

Estrategias para la reducción de la lista de espera de cirugía cardíaca pediátrica en un hospital público

Por María Althabe

Médica (UBA).
Magister en Economía y Gestión de la Salud (Universidad ISALUD).
Terapista intensiva pediátrica de la Unidad de Recuperación Cardiovascular del Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan.

1. Introducción

La lista de espera para procedimientos de alta complejidad, tanto diagnósticos como terapéuticos, constituye un gran problema para el sector público en nuestro país¹. En este trabajo se presenta un análisis de la experiencia del servicio de cirugía cardiovascular del Hospital de Pediatría J.P.Garrahan, que desde el año 2005 lleva adelante una estrategia de incentivos para mejorar su oferta quirúrgica. En nuestro país la cirugía cardíaca pediátrica ha adquirido un gran desarrollo en los últimos años, alcanzando una buena sobrevida y calidad de vida en la mayoría de los casos. Se estima que nacen aproximadamente 5800 niños por año con cardiopatía congénita, 50% de los cuales requerirán reparación quirúrgica, la mayoría dentro del primer año de vida (DEIS 2009). La resolución de la mayoría de los casos recae sobre el sector público, no solo por falta de cobertura de la seguridad social o privada, sino por su complejidad, a la que en muchas ocasiones el sector privado no puede dar respuesta. En este contexto los centros públicos en condiciones de afrontar el desafío de resolver toda la patología son insuficientes, por lo que se generan largas listas de espera. La adecuada gestión de las mismas es de una gran responsabilidad no solo porque implica la asignación equitativa de un recurso escaso, sino porque al ser prestaciones de alto costo estas cirugías tienen gran impacto en el presupuesto de las instituciones de salud. A continuación se presenta una descripción del problema de la cirugía cardíaca pediátrica, la propuesta del trabajo, sus objetivos y metodología, así como los principales conceptos teóricos involucrados en el análisis. Por último se presentan los resultados de la experiencia y conclusiones.

¹ Este trabajo realizó una revisión sobre las principales categorías conceptuales que subyacen al problema –accesibilidad, equidad y calidad– así como las alternativas de solución, con sus ventajas y desventajas. Se analizó en su versión completa situación del problema en diversos países de Europa y Norteamérica, así como los resultados de diferentes programas de reducción de la lista de espera en ellos. En la versión completa de esta tesis se dispone de un capítulo dedicado a estas revisiones de antecedentes y experiencias internacionales.

2. Problema, objetivos y metodología

Con la disminución de las causas perinatales e infecciosas, las malformaciones han cobrado una importancia creciente como causa de muerte en los menores de un año (23%). Dentro de ellas las cardiopatías congénitas ocupan un lugar preponderante (35-40% de dichas muertes). En el 2005 fallecieron, en nuestro país, 791 niños menores de 1 año por cardiopatía. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires constituyen la tercera causa de muerte en el período neonatal y la segunda en el post-neonatal.

En los últimos años se han realizado grandes progresos en el tratamiento quirúrgico de estas afecciones y actualmente la mayoría de las cardiopatías congénitas tienen un tratamiento aceptable con buena expectativa y calidad de vida. (Magliola, 2001). Estos progresos han traído aparejado un aumento sostenido en la demanda de los servicios de cirugía cardiovascular pediátrica (CCVP). Por un lado las mejoras en el diagnóstico y traslado de los recién nacidos desafían al sistema con cirugías de alta complejidad y de indicación urgente. Por otro lado la prolongación de la sobrevida de los pacientes operados hace que un grupo creciente de ellos requiera intervenciones adicionales, ya sea como parte de la estrategia de reparación, como por el desarrollo de defectos evolutivos propios de la malformación. A ello se suma además la demanda, también creciente de los pacientes provenientes de países limítrofes, que concurren en busca de una solución que no pueden obtener en sus países de origen.

A pesar de todos los esfuerzos del sector público la demanda continúa superando la oferta por lo que existen extensas listas de espera, y es un hecho reconocido que la demora en la resolución quirúrgica conlleva mayor morbimortalidad (Magliola 2004).

Las listas de espera existen en la mayoría de los sistemas nacionales de salud que aseguran cobertura universal. Si son moderadas pueden ser útiles en el proceso de gestión de los pacientes, y son aceptadas por profesionales y usuarios. Sin embargo es necesario gestionarlas para evitar potenciales consecuencias desfavorables de su aplicación, ya que con frecuencia los pacientes sufren un riesgo adicional por la espera del tratamiento y también ocurre que no todas las personas en la lista tienen idéntica necesidad del mismo. (Bernal, 2002)

El estudio sistemático de las listas de espera no ha sido abordado en nuestro país y cada institución sanitaria las administra según su criterio y posibilidades. Para este estudio se tomará el caso del Hospital de Pediatría "J.P.Garrahan", hospital público y centro de referencia para la alta complejidad del país y de la región. El hospital cuenta desde su apertura en 1983 con un servicio de cirugía cardiovascular de excelencia, cuya producción, en términos de número y complejidad de cirugías no ha dejado de aumentar. Actualmente realiza más de 700 procedimientos quirúrgicos por año. A pesar de los sostenidos esfuerzos la demanda siempre ha superado a la oferta, por lo que la resolución de los casos urgentes y los largos tiempos de espera continúan siendo un problema.

En el año 2005 se inició un programa de cirugía en horario vespertino, con honorarios diferenciales, a los efectos de dar solución a estos problemas: respuesta adecuada a la cirugía cardíaca más urgente, y

reducir los tiempos de espera de los pacientes programados. Dado que estos programas suponen un gasto importante para el sistema sanitario, e introducen un incentivo económico controvertido, no solo es importante sino necesario evaluar su efectividad. A tres años de implementación del programa resulta de interés realizar una evaluación del mismo considerando sus resultados.

Los objetivos del presente estudio son:

Objetivo General:

- Evaluar el resultado, en términos de producción y reducción de las listas de espera en cirugía cardiovascular pediátrica, de un modelo de incentivos de pago por acto.

Objetivos Específicos:

- Describir la población de pacientes que ingresan en la lista de espera y el sistema de asignación de turnos quirúrgicos.
 - Analizar el comportamiento histórico de la lista de espera.
 - Describir la modalidad de pago del incentivo
 - Evaluar el impacto del programa en los resultados quirúrgicos.
 - Comparar estos resultados con centros de referencia internacionales
- Para el análisis se realizó un estudio comparativo, cuantitativo y retrospectivo, antes y después de una intervención. La fuente primaria de datos fueron los Registros del Servicio de Cirugía Cardiovascular y de la Unidad de Recuperación Cardiovascular del hospital de Pediatría "Juan .P. Garrahan"

Se midieron las siguientes variables durante los años previos (2000-2004) y se compararon con los tres primeros años del programa (período 2005-2008)

- Número y tipo de cirugías
- Edad de la población
- Diagnósticos
- Espera media del total de pacientes intervenidos: tiempo promedio, en días, desde la fecha de la indicación quirúrgica y la fecha de la intervención.
- Tiempo de espera por patología
- Tiempo de internación pre y postoperatoria
- Complicaciones
- Mortalidad postoperatoria al alta o a los 30 días
- Mortalidad ajustada por riesgo según escala de RACHS-1 y de Aristóteles

El análisis estadístico de las diferencias se realizó mediante el test de Student para variables continuas o Chi cuadrado para las dicotómicas. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Realizar un análisis de costos en un hospital es complejo y excede los propósitos de este trabajo. Un método apropiado para evaluar los costos del programa sería el de un costeo por absorción por centro de costos, con reasignaciones en cascada. Este método se basa en el cálculo del gasto promedio general, en diversos centros de costo para producir un bien homogéneo, para estimar luego la alícuota con la cual cada uno de esos centros participa en el gasto total de la producción del bien. El costeo se realiza a partir de la elaboración de una matriz de costos directos e indirectos (Schweiger A. 2009). En este trabajo únicamente se describen los honorarios diferenciales de los profesionales y del personal involucrado en el procedimiento, de acuerdo a la complejidad de la cirugía realizada. Estos honorarios

constituyen en la práctica el principal costo adicional del programa, que se suma al costo de las cirugías adicionales que se realizaron durante el período de estudio.

3. Resultados

3.1 Descripción del modelo de incentivos desarrollado para la reducción de listas de espera quirúrgicas

El programa de incentivos desarrollado para trabajar sobre las listas de espera quirúrgicas contempló honorarios fijos por cada cirugía para el personal que interviene en el proceso y en las primeras horas de la recuperación, siempre que ella sea realizada fuera del horario habitual de trabajo.

En el inicio del programa (2004) se definieron dos niveles de complejidad de cirugías según requirieran o no circulación extracorpórea, para establecer el monto de los honorarios. Las cirugías con circulación extracorpórea son más complejas y requieren personal especializado en perfusión. El esquema de honorarios propuestos se ve en la tabla 1.

Durante el curso del programa se advirtió que este esquema no contemplaba las diferencias existentes dentro de las patologías que se reparan que requieren mayores habilidades y destrezas, así como tiempos de cirugía más prolongados. En consecuencia se incentivaba la realización de cirugías de menor complejidad en horario vespertino, en lugar de las cirugías más complejas, especialmente las neonatales. Para resolver esta situación en Abril del 2008 se redefinen las categorías, con honorarios crecientes en función de la

complejidad. Módulo I: cirugías sin circulación extracorpórea, Módulo II con circulación extracorpórea y mediana complejidad y Módulo III con circulación extracorpórea y máxima complejidad como la cirugía neonatal. En esta etapa se incorpora al cardiólogo para la realización del ecocardiograma postoperatorio en el quirófano (tabla 2).

En la tabla 3 se detalla el monto anual destinado al pago de honorarios por cirugías vespertinas. Cabe mencionar que, además de la incorporación de una nueva categoría de complejidad, los honorarios sufrieron ajustes por inflación a lo largo del período de estudio. Por otro lado la distribución por complejidad de las cirugías no es fija, por ejemplo en el año 2008, 37% de las cirugías realizadas en horario

Tabla 1
Honorarios de cirugía vespertina en la 1º etapa del programa

Profesional	Honorarios (\$)
Cirujano	300
1er ayudante	250
2do ayudante	125
Anestesista	250
Intensivista	150
Perfusionista	100
Técnico anestesia	90
Instrumentadora (dos)	90 x 2
Total de honorarios por cirugía con circulación extracorpórea	\$1445
Total de Honorarios por cirugía sin circulación extracorpórea	\$1345

Fuente: Gerencia de Recursos Humanos. Hospital J.P.Garrahan (2004)

Tabla 2
Honorarios de la cirugía vespertina según complejidad en la 2da etapa del programa

Profesional	Módulo I	Módulo II	Módulo III
Cirujano	570	820	1100
1er ayudante	480	680	900
2do ayudante	180	250	310
Anestesista	480	680	900
Intensivista	250	375	500
Cardiólogo	250	375	500
Perfusionista	-	225	300
Técnico anestesia	140	188	250
Instrumentadora (2)	140 x 2	188 x 2	250 x 2
Total módulo	\$ 2630	\$ 3969	\$ 5260

Fuente: Gerencia de Recursos Humanos. Hospital J.P.Garrahan (2004)

Tabla 3
Gastos en honorarios adicionales por año de programa

Año	Erogación anual (\$)	nº cirugías vespertinas	Pago promedio por cirugía (\$)
2005	77.575,95	102	760,54
2006	231.503,39	179	1293,31
2007	260.223,43	211	1233,28
2008	498.921,30	268	1861,64
Totales	1.068.224,07	760	1405,55

Fuente: Gerencia de Recursos Humanos. Hospital J.P.Garrahan (2009)

vespertino fueron de baja complejidad, 40% de mediana y 23% de mayor complejidad. Por último, no todo el personal que interviene en las cirugías vespertinas está fuera de su horario habitual, condición para cobrar el incentivo. Estas variaciones pueden explicar que el valor promedio pagado por cirugía muestre variaciones en el tiempo.

3.2 Población intervenida quirúrgicamente entre los años 2004-2008

En el servicio de cirugía cardiovascular del hospital de Pediatría "J.P.Garrahan" se atienden pacientes de 0 a 16 años, y excepcionalmente pacientes mayores que han sido atendidos desde temprana edad.

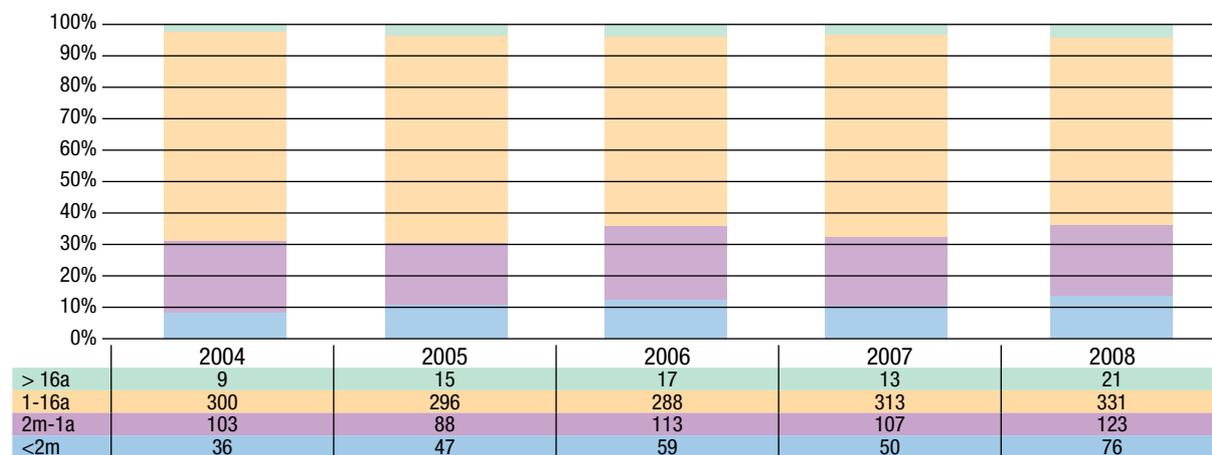
En el gráfico 1 se observa la evolución anual de la distribución por edad, observándose un leve aumento del grupo de recién nacidos y de los mayores de 16 años.

Las patologías en orden de frecuencia se observan en la Tabla 4 podemos observar como en los primeros cinco diagnósticos se concentran más del 50% de la patología.

3.3 El sistema de asignación de turnos

El servicio de cirugía cardiovascular del hospital Garrahan dispone de dos quirófanos exclusivos, que de acuerdo a la disponibilidad de personal, permite contar con aproximadamente 364 turnos por año. De acuerdo a la patología y a la condición clínica del paciente al momen-

Gráfico 1
Distribución de la población por edad (2004-2008)



Fuente: base de datos de la unidad de recuperación cardiovascular. Hospital J.P.Garrahan

Tabla 4
Diagnósticos en orden de frecuencia (2004-2008)

Diagnóstico	Nº Pacientes	%	% acumulativo
Comunicación interventricular	484	20.1	20.1
Tetralogía de Fallot	240	10.0	30.1
Comunicación interauricular	210	8.7	38.8
Estenosis/atresia pulmonar	177	7.3	46.1
Ventrículo único	167	6.9	53.0
Ductus arterioso	153	6.3	59.3
Trasposición de Grandes Vasos	128	5.3	64.6
Patología válvula Aórtica	122	5.0	69.6
Patología válvula tricúspide	102	4.2	73.8
Anomalía de retorno venoso pulmonar	98	4.0	77.8
Coartación de Aorta	84	3.5	81.3
Canal auriculoventricular	75	3.1	84.4
Doble salida de Ventrículo Derecho	66	2.7	87.1
Patología válvula Mitral	61	2.5	89.6
Hipoplasia de Corazón izquierdo	24	1.0	90.6
Tronco Arterioso	21	0.8	91.4
Anomalía de implantación coronaria	12	0.5	91.9
Anillo vascular	11	0.4	92.3
Misceláneas	219	7.7	100
Total	2397	100	

Fuente: base de datos de la unidad de recuperación cardiovascular. Hospital J.P.Garrahan

to de la indicación quirúrgica se decide si el mismo puede esperar un turno fijo o si debe ingresar en la lista de urgencias. De esta manera se configuran 2 tipos de turnos:

- **Turno fijo o programado:** aquel paciente que por la evolución habitual de su patología puede esperar un tiempo más prolongado (12 a 15 meses) sin gran deterioro de su condición.
- **Turno volante:** aquel paciente que por la evolución esperable de su patología y/o por su condición clínica debe ser intervenido en un plazo más breve.

De los 364 turnos disponibles por año, aproximadamente 314 se asignan en forma programada y 50 quedan disponibles para enfrentar las urgencias. Todos los turnos que surgen de suspensiones de cirugías programadas se asignan a los pacientes en turno volante. Dado que la disponibilidad de turnos es relativamente fija, el aumento del volumen de pacientes operados solo puede hacerse extendiendo los plazos de espera. Cuando estos plazos se prolongan se produce un aumento del número de pacientes en turno volante (gráfico 2).

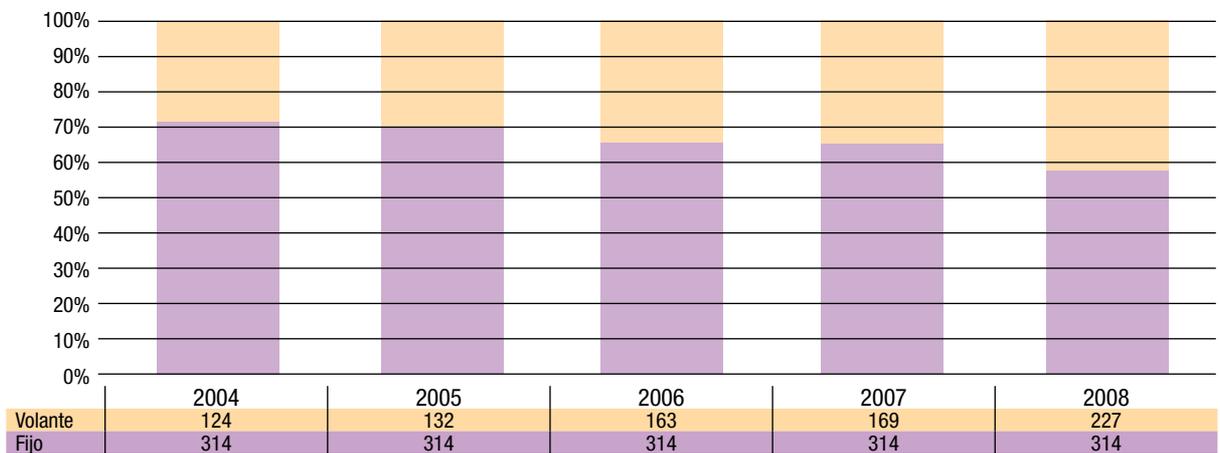
3.4 Impacto del programa en los resultados quirúrgicos

a) Evolución de la producción:

En los años 2003-2004 se llega al máximo de cirugías posibles en función de la infraestructura y los recursos humanos disponibles. El comienzo del programa de incentivos para cirugía vespertina permite un aumento de la producción quirúrgica de un 7% entre 2004 y 2006. Cabe mencionar que en el año 2005 el hospital estuvo afectado por un largo período de huelgas que impidieron el normal funcionamiento del servicio. Durante ese período la cirugía vespertina solo permitió mantener el nivel de producción del año anterior.

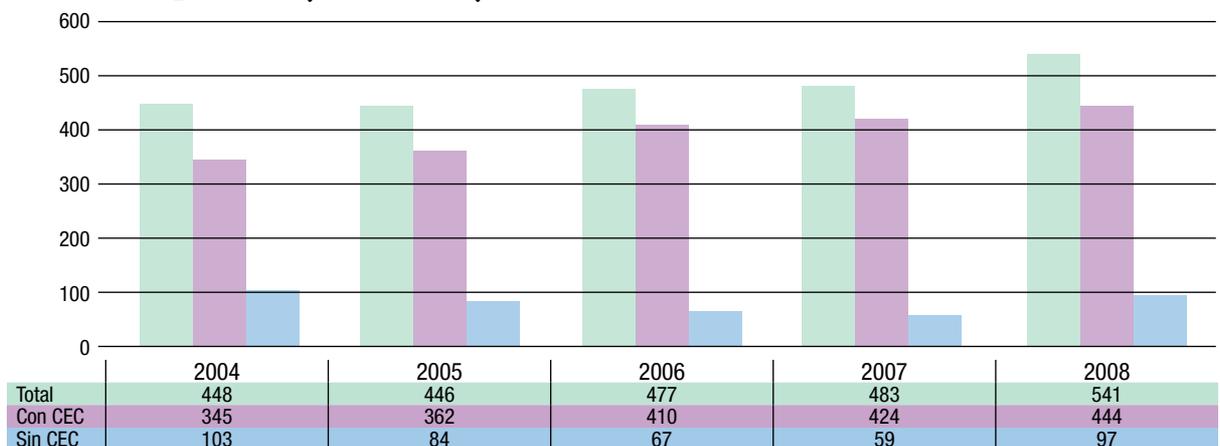
A partir de una mejor utilización del recurso humano e infraestructura quirúrgica la limitación para aumentar la producción se traslada al número de camas. La unidad de recuperación cardiovascular contaba con 15 camas con una ocupación anual superior al 90%, por lo que en Junio del 2007 se inauguró un nuevo sector con 6 camas adicionales para CCV. Como se observa en el gráfico 3 a partir de ese

Gráfico 2
Pacientes según tipo de turno quirúrgico (2004-2008)



Fuente: base de datos de la unidad de recuperación cardiovascular. Hospital J.P. Garrahan

Gráfico 3
Pacientes operados (2004-2008)



Fuente: base de datos de la unidad de recuperación cardiovascular. Hospital J.P. Garrahan

año el número de pacientes vuelve a incrementarse hasta superar los 500 en el año 2008.

b) Evolución del tiempo de espera:

El comportamiento del tiempo de espera se observa en el gráfico 4 donde se aprecia un aumento sostenido del tiempo de espera hasta el año 2006, con un marcado descenso en el 2007, seguido de una meseta en el 2008.

c) Tiempo de espera por patología

La variedad de patologías es muy grande y la separación de los pacientes en dos listas diferentes (turno fijo y volante) hace difícil evaluar el impacto del programa en el total de la población estudiada, por lo que un análisis por patologías puede resultar de mayor utilidad. Se analizaron 3 tipos de cirugía: el cierre de la comunicación inter-ventricular del lactante, la reparación de la Tetralogía de Fallot y la cirugía de Fontán. Las dos primeras por tratarse de cardiopatías fre-

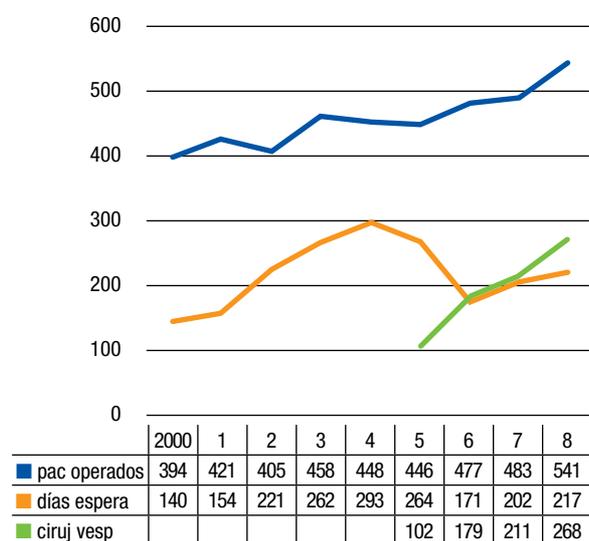
cuentas cuya estrategia actual es evitar la cirugía paliativa, por lo que requieren una rápida resolución. La cirugía de Fontán, constituye la última de un conjunto de intervenciones en la reparación de los "ventrículos únicos" y se realiza en forma electiva alrededor de los 3 o 4 años.

Como puede observarse en el gráfico 5 la mediana de tiempo de espera descendió en las tres patologías siendo más marcada en la CIV y el Fallot.

d) Evolución de la morbilidad:

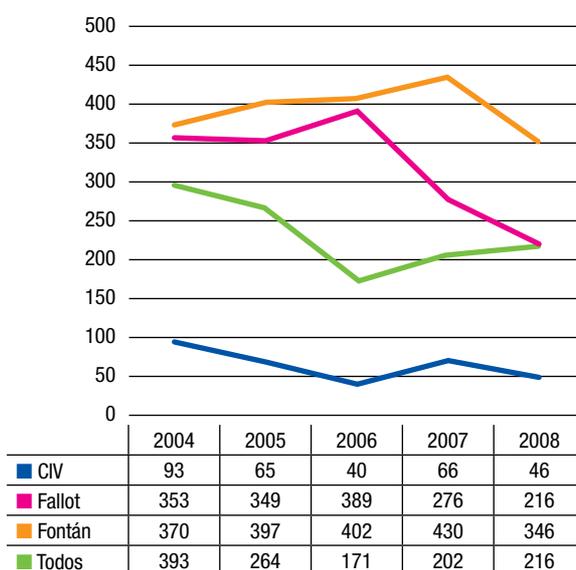
El resultado de la cirugía cardíaca habitualmente se mide por su mortalidad, sin embargo hay un interés creciente en evaluar la morbilidad de los procedimientos, aunque aún no se cuenta con indicadores estandarizados. La tabla 5 describe la evolución anual de los indicadores de morbilidad utilizados por el servicio para evaluar sus resultados. Como puede observarse no hay grandes diferencias a pesar del aumento de la producción, y sobre todo del aumento del

Gráfico 4
Pacientes operados y tiempos de espera (2004-2008)



Fuente: base de datos de la unidad de recuperación cardiovascular. Hospital J. P. Garrahan

Gráfico 5
Evolución del tiempo de espera por patología (2004-2008)



Fuente: base de datos de la unidad de recuperación cardiovascular. Hospital J. P. Garrahan

Tabla 5
Evolución de los indicadores de morbilidad en cirugía cardíaca durante los años 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Mortalidad (%)	5.1	5.2	5.3	7.0	5.5
ARM postop (%)	40	40	45	50	49
% cirugía neonatal	8.4	10	10	8.4	14
Diálisis postop (%)	6.3	4.9	5.9	5.9	5.4
Reoperación (%)	8.3	8.1	7.4	10	8.5
Complicaciones (%)	24	25	22	27	26
Estancia UCI (días)	4	4	5	4	5
(Intervalo 25-75%)	3-7	3-9	3-10	2-8	3-10

Fuente: base de datos de la unidad de recuperación cardiovascular. Hospital J. P. Garrahan

número de recién nacidos operados, que constituyen una población extremadamente vulnerable.

e) Ajuste por riesgo y comparación de resultados:

En la tabla 6 se describe la distribución de pacientes por escala de RACHS-1 y la mortalidad observada, que como es esperable aumenta conforme aumenta la complejidad del procedimiento.

En los gráficos 6 y 7 se muestra la comparación de los resultados del hospital Garrahan, con diferentes centros de referencia extranjeros. En el primer caso la comparación es con datos publicados de diferentes bases de datos de Estados Unidos, utilizando la escala de RACHS-1. Como puede verse la mortalidad es similar en los RACHS más bajos, pero se amplía la diferencia en las categorías de mayor complejidad. En el siguiente gráfico la comparación se realiza con centros europeos en base al score de Aristóteles. Se puede observar que los resultados son similares, tanto en volumen como en sobrevida.

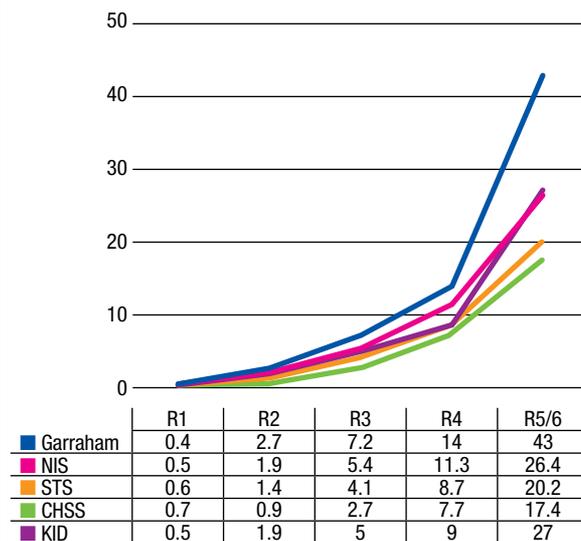
Tabla 6
Mortalidad ajustada por riesgo según escala de RACHS-1

Escala de RACHS	Total de Pacientes	%	Mortalidad (%)
1	448	20.1	0.4
2	863	38.8	2.7
3	732	32.9	7.2
4	150	6.7	14
5	1	0.04	-
6	30	1.3	43
Totales	2224		5.0

4. Conclusiones

Las listas de espera prolongadas son un hecho frecuente en los países con sistemas de salud de financiación pública y es un hecho común en los hospitales públicos de nuestro país. Expone a los pacien-

Gráfico 6
Mortalidad comparada según escala de RACHS (2204-2008)



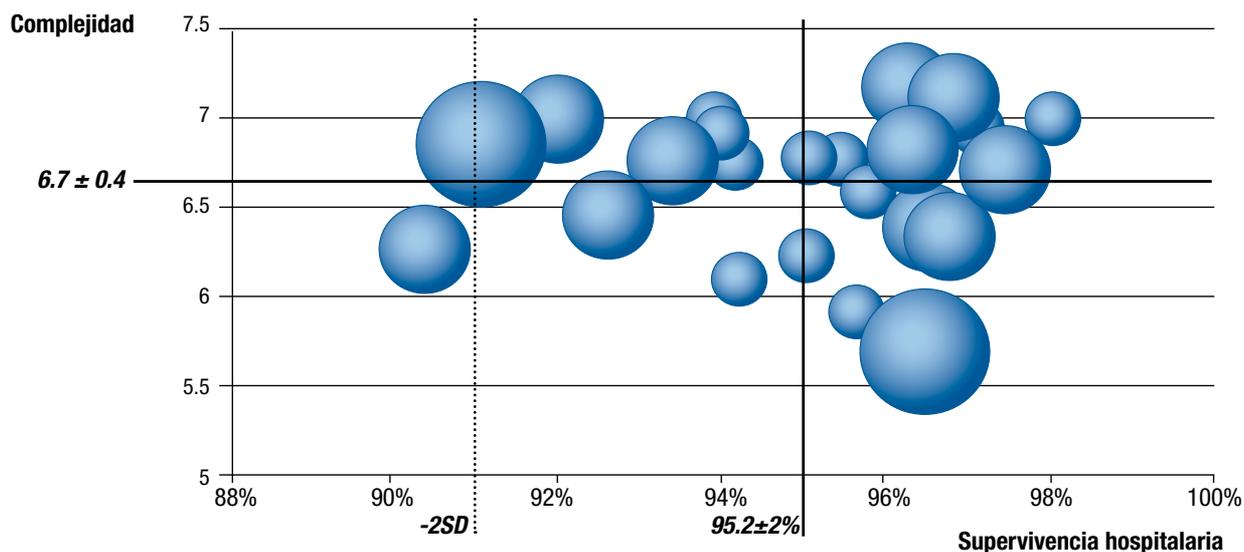
Fuente¹: Welke K.; Diggs B.; Karamlou T.; Ungerleider R. Comparison of Pediatric Cardiac Surgical Mortality Rates From National Administrative Data to Contemporary Clinical Standards. Ann Thorac Surg 2009;87:216-23.

¹ NIS: Nationwide Inpatient Sample. Healthcare Cost and Utilization Project. 1988-2005. Agency for Healthcare Research and Quality. (datos 2002-2005)
STS: The Society of Thoracic Surgeons Congenital Heart Surgery Database 2007 (2002-2005)
CHSS: Congenital Heart Surgeon's Society (Datos 2001-2004)
KID: Kids' Inpatient Database (Datos 2004)

Gráfico 7
Comparación con centros europeos (score básico de Aristóteles)

Centros Europeos	6.7 ± 0.4	Sobrevida 95.2±2%
Htal Garrahan	6.87 ± 2.4	Sobrevida 94.4%

El tamaño de las burbujas representa el volumen de cirugías anuales: <500, 500 a 1000 y >1000



Fuente: Welke K.; Diggs B.; Karamlou T.; Ungerleider R. Comparison of Pediatric Cardiac Surgical Mortality Rates From National Administrative Data to Contemporary Clinical Standards. Ann Thorac Surg 2009;87:216-23.

tes a riesgos o sufrimientos innecesarios y aumenta la insatisfacción y desconfianza de los ciudadanos en el sistema de salud.

- Existen diferentes alternativas para enfrentar el problema, pero como hemos analizado, todas ellas han demostrado limitaciones en su aplicación.
- El programa de incentivos iniciado por el hospital “J.P. Garrahan” en el año 2005, y que continúa en la actualidad, permitió incrementar el número de pacientes operados por cirugía cardiovascular en un 20% en el período de estudio.
- El grupo etario con mayor incremento fue el de los recién nacidos, pero este aumento solo se observó a partir del último año. Este hecho está probablemente vinculado al aumento de la remuneración por mayor complejidad que estimuló la realización de este tipo de cirugías, sumado a la mayor disponibilidad de de camas.
- No se observaron comportamientos oportunistas generados por los incentivos, como por ejemplo suspensiones de cirugía por la mañana para realizarlas por la tarde. El exceso de demanda es de tal magnitud que todos los turnos de quirófano fueron utilizados, y las eventuales suspensiones que se observaron fueron por razones ajenas al servicio.
- La reducción del tiempo de espera de la población estudiada, en su conjunto, fue muy importante al inicio del programa pero tiende a atenuarse al final del período de estudio, como se ha observado en otras experiencias publicadas. Dentro de este análisis se observa que las patologías que más se beneficiaron, en cuanto a la reducción del tiempo de espera, fueron la Comunicación inter-ventricular y la Tetralogía de Fallot.
- A diferencia de lo publicado, la reducción de los tiempos de espera no se tradujo en diferencias significativas en los resultados del post-operatorio inmediato. Dado que estos resultados dependen de una enorme cantidad de variables, es posible que los indi-

cadores no sean lo suficientemente sensibles para realizar este análisis.

- Los indicadores de mortalidad ajustada por riesgo fueron de gran utilidad en la comparación con centros de referencia, lo que permite establecer un buen punto de partida para trabajar en la mejora de la calidad. Asimismo contar con valores locales de referencia puede ser de utilidad para otros centros del país y de la región.
- En relación a los costos del programa, si bien el análisis como ya se ha mencionado es muy restringido, podemos decir que se realizaron 760 cirugías vespertinas durante el período de estudio, con un costo adicional promedio de \$1405 por cada una. Frente a otras alternativas en el corto plazo, como contratar servicios privados, o, en el largo plazo, como aumentar la capacidad instalada o desarrollar nuevos centros públicos parece una alternativa razonable para enfrentar la demanda excesiva del sector. Sin embargo para alcanzar conclusiones más precisas y para una adecuada planificación y una correcta asignación de los recursos, se necesitan otro tipo de estudios como los de costo- efectividad y costo- utilidad.

En síntesis se puede decir que la estrategia de incentivos de pago por acto en una institución pública, es una alternativa que permite una utilización más eficiente de los recursos, ampliando su capacidad de resolución de casos, con un costo razonable y sin generar comportamientos oportunistas. Se trata de un modelo que puede ser replicado fácilmente por las instituciones públicas para ampliar la oferta de prácticas altamente efectivas, que aseguren una mayor accesibilidad y equidad al sistema de salud. En ese sentido hay que destacar que, el hecho de permitir que los profesionales más capacitados puedan generar mayores ingresos dentro del sistema, evita que emigren tempranamente al sector privado en busca de un mayor beneficio económico. La experiencia del Hospital Garrahan, utilizando una estrategia de incremento de la oferta a través de un modelo mixto de pago así lo demuestra.

Bibliografía

- Alcalde Escribano J; Villeta Plaza R; Ruiz López y col. Informe sobre los criterios para establecer prioridades al incluir pacientes en lista de espera de cirugía. *Cir Esp* 2002;72(6):349-58.
- Buglioli M; Gianneo O; Mieres G. Modalidades de pago de la atención médica. *Rev Med Uruguay* 2002;18:198-210.
- Cipriano L.; Chesworth B; Anderson C; Zaric g. An evaluation strategies to reduce waiting times for total joint replacement in Ontario. *Medical care* 2008;46(11):1177-83.
- DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. <http://www.deis.gov.ar>
- Donabedian Avedis. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966;44:166-203
- Donabedian Avedis. The quality of medical care. *Science* 1978;200:856-64.
- Gonzalez-Busto Múgica Análisis de la eficacia de medidas para la gestión de las listas de espera en centros hospitalarios públicos. XVIII Jornadas de AES. Información Sanitaria y nuevas tecnologías. Vitoria. Mayo 1998:367-89.
- Jacobs J.; Cerfolio RJ.; Sade RM. The ethics of transparency: publication of cardiothoracic surgical outcomes in the lay press. *Ann Thorac Surg* 2009;87:679-86.
- Lewis S, Barer M, Sanmartin C, Shortt S, McDonald P. Ending waiting-list mismanagement: principles and practice. *CMAJ* 2000;162:1297-1300
- Lizán-García M, Planchuela L. y col. Evaluación de un programa de reducción de las listas de espera quirúrgica basados en la derivación de pacientes. *Rev Calidad Asistencial* 2000;16:195-98.
- Magliola R, Laura JP, Capelli H. Situación actual de los niños con cardiopatía congénita en Argentina. *Arch. argent. pediatr* 2000;98:130-133.
- Magliola R, Althabe M, Charroqui A y col. Cardiopatía Congénita: actualización de resultados quirúrgicos en un hospital pediátrico 1994-2001. *Arch argent pediatr* 2004;102:110-114
- Schweiger A. Herramientas de gestión de presupuesto por resultados. *Revista Isalud*. Abril 2009. Pg.35-42.
- Williams W. Defining operative mortality: it should be easy, but is it?. *Ann Thorac Surg* 2006;81:1557-1560.