la A.R.T. que estima la incapacidad, realiza el acuerdo con el paciente y concurre a la Junta Médica se considera importante y puede ser otro factor que genere desviaciones del parámetro en algunas circunstancias.

#### 4.2.7. Costo total

Definición: Es la suma de todos los indicadores económicos medidos: AMS (Asistencia Médico Sanitaria), ILT (Incapacidad Laboral Transitoria) e IPP (Incapacidad Permanente Parcial), todos ellos considerados prestaciones dinerarias de Ley.

**TABLA COSTO TOTAL POR CIUDAD**

CIUDAD	COSTO TOTAL		
	PROMEDIO	MINIMA	MAXIMA
BUENOS AIRES	7,25	2,28	21,96
MAR DEL PLATA	11,73	0,93	52,76
NEUQUEN	7,89	4,28	11,91
BARILOCHE	11,32	8,78	13,84
MENDOZA	6,84	12,68	3,67
ROSARIO	9,79	3,08	25,76
CORDOBA	6,96	3,20	9,52
<b>GENERAL</b>	<b>8,61</b>	<b>0,93</b>	<b>52,76</b>

Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000

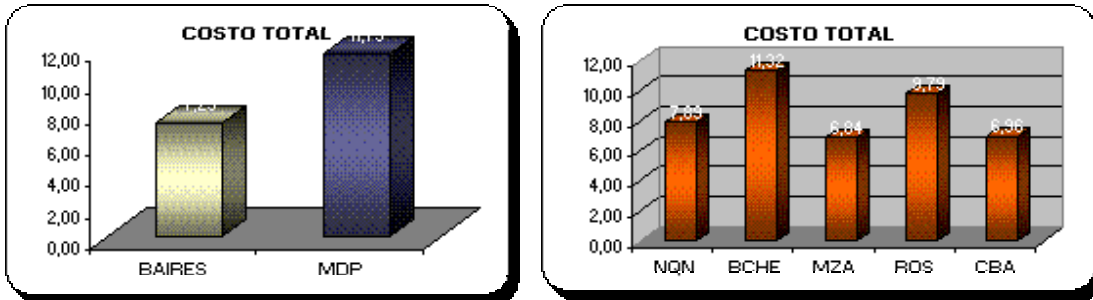
**TABLA COSTO TOTAL POR CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS**

CENTROS	COSTO TOTAL		
	PROMEDIO	MINIMA	MAXIMA
PROPIOS	8,64	0,93	52,76
CONTRATADOS	8,52	3,08	25,76
<b>GENERAL</b>	<b>8,61</b>	<b>2,00</b>	<b>39,26</b>

Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original  
Período: Recopilación Años 1999 - 2000



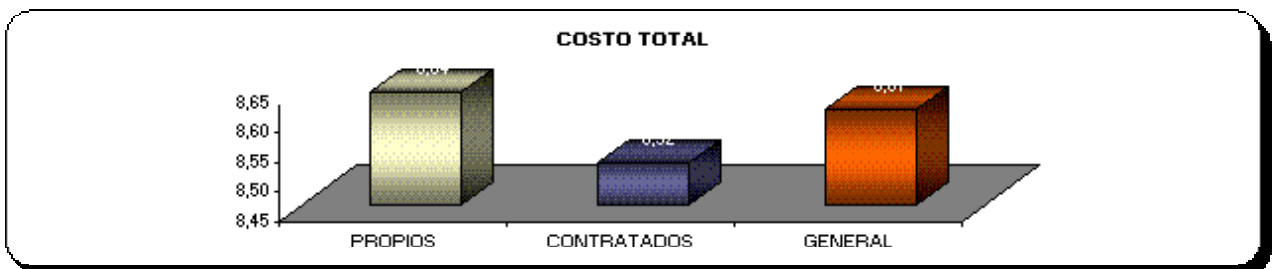
### GRAFICO PROMEDIOS COSTO TOTAL POR CIUDAD



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original

Período: Recopilación Años 1999 - 2000

### GRAFICO PROMEDIOS COSTO TOTAL POR CENTROS PROPIOS / CONTRATADOS



Fuente: Estadística propia sobre base de datos institucional original

Período: Recopilación Años 1999 - 2000

La media nacional es de 8.61, con una mínima de 0.93 y una máxima de 52.76, ambas de Mar del Plata.

El análisis de los centros propios (8.64) versus los centros contratados (8.52) muestra una ligera diferencia a favor de los centros contratados. Esta variación de 0.03 en más para los centros propios y de 0.09 en menos para los centros

contratados, totaliza una diferencia neta de 0.12 entre ambos. Esto representa una variación del 1.39% más para los centros propios, diferencia que resulta marginal en el total.

El costo total promedio de Mar del Plata es un 52% mayor que el de Buenos Aires.

El resultado de este indicador es sin duda altamente significativo ya que de él se infiere que el costo global de atender un accidentado con esta patología y tratado de esta forma es prácticamente igual en un centro propio que en uno contratado, a pesar de la menor cantidad de días de baja, el menor porcentaje de incapacidad y el menor costo de asistencia sanitaria observados en los centros propios.

De ello se infiere que de todos los parámetros analizados el que tiene mayor peso cuantitativo ponderado es el ingreso base mensual del paciente.

## **5. CONCLUSIONES**

### **5.1. Generalidades**

A través del presente trabajo, se han analizado y evaluado los resultados cuantitativos de Gestión Sanitaria en el tratamiento de los síndromes meniscales de la rodilla, a los que se les realizó meniscectomía artroscópica entre dos centros asistenciales propios (Capital Federal y Mar del Plata) de una Aseguradora de Riesgos del Trabajo y los centros contratados de la Red Nacional de Prestadores de la misma, en el período comprendido: 1999 – 2000.

A efectos de obtener la información expuesta para:

- Demostrar con la aplicación del método científico, las diferencias de resultados de Gestión Sanitaria existentes entre los dos centros sanitarios asistenciales propios de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo y los contratados en el tratamiento artroscópico de los síndromes meniscales de la rodilla a nivel país.
- Analizar los resultados operativos de la estructura sanitaria propia respecto a sistemas contratados, en nuestro país.
- Objetivar y medir las diferencias regionales de resultados de Gestión Sanitaria de la patología y procedimiento en cuestión, conforme el estudio de los distintos centros asistenciales del país.
- Explorar la incidencia que tiene sobre los resultados de las meniscectomías artroscópicas de la rodilla el tratamiento en diferentes centros asistenciales.
- Indagar las posibles causas de desvíos en los resultados observados.
- Instauración de un control por oposición centralizado en Buenos Aires, de la patología.
- Elaboración de un programa de gestión de servicios asistenciales de ART.

- Implementación de sistemas de alerta informáticos ante casos que se acerquen a la media, desde el área de gestión asistencial de procedencia al seguimiento puntual del caso.
- Introducir la figura del asistencia social de ART, como interlocutor con el paciente y como ayuda para la pronta recuperación del mismo.

Trascendencia:

- Utilizar el estudio como herramienta de gestión base para implementar los procesos correctivos necesarios dirigidos a los prestadores propios y contratados, según las desviaciones observadas en el análisis.
- Instrumentar, a través del presente trabajo, las herramientas de base de control de gestión a fin de ser utilizadas por las áreas médica-administrativa-comercial-económica de la institución.
- Optimizar la atención médica de la patología.
- Revisar modalidades contractuales.
- Instrumentar medidas de prevención para ser aplicadas por las empresas para reducir el número de lesionados con esta patología.

Una vez finalizado el presente estudio y evaluados sus resultados se pretende continuar con el mismo tipo de análisis metodológico considerando al menos las diez patologías prevalentes de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo.

En vista de lo expresado y con el análisis realizado no se pudo encontrar una causa única productora de las diferencias de resultados observadas, concluyendo entonces sobre la multicausalidad y complejidad del tema objeto de estudio.

La investigación de las posibles causas amerita otro trabajo de investigación cuali-cuantitativo.

Al decir multicausal nos referimos a que no se ha podido hallar un solo factor que justifique por sí solo las amplias diferencias halladas en todas variables que se

considera tienen influencia directa en los resultados, según lo previamente descrito.

Si bien el estudio y modificación de las posibles causas que motivan los resultados encontrados en el presente trabajo serán motivo de ulteriores análisis, sí se observó que muchas de ellas son exógenas y no podrán ser modificadas ajustando procesos y herramientas de gestión de accidentes de la Aseguradora.

## **5.2. Comparación de resultados de Gestión Sanitaria entre Centros Propios de la ART**

Las diferencias observadas en el promedio de Ingreso Base Mensual (6%) más para Mar del Plata respecto a Buenos Aires y de los costos sanitarios prestacionales regionales (no cuantificados), sumadas a las variaciones de las tasas de siniestralidad combinados justificarían una porción de los hallazgos del presente estudio.

Considerando que todos los indicadores estudiados presentan una desviación debe concluirse que la gestión de los accidentes en la ciudad de Mar del Plata es deficiente de forma global. La situación amerita la realización de otro estudio de investigación para explorar las causas de la situación observada.

Si bien la estructura médica y administrativa de Mar del Plata es más pequeña, la misma reproduce la de Buenos Aires, en su estructura y áreas funcionales. Cuenta con iguales medios tecnológicos siendo adecuada para el tamaño de la masa de trabajadores cubierta, que condiciona a su vez la carga laboral que soporta. El resto de las regiones analizadas presenta igual situación, siendo sus estructuras progresivamente menores acompañando un menor número de trabajadores cubiertos. Por cada 100 accidentes, 54 pertenecen al CTA (Centro Tramitador de Accidentes. Ver Glosario) Buenos Aires, 19 al CTA Mar del Plata, 12 al CTA Mendoza, 8 al CTA Córdoba y 7 al CTA Rosario.

Esta deficiencia global podría entonces atribuirse a un diferente tipo de control de gestión en la zona. A este respecto, el control de gestión de los centros operativos del interior se realizaba "in situ" durante el período estudiado de forma esporádica y por cada área técnica (Administrativa; Gestión Sanitaria; Medicina Preventiva; Prevención; Legales y Control de Gestión Interna).

Los mismos efectuaban los controles de manera independiente del resto de las áreas, es decir que no era un control integral. Otra limitación del control de gestión zonal era la ausencia de correlación de las diferentes bases de datos operativas, que no se encontraban interconectadas.

Restaría preguntarse por qué una diferencia en la periodicidad de los controles de los niveles de responsabilidad resulta en una desviación tan marcada en los resultados. Se torna complejo teorizar sobre las causas que podrían ser las generadoras de este estado de cosas, considerando el tema más propio de la Sociología, la Psicología o la Filosofía que de la Auditoría Médica y/o la Gestión Sanitaria, conforme lo definido.

En la actualidad, el control se realiza con una metodología “online” por cada área operativa, lo que ha resultado en un gran acortamiento de los plazos de respuesta y definición de situaciones encontradas. Además se realiza un entrecruzamiento de los datos de cada base de información, que resulta en un control mucho más frecuente e interactivo de todas las áreas, posibilitando una visión globalizada de las distintas regiones. Las mediciones iniciales de los datos del tema en cuestión, relevadas para el año 2001, muestran resultados preliminares mucho más ajustados con una desviación global en más para Mar del Plata de alrededor del 30%. Esta situación representaría un mejoramiento de algo más de las dos terceras partes de la desviación objetivada en el presente estudio, que deberíamos atribuir a los cambios de gestión y de control implementados en la empresa en casi todas las áreas involucradas en la gestión de accidentes laborales.

Esta primera fase del estudio, iniciada en 2001, ha resultado valiosa por su contribución al mejoramiento de la gestión del centro tramitador de accidentes de Mar del Plata de la A.R.T., que presenta en la actualidad diferencias de resultados justificables por las variables regionales ya desarrolladas y con una margen de variación esperable para la gestión a nivel nacional.

### **5.3. Comparativo de Gestión Sanitaria de Centros Propios con Centros Contratados**

Se ha completado un proceso de estructuración de las tareas en los Centros del interior del país, mediante la implementación de protocolos, normas de procesos, estandarización de objetivos, procedimientos de seguimiento de casos, etc.

Si bien la primera etapa de la investigación mostró amplias diferencias de resultados entre Buenos Aires y Mar del Plata, esta segunda parte de la misma encontró que las diferencias en los indicadores de gestión de accidentes son amplias y a favor de los centros propios pero los resultados económicos, sobre todo los globales, son ligeramente mejores para los centros contratados. Esto demostraría en principio que las mejoras en la gestión de accidentes, como posibilidad interna influenciada y definible por parte de la Aseguradora, tiene un impacto limitado en la mejoría del resultado económico final dada la influencia de factores externos, que tienen un peso relativo mayor que el de todos los indicadores de gestión analizados sumados, como es la masa salarial de las personas con la cobertura de la Aseguradora.

A pesar que las diferencias porcentuales de los cuatro primeros parámetros (días de baja (Diferencia del 13%), porcentaje de incapacidad (Diferencia del 4%), costo de prestaciones (Diferencia del 58%) y AMS (Diferencia del 22%) son favorables a los centros propios, el resto de los indicadores económicos resultan a favor de los centros contratados y sobrecompensan a los primeros, siendo el único factor de influencia para este efecto el ingreso promedio de los pacientes, que es un 10% menor. Ésta es una variable de carácter exógeno que depende de la actividad comercial y se encuentra fuera del control de la Gestión Sanitaria.

A pesar de esto, se comprobó la efectividad en los resultados sanitarios de la gestión de accidentes implementada por la Aseguradora en sus centros propios, siendo desde el punto de vista médico el factor que sin duda representa el mejor



beneficio para los pacientes, consistiendo en una más rápida vuelta al trabajo con la menor secuela posible.

Este estudio sienta las bases para continuar estudiando los factores causales de los resultados obtenidos, con la intención de lograr influenciar de forma positiva sobre los indicadores en todos los centros asistenciales por una parte y completar un análisis similar de las patologías y tratamientos prevalentes en la actividad de la Aseguradora.

## **5.4. Conclusión según objetivos**

### **Objetivos generales**

Se analizaron y evaluaron los resultados de Gestión Sanitaria en el tratamiento de los síndromes meniscales de la rodilla, a los que se les realizó menisectomía artroscópica entre dos centros asistenciales propios (Capital Federal y Mar del Plata) de una Aseguradora de Riesgos del Trabajo y los centros contratados de la Red Nacional de Prestadores de la misma, en el período comprendido: 1999 – 2000.

### **Objetivos específicos**

Se demostró, con la aplicación del método científico, las diferencias de resultados de Gestión Sanitaria existentes entre los dos centros sanitarios asistenciales propios de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo y los contratados en el tratamiento artroscópico de los síndromes meniscales de la rodilla.

Se analizaron los resultados operativos de la estructura sanitaria propia respecto a sistemas contratados, en nuestro país.

Se objetivaron y midieron las diferencias regionales de resultados de Gestión Sanitaria de la patología y procedimiento en cuestión, conforme el estudio de los distintos centros asistenciales del país.

Se esbozaron las causas que pueden tener influencia en los resultados observados para lograr una mejor comprensión de los indicadores cuantitativos.



## 6. GLOSARIO

1. A.M.S.: Asistencia médico sanitaria. Prestación en especie que incluye todas las prestaciones sanitarias más traslados, alojamientos, pensiones, etc. recibidas por el trabajador para lograr su curación y reinserción laboral.
2. A.R.T.: Aseguradora de Riesgos del Trabajo. Son compañías de seguros que desarrollan su actividad dentro de la L.R.T.
3. Accidente de trabajo: Todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo
4. Accidente “in itinere”: Todo accidente que ocurre en el trayecto del trabajo al domicilio o del domicilio al trabajo.
5. Artroscopia: Procedimiento endoscópico intraarticular que permite diagnóstico y tratamiento de lesiones intraarticulares con mínima agresión y abordaje quirúrgicos.
6. Baja laboral: Período de tiempo en que el trabajador no puede realizar sus tareas debido a su accidente y por indicación médica.
7. Baremo de Incapacidades: (Decreto N° 659/96) tabla de patologías y secuelas con valores porcentuales utilizada para cuantificar las incapacidades resultantes de un accidente.
8. C.I.E.-10: Codificación Internacional de Enfermedades, 10º versión.
9. C.T.A.: Centro Tramitador de Accidentes. Unidad administrativa regional autónoma de la A.R.T.
10. Comisión Médica: Estructura médica operativa, dependiente de la Superintendencia de AFJPs, cuya función primordial es establecer la incapacidad resultante de los accidentes del trabajo y los trámites de jubilaciones y pensiones mediante junta médica y posterior dictamen.
11. Enfermedad profesional: Toda patología resultante de la exposición a riesgos o inherente a la actividad específica en el trabajo.
12. Gestión Sanitaria: Gerenciamiento de instituciones de Salud. Actividad que combina la Administración y la Medicina.

13. I.B.M.: Ingreso base mensual. Es el dato económico sobre el cual se realizan las prestaciones dinerarias de Ley. Equivalente al salario bruto declarado a la A.F.I.P. Sinónimos: Salario Base.
14. I.L.T.: Incapacidad laboral temporaria. Sinónimo: Jornales caídos. Prestación dineraria de la L.R.T. que las A.R.T. paga al trabajador accidentado en lugar de su sueldo habitual. Sinónimo: Jornales caídos.
15. I.M.S.: Incapacidad, muerte, supervivencia. Prestación dineraria que las A.R.T. pagan al trabajador o sus derechohabientes como compensación por la muerte o gran incapacidad resultante de su accidente.
16. I.P.P.: Incapacidad parcial permanente. Prestación dineraria que las A.R.T. pagan al trabajador como compensación por la secuela resultante de su accidente.
17. Junta Médica: Acto en las Comisiones Médicas en el cual médicos de C.M., de la A.R.T. y perito del paciente examinan al mismo con el fin de determinar su incapacidad.
18. L.R.T.: Ley Nacional sobre Riesgos del Trabajo, N° 24.557.
19. Patología inculpable: Toda patología preexistente al hecho denunciado como accidente de trabajo.
20. Prestaciones en especie: Son todas las prestaciones previstas por la Ley que nos son dinerarias e incluyen: Asistencia médica, medicamentos, Rehabilitación, prótesis y ortesis, traslados, etc.
21. Recalificación: Proceso de adaptación del trabajador con secuelas para que pueda tener un trabajo digno. Incluye capacitación, provisión de elementos de trabajo, cambios en su puesto de trabajo y cambios del lugar y/o tipo de trabajo (Reubicación)
22. Reingreso: Continuación de prestaciones en especie de Ley, luego de una alta médica, motivada por la presencia de síntomas y solicitadas por el accidentado o indicadas por dictamen de la Comisión Médica actuante.
23. S.R.T.: Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Dependiente de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (A.F.J.Ps.) y de la Superintendencia de Servicios Sociales (S.S.S.)

## 7. BIBLIOGRAFIA

### WEBSITES

1. [www.mapfre.es](http://www.mapfre.es)
2. [www.mapfre.com.ar](http://www.mapfre.com.ar)
3. [www.fremap.es](http://www.fremap.es)
4. [www.srt.gov.ar](http://www.srt.gov.ar)
5. [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar)
6. [www.sss.gov.ar](http://www.sss.gov.ar)
7. [www.ops.org.ar](http://www.ops.org.ar)
8. [www.paho.org](http://www.paho.org)
9. [www.aaos.org](http://www.aaos.org)
10. [www.aaot.org.ar](http://www.aaot.org.ar)
11. [www.nih.gov](http://www.nih.gov)
12. [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
13. [www.adelas.es](http://www.adelas.es)
14. [www.sanitas.es](http://www.sanitas.es)
15. [www.mtas.es/insht](http://www.mtas.es/insht)
16. [www.osha.eu.int](http://www.osha.eu.int)
17. [www.smtpba.com.ar](http://www.smtpba.com.ar)

### BIBLIOTECAS

18. Biblioteca de la O.P.S., LILACS.
19. Biblioteca Instituto Universitario René Favaloro.
20. Biblioteca Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

### LIBROS

21. Enrique Fowler Newton. Cuestiones contables fundamentales. Cap. 4, 107:151. Ediciones Macchi.
22. Josep María Rosanas Martí Eduard Ballarin Fredes. Contabilidad Financiera. Introducción a la Contabilidad 1. Cap. 4, 70:91. Editorial Desclee de Brower
23. Josep María Rosanas Martí Eduard Ballarin Fredes. Contabilidad Financiera. Introducción a la Contabilidad 2. Contabilidad de Costos. Editorial Desclee de Brower
24. Leyes del Trabajo. Actualizadas. Ediciones del País. Buenos Aires. 1998.

25. La Meta. Un proceso de mejora continua. Eliyahu M. Goldratt, Jeff Cox. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid. 1993.
26. Leyes del Trabajo. Leyes Complementarias. Ediciones del País. Buenos Aires. 1999.
27. Análisis de la Ley de Riesgos del Trabajo. Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas. Buenos Aires. 2001.

### Artículos Internet.

Consultados: (Mayo a Agosto del 2002)

28. [Jacobs P, Roos NP.](#) [Related Articles](#)  
Standard cost lists for healthcare in Canada. Issues in validity and inter-provincial consolidation. Pharmacoconomics. 1999 Jun;15(6):551-60. Review. PMID: 10538328 [PubMed - indexed for MEDLINE]
29. [www.bdbenefits.com](http://www.bdbenefits.com)  
Health Care Costs on the Rise. BDBenefits Newsletter. Volume 4. Issue 5 A. November, 2001.
30. [www.alzasybajas.com.ar/anteriores/59/riesgo.htm](http://www.alzasybajas.com.ar/anteriores/59/riesgo.htm)  
Peluffo Diego P. Riesgo, Inversiones y Seguros.
31. [www.artroscopia.com.ar/info.htm](http://www.artroscopia.com.ar/info.htm)  
Información general de artroscopías de la Asociación Argentina de Artroscopía.
32. [www.goseguros.com/opiniones.asp?c=4&i=4](http://www.goseguros.com/opiniones.asp?c=4&i=4)  
Opiniones sobre el sector Asegurador de la Argentina.
33. [Activity-based costing in the operating room at Valley Veiw Hospital](#)  
Baker JJ, et al.  
J Health Care Finance. 1997 Fall; 24(1):1-9  
PMID: 9727354 [Pubmed – indexed for MEDLINE]
34. [Baker JJ, Boyd GF.](#) [Related Articles](#)  
Activity-based costing in the operating room at Valley View Hospital.  
J Health Care Finance. 1997 Fall;24(1):1-9.  
PMID: 9327354 [PubMed - indexed for MEDLINE]
35. [AAOS On-Line Service January 1996 Bulletin A Minute With ...](#) - [ [Traduzca esta página](#) ]  
... is associated with a significant potential risk. Although the **costs** and payments for **arthroscopy** and tibia fractures were the lowest, these procedures should ...  
[www.aaos.org/wordhtml/bulletin/jan96/minute.htm](http://www.aaos.org/wordhtml/bulletin/jan96/minute.htm) - 7k - [En caché](#) - [Páginas similares](#)

36. [Arthroscopy ThriveOnline](#) - [ [Traduzca esta página](#) ]  
 ... The average cost for a knee **arthroscopy** is \$500 to \$1,000. The shoulder **costs** an extra \$100 to \$200, and the other joints usually cost under \$500. ...  
[www.thriveonline.com/medical/library/article/003418ris.html](http://www.thriveonline.com/medical/library/article/003418ris.html) - 42k - [En caché](#) - [Páginas similares](#)
37. **RTF** [Department of Labor and Industries](#)  
 Formato de archivo: Rich Text Format - [Versión en HTML](#)  
 ... 29881. **Arthroscopy** knee with meniscectomy (med. or lat.). 49505. Repair ... on L&I's 1999 procedure volume. The ratio of M&R **costs** to fees was 1.44, showing that ASC ...  
[www.lni.wa.gov/hsa/ASC/MEETINGSUMMARY-Sept.rtf](http://www.lni.wa.gov/hsa/ASC/MEETINGSUMMARY-Sept.rtf) - [Páginas similares](#)
38. [CSOS--Knee Arthroscopy](#) - [ [Traduzca esta página](#) ]  
 ... arthroscopic procedures with immediate rehab. **Arthroscopy** has many advantages. It tends ... approximately \$1,400. Physical therapy **costs** about \$100 per visit, and ...  
[www.csosortho.com/safety/nonweilerkneehandout.html](http://www.csosortho.com/safety/nonweilerkneehandout.html) - 21k - [En caché](#) - [Páginas similares](#)
39. [drkoop.com: Conditions And Concerns: Medical Encyclopedia](#) - [ [Traduzca esta página](#) ]  
 ... Cost: The average cost for a knee **arthroscopy** is \$500 to \$1,000. The shoulder **costs** an extra \$100 to \$200, and the other joints usually cost under \$500 ...  
[www.drkoop.com/conditions/ency/article/003418.htm](http://www.drkoop.com/conditions/ency/article/003418.htm) - 23k - [En caché](#) - [Páginas similares](#)
40. [Baylor University Medical Center Proceedings: anterior cruciate ...](#) - [ [Traduzca esta página](#) ]  
 ... processes (reporting actual or estimated **costs**, including or excluding professional fees). ... hamstring versus patellar tendon. **Arthroscopy** 1999;15:169-172. Corry ...  
[www.baylor-dallas.edu/proceedings/13\\_4/13\\_4\\_bonsell.htm](http://www.baylor-dallas.edu/proceedings/13_4/13_4_bonsell.htm) - 35k - [En caché](#) - [Páginas similares](#)
41. [Community Hospitals Group](#) - [ [Traduzca esta página](#) ]  
 ... woodland in the grounds of Cottingley Hall near Bingley. Take the A650 from Bradford ...  
 Guideline  
**Costs** ... Reduction, £4,741. Hysterectomy, £3,203. **Arthroscopy**, £1,686. ...  
[www.community-hospitals.co.uk/ch02bingley-cost.htm](http://www.community-hospitals.co.uk/ch02bingley-cost.htm) - 6k - [En caché](#) - [Páginas similares](#)
42. [STANDARDIZATION AND COST SAVINGS Dana Karr Standardization has ...](#) - [ [Traduzca esta página](#) ]  
 ... shoulder **arthroscopy**. Direct costs per **arthroscopy** case encompassed direct labor, supplies and ... This approach users resource **costing**, a cost-finding methodology ...  
[www.jnj.co.jp/jjmkk/ja/consulting/mail\\_news/2\\_20\\_Executive.htm](http://www.jnj.co.jp/jjmkk/ja/consulting/mail_news/2_20_Executive.htm) - 32k - [En caché](#) - [Páginas similares](#)
43. [Arthroscopic surgery compared with supervised exercises in patients with rotator cuff disease \(stage II impingement syndrome\)](#) [Related Articles](#)  
 Brox JI, et al.  
 BMJ. 1993 Oct 9;307(6909):899-903.  
 PMID: 8241852 [PubMed - indexed for MEDLINE]
44. **Suarez-Almazor ME, Kaul P, Kendall CJ, Saunders LD, Johnston DW.**  
 University of Alberta.  
 The Cost-Effectiveness Of Magnetic Resonance Imaging For Patients With Internal Derangement Of The Knee.  
 Int J Technol Asses Health Care 1999.



45. **Birch N, Powles D, Dorrell H, Brooks P.**  
The Investigation And Treatment Of Disorders Of The Knee Indications And A Cost-Comparison Of Arthroscopy And Magnetic Resonance Imaging.  
Royal National Orthopaedic Hospital, Stanmore, Middlesex  
Health Trends 1994.
46. **Westphal V, Krogsgaard MR**  
Diagnostic Knee Arthroscopy Under Local Anesthesia In Hospital. An Assessment Of The Diagnostic Reliability, Cause Of The Treatment And Health Care Cost.  
H:S Rigshospitalet, Ortopaedkirurgisk afdeling U.  
Ugeskr Laeger 2001.
47. **Shawn Bonsell, MD**  
Financial Analysis Of Cruciate Ligament Reconstruction At Baylor University Medical Center.  
Department of Orthopedics, baylor University Medical Center, Dallas, Texas.
48. **Dennis B. Brooks, MD.**  
The American Academy of Orthopaedic Surgeons BULLETIN, Volume 44, Number 1, January 1996.  
A Minute With Malpractice.
49. **Marilyn Gisser, Anaya Balter, and Mark Hawkins.**  
Department Of Labor And Industries Ambulatory Surgery Center Payment Project ASC Workgroup. Sumamary of Meeting on September 19, 2000, Tukwilla, Washington.
50. **David E. Nonweiler, M.D.**  
The Worker and Knee Arthroscopy: Options, Risks, and Benefits.  
Annual Workers' Compensation Seminar. September 29, 1998
51. **[No authors listed]**  
Labor costs for knee surgery bend downward.  
Healthc Benchmarks 2002 Apr;9(4):39-42  
PMID: 11963435 [PubMed – indexed for MEDLINE]
52. **Gillepsie W.J.**  
Arthroscopy of the knee.  
N Z Med J 1983 Jun 22;96(734):472  
PMID: 6574377 [PubMed – indexed for MEDLINE]
53. **Harris W.R.**  
The cost of arthroscopy.  
Can J Surg 1987 Mar;30(2):75  
PMID: 3828912 [PubMed – indexed for MEDLINE]

54. **[No authors listed]**  
Benchmarks. Knee arthroscopy supply costs.  
OR Manager 1999 Mar;15(3):34  
PMID: 10351519 [PubMed – indexed for MEDLINE]
55. **Wheeler BR**  
Arthroscopic surgery of the knee: a review of early Army experience.  
Mil Med 1984 Dec;149(12):661-4  
PMID: 6440055 [PubMed – indexed for MEDLINE]
56. **Profitt AW, Giachino AA**  
Arthroscopic cost containment.  
Can J Surg 1986 May-Jun;64(3):440-53  
PMID: 5738681 [PubMed – indexed for MEDLINE]
57. **[No author listed]**  
Congresses  
1990 proceedings of the Knee Society. A symposium.  
Clin Orthop 1990 Nov;(260):1-175  
PMID: 2225609 [PubMed – indexed for MEDLINE]
58. **Dandy DJ**  
Arthroscopic surgery of the knee.  
Br J Hosp Med 1982 Apr;27(4):360, 362, 365  
PMID: 7074273 [PubMed – indexed for MEDLINE]
59. **Hahn F**  
One-on-one cost accounting  
Mo Med 1995 Oct;92(10):614-5  
PMID: 8559121 [PubMed – indexed for MEDLINE]
60. **Rockborn P, Hamberg P, Gillquist J.**  
Arthroscopic meniscectomy: treatment costs and postoperative function in a historical perspective.  
Acta Orthop Scand 2000 Oct;71(5):455-60  
PMID: 11186400 [PubMed – indexed for MEDLINE]
61. **Villiger A, Mayer M.**  
Intermediate term results after arthroscopic meniscus suture.  
Swiss Surg 1997;3(4):149-53  
PMID: 9340129 [PubMed – indexed for MEDLINE]
62. **Rose NE, Gold SM.**  
A comparison of accuracy between clinical examination and magnetic resonance imaging in the diagnosis of meniscal and anterior cruciate ligament tears.  
Arthroscopy 1996 Aug;12(4):398-405  
PMID: 8863996 [PubMed – indexed for MEDLINE]

63. **Carroll NV, Miederhoff PA, Cox FM, Hirsch JD.**  
Costs incurred by outpatient surgical centers in managing postoperative nausea and vomiting.  
J Clin Anesth 1994 Sep-Oct;6(5):364-9  
PMID: 7986507 [PubMed – indexed for MEDLINE]
64. **Ruwe PA, McCarthy SM.**  
Cost effectiveness of magnetic resonance imaging of the knee.  
Magn Reson Imaging Clin N Am 1994 Aug;2(3):475-9  
PMID: 7489301 [PubMed – indexed for MEDLINE]
65. **Potchen EJ.**  
Value and cost criteria determine MRI pricing.  
Dagn Imaging (San Franc) 1994 Jul;16(7):77-9.  
PMID: 10147294 [PubMed – indexed for MEDLINE]
66. **Sandelin J.**  
Endoscopic surgery in orthopaedics  
Ann Chir Gynaecol 1994;83(2):149-54  
PMID: 7944216 [PubMed – indexed for MEDLINE]
67. **Birch N, Powless D, Dorrell H, Brooks P.**  
The investigation and treatment of disorders of the knee: indications and a cost-comparison of arthroscopy and magnetic resonance imaging.  
Health Trends 1994; 26(2):50-2  
PMID: 10137727 [PubMed – indexed for MEDLINE]
68. **Tait GR, Maginn P, Macey AC, Beverland DE, Mollan RA**  
Unnecessary arthroscopy.  
Injury 1992;23(8):555-6  
PMID: 1286912 [PubMed – indexed for MEDLINE]
69. **Belshe J.**  
Holding down costs.  
Same Day Surg 1978 Aug;2(8):135  
PMID: 102381827 [PubMed – indexed for MEDLINE]
70. **[No authors listed]**  
Study documents wide-ranging efficiency in knee arthroscopies.  
Clin Resour Manag 2000 Jul;1(7):107-9, 97  
PMID: 11183917 [PubMed – indexed for MEDLINE]
71. **Wallis C, Crooks C.**  
How to beat hospital costs.  
Time. 1983 Sep 5;122(10):52. No abstract available.  
PMID: 10261459 [PubMed - indexed for MEDLINE]

72. **Courvoisier E.**  
[Arthroscopy of the knee]  
Rev Med Suisse Romande. 1988 Nov;108(11):921-2. French. No abstract available.  
PMID: 3206043 [PubMed - indexed for MEDLINE]
73. **Wood DL.**  
Understanding today's health care costs.  
Plast Reconstr Surg. 1995 Oct;96(5):1233-4. No abstract available.  
PMID: 7568506 [PubMed - indexed for MEDLINE]
74. **[No authors listed]**  
Freestanding ambulatory surgery centers cost less to run than in-hospital ORs.  
Health Care Cost Reengineering Rep. 1999 Oct;4(10):158-9. No abstract available.  
PMID: 10662121 [PubMed - indexed for MEDLINE]
75. **Avery JK.**  
Complication during arthroscopy.  
Tenn Med. 1996 May;89(5):161-2. No abstract available.  
PMID: 8753161 [PubMed - indexed for MEDLINE]
76. **[No author listed]**  
ASC uses dashboard to track key data.  
OR Manager 2001 Nov; 17(11):24-6  
PMID: 117178591 [PubMed - indexed for MEDLINE]
77. **Vincken PW, ter Braak BP, van Erkel AR, de Roory TP, Mallens WM, Post W, Bloem JL.**  
Effectiveness fo MR imaging in selection of patients for arthroscopy of the knee.  
Radiology 2002 Jun;223(3):739-46  
PMID: 12034943 [PubMed - indexed for MEDLINE]
78. **Dolk A, Cannerfelt R, Anderson RE, Jakobsson J.**  
Inhalation anaesthesia is cost-effective for ambulatory surgery: a clinical comparison with propofol during elective knee arthroscopy.  
Eur J Anaesthesiol 2002 Feb;19(2):88-92  
PMID: 11999607 [PubMed - indexed for MEDLINE]
79. **Casati A, Cappelleri G, Berti M, Fanelli G, Di Benedetto P, Torri G.**  
Randomized comparison of remifentanil-propofol with a sciatic-femoral nerve block for out-patient knee arthroscopy.  
Eur J Anaesthesiol 2002 Feb;19(2):109-14  
PMID: 11999592 [PubMed - indexed for MEDLINE]

80. [Indice alfabético, editorial MAPFRE](#)  
 ... LABORAL DE LOS AMPUTADOS; RIESGO Y TRABAJO ... **RODILLA**: MORFOGÉNESIS. ...  
 SEGUROS MULTIRIESGOS;  
 SISTEMA DE GESTIÓN DFE **RIESGOS** ... SUS APLICACIONES A LA EMPRESA  
**ASEGURADORA** ...  
[www2.mapfre.com/editorial/home\\_ind.htm](http://www2.mapfre.com/editorial/home_ind.htm) - 23k - [En caché](#) - [Páginas similares](#)
81. [GOMILA](#)  
 ... una rotura de los ligamentos de la **rodilla** ... II.- La praxis **aseguradora** en España. ... Francis  
 Lefebvre 1.- El mercado de **trabajo** ... 5.- ETTs y prevención de **riesgos** ...  
[www.gomila-lj.es/nov1298.htm](http://www.gomila-lj.es/nov1298.htm) - 101k - [En caché](#) - [Páginas similares](#)
82. [\[PDF\]Statistiques européennes sur les accidents du travail \(SEAT\)](#)  
 Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat - [Versión en HTML](#)  
 ... 3 Prólogo La preocupación comunitaria por la mejora de las condiciones de **trabajo**,  
 la salud y la seguridad de los trabajadores está presente en todas las ...  
[europa.eu.int/comm/employment\\_social/news/2002/apr/1130\\_es.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/apr/1130_es.pdf) - [Páginas similares](#)
83. [\[DOC\]Cobertura:](#)  
 Formato de archivo: Microsoft Word 97 - [Versión en HTML](#)  
 ... 1.6. 1.4. Cadera. 0.4. 0.5. Muslo. 1.2. 1.4. **Rodilla**. 6.9. 7.4. Pierna.  
 6.1. 5.7. Tobillo. 6.1. 6.4. ... **Aseguradora de Riesgos del Trabajo**/. ...  
[www.srt.gov.ar/nvaweb/data/sector/4elec/Electricidad.doc](http://www.srt.gov.ar/nvaweb/data/sector/4elec/Electricidad.doc) - [Páginas similares](#)
84. [\[DOC\]Cuadro A](#)  
 Formato de archivo: Microsoft Word 2000 - [Versión en HTML](#)  
 ... el contrato efectuado con su respectiva **aseguradora** ... del mencionado sistema  
 (Aseguradoras  
 de **Riesgos** ... 1.7. 2.25. Accidente de **trabajo**. 90.4. ... 0.61. Muslo. 1. 1.13. **Rodilla**. ...  
[www.srt.gov.ar/nvaweb/data/sector/3manu/maderas.doc](http://www.srt.gov.ar/nvaweb/data/sector/3manu/maderas.doc) - [Páginas similares](#)  
 [ [Más resultados de www.srt.gov.ar](#) ]

Consultado: (1 de Agosto del 2002)

85. El Sistema Argentino De Riesgos Del Trabajo. Un Balance Y Conclusiones.  
 José Luis Garrido. Diciembre de 2001.

Consultados: (Junio a Julio del 2003)

86. Castells X.. Beneficios e incertidumbres de la cirugía ambulatoria. ¿Disponemos  
 de suficientes evidencias?. Gac Sanit 1998; 12: 97-99.
87. Alonso P, Pupato S, Rodríguez JM, Rodríguez P, Fernández J, Bonilla E.  
 Impacto de la cirugía de corta estancia en un hospital de agudos. Todo Hosp  
 1994; 110: 33-39.

88. Colomer J. Cirugía ambulatoria. En : Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Genó J, directores. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona : Masson; 1997. p. 363-371.
89. Brooks DB. A minute with malpractice. AAOS On-Line Service January 1996 Bulletin. Volume 44, number 1.
90. Grau N, Meneu R, Peiró S, Librero J, Ordiñana R. Hospitalizaciones evitables por cirugía sin ingreso en la Comunidad Valenciana: un estudio Delphi. Rev Esp Salud Publica 1997; 71: 343-356.
91. Sánchez JA. Implantación de un programa de cirugía sin ingreso. Desarrollo y evaluación del mismo. Todo Hosp 1993; 98: 33-39.
92. Sevilla F, Fernández C. Cirugía Mayor Ambulatoria: Guía de Organización y Funcionamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992.
93. National Center for Health Statistics. Uniform hospital discharge data. Minimum basic data set. Report of the National Committee on Vital and Health Sciences. DHEW Publication No (PHS) 80-1157. Hyattsville, MD: Public Health Service; 1980.
94. Rogar FH. Hospital information system in Europe: trends, towards uniformity in patient record summaries. En: Casas M, Wiley MM, directores. Diagnosis related groups in Europe. Berlin: Springer Verlag; 1993. p. 3-16.
95. Secretaría General del SNS. Conjunto mínimo básico de datos: definiciones. Anexo 1 a la resolución de 24 de enero de 1992 dirigida a los hospitales del Insalud-GD. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992.
96. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case mix definition by Diagnosis Related Groups. Med Care 1980; 18 (Supl): 1-53.
97. Casas M. Clasificación de pacientes y producción hospitalaria: Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). En : Los Grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización. Barcelona: Masson SA y SG editores; 1991. p. 23-43.
98. Bisbe J. Modelos de costes y bases de datos: opciones para el cálculo del consumo de recursos por GRD. En M. Casas editor. Los Grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización. Barcelona: Masson S.A. y SG editores; 1991. p. 205-219.
99. Korda H. Utilization review for Medicaid diagnosis-related-group system: practice, innovation and lesson of experience. Am J Med Qual. 1994; 9 : 54 –67.
100. Casas M. GRD. Una guía práctica para médicos. Barcelona: Iassist; 1995.

101. Diez A, Tomás R, Varela J, Casas M, González-Macías J. La Medicina Interna en un grupo de 52 hospitales Españoles. Análisis de casuística y eficiencia. Med Clin (Barc) 1996; 106: 361-367.
102. Servicio Andaluz de Salud. Contrato programa 1997. Sevilla: Consejería de Salud; 1996.
103. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión, Modificación Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994.
104. PC Grouper 95.3s (International) on IBM-PC under MS-DOS. 3MTM (programa de ordenador) Patient Classification System; 1996.
105. CLINOS v 3.0 ( programa de ordenador) IASIST SA; 1995.
106. Epi Info v 6.02 (programa de ordenador) Geneva: Center For Disease Control and Prevention, USA and World Health Organization; 1994.
107. Confidence Interval Analysis v 1.0. (programa de ordenador) Martín J Gardner. BMJ; 1989.
108. Sierra E. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Expectativas, realidad actual y posibilidades. Med Clin (Barc) 1997; 109: 92-94.
109. Collado E, Beneyto F, Escoms V. Cirugía sin ingreso: Estancias y costes evitables. Todo Hospital 1995; 122: 19-23.
110. Espinàs JA, Borràs JM, Colomer J, Ramón C, Varela J. Estimación del impacto potencial de la cirugía ambulatoria en Cataluña. Med Clin (Barc) 1997; 109: 81-84.
111. Conjunto mínimo básico de datos de cirugía mayor ambulatoria. Andalucía, primer semestre de 1997. Sevilla: Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicio Andaluz de Salud; 1998.
112. Grainger C, Griffiths R. Day surgery – How much is possible? A Delphi consensus among surgeons. Public Health 1994; 108: 257 – 266.
113. Colomer J, Ramón C, Varela J, Borràs JM. La cirugía ambulatoria en España: un estudio delphi. Gac Sanit 1996; 10: 238 – 243.
114. Portillo I, Mendicutte J, Eder F, Ostolaza JI, Salaberría M. Diseño de criterios e indicadores de calidad en procesos clave: cataratas. Rev Calidad Asistencial 1996; 12:7-15.
115. Sáez de Eguilaz JL. Selección de pacientes y patologías. XXIII Congreso de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Libro de ponencias. Barcelona : Doyma; 1997. p. 26-27.

116. Larrañaga E, Martín Pérez E, González E, Galvan A, Doblado B, Serrano PA. Cirugía ambulatoria del tiroides. Cirugía Mayor Ambulatoria 1998; 3: 31-35.
117. Sola ME, Bermuz A, Lázaro JJ, Bosch X, Cáncer L, Serra M. Cirugía ambulatoria pediátrica: una nueva oferta sanitaria rentable y ¿además satisfactoria?. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 6-12.
118. Servicio Andaluz de Salud. Contrato programa 1998. Sevilla: Consejería de Salud; 1998.
119. Gilabert A, Perez López JJ, Almela V, Company V. Calidad de datos y grupos relacionados con el diagnóstico. Rev Calidad Asistencial 1995; 5: 287-293.
120. Bonsell Shawn. Financial analysis of anterior cruciate ligament reconstruction at Baylor University Medical Center. BUMC Proceedings 2000;13:327-330
121. Nogalski MP, Bach BR Jr, Bush-Joseph CA, Luergans S. Trends in decreased hospitalization for anterior cruciate ligament surgery: double-incision versus single incision reconstruction. Arthroscopy 1995;11:134-138.
122. Novak PJ, Bach BR Jr, Bush-Joseph CA, Badrinath S. Cost containment: a charge comparison of anterior cruciate ligament reconstruction. Arthroscopy 1996;12:160-164.
123. Kao JT, Giangarra CE, Singer G, Martin S. A comparison of outpatient and inpatient anterior cruciate ligament reconstruction surgery. Arthroscopy 1995;11:151-156.
124. Freedman KB, Bernstein J. Sample size and statistical power in clinical orthopaedic research. J Bone Joint Surg Am 1999;81:1454-1460.
125. No authors listed. Department of Labor and Industries Ambulatory Surgery Center Payment Project. ASC Workgroup. Summary of Meeting on September 19, 2000. Tukwila, Washington.
126. Nonweiler DE. Annual Workers' Compensation Seminar. The worker and knee arthroscopy: Options, Risks and Benefits. September 29, 1998.
127. Canosa Sevillano, R. Fernández González, J. Editado en Inglés. "Injuries to meniscus and ligaments " Chapter 28 (pages 242-259).
128. The Inmature Knee Editor: Julio de Pablos. Editorial: Masson S.A. 1998.

Consultados: (27 de Junio del 2003)

[www.bireme.br](http://www.bireme.br)

Cochrane Library. Medicina basada en la evidencia (E.B.M.)



129. <http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=hta&mfn=2507&id=&lang=es&dblang=>
130. <http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=hta&mfn=2546&id=&lang=es&dblang=>
131. [http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed\\_abstracts&mfn=32&id=&lang=es&dblang=](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed_abstracts&mfn=32&id=&lang=es&dblang=)
132. [http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed\\_abstracts&mfn=1893&id=&lang=es&dblang=](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed_abstracts&mfn=1893&id=&lang=es&dblang=)
133. [http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed\\_abstracts&mfn=1893&id=&lang=es&dblang=](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed_abstracts&mfn=1893&id=&lang=es&dblang=)
134. [http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed\\_abstracts&mfn=2634&id=&lang=es&dblang=](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed_abstracts&mfn=2634&id=&lang=es&dblang=)
135. [http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed\\_abstracts&mfn=2911&id=&lang=es&dblang=](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed_abstracts&mfn=2911&id=&lang=es&dblang=)
136. [http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed\\_abstracts&mfn=3664&id=&lang=es&dblang=](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed_abstracts&mfn=3664&id=&lang=es&dblang=)
137. [http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed\\_abstracts&mfn=3472&id=&lang=es&dblang=](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed_abstracts&mfn=3472&id=&lang=es&dblang=)
138. [http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed\\_abstracts&mfn=3775&id=&lang=es&dblang=](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed_abstracts&mfn=3775&id=&lang=es&dblang=)
139. [http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed\\_abstracts&mfn=3845&id=&lang=es&dblang=](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed_abstracts&mfn=3845&id=&lang=es&dblang=)
140. [http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed\\_biblio&mfn=686&id=&lang=es&dblang=](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed_biblio&mfn=686&id=&lang=es&dblang=)
141. [http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed\\_biblio&mfn=1858&id=&lang=es&dblang=](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed_biblio&mfn=1858&id=&lang=es&dblang=)
142. [http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed\\_biblio&mfn=4482&id=&lang=es&dblang=](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed_biblio&mfn=4482&id=&lang=es&dblang=)
143. [http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed\\_biblio&mfn=5422&id=&lang=es&dblang=](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed_biblio&mfn=5422&id=&lang=es&dblang=)
144. [http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed\\_biblio&mfn=5794&id=&lang=es&dblang=](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=eed_biblio&mfn=5794&id=&lang=es&dblang=)

145. <http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=central&mf=11883&id=&lang=es&dblang=>
146. <http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=cmr&mf=3490&id=&lang=es&dblang=>
147. [http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=&mf=&id= ID\\_CD001353&lang=es&dblang=](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=&mf=&id= ID_CD001353&lang=es&dblang=)
148. Hede A, Larsen E, Sandberg H. Partial versus total meniscectomy. A prospective, randomized study [Partiel versus total meniskektomi. Et prospektivt, randomiseret studie]. *Ugeskr Laeger* 1994;156(1):48-52.
149. Hede A, Larsen E, Sandberg H. The long term outcome of open total and partial meniscectomy related to the quantity and site of the meniscus removed. *Int Orthop* 1992;16:122-5.
150. Hede A, Larsen E, Sandberg H. Partial versus total meniscectomy. A prospective, randomised study with long-term follow-up. *J Bone Joint Surg Br* 1992;74(1):118-21.
151. Petersen MM, Olsen C, Laitzen JB, Lund B, Hede A. Late changes in bone mineral density of the proximal tibia following total or partial meniscectomy: A randomized study. *J Orthop Res* 1996;14(1):16-21.
152. Hede A, Larsen E, Sandberg H. The long term outcome of open total and partial meniscectomy related to the quantity and site of the meniscus removed. *Int Orthop* 1992;16:122-5.
153. Hede A, Larsen E, Sandberg H. Partial versus total meniscectomy. A prospective, randomised study with long-term follow-up. *J Bone Joint Surg Br* 1992;74(1):118-21.  
Petersen MM, Olsen C, Laitzen JB, Lund B, Hede A. Late changes in bone mineral density of the proximal tibia following total or partial meniscectomy: A randomized study. *J Orthop Res* 1996;14(1):16-21.
154. Whittaker 1974 {published data only}  
Whittaker RP, Schwartz AD, Cape RF. Surgical approach for meniscectomy. Division of the medial collateral ligament. *J Bone Joint Surg Am* 1974;56(8):1708-10 indicates the major publication for the study  
References to studies awaiting assessment
155. Albrecht-Olsen 1999  
Albrecht-Olsen P, Kristensen G, Burggaard P, Joergensen U, Toerholm C. [The arrow versus horizontal suture in arthroscopic meniscus repair. A prospective randomized study with arthroscopic evaluation [see comments]]. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy* 1999;7(5):268-73.

156. Atik 1999  
Atik OS, Tali T. [Does the Holmium:Yag laser cause osteonecrosis?]. *Bulletin - Hospital for Joint Diseases* 1999;58(2):111-13.
157. Biedert 2000  
Biedert RM. [Treatment of intrasubstance meniscal lesions: a randomized prospective study of four different methods]. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy* 2000;8(2):104-8.
158. Browett 1978  
Browett JP, Gibbs AN, Copeland SA, Deliss LJ. [The use of suction drainage in the operation of meniscectomy]. *Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume* 1978;60(4):516-9.
159. Bryan 1969  
Bryan RS, Dickson JH, Taylor WF. [Recovery of the knee following meniscectomy]. *Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume* 1969;51(5):973-8.
160. Dobner 1982  
Dobner JJ, Nitz AJ. [Postmeniscectomy tourniquet palsy and functional sequelae]. *American Journal of Sports Medicine* 1982;10(4):211-4.
161. Graf 1996  
Graf B, Jensen K, Orwin J, Duck H, Hagen P, Keene J. [The effect of tourniquet use on postoperative strength recovery after arthroscopic meniscectomy]. *Orthopedics* 1996;19(6):497-500.
162. Hooper 1999  
Hooper J, Rosaeg OP, Krepski B, Johnson DH. [Tourniquet inflation during arthroscopic knee ligament surgery does not increase postoperative pain]. *Canadian Journal of Anaesthesia* 1999;46(10):925-929.
163. Kristensen 1994  
Albrecht-Olsen P, Kristensen G, Burggaard P, Jorgensen U, Toerholm C. Biofix tacks versus inside-out suturing technique in the treatment of bucket-handle lesions - a randomized study [Abstract 34]. In: *Proceedings of the 6th Congress of the European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy (ESSKA); 1994 Apr 18 -22; Berlin. Berlin: 1994:24-25.*
164. Kristensen G, Albrecht-Olsen P, Burggaard P, Jorgensen U, Torholm C. Biofix meniscus tacks versus inside-out suturing technique in the treatment of bucket-handle lesions - a randomized study. *Acta Orthop Scand* 1994;65 Suppl 260:17.  
Kristensen G, Albrecht-Olsen P, Burggaard P, Jorgensen U, Torholm C. Biofix(R) Meniscus arrow versus inside-out suturing of meniscus lesions - A prospective, randomized study. *Orthopaedic Transactions* 1996;20(1):90.

165. Lane 1992  
Lane GJ, Sherk HH, Mooar PA, Lee SJ, Black J. Holmium:Yttrium-Aluminium-Garnetlaser versus carbon dioxide laser versus mechanical arthroscopic debridement. *Seminars in Orthopaedics* 1992;7(2):95-101.
166. Lubbers 1996  
Lubbers C, Siebert WE. [An arthroscopic holmium- YAG procedure compared to conventional knee procedures. Two-year results of a prospective, randomized study]. *Orthopade* 1996;25:64-72.
167. Tabib 1999  
Tabib W, Beaufils P, Blin JL, Tremoulet J, Hardy P. [Arthroscopic meniscectomy using Ho-Yag Laser versus mechanical instruments: A prospective single blind randomized study on 80 meniscectomies]. *Revue de Chirurgie Orthopedique et Reparatrice de l'Appareil Moteur* 1999;85(7):713-21.
168. Tabib 2000  
Tabib W, Beaufils P, Blin JL, Tremoulet J, Hardy P. [Arthroscopic meniscectomy using Ho-Yag laser versus mechanical instruments: a prospective single blind randomized study on 80 meniscectomies [Abstract]]. *Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume* 2000;82(Suppl 3):291.
169. Tormala 1998  
Tormala P, Pohjonen T, Pirhonen E, Paasimas S, Rokkanen P. [Ultra-high strength, self-reinforced bioabsorbable implants for arthroscopical surgery [Abstract]]. *Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume* 1998;80(Suppl 2):163.
170. Zhang 1996  
Zhang Z, Arnold JA. Trephination and suturing of avascular meniscal tears: a clinical study of the trephination procedure. *Arthroscopy* 1996;12(6):726-31.  
Ongoing studies
171. Cole  
Brian J. Cole, M.D. Assistant Professor, Sports Medicine and Orthopedics Medical Director, The Rush Cartilage Restoration Center Rush Presbyterian St.- Luke's Medical Center, Chicago, Illinois. The Collagen Meniscus Implant (CMI): Multicenter Safety and Effectiveness Study. Ongoing study Not known..  
Additional references
172. Ahmed 1983  
Ahmed A, Burke D. In vitro measurement of static pressure distribution in synovial joints in the tibial surface of the knee. *J Biomech Eng* 1983;105:216.
173. Clarke 2001  
Clarke M, Oxman AD, editors. Optimal search strategy for RCTs. *Cochrane Reviewers Handbook* 4.1.4 [updated October 2001]; Appendix 5c. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software. Updated quarterly. . .

174. Dickersin 1994  
Dickersin K, Schere R, Lefebvre C. Identifying relevant studies for systematic reviews. *BMJ* 1994;309:1286-1291.
175. Fairbank 1948  
Fairbank T. Knee joint changes after meniscectomy. *J Bone Joint Surg Br* 1948;30:664-670.
176. Lohmander 1994  
Lohmander LS, Roos H. Knee ligament injury, surgery and osteoarthritis. Truth or consequences?. *Acta Orthop Scand* 1994;65(6):605-9.
177. Lysholm 1982  
Lysholm J, Gillquist J. Evaluation of knee ligament surgery results with special emphasis on use of a scoring scale. *Am J Sports Med* 1982;10(3):150-154.
178. Roos 1998  
Roos H, Lauren M, Adalberth T, Roos EM, Jonsson K, Lohmander LS. Knee osteoarthritis after meniscectomy. Prevalence of radiographic changes after twenty-one years compared with matched controls. *Arthritis and Rheumatism* 1998;41(4):687-93.
179. Seedhom 1974  
Seedhom BB, Dowson D, Wright V. Functions of the menisci - a preliminary study. *J Bone Joint Surg Br* 1974;56(2):381-382.
180. Shoemaker 1986  
Shoemaker SC, Markhoff KL. The role of the meniscus in the anterior-posterior stability of the loaded anterior cruciate-deficient knee. *J Bone Joint Surg Am* 1986;68:71-79.
181. Shrive 1978  
Shrive NG, O'Connor JJ, Goodfellow JW. Load-bearing in the knee joint. *Clin Orthop* 1978;131:279-287.
182. Swenson 1995  
Swenson TW, Harner CD. Knee ligament and meniscal injuries. *Orthop Clin North Am* 1995;26(3):529 - 46.
183. Walker 1975  
Walker PS, Erkman MJ. The role of the menisci in force transmission across the knee. *Clin Orthop* 1975;109:184-192.
184. Howell JR, Handoll HHG.  
Surgical treatment for meniscal injuries of the knee in adults (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2003*. Oxford: Update Software.

185. Olsen KL, Hopewell S, Dickersin K, Clarke M, Oxman AD. Publication bias in clinical trials (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.

Consultados: (24 de Agosto del 2003)

186. Praemer A, Furner S, Rice DP. Musculoskeletal conditions in the United States. American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1992; 98-104.

187. Business and Health. The 1990 national executive poll on health care costs and benefits. *Buss Health*. 1990; 8: 25-38

188. Wright JG. Clinical research now more complex. Needs outcomes, clinical trials, costs-effectiveness analices. Rosemont: American Academy of Orthopaedic Surgeons Bulletin October, 1993; 24-36.

189. Brady W, Bass J, Royce M. et al. Defining total corporate health safety costs-significance and impact. *J Occup Med*. 1997; 39: 224-231.