

Apoyo al sistema de salud en época de crisis: De lo macro a lo micro

Liliana Jordá-Vargas¹, Silvia Vouillat² y Ricardo A. Parra²

1. Laboratorio de Análisis Clínicos, Hospital Gral. Dr. A. Zubizarreta. Buenos Aires, Argentina

2. Doctorado en Salud Pública, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (U.C.E.S). Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

El sistema de salud en épocas de crisis, desde lo macro hacia lo micro, necesita la inserción y compromiso de las instituciones. En época de pospandemia, las políticas de salud conviven y fluctúan, por lo que debemos tener claro qué determinantes sociales cambian y no alejarnos de las funciones esenciales de la salud pública que nos marcan el camino hacia una resiliencia organizacional. El “concepto del derecho a la salud y protección a poblaciones vulnerables” nunca podrá ser erradicado del individuo dentro de la sociedad, y se hace más fuerte en épocas de crisis. Se debe encontrar el espacio para la gestión institucional, el análisis interno, el planeamiento estratégico y la aplicación del cuidado centrado en el paciente para descomprimir el sistema de salud y optimizar recursos. Es responsabilidad de la población, los profesionales de la salud y las instituciones otorgar el apoyo a las acciones personales y políticas institucionales hacia el sistema de salud macro en época de crisis sanitaria.

Palabras clave: salud pública, resiliencia organizacional, gestión institucional, crisis sanitarias.

Support for the Health System in Times of Crisis: From Macro to Micro

ABSTRACT

The health system in a sanitary crisis, from the macro to the micro, requires the insertion and commitment of the institutions. In the post-pandemic period, health policies coexist and fluctuate. By the way, we must be clear about the changing social determinants and not deprive us of essential public health functions. Those mark us along the way towards organizational resilience.

The right to health and the protection of vulnerable populations will always remain intrinsic to individuals within society. It is more powerful in times of crisis.

We must find the space for institutional management to ease the burden on the health system and enhance resource efficiency. It requires internal analysis, strategic planning, and application of patient-centered care. The population, health professionals, and institutions are responsible for supporting personal actions and institutional policies within the macro health system during a health crisis.

Keywords: public health, organizational resilience, institutional management, health crises.

Autora para correspondencia: lijorda@gmail.com, Jordá-Vargas L.

Recibido: 14/04/24 Aceptado: 10/12/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v451.349>

Cómo citar: Jordá-Vargas L, Vouillat S, Parra RA. Apoyo al sistema de salud en época de crisis: De lo macro a lo micro. Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2025;45(1):e0000349

INTRODUCCIÓN

Los efectores de un sistema de salud en época de crisis tienen la responsabilidad de optimizar recursos, insumos y fortalecer las políticas de salud macro en la medida en que lo microinstitucional responda a las necesidades de la población usuaria.

Por otro lado, el conocimiento del contexto y el análisis interno institucional facilitan un planeamiento estratégico de políticas sanitarias que permitan la inserción del hospital en el sistema de salud y el aprovechamiento de los recursos otorgados por el Estado. Más aún, el análisis de la crisis pospandemia y nuevas realidades en políticas públicas plantean necesidades emergentes para dar respuesta desde lo macroinstitucional y microinstitucional.

En este trabajo se realiza una reflexión sobre la situación de la salud pública en la actualidad y se proponen alternativas o acciones de apoyo, explorando el modo de inserción y compromiso de las instituciones en el sistema de salud en época de crisis.

SISTEMAS DE SALUD EN CRISIS

Un sistema de salud está constituido por el conjunto de organizaciones que, en una determinada sociedad, tienen por misión proveer los servicios de cuidado de la salud que las personas de dicha sociedad necesitan para mejorar su calidad de vida¹. Los sistemas de salud representan la organización que se dan las sociedades para cuidar la salud de su población y constituye la articulación entre 3 componentes: político (modelo de gestión), económico (modelo de financiamiento) y técnico (modelo de atención)².

De hecho, el sistema de salud argentino obedece a un sistema mixto que está compuesto esencialmente por tres subsectores que, de algún modo, expresan los tres modelos de sistemas de salud que fueron desarrollándose en el mundo: subsector público (modelo universalista), subsector de obras sociales (modelo de seguro social) y subsector de prepagos (modelo de seguros privados)³. El sector de salud argentino, de este modo, fue conformándose no como un verdadero sistema donde cada una de las partes constituyentes concurren de forma armónica para el logro de los objetivos, sino como una sucesiva incorporación de subsectores que determinaron un sector altamente fragmentado, desarticulado, intrincado e ineficiente³.

Históricamente, la crisis sanitaria se ha manifestado en el mundo en diferentes aspectos fundamentales: financiero, de racionalización y de legitimación del sector salud; en ellos están involucrados todos los niveles de gestión del sistema de salud¹.

Para la gestión de estos sistemas se conocen diferentes niveles con referencia al sustrato donde se debe actuar: 1) Macrogestión o nivel de propiedad desarrollado por el Estado (realiza la planificación evaluación y control global del sistema o sector salud); 2) Mesogestión o nivel de las conducciones o gerencias (responsable de que se cumpla la misión establecida por la macrogestión); 3) Microgestión: nivel operativo conformado por los trabajadores (cuya responsabilidad es producir los servicios definidos

en la misión) y 4) Nanogestión: nivel emergente de la microgestión (donde se evidencia la interacción clínica y se debe trabajar la motivación pues es el nodo de la complejidad del sistema)⁴.

La articulación entre los operadores (trabajadores de la salud) a nivel de la microgestión y la nanogestión, y las políticas institucionales y de salud pública (mesogestión y macrogestión) es necesaria para lograr el resultado esperado del cuidado de la salud dentro de los sistemas complejos con un nuevo enfoque gerencial de los sistemas sanitarios⁵.

Este nuevo enfoque gerencial podría ser útil en el período pospandemia donde el desafío es aún el restablecimiento de la provisión de servicios y tratamiento de patologías distintas del COVID-19, que se vio afectada por un aumento de la pobreza⁶.

Esto es así porque, una vez controlada la emergencia epidemiológica causada por el COVID-19, los sistemas de salud enfrentaron el desafío de resolver los problemas estructurales de su diseño dual (contributivo y no contributivo), con agudización de las inequidades perpetuando un sistema sanitario deficitario en época de crisis⁶.

Y es que, en este juego del mercado, el Estado como regente, las instituciones y los trabajadores son los que terminan siendo los actores finales del ejercicio del derecho a la salud de la población con la optimización de recursos en época de crisis.

Por ello son necesarios el conocimiento y la sensibilización del concepto de salud pública como un derecho, para desarrollar capacidades de gestión en todos los servicios de una institución de salud.

CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA

Aunque el concepto de salud pública es muy dinámico e incluye concepciones y críticas a la definición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁷, una de las definiciones más completas de Salud Pública es:

La salud pública es el resultado del esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de naturaleza pública, para mejorar la salud de las poblaciones por todos los medios idóneos⁸.

Los preceptos de derecho y enfoque del legado de Ramón Carrillo en cuanto al concepto de salud pública y la función de los tipos de medicina en la sociedad siguen aún vigentes⁹. Un análisis de Flores en relación con su legado plantea la medicina como una medicina social en la salud pública, con aspectos preventivos en atención primaria para la salud (APS), pero principalmente en la medicina sanitarista que se relaciona con la pobreza⁹. Actualmente, el derecho del paciente sigue siendo agenda social y política permanente a pesar del tiempo transcurrido.

Según el Dr. Ramón Carrillo: *...debemos cuidar nuestra salud, ya que no es totalmente nuestra, sino que pertenece a la familia que formamos y al Estado...* La concepción social de salud incluye la responsabilidad individual hacia otros. *...Mi salud no es sólo para mí mismo. Es también un bien para quienes me rodean* Esto coloca el debate sobre las concepciones de salud en otra clave, en otro nivel. Y aporta a la discusión sobre si esta es medio o fin, o ambos⁹.

La sociedad cuida a la salud pública como un preciado valor exigiendo la respuesta del Estado para mantener ese derecho vigente desde lo individual. El concepto del derecho a la salud no podrá ser nunca erradicado del individuo dentro de la sociedad y se hace más fuerte en épocas de crisis.

Más aún, el concepto de salud constituye un perfil multidisciplinario donde se incluyen ciencia de la administración, medicina, epidemiología y metodología de la investigación¹⁰. La ciencia de la administración ha tomado relevancia en salud, porque para mejorar la salud de las poblaciones se debe contar con recursos bien administrados. De esta manera, la institución vuelve a formar una parte importante del rompecabezas del concepto de salud pública con referencia a la gestión y utilización de “todos los medios idóneos” para mejorar la salud de las poblaciones.

Como actores dentro de un campo de la salud, los profesionales deben conocer los determinantes sociales y mapas de vulnerabilidad de los sujetos del cuidado (pacientes) para contribuir a la equidad y accesibilidad y a fortalecerla en época de crisis.

EL CAMPO DE LA SALUD

La salud de la población es una cuestión política porque los propios determinantes sociales son sensibles a las intervenciones políticas en salud^{11,12}.

Existe una tendencia a liberar al Estado de esa responsabilidad con políticas neoliberales. Esto podría tener impacto en las políticas de salud pública y generar un campo diferente en la problemática y respuesta que debe dar el sistema de salud a nuevos determinantes sociales.

En particular, Crojethovic plantea una equiparación de dos extremos de tendencia en políticas de salud (por un lado basada en los derechos y, por otro lado, en la política neoliberal) y ambos sistemas extremos conducen a problemas que se deben abordar en cada realidad y momento determinado¹².

El derecho de las poblaciones vulnerables a la salud desde la política social se infiltra en las instituciones de manera cotidiana a través del análisis de los determinantes sociales en salud pública. La calidad de atención tiene un eje en la accesibilidad y equidad que implica la socialización y no estigmatización de poblaciones vulnerables (entre ellos: adultos mayores, personas con problemas de consumo y violencia, personas con diversidad de género, etc.).

El rechazo del sistema de salud a las personas con problemas de violencia y consumo problemático produce falta de accesibilidad a los servicios de salud en época de crisis, vulnerando muchos derechos¹³. Incluso el alcohol y la violencia de género requieren un trabajo mucho más específico, con foco en grupos de ayuda y profesionales altamente preparados para abordar esta problemática¹⁴. Más aún, a pesar de todos los esfuerzos y avances legales que se hicieron en estos tiempos, todavía existen barreras organizacionales y simbólicas, hasta en consultorios inclusivos que funcionan en la provincia de Buenos Aires¹⁵.

El respeto por la autonomía, los derechos y las atenciones con referencia a la salud física y mental de los adultos mayores debería ser un tema transversal cotidiano que apremie a las políticas institucionales en cuanto a la implementación de los recursos y necesidades de esta población.

La hipervulnerabilidad de los adultos mayores a entornos virtuales probablemente debería ser analizada en profundidad, cuando se implementan políticas de innovación que utilicen la tecnología para asignación de turnos, envío de resultados, etc.¹⁶. Por otro lado, es una población vulnerable a colonizaciones por patógenos multirresistentes, requerimiento de dispositivos médicos, intervenciones quirúrgicas e internaciones prolongadas. Así, la alta circulación de este grupo etario podría alterar la flora hospitalaria, las tasas de multirresistencia y de infecciones de manera considerable¹⁷. La acción del comité de control de infecciones, programa de lavado de manos, vigilancia de la multirresistencia, higiene hospitalaria y políticas como el programa de control de antimicrobianos ha demostrado que produce ahorros significativos institucionales al disminuir las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) de manera significativa y mejorar la calidad de atención sanitaria¹⁷.

Todas las acciones anteriormente mencionadas requieren un reconocimiento de la vulnerabilidad implicada y un ordenamiento con un espacio para la gestión que pueda facilitar el desarrollo de políticas e intervenciones para sostener un sistema de salud en crisis.

EL ESPACIO PARA LA GESTIÓN

Se necesita un espacio de gestión entre los niveles macro y lo micro que permita transformar las políticas en acciones y viceversa. Estas políticas intervienen en los grupos sociales y generan una demanda que queda así modelada desde “arriba”, o sea desde la oferta de los servicios, pero a la vez desafía a la política macro desde territorios desiguales según cada institución que representa a distintos micromundos¹².

Acá es donde es importante, sobre todo en épocas de crisis, definir esos micromundos para adoptar las acciones institucionales necesarias que se ajusten a la realidad poblacional. Algunos ejemplos de esas acciones o decisiones institucionales pueden ser: decisión de contar con medicamentos para realizar quimioprevención de parasitosis intestinales en niños escolarizados, aumentar la dotación de elementos para la limpieza y el lavado de manos a fin de evitar las IACS, la decisión de protocolos de tratamiento y estudios de vigilancia de portación de bacterias multirresistentes, programas de políticas de calidad institucional, aumentar la dotación de turnos, mejorar la accesibilidad a personas vulnerables, solicitar concursos en función de tareas abocadas a la APS (atención primaria de la salud), realizar capacitaciones en metodología de la investigación y eventos científicos para comunicación científica, redistribuir el presupuesto y adquirir nuevas metodologías para las nuevas demandas en salud, entre otras.

Todas las acciones mencionadas, para ser llevadas a cabo de manera eficiente, requieren la aplicación de un modelo de gestión por procesos. Con ella se crea un escenario donde se produce la interacción de los actores e involucrados en determinado marco institucional^{12,18}. Se identifican los responsables de cada proceso relevante para el cuidado de la salud, se realizan mejoras y esto orienta hacia la gestión por indicadores y gestión de resultados basados en la gestión hacia el valor para el paciente¹⁸. Para ello se requiere un proceso de cambio en los procesos de comunicación, liderazgo y el trabajo en equipo¹⁹. El conjunto de estas medidas genera una gestión hacia la mejora continua de la calidad asistencial dentro de un sistema complejo, dinámico, donde los procesos, guías y protocolos también son actores de las praxis hacia el cuidado de la salud.

La incorporación de la gestión de riesgos, la coproducción, los modelos de atención centralizada en las personas y humanización del cuidado de la salud se pueden articular en la gestión por procesos para enriquecer el servicio y brindar desafíos y alternativas de resiliencia ante la crisis sanitaria²⁰.

Por otro lado, se deben establecer objetivos con metas cuantificables y disponibles para el personal del hospital, así como un análisis interno y de contexto con la comunicación eficiente, preferiblemente utilizando rigor científico, metodología de la investigación y herramientas de gestión de la calidad. Así se podría lograr la gestión participativa y controlar el planeamiento operativo de cada servicio de la institución que forma parte de la microgestión.

En la medida en que algunas de estas acciones y procesos estén alineados hacia objetivos, análisis internos e indicadores de gestión, se estará realizando un importante apoyo al sistema de salud en épocas de crisis. La gestión institucional necesita la realización del planeamiento estratégico, preferiblemente adquiriendo el modelo adaptativo, para lograr la adecuación entre contexto y recursos¹⁸.

Es necesario el esfuerzo sistemático de cada organización, una gestión del cambio hacia la resiliencia organizacional para poder cumplir con los procesos, el planeamiento y encontrar esos espacios necesarios para la gestión en cada contexto y escenario individual.

RESILIENCIA ORGANIZACIONAL

Las organizaciones resilientes son aquellas que no solo resisten la adversidad, sino que pueden aprender de ellas y salir fortalecidas²¹. Estas características presentes en un sistema de salud les permite afrontar diversas crisis como desastres ambientales, pandemias o epidemias y crisis presupuestarias, entre otras.

El modelo heurístico de las organizaciones saludables define a estas organizaciones como aquellas con capacidad para hacer esfuerzos sistemáticos, realizar planificaciones y procesos proactivos de la interacción de los empleados con la organización. Estos esfuerzos se deben realizar en el plano individual (tarea asignada, liderazgo y buen ambiente laboral) y organizacional (estrategias de

mejora continua y acciones colectivas institucionalizadas, evaluación de clima organizacional)²¹.

Algunos autores manifiestan que el sistema de salud ha salido más favorecido luego de la pandemia, mientras que otros plantean una nueva crisis de un sistema empobrecido y con nuevas necesidades de enfermedades asociadas a la pobreza y una nueva pandemia de multirresistencia antimicrobiana y problemas de salud mental^{22,23}.

En la búsqueda de la resiliencia organizacional, el clima laboral y el bienestar del personal de salud son un elemento clave, junto con el liderazgo, la sensibilización y motivación vocacional (elementos clave de la nanogestión)^{4,21}. El riesgo y cuidado de los trabajadores de la salud se ha estudiado en el período pospandemia, donde la exposición laboral se ha tomado en cuenta. El cuidado hacia el personal de salud como efector directo de esa salud pública está siendo hoy tomado en cuenta considerando el pluriempleo, el estrés laboral y el *burnout* en épocas de crisis^{24,26}. Sin embargo, aún no se brindan soluciones inmediatas o políticas desde lo micro y mucho menos desde lo macro. Se presenta una visualización de la problemática como acción directa para poder mejorar un sistema de salud pública en crisis, que cuenta como recurso de mayor valor el recurso humano, el cual está sediento de una adecuada gestión de riesgo desde lo microinstitucional.

Desde la base del cuidado de la salud es indispensable cuidar a los cuidadores, que constituyen la herramienta indispensable de la relación cuidador-persona, para el desarrollo de la empatía y la ciencia de la compasión²⁷. Así, la nueva política de humanización del cuidado de la salud tiene como una de las bases el cuidado centrado en la persona, que también aumenta la calidad de atención y optimiza recursos en situaciones de crisis²⁸.

HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD

Si bien uno de los deberes del Estado es ser garante de la salud y de la recuperación de esta para toda la ciudadanía, puede no ofrecer siempre y en todo lugar, principalmente por razones presupuestarias, los mecanismos ni los fondos que permitan hacer efectivo este derecho para todos los habitantes. Cada individuo tiene derecho a un servicio específico, a un sistema que respete la equidad y la igualdad de oportunidades para todos.

En el proceso de estructura, proceso y resultado, ejes básicos de la calidad en un servicio de salud, algunos autores plantean que el paciente debe ser escuchado a través de todos los canales de comunicación, más allá de las encuestas de satisfacción, el buzón de sugerencias, quejas y reclamos con un solo espectador. Díaz de León y cols. proponen un centro de escucha coordinado por un tutor no jefe de área con funciones estrictamente humanitarias y de calidad de atención, a fin de poder lograr que la atención adquiera un sentido holístico para quienes aspiran a satisfacer sus necesidades en la atención²⁹.

Se propone mejorar el proceso en cada evento relacionado con la salud, mecanismo que es necesario cuando se implementa un sistema de gestión de la calidad y que

puede llegar a mejorar la humanización y defensa de los derechos del paciente. En ese proceso se debería respetar la singularidad del paciente, favorecer la relación interpersonal, convertir el trabajo en una experiencia de conocimiento mutuo, orientar el cuidado hacia sus necesidades individuales, aprender a escucharlo, mantener un buen clima laboral y organizacional y evitar acciones deshumanizantes cultivando la empatía y la ciencia de la compasión²⁸.

La autogestión de la salud en pacientes con enfermedades crónicas debe ser algo considerado por todos los servicios de una institución hospitalaria y no solo en el área concerniente a la atención primaria de la salud. Si no se lleva a cabo, la sobreutilización de los recursos de salud por las personas ancianas que concurren al hospital puede impactar en las esferas macro a largo plazo. Como ejemplo se ha demostrado que los programas de autogestión en enfermedades crónicas en adultos mayores han logrado durante la pospandemia un mejor manejo de su enfermedad y cuidado de los recursos de salud pública³⁰.

Sin embargo, no se debe olvidar que en la mínima expresión de vulnerabilidad (el individuo) se debe centrar la gestión de política en salud pública para poder preservar los recursos y las políticas de salud macro. La sociedad, la institución y las necesidades del paciente marcan la brújula hacia la resiliencia en los sistemas de salud.

CONCLUSIÓN

El apoyo al sistema de salud en épocas de crisis requiere la responsabilidad, capacidad y compromiso de todas las áreas que involucren a la salud. A partir de la sensibilización del personal sobre el concepto de salud pública pueden surgir acciones desde los niveles de microgestión y nanogestión que optimicen los recursos y puedan contribuir a la resiliencia organizacional.

La definición de salud pública incluye a la sociedad, y el papel de la institución es fundamental en la construcción de ella. Las instituciones deben permitir que la sociedad (tanto la población como los profesionales de la salud) puedan definir la agenda social en época de crisis sanitarias (que muchas veces es distinta de la agenda política impuesta por el Estado y/o mercado).

Entre estas alternativas o desafíos podemos mencionar la gestión por procesos, coproducción, gestión del cambio, gestión por resultados e indicadores, cuidado centrado en la persona, humanización del cuidado y resiliencia organizacional, entre otros.

Esto se debe abordar desde la perspectiva de los derechos de los pacientes (involucrando a la comunidad) y con el compromiso de los profesionales de salud y la institución. Así, el legado de Ramón Carrillo y la realidad más liberal (tendencias políticas actuales) pueden moldear la responsabilidad del Estado sobre el cuidado de la salud y lo más valioso que tiene la humanidad: la dignidad humana.

Contribuciones de los autores: los autores declaran que cumplen con los criterios de autoría del ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors).

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiamiento: los autores declaran que este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente externa.

REFERENCIAS

1. Román A. Modelos de gestión en las organizaciones de salud. *Medwave*. 2012 Mar/Abr;12(3) doi: 10.5867/medwave.2012.03.5329
2. Tobar, F. Modelos de Gestión en Salud. 2002. Disponible en: http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf5/Modelos.pdf
3. Marín GH. El sistema de salud argentino: un análisis a partir del acceso a los medicamentos. *Ciencia & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 11 [Accedido 3 Diciembre 2024], pp. 5453-5462.
4. Repullo Labrador JR. Introducción a la Gestión y su aplicación en la Sanidad. *Revista de Gobierno, Administración y Políticas de Salud*. GAPS.2022; 1:2
5. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science The challenge of complexity in health care. 2001. *BMJ*: 323
6. Alves G, Berniell L, de la Mata D. Retos de los sistemas de protección social y salud en el marco de la crisis del COVID-19 y a futuro OPS Documentos de políticas para el desarrollo No 12 Serie: Iniciativas para la recuperación en la pospandemia. 2021.OPS/OMS.
7. Alcántara Moreno G La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Rev Univ Inv*. 2008; 9(1):93-107
8. Guerra de Macedo C. La salud pública en las Américas: documento conceptual y operacional. En *Educación en salud pública: nuevas perspectivas para las Américas*. Washington D.C.: OPS/OMS. 2002; 3-16
9. Flores ME. Una política de salud basada en derechos sociales: la propuesta sanitaria del Dr. Ramón Carrillo. Argentina. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2007
10. Paganini JM. Hacia la definición de un nuevo paradigma para la equidad en salud: una propuesta para el análisis para las bases filosóficas de la salud colectiva. *Rev Fac Cs Med*. 2006; 1(3):16-29.
11. Cuadrado C. The challenge for healthcare systems in the XXI century: how to incorporate the focus of social determinants in healthcare? *Medwave* 2015; 15(9).
12. Crojethovic, M. Mirando el campo de la salud: problemas, actores, instituciones y territorio- 1a ed. - Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento. ISBN 978-987-630-504-4. 2020; 122
13. Vázquez AE. Procesos de estigmatización social y accesibilidad al sistema de salud de personas con consumos problemáticos. *Rev Argent Salud Pública*. 2023; 15:96-8
14. Strambach C, Gargiulo V, García L, Pavlovsky F. Intervenciones facilitadoras para las mujeres en el tratamiento por consumos problemáticos desde un enfoque de género *Rev Argent Salud Pública* 2023; 15(100).
15. Vissicchio F, Radusky PD, Zalazar V, Cardozo N, Santa Cruz L, Pecheny M, Aristegui I. Obstáculos identificados por las personas trans en la accesibilidad a los consultorios inclusivos en la provincia de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Pública*. 2023;15:e87
16. Parra RA, Testa MA. El paciente como consumidor hipervulnerable de los servicios de salud en entornos digitales. Una aproximación a la telemedicina desde el derecho del consumidor. *Temas de Derecho Civil Persona y Patrimonio*. 1ra edición CABA. Erreus 2020. 1200 p. Errepar.
17. Pierce J, Apisarnthanarak A, Schellack N, Cornistein W, Maani AA, Adnan S, Stevens MP. Global Antimicrobial Stewardship with a Focus on Low- and Middle-Income Countries. *Int J Infect Dis*. 2020; 96:621-29.
18. Sandoval Luque, J. Los procesos de cambio organizacional y la generación de valor. *Estudios Gerenciales*. 2014 30. págs 162-171.
19. Vítolo, F. El método CUSP: Cambio de cultura a nivel de unidades 2019 Módulo 5: Implementar el trabajo en equipo y la comunicación. Biblioteca Virtual Noble Seguros. Disponible en: [//efaidnbmnnpbpcjpcglclefndmkaj/http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/October2019/JgnWXqwpF3ubXelpvolP.pdf](http://efaidnbmnnpbpcjpcglclefndmkaj/http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/October2019/JgnWXqwpF3ubXelpvolP.pdf)

20. Vitolo, F. La coproducción de salud. Hacia un nuevo modelo de atención. Bs. As.: ISalud. 2018. Disponible en chrome-extension://efaidnbmnnnibpcjpcglclefindmkaj/http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/July2020/xceyo8EO3O2jxYHWSQgt.pdf
21. Páez Cala, ML. La salud desde la perspectiva de la resiliencia Arch Med (Col). 2020; 20(1)
22. Legido-Quigley H. et al. "Are high-performing health systems resilient against the covid-19 epidemic?" The Lancet. 2020; 395 (10227): 848-50.
23. Vaz A, Roldão Santos M, Gwaza L, Mezquita González E, Pajewska Lewandowska M, Azatyan S, Saint-Raymond A. "WHO collaborative registration procedure using stringent regulatory authorities' medicine evaluation: reliance in action?", Expert Review of Clinical Pharmacology-2022; 15(1):11-7.
24. Chaz-Sardi MC, Martínez CK, Mirofsky MA, López FJ, Garzaniti R, Gubilei ES, González V, Duré MI, García Diéguez M. Multiempleo en salud en provincia de Buenos Aires: estudio transversal de profesiones afectadas al cuidado de pacientes con COVID-19. Rev Argent Salud Pública. 2023; 15(89). e16.
25. Montes-Berges B, Fernández-García E. El efecto de la pandemia en la salud y Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de UCI. Enferm. glob. 2022; 21(66): 1-27.
26. Matus-López M, "La pandemia de COVID-19 como oportunidad de cambio: avanzar hacia la salud universal en América Latina", Documentos de Proyectos (LC/TS.2023/22), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2023. Disponible en: //efaidnbmnnnibpcjpcglclefindmkaj/https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/c755e9a7-b9e6-4112-ad89-afcf4967b2c2/content
27. Vitolo F La ciencia de la Compasión. Parte 1. DNCSSyRS. 2019. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en chrome-extension://efaidnbmnnnibpcjpcglclefindmkaj/http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/March2020/nUKWQONijrXzdHo6sC0n.pdf
28. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. Rev. Med. Clin. Condes. 2019; 30(2) 120-125
29. Díaz de León-Castañeda, C. Salud electrónica (e-Salud): un marco conceptual de implementación en servicios de salud. Gaceta médica de México. 2019.; 155(2): 176-83.
30. Santos, C, Fernandes S, Bastos C, Cruz MA, Costa S, Lima L. Experiencia de adultos mayores «PT4Ageing» Un programa de autogestión de enfermedades crónicas Enfermería clínica. 2023;33(5):346-52