

Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología Trabajo Final de Maestría

Autora: Mariela Carina Bianco

ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES: RESPUESTA A FALLOS EN LA ATENCIÓN DE LA DEMANDA

La derivación sanitaria como síntoma

2023

Director de Tesis: Dr. Sergio del Prete

Citar como: Bianco, M. C. (2023). *Atención a la salud de las personas mayores: respuesta a fallos en la atención de la demanda. La derivación sanitaria como síntoma.* [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/473>

AGRADECIMIENTOS

A Silvia Gascón, mi maestra en la vida, quien me llevó de su mano en el camino de la gerontología y la lucha por los derechos humanos de las personas mayores.

A Raúl Troncoso, sacerdote que guio mis primeros pasos en el amor militante y me enseñó a luchar desde cualquier lugar por la justicia social.

A quienes confiaron en mí para llevar adelante la conducción de una institución maravillosa en tiempos de muchas dificultades, haciendo frente a una pandemia, trabajando y aprendiendo sin descanso.

A Hernán, con quienes compartí la experiencia laboral y profesional que motiva este trabajo, y donde comprendí la necesidad de hacer algo para cambiar la realidad.

A las personas mayores que todos los días soportan los embates que esta sociedad les impone, motivo de mi hacer cotidiano y de mi identidad profesional.

A Sergio Del Prete, por su dedicación para hacer posible este logro.

A Susana, mi analista, quien con su amoroso acompañamiento me hace sentir capaz de superar las tormentas.

A mis amigas y amigos, pilares fundamentales de mi vida, siempre presentes.

A mi familia del corazón, que me sostiene en su calidez de hogar incondicional y amor del bueno.

A Nico, mi sobrino, porque estar cerca y compartir su crecimiento como persona y como profesional me enorgullece día a día.

A mi mamá, que me acompañó en épocas de trabajos prácticos y cursadas estimulándome a seguir adelante a pesar de todo, y hoy ya no está pero me abraza en cada esfuerzo.

A Pedro, mi hijo, por quien todo se ilumina en mi andar y porque con sus 6 años comprendió que hacer esta *tarea* era algo que su mamá necesitaba para luego acompañarlo a jugar. A él le digo que el amor tiene las formas de cada una de las personas con las que nos encontramos, en los lugares donde nos toque estar; que son hechos y no palabras, y que sólo desde ese lugar, tendremos un mundo más justo.

A Pedro le quiero mostrar con mi ejemplo que tomando parte en aquello que creemos injusto y buscando el bien común es posible una vida más feliz

Índice temático

Resumen. Palabras clave.

6

1. Introducción

1.1	Presentación	7
1.2	Tema	7
1.3	Contexto	7
1.4	Relevancia y justificación	8

2 Planteamiento del problema

2.1	Formulación del problema	9
2.2	Objetivos:	10
2.2.1	Objetivo General	10
2.2.2	Objetivos Específicos	11

3 Marco Teórico

3.1	Envejecimiento, concepto de vejez y personas mayores en Argentina	12
3.1.1	Envejecimiento Poblacional	12
3.1.2	Envejecimiento Individual- Una aproximación conceptual a la noción de vejez	13
3.1.3	Personas mayores en Argentina	14
3.2	Documentos Internacionales sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores	15
3.3	La atención a la salud de las personas mayores en Argentina: una aproximación al armado actual del sistema sanitario	17
3.4	Las derivaciones sanitarias como problema en la accesibilidad a la atención a la salud	20
3.5	Antecedentes	22
3.6	La oferta asistencial. Caracterización de su organización en el área bajo análisis	25
3.6.1	Efectores asistenciales de la región	25
3.6.2	Acerca de la Red CO.CE.BA	30
3.6.3	El Nomenclador de Prácticas Médicas del INSSJYP para el pago de prestaciones	32

4 Metodología.

4.1	Tipo de estudio	33
-----	-----------------	----

4.2	Dimensiones, variables, indicadores	33
4.3	Universo y características de la muestra	34
4.3.1	Fuentes de información y técnicas de recolección de datos	34
4.3.2	Aspectos éticos de la investigación	34
5	Desarrollo	
5.1	Análisis y definición de características principales de la demanda de atención	35
5.2	Descripción de la muestra referida al problema	40
6	Resultados	41
6.1	Perfil de las derivaciones sanitarias según mes del año 2021	42
6.2	Estado de cada solicitud	42
6.3	Costos de traslados a UGL receptoras	44
	Causas de las solicitudes de derivación a centros alejados del entorno de las personas	
6.4	mayores	45
6.5	Complejidad de los diagnósticos expresados en cada solicitud	47
6.6	Tiempo de espera de las derivaciones finalizadas	48
6.7	Destino de las derivaciones	49
6.8	Centros de salud receptores de derivaciones finalizadas e iniciadas en CABA	50
6.9	Resolución de la Alta Complejidad Cardiovascular. Contención regional y derivación	52
7	Conclusiones y Recomendaciones.	
7.1	La necesidad de planificar Redes mixtas integradas de complejidad creciente	59
	La necesidad de evitar ineficiencias y sobre costos a partir de fallos del modelo	
7.2	asistencial	62
	La posibilidad de disponer de efectores de complejidad adecuada evitando fallas de	
7.3	la red operacional que llevan a demoras innecesarias y riesgo de vida	64
8	Bibliografía	65

Resumen

La atención a la salud de las personas mayores constituye uno de los ejes fundamentales de todas las Convenciones Internacionales que promueven y protegen los derechos humanos de este grupo de población.

En Argentina, y en particular en una región de la Provincia de Buenos Aires, se cuenta con un sistema de atención responsable de garantizar el acceso a las diversas prestaciones que permitan abordar las problemáticas socio sanitarias de quienes habitan dicho territorio.

Allí se detectó una práctica recurrente, las derivaciones sanitarias a centros de salud alejadas del entorno, que lejos de facilitar el acceso a la salud, lo complejiza y genera diferentes efectos negativos tanto para las personas afiliadas a la obra social responsable (INSSJP), como para las personas trabajadoras y las instituciones que componen el sistema sanitario regional.

En este trabajo se analizaron 251 derivaciones en un rango de tiempo que va desde marzo a diciembre 2021, con el fin de comprender las características de las mismas, arribar a un mapa prestacional regional y poder comenzar a pensar en una solución territorial que evite el traslado de las personas que se encuentran con distintas problemáticas en su salud integral, los que no se pueden resolver en sus prestadores habituales, e implican un traslado y un desarraigo de su entorno afectivo y de su red de prestadores de confianza.

Abstract:

Health care for the elderly constitutes one of the fundamental axes of all the International Conventions that promote and protect the human rights of this population group.

In Argentina, and particularly in a region of the Province of Buenos Aires, there is a care system responsible for guaranteeing access to the various benefits that allow addressing the socio-health problems of those who inhabit that territory.

There, a recurring practice was detected, health referrals to health centers far from the environment, which, far from facilitating access to health, makes it more complex and generates different negative effects both for people affiliated with the responsible social work (INSSJP), and for working people and the institutions that make up the regional health system.

In this work, 251 referrals were analyzed in a time range that goes from March to December 2021, in order to understand their characteristics, arrive at a regional benefits map and be able to start thinking about a territorial solution that avoids transfer of the people who encounter different problems in their integral health, those that cannot be resolved in their usual providers, and imply a transfer and an uprooting from their affective environment and from their network of trusted providers

Conceptos Clave: Personas Mayores. INSSJP. Atención a la Salud. Derivaciones Sanitarias. Practicas. Módulos. Nivel de Complejidad. Accesibilidad. Red de prestadores.

1. Introducción

1.1 Presentación.

La presente investigación ha procedido a analizar, a partir de la descripción del modelo de organización que gestiona la atención a la salud de las personas mayores en una región del centro de la Provincia de Buenos Aires, las características que presenta uno de los procedimientos más frecuentes como lo son *las derivaciones sanitarias*, en respuesta a la demanda de cobertura a la salud integral, con dificultades para su resolución en territorio.

Se entiende que tal procedimiento surge como práctica habitual si no se cuenta con la complejidad adecuada para la atención en cuestión, así como también a partir de diferentes problemáticas no deseadas del sistema, que obligan a tomar decisiones tales como el traslado de una persona con un requerimiento específico (sea consulta, procedimiento diagnóstico o tratamiento definitivo) en forma programada o de urgencia a una localidad geográficamente alejada de su entorno de referencia social y afectivo.

En este caso se trata de personas que en su gran mayoría están afiliadas al INSSJP (PAMI), a partir de la responsabilidad asistencial y administrativa de la Unidad de Gestión Local n° 30 (UGL XXX) ubicada en la localidad de Azul, e integrada por 17 localidades del centro de la Provincia de Buenos Aires. (ANEXO IV)

1.2 Tema

Las derivaciones sanitarias como resolución de las problemáticas en la atención a la salud de las personas mayores afiliadas al INSSJP, en una región del centro de la provincia de Buenos Aires.

1.3 Contexto

Durante el año 2020, la situación sanitaria de la región se vio impactada, como en el resto del mundo, por la pandemia por COVID19 y los Estados debieron asumir la responsabilidad de destinar todos sus recursos para combatirla. En ese contexto, mediante el Decreto 132/2020 GDEBA-GPBA desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires se solicitó a los prestadores de II Nivel destinar toda su capacidad a la atención de personas con COVID y no reprogramar o posponer lo que no fuera urgente salvo en ocasión de riesgo de vida. En este contexto, surgieron multiplicidad de situaciones complejas que fueron cediendo con el avance de la ciencia y la llegada de las vacunas.

En el año 2021, tras haber transitado el pico de contagios y de camas ocupadas tanto generales como de unidades de terapia intensiva, se retomaron las consultas, los controles y las cirugías programadas que habían permanecido suspendidas. En ocasiones cuadros agudos (como por ejemplo una fractura de cadera), al no lograr atención para su resolución, pasaban a la lista de espera de un turno en un centro asistencial de la región, dando como resultado un significativo deterioro para la calidad de vida y la salud integral de la persona.

La pandemia dejó en evidencia la dificultad en la capacidad de brindar asistencia por parte de los prestadores responsables por la celebración previa de convenios, con lo que se acentuó el pedido de derivaciones sanitarias a efectores de salud alejados, complejizando la dinámica organizacional y la pronta respuesta a las necesidades que cada situación implicaba. Los prestadores asignados, fueran locales o zonales 17 Hospitales Públicos y 3 centros privados de atención en II Nivel, comenzaron a rechazar la demanda que no tuviera riesgo de vida. Superada la etapa crítica de la atención, lentamente se retornó a la actividad habitual, pero las derivaciones por una diversidad de causas siguieron siendo una práctica común.

1.4 Relevancia y justificación

¿Por qué resulta relevante el tema? Porque el crecimiento sostenido del grupo de población conformado por mayores de 65 años contempla realidades específicas respecto a la atención de su salud integral, que deben ser resueltas en forma equitativa y eficientemente más allá del lugar en que se viva. Es lo que llamamos garantía de acceso a las prestaciones de salud y a la calidad en la atención.

Conocer la realidad de una de las regiones ubicada en el centro de la provincia de Buenos Aires, eminentemente rural y con urbanizaciones más pequeñas permite un mejor acercamiento al conocimiento de las múltiples variables que posee el sistema sanitario, claramente centralizado en las grandes ciudades. Las instituciones, y en particular los efectores que conforman el mapa prestacional de la región deben procurar adaptarse a las necesidades de la población destinataria de sus prácticas y no siempre logran hacerlo en función de lo que implica la inversión para determinadas prácticas, especialmente de alta complejidad.

Las derivaciones no siempre constituyen una falla en el modelo de atención, pero hay determinadas circunstancias que sí las justifican. El aspecto clave es determinar dónde se atienden mejor determinados problemas de los personas mayores, y cuándo se necesita el concurso de un especialista, una tecnología sofisticada o una práctica de alta complejidad y riesgo, así como también evidenciar porqué algunas atenciones de baja y mediana complejidad no son resueltas en la red asistencial de origen. En consecuencia, revisar las características que

presentan es un paso fundamental para proponer cambios organizacionales que favorezcan el acceso igualitario a la salud de las personas mayores.

2. Planteamiento del problema

2.1 Formulación del problema

Para enmarcar la filosofía de la investigación, y teniendo como eje la mirada gerontológica de las problemáticas que le dan motivo, se ha tenido como referencia el concepto de salud de las personas mayores como derecho humano fundamental, tal como se explicita en la Convención Interamericana de Promoción de Derechos Humanos de las Personas Mayores, ratificada en Argentina por Ley 27.360 de 2017.

Desde el fundamento ético y legal que proponen ambas normas y entendiendo a que el acceso a la salud como derecho sólo se garantiza cuando la misma es accesible, eficiente y equitativa, es fundamental incorporar el concepto de salud integral que incluye a la salud mental como una de las áreas a tener en cuenta en los procesos de envejecimiento.

Por tal motivo, y a partir de la experiencia desarrollada en la conducción de la Unidad de Gestión Local 30 (UGL XXX / Azul) del INSSJP, se ha observado con preocupación el problema de las derivaciones sanitarias, que alejan el concepto de accesibilidad a la salud de la vida cotidiana de las personas que quedan sometidas a ese procedimiento sin causa justificada.

Similar a lo que ocurre con el principio de igualdad de oportunidades, toda vez que para lograr acceso resulta necesario alejarse del ámbito familiar además de su red prestacional de referencia, a diferencia de quienes sí cuentan en sus entornos con centros asistenciales que puedan brindar la cobertura del procedimiento en cuestión.

Debe tenerse en cuenta que en el campo sanitario, las derivaciones asistenciales surgen como alternativa a la falta de resolución de un determinado problema de salud por diversos motivos, los que deben identificarse con claridad a fin de poder establecer un diagnóstico real más allá de la hipotética insuficiencia de capacidad prestacional de la región bajo observación. Usualmente, el problema se inicia con la emisión del *rechazo conformado* por parte del prestador asignado.

Bajo esta denominación se entiende un acto médico que consiste en remitir a una persona que padece un problema de salud de cualquier complejidad a otra jurisdicción administrativa para que sea resuelto en un centro de salud que cuenta con la complejidad necesaria o por otro profesional especializado, ante la carencia de la complejidad, equipamiento o conocimiento necesario.

Por lo general, una derivación puede tener múltiples causas. Y así como constituye una solución, por tratarse de una urgencia o situación crítica de vida, también en oportunidades resulta una complicación cuando pese a su baja o mediana complejidad obliga - especialmente si no es de urgencia por una situación crítica o de vida - al traslado de la persona/paciente a prestadores ubicados en lugares a veces muy alejados, junto con algún familiar que se encargue de su apoyo y cuidado. Sumado a la serie de trámites y gestiones burocráticas de tipo administrativo que suelen demorar innecesariamente la resolución del problema originalmente planteado, y le agregan un costo de transacción adicional.

Por tal razón, los traslados deben tratar de efectivizarse siempre en una última instancia, y ejecutarse con la mayor celeridad posible según su naturaleza y urgencia, siempre en pos de preservar la integridad vital de las personas.

Si bien en toda persona - sin distinción alguna - los tiempos de espera suelen acarrear un detrimento en la salud física y mental, es especialmente en las de más edad donde el tiempo posee un valor más apreciado, atendiendo a la esperanza y las expectativas sobre lo que la continuidad de sus vidas implique.

Los motivos por los cuales se llega a tener que resolver la atención médica de este modo parten de la demanda habitual de atención. Disponer de datos efectivos como se plantea en el presente trabajo permite acceder al estudio del problema en cualquier ámbito geográfico o red prestacional y planificar una estrategia más sistematizada que además tenga especialmente en cuenta las políticas de protección de los derechos humanos de las personas mayores. .

Cabe destacar que aquellas personas afiliadas al INSSJP – PAMI concurren a los mismos centros asistenciales que otros grupos etarios. Estos establecimientos están enmarcados como efectores del sistema nacional de salud y celebran convenios por medio de los cuales se constituyen en prestadores de servicios de salud del Instituto. Asimismo, PAMI cuenta con prestadores propios que brindan cobertura exclusiva a sus afiliados y afiliadas, como el Hospital Dr.Cesar Milstein de CABA y los Policlínicos I y II de Rosario.

2.2 Objetivos.

2.2.1 Objetivo General

Analizar las características, origen y problemáticas de las derivaciones sanitarias surgidas como respuesta a la demanda de atención a la salud de las personas mayores de una región de la provincia de Buenos Aires, gestionada a través de la UGL XXX del INSSJP, y proponer alternativas para su regulación y mejor control en el marco de las fallas del modelo de atención

2.2.2 Objetivos específicos

1. Describir la oferta prestacional de la región, identificando capacidad real a partir de los niveles de complejidad y de tecnología requeridos para el diagnóstico y tratamiento de las personas afiliadas, por parte de los efectores públicos y privados de II y III Nivel que conforman la red asistencial de la UGL XXX.
2. Analizar y definir las características principales de la demanda de atención a la salud de las personas mayores de la región, discriminando cuáles son las necesidades específicas de atención a la salud que se observan en las personas mayores teniendo en cuenta que los procesos de envejecimiento son individuales, su perfil, y si es resuelta en el territorio bajo cobertura o bien por fuera del mismo, tipificando y cuantificando a su vez la demanda contenida.
3. Describir qué tipo de prestaciones médicas son las de mayor resolución en el ámbito de la UGL XXX, cuáles son las demandas de atención que requieren una derivación y cuál el nivel de complejidad del caso, así como las consecuencias de la resolución de atención a la salud en términos de eficiencia y efectividad alcanzada mediante derivación sanitaria tanto para la UGL XXX como para las personas afiliadas y sus familias.
4. Estimar el impacto económico– en términos de costo de oportunidad - de los rechazos, más el costo adicional de la consecuente derivación a un centro efector por fuera de la UGL XXX, teniendo en cuenta que el II Nivel es capitado y que los prestadores que firmaron convenio reciben un pago fijo adelantado y otro por práctica realizada.
5. Plantear los mecanismos instrumentales que pudieran resolver la demanda en el ámbito regional de referencia, a fin de atenuar el fallo en la atención a la salud que implica la presencia de derivaciones sin justificación en términos de oportunidad, grado de severidad y de necesidad de mayor complejidad asistencial.

3. Marco Teórico.

El concepto fundamental que origina la presente investigación es una práctica médica definida como derivación sanitaria a centros asistenciales alejados del entorno habitual de las personas mayores que habitan una región determinada. El peso de la misma cobra fuerza al visualizarse

que su dinámica afecta la calidad de vida y genera un marco de inequidad en el acceso a la salud. Por ello se la observará y analizará desde una mirada gerontológica en el campo de la gestión sanitaria.

3.1 Envejecimiento, concepto de vejez y personas mayores en Argentina.

3.1.1. Envejecimiento Poblacional

El contexto mundial que da origen a la problematización de las temáticas en torno a la edad surge de la transición demográfica, resultado de una extensión creciente de la expectativa de vida con el consecuente resultado de un aumento progresivo en el número de adultos mayores. Se estima que en el año 2017 un 14,6% de la población de las Américas estaba constituido por adultos mayores de 60¹ años, considerando las proyecciones futuras un 25% de incremento promedio en tal región. El mencionado fenómeno transicional ha transcurrido aceleradamente en comparación con otras regiones como la europea, ya que se ha sumado la caída en la natalidad en un ámbito tradicionalmente de alto ritmo. A esto se ha asociado la transición epidemiológica, que si bien discurre en forma polarizada resultando un tanto más lenta en su desarrollo ya que persisten ciertos rezagos infectocontagiosos, exige de los países una planificación y gestión de políticas eficaces y eficientes que permitan adaptar las instituciones asistenciales al nuevo escenario para brindar mejores respuestas en cantidad y calidad (CEPAL, 2021).

Help Age International y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), en su publicación del año 2012, “*Envejecimiento en el siglo XXI: Una Celebración y un Desafío*” comparten las siguientes proyecciones respecto del Envejecimiento Poblacional, es decir el porcentaje de personas mayores de 60 años según región:

Tabla 1.

Proyecciones de envejecimiento poblacional.

Año	Nivel mundial	América Latina	Argentina
2015	12,2%	11,2%	15,5%
2050	21,2%	25,1%	25.2%

Fuentes: Help Age International, UNFPA (2012)

Analizada en particular en el contexto de América Latina, Argentina refiere que al último Censo de población de 2010, y sobre un total de 40 millones de personas, el 14,3 % son mayores de 60 años (INDEC, 2010). Proyectando al 2020 llegar a un 15,7% para alcanzar 22% para el año 2050.

¹ Se acuerda nombrar a personas de edad como aquellas mayores de 60 años, a los fines de incluir con la mayor amplitud posible para garantizar derechos, aunque en algunos países se tome como edad de referencia los 65 años.

En el mes de marzo del año 2022, el Ministerio de Salud de la Nación, en su informe *Análisis de situación de salud de las personas mayores en la Argentina*, expresa que el envejecimiento poblacional ha sufrido un notable aumento, pasando de 5.771.696 personas mayores de 60 sobre el total de la población en 2010 a casi 7.000.000 en el 2019, lo que eleva la proporción a un 15,5% de acuerdo a las proyecciones realizadas.

Precisamente, una de las principales provincias del país y de mayor concentración geográfica, la provincia de Buenos Aires, presenta una característica demográfica similar con una población notablemente envejecida, ya que de los 15.625.084 personas registradas en el último censo, los mayores de 60 sumaban 2.335.599 habitantes (14,9% sobre el resto de la población) proyectándose para el 2020 y 2040 un total de 2.845.267 sobre 17.541.141 habitantes (16,2%), y 4.294.846 sobre 20.503.65 habitantes (20,9%), respectivamente (INDEC, 2022).

Este envejecimiento poblacional exige que las instituciones públicas o privadas queden obligadas a incorporar lineamientos a partir de políticas públicas socio sanitarias definidas para cubrir las necesidades individuales en cada uno de esos campos respecto de las personas *envejecientes*.

Sandra Huenchuán, en su presentación sobre *Los Desafíos de la Institucionalidad Pública y el abordaje del envejecimiento* (CEPAL, 2012) los describe de la siguiente manera:

- Autonomía institucional y presupuestaria
- Jerarquía institucional suficiente
- Equipos de trabajo capacitados
- Procedimientos claros y accesibles
- Retroalimentación del quehacer institucional
- Transversalización del tema y generación de experiencias piloto.

3.1.2 Envejecimiento Individual- Una aproximación conceptual a la noción de vejez.

El envejecimiento individual es el proceso biológico que atraviesa cada persona de acuerdo a su historia de vida, atravesada por tres dimensiones fundamentales que permiten establecer este proceso en base a:

- Envejecimiento Cronológico: refiere a la edad biológica o de calendario, medida en años y acordada internacionalmente a partir de los 60 años. Generalmente se asocia a la edad jubilatoria, de modo tal que puedan garantizarse los derechos devenidos de los aportes realizados para el pleno goce de sus derechos como ciudadanos y ciudadanas

- Envejecimiento Fisiológico: comprende ciertos cambios fisiológicos caracterizados por la pérdida de masa muscular, estructura ósea, disminución sensorial y del equilibrio. Son declives esperables que, si bien se asocian al envejecimiento cronológico, no pueden vincularse simplemente a la edad. Están vinculados al proceso que experimentan ciertas personas mayores, y que implica la disminución de la funcionalidad física o mental, o de ambas (CEPAL, 2010)
- Envejecimiento Social: es el que ubica a las personas mayores en un contexto de conductas y hábitos socialmente aceptables, y que varían de acuerdo al entorno. Determina el rol de las personas mayores en su comunidad y lo que se espera y destina a ellas de acuerdo a las diversas construcciones y representaciones sociales de cada cultura.

Con el transcurrir del tiempo y del mejor conocimiento del problema, quienes abordan el campo gerontológico desde diversos ámbitos proponen pensar este proceso sin preconceitos, ya que la manera en que llega cada persona a esta etapa está ligada a su desarrollo individual en un entorno y un contexto social y cultural específico. Todo lo que hace que este proceso se despliegue en un abanico inmenso de variables. Esta manera de concebir el proceso de envejecimiento individual se lo define, dentro del campo gerontológico y social, como *vejez*.

3.1.3 Personas Mayores en Argentina

En Argentina, respetando las convenciones internacionales, se considera persona mayor a las de 60 años o más. A nivel europeo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha abordado esta cuestión a través de la promoción de medidas dirigidas a difundir formas de envejecimiento activo y saludable, y reiterando a los países miembros que no se trata de una elección residual sino una opción necesaria para promover la salud de las personas y para detener las consecuencias socio sanitarias. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) no define el estado de salud de las personas adultas mayores en término de déficit, sino de mantenimiento de su capacidad funcional.

Nuestro país ha tenido y tiene una activa participación en la construcción de marcos normativos sobre políticas públicas destinadas a este grupo etario desde los inicios de las reuniones internacionales, con un enfoque permanente destinado a promover cambios en la mirada social hacia las personas mayores con la finalidad de desterrar prejuicios, imágenes y valorizaciones negativas construidas en torno a la vejez. Los ejes centrales de su participación se han basado en el sostenimiento de la autonomía, la capacidad en la toma de decisiones y el fortalecimiento

de una vida plena e independiente, habiendo logrado establecer un rol fundamental y activo en la definición de contenidos de múltiples documentos internacionales.

3.2 Documentos Internacionales sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

En este contexto de los procesos de envejecimiento, las organizaciones de derechos humanos que trabajan sobre las temáticas relacionadas a las personas mayores han elaborado documentos a lo largo del tiempo. Los primeros fueron los países europeos, donde el envejecimiento poblacional se ha ido incrementando a lo largo del tiempo y los ha obligado a fortalecer sus instituciones asistenciales enfocando la problemática de la transición demográfica y epidemiológica ya consolidada.

En América Latina y el Caribe, el mismo proceso ha sido acelerado ya que lo que en Europa se dio a lo largo de 200 años, en Latinoamérica y el Caribe, este cambio se observó en un proceso cercano a los 50 años, por lo cual a pesar de aumentar el porcentaje de población envejecida las respuestas han sido lentas y plagadas de fallas temporales respecto de lograr adaptar las instituciones a los requerimientos cada vez mayores de este segmento etario.

En el caso de los sistemas de salud y sus servicios asistenciales, la mayoría de los países de América han cristalizado su oferta sobre lo agudo - algo de lo cual Argentina no está exenta - dejando relativamente a la deriva a lo crónico y *discapacitante* que tampoco posee para su seguimiento una matriz longitudinal y multidisciplinaria compatible con una buena Atención Primaria.

Es de esta forma como el envejecimiento poblacional va instalando diferentes problemáticas en el campo de las políticas sociales que exigen a los Estados o a sus gobiernos tomar decisiones más rápidas para abordar aspectos como el cuidado integral, el acceso a la salud, la extensión de pensiones y jubilaciones, la no discriminación por edad, el acceso al trabajo, y una mayor toma de conciencia respecto de abuso y maltrato. Este escenario obliga a trabajar sobre la implementación de políticas más amplias e integradas, que permitan garantizar los derechos de las personas mayores incluyendo a sus familias y convivientes.

Haciendo historia respecto de la información disponible, es posible trazar una línea de tiempo en la cual encuadrar cada documento. Desde la temática centrada en el proceso de envejecimiento poblacional/ individual hasta el cambio de paradigma por el cual las personas mayores - objeto tradicional de políticas de beneficencia y asistencia asociadas a la carencia - comenzaron a ser consideradas sujetos de derecho. Y en consecuencia merecedoras de todo lo que implique un envejecimiento saludable en forma integral.

En esta línea histórica podemos identificar:

Año 1948: Declaración Universal de Derechos Humanos

Año 1969: Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo social.

Año 1973: *Resolución 31/37 (XXVIII)* Cuestión de las personas de edad y lo ancianos

Año 1982: Plan de Acción de Viena

1988: Pacto de San Salvador de Costa Rica

1991: Principios de Naciones Unidas

1992: Proclamación de Naciones Unidas

1995: Comentario General N° 5 de CDESC

1999: Año internacional sobre las personas de Edad

2002: Plan de Acción de Madrid.

2006: Convención sobre Discapacidad

2007: Declaración de Brasilia

2010: Comentario General CEDAW Resolución A/C3/65/L.8/Rev.1 de la AG

2015: Convención Interamericana sobre la Promoción de Derechos Humanos de las Personas Mayores.

2017: Ley Nacional 27.360-

Todos estos documentos fueron dando notoriedad y trascendencia al proceso histórico de búsqueda de reconocimiento de derechos para las personas mayores, en un marco socio político que fue evolucionando según las cuestiones emergentes expresadas por los distintos referentes del estudio de este fenómeno poblacional.

Específicamente, la garantía de accesibilidad, oportunidad y calidad en la atención a la salud de las personas mayores ha sido un tema atravesado por la salud y la economía, toda vez que se deben tomar decisiones respecto a la adjudicación de recursos si lo que se desea es maximizar el bienestar integral de las personas. También aspectos como la eficiencia, la eficacia, la

efectividad y la equidad son conceptos de la Economía de la Salud que surgen como principios básicos del proceso asistencial. Para su mejor enfoque, los campos de aplicación de la economía a la salud abarcan - entre otros - los determinantes y condicionantes de la salud (en este caso, por ejemplo, los procesos de envejecimiento), la demanda de atención, la oferta de servicios y la evaluación económica de los mismos, así como el concepto de salud y su valor individual y social.

3.3 La atención a la salud de las personas mayores en Argentina: una aproximación al armado actual del sistema sanitario.

A fines de contextualizar el presente trabajo, se describirán algunas características del Sistema de Atención a la Salud en Argentina, y cómo éste y su dinámica impactan específicamente sobre la cantidad y calidad de vida de las personas mayores.

El Sistema de Salud argentino se compone de tres subsistemas o subsectores que se diferencian entre sí por la característica de su modelo de financiamiento, de gestión del aseguramiento y de atención y utilización de los recursos que posee:

- el Sector Público, de tipo *beveridgeano* y basado en recursos fiscales, portador de una visión universalista de acceso para toda la población y conformado por las estructuras asistenciales propias de las 23 provincias y CABA
- el de la Seguridad Social, basado en un modelo contributivo particularista de tipo *bismarckiano*, que se configura a partir de las Obras Sociales Nacionales y Provinciales y el Instituto Nacional de Servicio Social para Jubilados y Pensionados (INSSJP) y
- el Sector Privado asegurador de compra directa de seguros de cobertura, y el Privado prestador, que recibe pagos por las actividades que realiza en base a contratos.

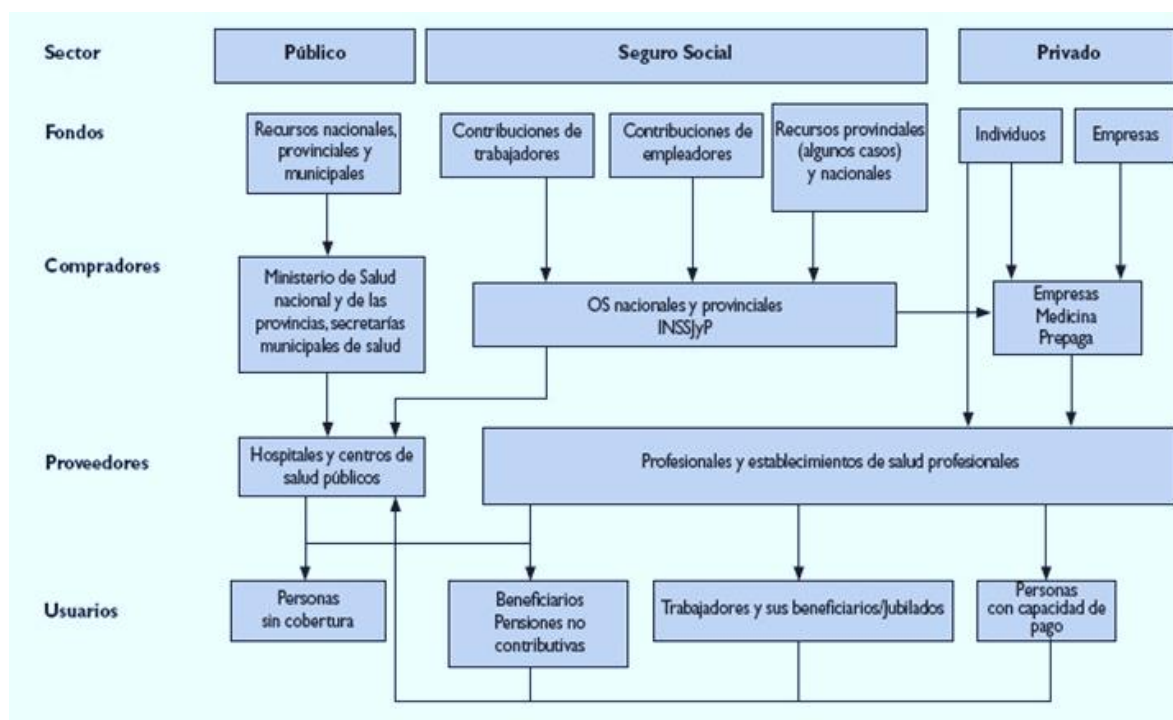
Estadísticamente en cuanto a cobertura, sobre 40.134.425 millones de habitantes que arrojó el último censo poblacional 2010 (INDEC, 2010) no tienen ningún seguro social (solo la pública estatal) aproximadamente 14.4 millones de personas (35.9% del total). El subsistema de seguridad social en todas sus variantes comprende 24.6 millones (61.3%) en tanto el subsector de seguros privados aproximadamente 1.8 millones de personas (4.4%). Además, existe un porcentaje estimado del orden del 3% que posee doble cobertura o planes parciales (Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

Este modelo segmentado y a la vez fragmentado por el entrecruzamiento de actores tiende a hacer evidente los diferentes gradientes de inequidad que posee a lo largo del territorio nacional en base a su particular segmentación poblacional. La particular complejidad de organización del

sistema de salud va constituyendo así uno de los problemas centrales que genera sus mayores ineficiencias.

Grafico 1.

Estructura dinámica del sistema de salud de Argentina



Fuente: Sistemas de Salud comparados. Entre reformas y encrucijadas (Del Prete, 2016).

Por un lado, la sola presencia de 291 Obras Sociales Nacionales (aseguradores solidarios de origen sindical) - en su gran mayoría muy pequeñas y con fondos de riesgo inestables - genera problemas de eficiencia, equidad y calidad. A lo que se suman las 24 Obras Sociales provinciales con similares problemáticas. Todo esto complejiza aún más la posibilidad de alcanzar igualdad de oportunidades de atención.

Al mismo tiempo, respecto del componente sectorial público - administrado por las provincias - el proceso de la descentralización progresiva iniciado en la década de los 60 y que llevó a la provincialización de hospitales nacionales y luego a municipalizar algunos provinciales sin el correspondiente apoyo financiero, generó importantes problemas de gestión y de mantenimiento de estructuras, así como de inversión en tecnología con el correspondiente rezago prestacional. A esto se sumó que, hacia fines de los años 80, la municipalización definitiva de la Atención Primaria de la Salud en algunas provincias - como el caso de Córdoba y especialmente Buenos Aires - terminó por atomizar el modelo de gestión al perderse la gobernanza entre ambas jurisdicciones.

Este proceso fue acompañado en el tiempo de una progresiva pérdida de rectoría por parte del organismo político nacional (Ministerio de Salud), más una expansión no planificada y discrecional de los recursos de infraestructura y humanos según los gobiernos que se fueron sucediendo en cada jurisdicción. En tal sentido, así como las Obras Sociales Sindicales condicionaron sus posibilidades de cobertura a la capacidad financiera disponible resultado del número y rama de actividad de sus afiliados y afiliadas - a partir de la Ley 18.610/70- el sector público quedó encorsetado dentro de lo que discrecionalmente cada provincia pudo asignarle desde su presupuesto histórico a la estructura sanitaria correspondiente.

En el contexto del proceso descentralizador, las provincias profundizaron su autonomía de origen constitucional respecto de la planificación y ejecución de políticas de salud pública y provisión de servicios, registrando solo alineamientos parciales con las políticas del Ministerio de Salud de la Nación en función de afinidades políticas o cuestiones estratégicas. Por su parte, los Municipios que contaban con infraestructura sanitaria (fundamentalmente los de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Mendoza) también dispusieron de relativa autonomía para sus modelos de gestión. Y también, según su grado de dependencia política, se convirtieron en actores de peso o bien en simples ejecutores de los programas que cada provincia aplicaba. En ese marco, ciertas jurisdicciones provinciales avanzaron en esquemas de regionalización, con algunas implicancias desde lo operativo, pero sin avanzar en esquemas de redes integradas públicas o menos aún público-privadas.

En línea histórica al modelo de organización pluralista no planificado implementado para el Sistema de Salud a fines de la década del 60, mediante la Ley 19.032/70 se dio lugar a la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). Definido como *persona jurídica de derecho público no estatal* y con individualidad administrativa y financiera. Inicialmente los destinatarios de sus prestaciones fueron jubilados y pensionados de la Capital Federal. Posteriormente se extendió al resto del país, incluyendo en su cobertura a niños y niñas a cargo de titulares, personas con discapacidad y Veteranos y Veteranas de Guerra de Malvinas con sus núcleos familiares.

Su padrón fue creciendo significativamente en los últimos diez años, a partir del otorgamiento de diferentes moratorias previsionales y pensiones graciabiles por parte del gobierno nacional, con lo que se calcula que las personas afiliadas superan los 5 millones. Del total de éstos, 7% son menores de 19 años; 13% tiene entre 20 y 59 años de edad, 8% entre 60 y 64 años; 14% entre 65 y 69 años y finalmente un 58% supera los 70 años de edad. (Del Prete, 2018).

El INSSJP con su Programa de Atención Médica Integral (PAMI) ha sido y es parte fundamental del Sistema Sanitario Nacional, ya que su función ha sido ejecutar políticas públicas sociosanitarias sobre el grupo etario mencionado. No obstante, está escasamente alineado con las políticas del Ministerio de Salud de la Nación y de cada una de las provincias. Por lo tanto, dadas las diferentes escalas de complejidad asistencial con que cuenta cada jurisdicción, las Unidades de Gestión Local se encuentran condicionadas por diversos factores, se trate tanto de las diferentes variables territoriales y poblacionales como de la particular distribución de los recursos asistenciales (infraestructura, tecnología y recursos humanos) que se disponen a lo largo y ancho de cada estado provincial.

Estas características sanitarias jurisdiccionales son las que naturalmente impactan sobre la población en general, pero particularmente sobre las personas mayores. Y condicionan una manifiesta variabilidad sobre el proceso de atención a nivel país, situación que se manifiesta en dificultades para garantizar no sólo el acceso sino la igualdad de oportunidades asistenciales en el marco del objetivo de lograr niveles de salud integrales y de calidad para toda la población. No obstante, respetando el concepto de equidad, obligan también a tener en cuenta las características específicas de los procesos normales de envejecimiento, asociados a determinadas patologías crónicas o a las propiamente devenidas de la declinación funcional biológicamente esperable y a las características de los entornos en que se habite.

Para la ejecución de las prestaciones médicas, tanto las obras sociales nacionales como provinciales, y en este caso el INSSJP, celebran convenios múltiples con hospitales públicos, clínicas y sanatorios, los cuales se comprometen - en su carácter de *prestadores* - a brindar cobertura a la salud de las personas afiliadas en aquellas localidades donde se encuentran instalados. Dichos convenios se diferencian según el tipo de módulos o prestaciones que incluyen (conjunto de prácticas médicas agrupadas en base a categorías y niveles de complejidad) y que los efectores se comprometen a cubrir. Tal modalidad de resolución de la atención a la salud, particularmente en el caso de los adultos mayores, necesita - para que sea lograda eficazmente - una serie de requerimientos ligados a la totalidad de recursos con que se cuenta, los costos que implican las prestaciones efectuadas y los resultados que se esperan obtener. Y fundamentalmente al establecimiento de Redes que faciliten el normal tránsito de los pacientes entre los distintos niveles de complejidad creciente

3.4 Las derivaciones sanitarias como problema en la accesibilidad a la atención a la salud

La complejidad que implica gestionar una derivación sanitaria radica en su definición misma, ya que se trata de trasladar a una persona a otro ámbito asistencial, sea por problemas médicos, de equipamiento o de carencia de complejidad. Y no siempre resulta de un acto sistematizado o previsible, sino de un problema de accesibilidad real que resulta disruptivo para lo cotidiano de las personas y las instituciones.

Muchas veces, su concreción depende de un trabajo pormenorizado e interdisciplinario que debe responder a las necesidades del caso en particular, a la disponibilidad de cama/quirófano/tecnología en otros centros de salud y a la complementación en el traslado con unidades sanitarias móviles. A lo que se suman los costos sociales de desplazamiento para la familia y resultan de acompañar a la distancia a la persona trasladada, más el costo emocional y afectivo ante el desarraigo transitorio con su entorno. A esto se agrega también el costo de transacción derivado del tiempo de la gestión administrativa y espera de autorización, para un destino prestacional incierto que pueda otorgar la cobertura efectiva al problema de salud existente. En ANEXOS 1 y 2 se pueden observar partes de las matrices de los formularios a completar.

El patrón de derivación, con un predominio de las especialidades quirúrgicas, puede atribuirse a la falta de capacitación del médico o del efector que deriva para realizar determinadas técnicas más complejas, a la falta de tiempo y medios adecuados para manejar los problemas que se presentan, o a una mezcla de ambos. La situación es diferente cuando se enfrenta con problemas médicos; el profesional se sabe con experiencia suficiente como para manejarlos y solo deriva para contar con una colaboración más especializada o del establecimiento jerarquizado a quien se deriva para completar la evaluación del paciente.

La tasa de derivación es un indicador útil para medir la demanda derivada, y surge del cociente entre el número de derivaciones por prestador y el número de visitas atendidas en un período determinado (por 100 o por 1.000). Se considera que la tasa de derivación no debería superar del 6 a 9% de las atenciones generales. De allí que pensar las derivaciones como un mecanismo habitual y oportuno para el sistema sanitario constituya una muestra de incumplimiento contractual, de ineficiencia de gestión asistencial o de falta de recursos, ya que lo que se pretende con el armado de redes locales o regionales de complejidad creciente es disponer de un ámbito asistencial acorde a las necesidades y demandas de atención de la población.

A lo expuesto se agrega que debe tenerse en cuenta que las derivaciones pueden representarse a partir de cuatro condiciones:

- Adecuada, cuando es necesario derivar a un paciente con una patología compleja o de

riesgo vital, que requiere un efector de mayor complejidad o especialización dada la carencia local de infraestructura y tecnología para resolverla adecuadamente, o ante la falta de un especialista calificado que permita emitir una segunda opinión y mejorar el nivel diagnóstico de la patología en cuestión. La demanda derivada actúa como una interface en la división de recursos y funciones entre quien deriva y quien recepciona, pero, además - por el lugar que ocupa en el proceso de la atención- representa una encrucijada para dos características esenciales de la atención: la continuidad y la coordinación

- Inadecuada, cuando no surge a partir de una real dificultad advertida por parte del prestador, sino que el fundamento de la misma resulta poco claro o bien inapropiado. Un ejemplo de ello podría ser la negativa por parte de los profesionales a dar cumplimiento al procedimiento al no disponer de determinado insumo no provisto por el financiador o bien carecer de incentivo para hacerlo al no estar de acuerdo con los valores acordados mediante convenio
- Innecesaria, cuando el nivel de complejidad requerido es bajo o medio y el efector local tiene todos los recursos para dar cumplimiento a la práctica, pero emite el rechazo conformado solicitando derivación a otro centro similar o de mayor complejidad porque realiza selección de patologías que sean de menor costo o estancia media, o bien no son rentables ni atractivas por el costo de los medicamentos y pruebas diagnósticas a utilizar (control de costos en un modelo capitado).
- Derivación no deseada, cuando es la persona afiliada quien expresa no querer moverse de su entorno familiar o someterse a una práctica en un centro asistencial que no conoce, con profesionales con quienes no tiene una historia previa de consulta o cuando es la familia quien expresa su preocupación ante el traslado y la necesidad de acompañamiento por un referente afectivo, con los costos que surjan en sus diversas dimensiones.

En resumen, dado que las derivaciones sanitarias resultan una práctica de cierta frecuencia que tiene sus orígenes tanto en déficits propios como en barreras de accesibilidad al sistema sanitario local o regional, también asocian efectos directos que constituyen problemas secundarios para el pleno goce del derecho a la salud de las personas mayores. De allí la necesidad de iniciar su estudio trazando un mapa de situación, efectuando un correcto diagnóstico, analizando las fortalezas y debilidades de la red prestacional para finalmente planificar un modelo asistencial integrado en el cual se reduzca la variabilidad del uso de este procedimiento.

3.5 Antecedentes.

Si bien no se encontraron demasiados antecedentes coincidentes con el tema elegido, ya que la situación expuesta es producto de una realidad muy específica, en un contexto geográfico y asistencial, y con una población en particular, se obtuvieron algunos resultados en base a búsquedas parciales, que dan cuenta de algunos elementos comunes pero que pueden ser de utilidad a la hora de encuadrar la investigación.

Un documento de la OPS, *"Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud. Recomendaciones estratégicas"*, incluye el debate sobre la propuesta de redes integradas de servicios de salud (RISS) como herramienta de transformación de los hospitales. Se nutre de experiencias internacionales y buenas prácticas, y señala que *"...es necesario que los hospitales sean parte activa de la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal. No es posible avanzar hacia la concreción de un modelo centrado en las personas ni tener un primer nivel fuerte y confiable si no tenemos hospitales que trabajen en red. Estas materias y otras de igual importancia son sobre las que este documento presenta consideraciones conceptuales y recomendaciones clave, en la tarea de avanzar hacia la salud universal y alcanzar las metas de desarrollo sostenible que se está emprendiendo en todos los niveles en nuestros sistemas de salud."* (OPS, 2018).

Eugênio Vilaça Mendes, por su parte, describe la necesidad de aumentar los recursos públicos y de una profunda reforma sanitaria para lograr un real impacto sanitario del que surja un Sistema Único de Salud (SUS). Se hace eco del modelo brasileiro para criticar los sistemas de atención fragmentados, reactivos a situaciones agudas o a la agudización de lo crónico. Y asume que la *"implantación de las redes de atención de salud (RASs), es una nueva forma de organizar el sistema de atención de salud en sistemas integrados que permitan responder, con efectividad, eficiencia, seguridad, calidad y equidad, a las condiciones de salud de la población brasileña"*. (Vilaça Mendes, 2021, p.19).

El tema de la equidad, o la falta de ella, es abordado en un texto de 2015, de Matías Ballesteros, en uno de los Documentos Jóvenes Investigadores (el n° 41) del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales *Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de argentina a partir de datos secundarios*. Allí plantea anclajes estructurales, sociales y del entorno como determinantes de la salud y la enfermedad. Luego, retoma como en citas anteriores, la característica fragmentación de los servicios de Salud en Argentina. Con una mirada claramente integral, describe el beneficio de los programas en salud vinculándolos a las preferencias de la población, ya que es necesario tener en cuenta saber cuáles son los valores que hacen que la sociedad quiera destinar dinero en sanidad, dando por sentado que la mejora en salud debe ser tenida en cuenta en toda evaluación económica. Para ello, medir

el beneficio sanitario, la ganancia en salud, se debe considerar la efectividad de los programas y de los tratamientos sanitarios (Ballesteros, 2014).

En relación a la mirada desde el paradigma de los derechos humanos de las personas mayores, se han mencionado ya antecedentes significativos respecto a este posicionamiento. No obstante, en un documento sobre *Políticas sociales y desigualdades en salud: un panorama sobre las personas mayores en el gran buenos aires* se encuentran datos y concepciones similares a las pensadas en este marco. Se pone énfasis en la heterogeneidad en el acceso a la salud y en la percepción de haberes jubilatorios que condicionan la situación socioeconómica de las personas. Describe políticas de protección social y de salud residentes en el gran Buenos Aires en el período 2013-2019. (Lopez- Cirino- Finfling ,2020)

Un estudio español llamado *La demanda derivada: un estudio de la relación entre médicos generales y especialistas* aborda cómo el desarrollo científico - técnico puso a disposición de las especialidades una tecnología avanzada que les permite abordar los problemas más complejos y menos frecuentes, dejando a la medicina general la responsabilidad de abordar la mayoría de los problemas que se presentan en la comunidad (Camacho, Olmos, 1994).

La medicina general como entrada al sistema sanitario, tiene ciertas premisas que pretenden un mayor beneficio para las personas que consultan, evitando estudios y tratamientos innecesarios, optimizando el sistema y regulando el consumo de recursos. Es una interesante introducción a la noción de red y de salud integral y cuestiona las tasas de derivación a especialistas entendiendo que no siempre implican prácticas eficientes que generen un beneficio a las personas y a los Estados.

Respecto al concepto de eficiencia, en *La eficiencia en la agenda de la estrategia de salud universal* se desarrolla este concepto como el mayor objetivo de las políticas para las reformas de los sistemas de salud, asociando eficiencia con equidad en las estrategias planteadas por la OPS, con el fin de abordar la problemática en los niveles productivos, técnicos, de asignación de recursos como de resultados esperados en las líneas de intervención. Expresa que "*...existe una relación sinérgica entre eficiencia y equidad, que contrasta con perspectiva de oposición. Se trata de miradas reduccionistas que la ven de forma lineal y como suma de actividades costo-efectivas, que tienden a ver la equidad como un elemento residual*" (Báscolo- Cid- Morales, 2017, p.22).

Finalmente, el libro *La articulación en la gestión municipal. Actores y políticas*, enmarca los estudios sobre las gestiones municipales de la década de los 90 en los fenómenos de globalización y reforma del Estado. Describe diferentes experiencias de articulación público-privadas, con más o menos peso de cada una de las partes según el caso, ubicando la experiencia del Consorcio del Centro de la Provincia de Buenos Aires (COCEBA) entre ellas. Es el trabajo que con más claridad

lo describe, y que se toma como referencia para repensar la experiencia de la gestión. Se rescata en un texto dedicado al concepto de articulación, un fragmento donde describe “*La articulación se presenta cuando dos o más organismos acuerdan llevar adelante políticas que se traducen en acciones concretas y en donde cada uno realiza una o más tareas específicas en relación de cooperación horizontal con los otros organismos participantes. Esta horizontalidad no hace referencia a lo cuantitativo de las acciones (siempre unos harán más que otros) sino a lo cualitativo (todos hacen algo con otros y no necesariamente bajo su subordinación)*”. Aquí se comienza a percibir el vínculo entre la esencia de la creación del Consorcio y aquello que desde la gestión misma se visualiza como dificultad: tal horizontalidad no llega a ser tal en el contexto de lo cotidiano y el acceso en la red conformada no es equitativa (Cravacuore, Ilari, Vilar, 2000, p.21).

3.6. La oferta asistencial. Caracterización de su organización en el área bajo análisis

3.6.1. Efectores asistenciales de la región.

El INSSJP es el mayor financiador de servicios de salud de la Argentina. Para dar respuesta a la demanda natural de atención a la salud de las personas mayores afiliadas en todo el país, ha establecido un nivel descentralizado de referencia administrativa a partir de ámbitos de resolución de la problemática sociosanitaria denominados Unidades de Gestión Local (UGL). En total son 38; algunas integran la totalidad de un ámbito provincial y otras se caracterizan por segmentar áreas geográficas de una misma provincia en la cual asocian municipios. Uno de esos casos es, por su amplitud geográfica y densidad poblacional, Buenos Aires.

El INSSJP brinda servicios a las personas afiliadas fundamentalmente en forma indirecta a través de la contratación de terceros. Estos prestadores de servicios asistenciales pueden ser públicos o privados, y están vinculados al INSSJP por contratos en los cuales las partes firmantes se obligan a cumplir ciertas pautas de cobertura de atención según su complejidad, a la vez que establecen las condiciones bajo las cuales se brindarán los servicios y realizarán los pagos correspondientes. En consecuencia, su principal función - tanto por misión de la organización como por el volumen de recursos que involucran sus prestaciones médicas - debería ser la gestión, control y fiscalización de estos contratos.

El mayor problema del INSSJP es que su modelo de organización históricamente ha estado escasamente integrado con sus prestadores ocasionales, al igual que ha sido compleja de establecer su real potencialidad administrativa y operativa de control y fiscalización de los contratos que conforman cada *red* que procura configurar. Precisamente, al tratarse de contratos de tipo individual, en realidad el efecto posterior no es una red por definición, sino un acumulado

de prestadores carentes de una vinculación dinámica entre sí, como tampoco de niveles de complejidad crecientes debidamente organizados. Especialmente si combina efectores públicos y privados cada uno con su propia lógica.

En principio, cada persona afiliada tiene asignado por defecto y luego tiene posibilidad de elegir un prestador determinado para el II Nivel de Atención, y puede o no cumplir con su obligación contractual de otorgar las prestaciones correspondientes a la patología y la indicación médica. Muchas veces, en caso de requerirse una interconsulta de mayor especialización profesional o una práctica más compleja, que no está al alcance de la capacidad prestacional local o regional, la persona afiliada debe esperar que se genere el procedimiento administrativo para que esta se pueda cumplimentar. Otras veces, se trata simplemente de que el prestador no brinda oportunamente el servicio o lo rechaza por cualquier motivo, justificado o aduciendo razones varias, y el problema termina en lo que se denomina rechazo conformado con la derivación consecutiva. La misma generalmente se da fuera de su propia ciudad, y en oportunidades a una distancia apreciable para su traslado.

Esta situación es la principal debilidad para garantizar la prestación de los servicios asistenciales o prácticas contratadas. Se expresa como la incapacidad relativa de la organización financiadora y contratante para alinear más plenamente los intereses y acciones de los prestadores con los intereses y objetivos que le son propios por poder de mercado, incumpléndose con los contratos de atención. El INSSJP, con su capacidad monopsónica de compra de servicios asistenciales ha demostrado tener a lo largo de la historia –como hubiera sido deseable dada su enorme capacidad de intervenir en el mercado asistencial - poca capacidad de influir tanto como de acelerar al interior de la estructura prestadora la organización de redes efectivas, públicas o privadas, de complejidad creciente que funcionen como tales y permitan dar respuesta a la demanda sin ocasionar barreras artificiales.

Una oferta prestacional se describe a partir de identificar efectores, capacidad real, niveles de complejidad y tecnología disponible, y si está o no establecida en una Red (según definición conceptual) para responder a la demanda de diagnóstico y tratamiento de la salud.

En el ámbito de la Unidad de Gestión Local (UGL n° 30), ubicada geográficamente en el centro de la Provincia de Buenos Aires, existen una serie de prestadores asistenciales de diferente capacidad y complejidad que conforman un conjunto sin organización integrada ni, a la sazón, distribuido entre las diferentes localidades que la componen (Ver Tabla 2).

Tabla 2.

Capacidad instalada y complejidad de camas de la red prestacional de la UGL XXX (2021)

UGL XXX AZUL										
PRESTADORES NIVEL II										
	CAMAS				TOTAL	CAMAS ofrecidas				TOTAL
	GUARDIA	PISO	UCE UTIM	UTI UCO		GUARDIA	PISO	UCE UTIM	UTI UCO	
Htal. Municipal de Olavarría Dr. Hector Cura - COCEBA-	6	104	3	14	127	2	42	1	6	51
Htal. Municipal de Azul Dr Angel Pinto - COCEBA-	6	58	9	6	79	3	22	4	3	32
Htal. Municipal de Cacharí Casella Sola - COCEBA-	0	34	0	0	34	0	12	0	0	12
Htal. Municipal de Chillar Horacio Ferro - COCEBA-	0	34	0	0	34	0	12	0	0	12
Htal. Municipal de Daireaux Pedro Romanazzi -COCEBA-	2	40	0	0	42	1	16	0	0	17
Htal. Municipal de Salazar Luis Tabares - COCEBA-	0	7	0	0	7	0	2	0	0	2
Htal. Municipal de Laprida Pedro Sancholuz – COCEBA	1	24	4	0	29	1	10	2	0	13
Htal. Municipal de La Madrid Mariano Etchegaray - COCEBA-	1	29	4	0	34	1	12	1	0	13
Htal. Municipal de Tapalque - COCEBA-	4	32	0	0	36	2	12	0	0	14

Htal. Municipal de Gral Alvear Bernardino Rivadavia -COCEBA-	2	35	0	0	37	1	14	0	0	15
Htal. Municipal de Rauch Eustoquio Diaz Velez	4	72	0	4	80	4	72	0	4	80
Htal. Sub Zonal de Bolivar Dr Capredoni	7	110	0	7	124	7	110	0	7	124
Htal. Zonal de Saladillo Dr Posadas	3	76	2	4	85	3	76	2	4	85
Htal. Zonal Gral de Las Flores	3	65	0	5	73	3	65	0	5	73
Hospital de Benito Juarez Eva Perón- Entre Descentralizado SainTout	4	34	0	5	43	4	34	0	5	43
Hospital Municipal de Roque Pérez, Dr Carrillo - (sin convenio)	2	48	0	0	48	2	48	0	0	48
Clinica Saladillo	0	30	0	4	34	0	30	0	4	34
Clínica CEMEDA	0	32	0	7	39	0	6	0	3	9
Sanatorio Azul	2	32	2	5	41	2	12	1	5	20

Los porcentajes relativos surgen de la proporción de camas que los efectores ofrecieron en forma efectiva bajo contrato para ser utilizadas por las personas afiliadas al Instituto.

En primer lugar, se encuentra el servicio de guardia, que, si bien suma un total de 47, 36 de ellas (76%) están al servicio de las personas afiliadas, las que en toda la región suman 61.652 beneficiarios. En consecuencia, resultan en 0,58 camas cada 1000 afiliados/as. Respecto de las camas de cuidados críticos, 8 efectores no cuentan con UCE/UTIM y se ofrecieron un total de 11 camas (45%), lo que equivalente a 0,17 camas por 1000 afiliados/as.

Finalmente, los servicios de Unidad Coronaria/Terapia Intensiva ofrecieron un total de 46 camas (75% del total), a razón de 0,74 cada 1000 personas afiliadas. Sumadas, las Unidades de cuidados críticos ofrecen una relación cercana a 1 cama cada 1000, que está un 50% por debajo de lo ideal.

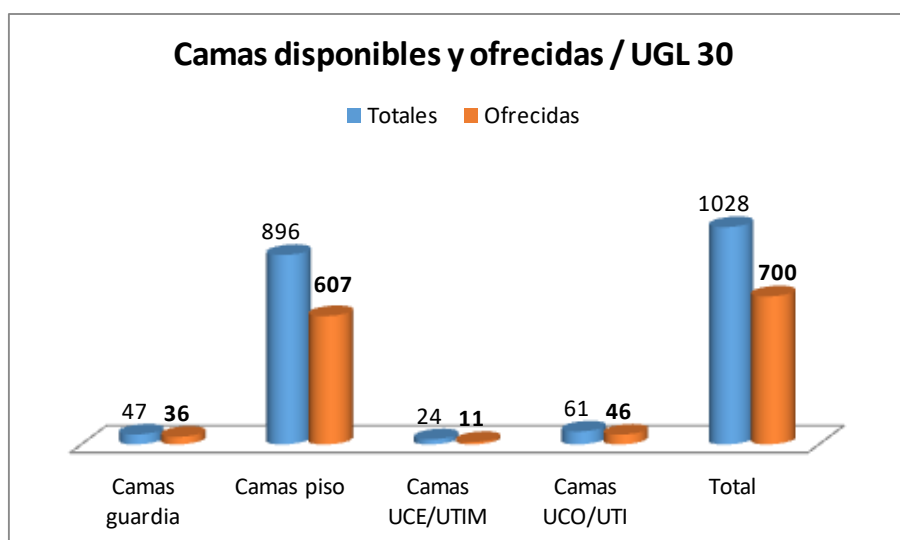
Respecto de las camas generales (Piso) la oferta fue de 607 (68% del total), lo que da una relación de 9 camas por 1000 personas afiliadas.

Las camas críticas (UCE/UTIM/UTI/UCO) no siempre se encuentran en una situación de estrés ocupacional, ya que solo bajo circunstancias excepcionales (pandemia) su ocupación promedio supera el 50%. No obstante, son camas que por sus características pueden o no tener un giro rápido según la patología que se trate, si se tiene soporte ventilatorio o no y el estado de conciencia

Por su parte, si se analiza el total de camas ofrecidas (700 sobre 1028), este 69% del total resulta en 11 camas cada 1000, lo cual no pareciera número escaso considerando que la OMS recomienda el indicador de 2.7 camas por cada 1,000 habitantes. Pero sí puede llegar a serlo si se considera el resto de población de la región con cobertura pública o de la seguridad social, que también forma parte de la potencial demanda latente.

Grafico 2:

Porcentaje de camas ofrecidas al INSSJP a nivel de la UGL XXX.



Respecto de los recursos de equipamiento diagnóstico o terapéutico de Nivel 1 o 2 con que cuenta la UGL XXX, relacionados a la posibilidad de brindar cobertura a prácticas ambulatorias, sean diagnósticas o consultas a especialistas, en la Tabla 2 se muestra su composición al momento de la investigación.

En relación a la tecnología de diagnóstico, el número de Resonadores y de TAC es adecuado para la cantidad de personas afiliadas que componen la UGL XXX, aunque no se ha caracterizado su tipo de complejidad técnica (Multicorte 32, 64 o 128 para TAC o Definición de Telsa para RNM).

Este equipamiento está integrado a los contratos prestacionales y se financia en base al modelo capitado. Es frecuente que constituya uno de los mayores problemas prestacionales de la Región, ya sea por el tipo de complejidad necesaria para el estudio solicitado o bien - y más frecuentemente - debido a demoras en la resolución del otorgamiento de turnos.

Tabla 3.

Recursos prestacionales Nivel I y II UGL XXX (capitados)

Recursos Prestacionales Ambulatorio- Nivel 1-		Cantidad
Radiología ambulatoria de Nivel 1		10
Ecodiagnostico de Nivel 1		9
Fisiokinesioterapia de Nivel 1		7
Laboratorio ambulatorio de Nivel 1		1
Consulta Especialistas		15
Procedimientos neurológicos de Alta Complejidad / Potenciales evocados		4
Procedimientos neurológicos de Alta Complejidad / Otras practicas		4
Ecodoppler		10
Resonancia Magnética Nuclear (incluye Gadolinio)		4
Tomografía Axial Computada		7
Ortoscopia		1
Litotricia extracorpórea		1
Densitometría ósea		2
Medicina Nuclear		1
Terapia radiante – Braquiterapia intracavitaria		2
Terapia Radiante - Acelerador lineal		2

Fuente: Recursos prestacionales del INSSJP UGL XXX (Del Prete, 2023).

3.6.2 Acerca de la Red CO.CE.BA

Una de las características de esta región es la existencia de un organismo que bajo la figura de Consorcio público. Tiene como función administrar las prestaciones de los efectores asistenciales de naturaleza municipal de 10 localidades, constituyéndose en intermediario contractual entre el

INSSJP y los mismos. Por tal motivo, es el responsable de la mayor cantidad de cápitas asignadas de la región.

Este denominado Consorcio del Centro de la Provincia de Buenos Aires (COCEBA) se creó en el mes de junio de 2000 liderado por la Municipalidad de Olavarría. A la fecha de su creación, y desde el punto de vista político, se trató de municipios gobernados desde 1999 por intendentes de un mismo partido (Alianza UCR-FREPASO).

El Consorcio posee su propia estructura institucional. Cuenta con un Directorio, integrado por los cuatro intendentes municipales y cuya presidencia es ejercida por el Intendente de Olavarría que aprueba las acciones a seguir y controla su desarrollo. La gestión operativa está a cargo de un gerente administrativo y un gerente médico en la ciudad de Olavarría, de quienes dependen un contador público, un asesor legal, un empleado administrativo, tres empleados auxiliares y un médico.

Los roles adjudicados al directorio son entonces, según el municipio: Presidencia: Olavarría

- Vicepresidencia: Azul
- Socios Activos: Laprida, Daireaux,
- Socios Adherentes: Tapalqué, Alvear, Lamadrid.

Desde los inicios, el Consorcio brindó las prestaciones médicas a través de los efectores de los sistemas de salud pública municipales, que se detallan en la Tabla 3, siendo el hospital de Olavarría el de mayor complejidad. (Cravacuore- Ilari- Villar, 2000)

Si bien la Municipalidad de Olavarría es quien aportó más recursos económicos para su puesta en funcionamiento, en la actualidad COCEBA funciona con un presupuesto propio conformado por los recursos que recibe de PAMI por cada afiliado. Estos recursos son utilizados para abonar las prestaciones a los efectores públicos y a la vez sostener su estructura operativa.

Según lo acordado el momento de la firma del convenio, la propia dinámica de la gestión de COCEBA comporta elementos de seguimiento permanente, los que recaerían en la gerencia correspondiente a través de balances mensuales. Al mismo tiempo, el Consorcio debe rendir cuentas ante PAMI de manera periódica, evaluando anualmente las acciones desarrolladas. No obstante, a la fecha no se cuenta con dicha información para los períodos previos. Dado además que el Consorcio cobra una cápita fija por cada módulo contratado y personas afiliadas bajo cobertura, su estructura administrativa se supone financiada por tales recursos, a pesar de no estar contemplado en la facturación.

En la Tabla 4 se detalla la distribución de personas afiliadas por localidad, correspondientes al padrón asignado a COCEBA:

Tabla 4.

Personas afiliadas de localidades que conforman la red del COCEBA

PARTIDO	LOCALIDAD	HABITANTES	PERSONAS AFILIADAS (COCEBA)	%
OLAVARRÍA:	OLAVARRÍA	104.852	16.914	16,13%
OLAVARRÍA:	SIERRAS BAYAS	6.856	1542	16,80%
AZUL	AZUL	59.237	9.750	16,46%
AZUL	CACHARÍ	2.960	744	25,13%
AZUL	CHILLAR	3.083	600	19,46%
DAIREAUX	DAIREAUX Y SALAZAR	14.965	2.258	15,08%
GRAL ALVEAR	GRAL ALVEAR	11.130	1.477	13,27%
LA MADRID	LA MADRID	10.783	1.829	16,96%
LAPRIDA	LAPRIDA	10.210	1.798	17,61%
TAPALQUE	TAPALQUE	9.178	1.542	16,80%

3.6.3. El Nomenclador de Prácticas Médicas del INSSJYP para el pago de prestaciones.

Las prácticas cubiertas por el INSSJP – PAMI se encuentran nombradas de acuerdo al siguiente esquema:

- Código de módulo
- Código de práctica
- Descripción de práctica
- Modalidad y/o nivel de autorización.

Los códigos en los que no se encuentre indicada la modalidad corresponden indistintamente a ambulatorio o internación. Es decir, se emplea el mismo código para ambas modalidades. El nivel de autorización se consigna únicamente en los casos que corresponda, e identifica quien es el responsable de la autorización en aquellas prestaciones que para su realización requieren la emisión electrónica de una Orden de Prestación y el cumplimiento del circuito asociado a las mismas. Este nomenclador da contenido a los convenios firmados por los prestadores, estableciendo el valor de las prácticas y los Módulos, especialmente de Alta Complejidad Cardiovascular y Neuroquirúrgica

El segundo nivel ambulatorio y de internación se encuentra capitado, asignando una suma fija por persona afiliada destinada a cubrir la totalidad de las prácticas incorporadas al contrato firmado. En el caso de la Alta Complejidad, la misma se paga por un valor fijado para cada Módulo que se define: Hemodinamia diagnóstica e intervencionista, Cirugía Cardíaca y Vascular periférica, Colocación de Marcapasos, Electrofisiología y Neurocirugía.

Los contratos capitados establecen que la demanda derivada dentro de lo comprendido por las prácticas y procedimientos de I y II nivel se descuentan de la cápita correspondiente al efector que efectúa el rechazo conformado, con la finalidad de no pagar dos veces por lo mismo.

4. Metodología de la Investigación.

4.1. Tipo de estudio

La investigación se enfocó sobre una de las regiones geográficas del centro de la Provincia de Buenos Aires, considerándola un ámbito natural donde se focaliza el problema a describir entre personas mayores afiliadas, financiador y prestadores, analizando porqué los efectores asistenciales - más allá de sus diferencias en infraestructura y complejidad - no logran cubrir eficazmente los requerimientos prestacionales de la región. Sea porque no poseen los recursos humanos y tecnológicos necesarios, o por otros motivos no claramente calificados que se suelen expresar como *rechazo conformado*. Lo que lleva a las *derivaciones sanitarias a prestadores alejados* a que se constituyan en una práctica de uso frecuente, y fundamentalmente no deseadas.

El presente estudio se asume como de tipo descriptivo longitudinal (período marzo a diciembre de 2021) y retrospectivo, teniendo en cuenta que es a partir del mes de marzo de dicho año, y gracias a la cobertura alcanzada por la campaña nacional de vacunación contra COVID19 mas la baja de casos complicados, se retomaron las prácticas habituales de control de la salud tal como las cirugías programadas y suspendidas. Asimismo, se dio por finalizada la etapa de atención exclusiva a patologías respiratorias asociadas a COVID - 19. Es decir, se volvió al modelo habitual de interacción demanda/oferta del sistema de salud. De allí que la atención del sistema regional que vincula prestaciones resueltas y derivadas es la observada exclusivamente en dicho período.

4.2. Dimensiones, variables, indicadores

Variable independiente: Derivaciones sanitarias de la UGL XXX al resto del país. Periodo Marzo a diciembre de 2021

Variables dependientes:

- Prestaciones que se cubren en la localidad de origen
- Prestaciones que se cubren dentro de la región
- Prestaciones que se cubren fuera del territorio
- Motivo de solicitud de derivación
- Tiempo de espera desde la solicitud de derivación hasta la confirmación
- Kms. Recorridos/ valor del pago según km

4.3. Universo y características de la muestra:

La muestra sobre la que se basa el estudio está conformada por 251 solicitudes de derivación, registradas en uno de los sistemas que se utilizan para la gestión y ejecución de las prestaciones médicas que brinda el INSSJP a las personas afiliadas de la UGL XXX del INSSJP. Cada una de estas solicitudes, objeto de estudio, concentra toda la información necesaria para su ejecución. No obstante, se han seleccionado de ellas algunos datos, a los fines de priorizar la observación sobre la gestión, y no sobre la pertinencia médica o no de cada. (ANEXO 3)

4.3.1 Fuentes de información y técnicas de recolección de datos:

La fuente de información ha sido la disponible en los documentos y procedimientos que al respecto dispone PAMI para la gestión de las derivaciones. La base de dicha información se obtuvo del registro y auditoría de los procedimientos administrativos que se describen en la Resolución 18820662 del INSSJP (RS20221882002-INSSJP-DE#INSSJP), utilizando fuentes primarias y secundarias obtenidas del acceso a datos de gestión y administración de los recursos integrales del territorio bajo análisis. Especialmente, a partir de evaluar el número, tipo y característica principales de las órdenes de prestación (OP) que resultaron emitidas y constan en los archivos correspondientes, destinadas a convalidar derivaciones sanitarias a efectores ubicados por fuera del territorio regional establecido.

4.3.2 Aspectos éticos de la investigación.

La protección de los datos personales de los efectores de salud y las personas afiliadas tanto como de toda persona que se vincule a este trabajo, se enmarca en estricto cumplimiento de las leyes que amparan dichos fines, tanto la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales, como la

Ley 26.529 de Derechos del Paciente, Ley 26.388 régimen penal y concordantes y en concordancia con las Políticas internas de Seguridad de la Información.

En tal sentido el INSSJP administra información personal de sus afiliados/as de manera segura utilizando todas las herramientas y procedimientos tecnológicos necesarios, velando por la seguridad de la información en todo momento. Esta información es para uso del INSSJP. En el caso de que los deba ceder y/o sesionar determinada información, el acto se realizará con compromisos de confidencialidad suscritos entre partes con un exhaustivo control del tratamiento de los datos.

Las bases de datos personales a cargo del INSSJP se encuentran inscriptas ante el REGISTRO NACIONAL DE BASES DE DATOS de la DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, en cumplimiento de los artículos 21 y 22 de la Ley Nº 25.326, modificatorios y complementarios.

5. Desarrollo

5.1 Análisis y definición de características principales de la demanda de atención.

Con el fin de cumplir con los objetivos propuestos, se realizará el análisis de las solicitudes de derivación realizadas durante los meses de marzo a diciembre de 2021 en la región conformada por la UGL XXX. Asimismo, y para poder dar curso a un diagnóstico más certero, se describirá la naturaleza de la demanda de atención, teniendo en cuenta dentro de esta misma muestra cada uno de los efectores de salud, sus posibilidades de atención de acuerdo a calidad (complejidad) y cantidad (camas) de recursos y tecnología con los que cuenta.

Se utilizarán también los censos que los prestadores de II nivel presentan a la gestión administrativa del Instituto, con el fin de conocer los diagnósticos que motivan los ingresos que efectivamente se realizan. Se trata de 19 efectores de salud, de los cuales sólo 3 son privados y los restantes hospitales públicos municipales o zonales especializados.

Describir la demanda de atención de la región es una tarea compleja, pero se han podido recolectar datos que permitieron arribar a un mapa aproximado de la realidad epidemiológica y del tipo de ingresos que cada efector registra e informa. De estos ingresos, algunos superan la propia complejidad del prestador, y es allí cuando solicitan la derivación a otro centro de mayor nivel resolutivo mediante la emisión del rechazo conformado.

Del análisis efectuado se observan ciertos diagnósticos con mayor prevalencia sobre otros, que se encuentran presentes en los censos de al menos el 80% de los efectores. Si bien esto permite

visualizar la demanda efectiva, lo que no es posible obtener de los mismos es la certeza de que el problema de salud declarado se haya resuelto en dicho efector. Esto debido a que en ocasiones la espera hasta el momento de la derivación se lleva adelante en el contexto de una internación que tiene como finalidad mantener estable la situación de salud de la persona, existiendo la necesidad de intervenir hasta donde la complejidad y los recursos lo permitan, o intentar maniobras paliativas o de reducción del daño.

Estas coincidencias diagnósticas de los efectores de II Nivel tienen una clara diferencia, marcada por la presencia o no de camas de guardia, la existencia o no de terapias intensivas e intermedias y/o la unidad coronaria con cama disponible, que configuran indicadores fundamentales del nivel de complejidad del efector. Es por esto que los censos de los hospitales de las localidades de Bolívar, Olavarría, Las Flores y Azul demuestran que cuentan con mayores posibilidades de resolución y, en consecuencia, un rango mayor de patologías a las cuales abordar.

Con el fin de arribar a una aproximada caracterización de la demanda, se presentan las siguientes tablas, que pretenden hacerla visible más allá de su dispersión (patologías que requieren atención y fueron ingresadas a prestadores de la zona), presentes en las personas afiliadas a la UGL XXX del INSSJP.

Tabla 5.

Patologías respiratorias y frecuencia de presentación. UGL XXX

PATOLOGIAS RESPIRATORIAS	Cantidad	Porcentaje
Total de casos	391	28,53%
Covid – 19	225	16,48%
Neumonías	82	6,00%
Insuficiencia respiratoria aguda	42	3,00%
Edema de pulmón	13	1,00%
Neumopatías inespecíficas	10	0,70%
EPOC	10	0,70%
Bronquitis/Bronconeumonías	6	0,45%
Neumotorax	3	0,20%

Tabla 6.

Patologías oncológicas elegidas y frecuencia de presentación UGL XXX

PATOLOGIAS ONCOLOGICAS	Cantidad	Porcentaje
Total de casos	153	11.20%
Tumores Malignos (Colon, Recto, Endometrio)	97	7%
Cancer de mama	49	3,50%

Leucemia/mielomas	7	0,51%
-------------------	---	-------

Tabla 7.

Patologías Cardiovasculares y frecuencia de presentación UGL XXX

PATOLOGÍA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Total de casos	302	22,04%
ACV HEMORRAGICO/ISQUÉMICO	61	4,46%
INSUFICIENCIA CARDÍACA	56	4,10%
ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA	32	2,34%
HTA	29	2,12%
DOLOR PRECORDIAL	25	1,83%
DISNEA	24	1,75%
ANGINA DE PECHO/INESTABLE	18	1,30%
FIBRILACION/ALETEO AURICULAR	17	1,24%
INFARTO MIOCARDIO	10	0,73%
SINCOPE Y/O COLAPSO	10	0,73%
LIPOTIMIA/HIPOTENSION	9	0,65%
ARRITMIAS	6	0,43%
TAQUICARDIA	5	0,36%

Tabla 8.

Patologías traumatológicas y frecuencia de presentación UGL XXX

PATOLOGÍA TRAUMATOLOGICA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Total de casos	93	7%
FRACTURA CADERA	33	2,41%
FRACTURA MMII	20	1,47%
TRAUMATISMOS Y POLITRAUMATISMOS	16	1,17%
LUMBALGIA/DORSALGIA	9	0,65%
FRACTURA MMSS	8	0,60%
LUXACION CADERA/HOMBRO	7	0,50%

Tabla 9.

Síndromes dolorosos y frecuencia de presentación UGL XXX

SÍNDROMES DOLOROSOS	Cantidad	Porcentaje
Total de casos	87	6,37%
Dolor abdominal/ abdominopelvico	62	4,54%
Dolor torácico	25	1,83%

Tabla 10.

Patología renal y frecuencia de presentación UGL XXX

PATOLOGIA RENAL	Cantidad	Porcentaje
Total de casos	12	0,95
Insuficiencia renal aguda	9	0,65%
Insuficiencia renal crónica	4	0,30%

Las tablas muestran 1365 diagnósticos que se pudieron obtener de los censos enviados por los efectores, y conforman cerca del 64%% de dicha muestra. El restante 36% se caracteriza por una notable dispersión de causas, ya que cada diagnóstico presenta muy baja incidencia sobre el total de motivos de ingreso.

En la demanda de atención en enfermedades de las vías respiratorias con un 28, 53% sobre el total de casos se registran 225 ingresos por COVID 19, un alto número de neumonías con 86 casos a los que le sigue la insuficiencia respiratoria. Estas problemáticas podrían estar asociadas a las secuelas de los contagios por COVID.

Continúan las enfermedades cardiovasculares, con un total de 302 ingresos a los efectores regionales, 22% de la muestra. Se han agrupado allí las diferentes patologías, notando que en mayor o menor medida la demanda de atención ante accidente cerebro vascular, que tiene un 4,46% con 61 casos se presenta como motivo de ingreso en todos los efectores de la UGL, seguido por la insuficiencia cardíaca que refiere un 4,10% a partir del registro de 56 ingresos.

Las problemáticas oncológicas se describen con dos códigos de diagnósticos: cáncer o tumor maligno. En la tabla 6 se evidencia cómo el cáncer de mama y los tumores de colon (25 y 23 ingresos respectivamente) tienen mayor diagnóstico que el resto. Esto se podría pensar en función de la conducta preventiva que se intentó instalar en las personas mayores, una vez que se superó la etapa aguda de la pandemia, a los fines de cumplir con los controles periódicos de salud. Asimismo, se llevó adelante un estímulo a prestadores para que pudieran abrir su agenda de turnos y realizar diagnóstico temprano. Se registraron 153 ingresos que componen un 13,4%.

Le sigue la demanda de atención por fracturas, luxaciones. Otra de las problemáticas asociadas a procesos normales de envejecimiento caracterizadas por la pérdida de masa muscular y ósea y que suelen terminar en caídas a partir de la pérdida de fuerza o de equilibrio. Se informaron 33 ingresos por fractura de cadera, 20 de fracturas de MMII, 16 traumatismos y politraumatismos y

o fracturas de MMSS. Luego, luxaciones de hombro y cadera. En total se llega a 93 casos que componen el 7% del total de la muestra.

Finalmente, y con muy baja incidencia sobre el resto, la insuficiencia renal con 28 casos, que se registran atento a la gravedad que implican y porque también, se informan casos en la mayoría de los prestadores de la región.

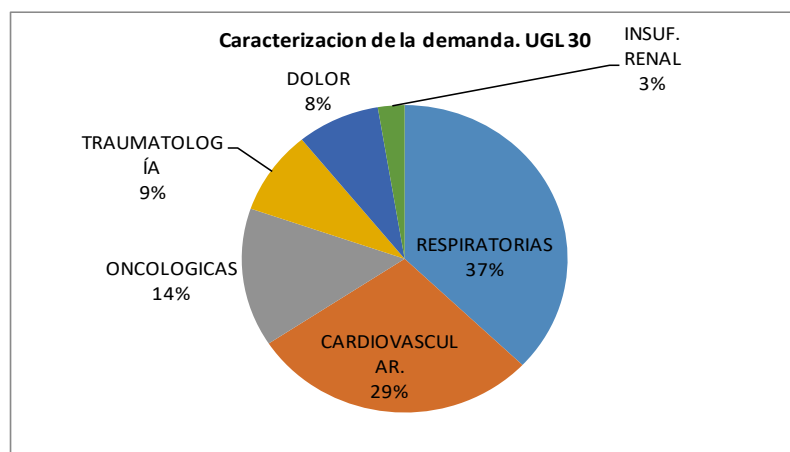
Tabla 11.

Demanda. Consolidado de Patologías y frecuencia de casos. UGL XXX

RESPIRATORIAS	28,53%	391
CARDIOVASCULAR.	22,04%	302
ONCOLOGICAS	11.2%	153
TRAUMATOLOGÍA	7%	93
DOLOR	6,37%	87
INSUF. RENAL	1,95%	28

Grafico 3.

Análisis de la demanda. UGL XXX



Lo detallado en la Tabla 11 y explicitado en el Gráfico 3 demuestra la capacidad de atención en primera instancia, que no implica necesariamente su resolución en la región, ya que varias de las situaciones que se describieron fueron motivo de solicitud de derivación. Mientras en el periodo observado se informaron 1365 ingresos, paralelamente se solicitaron 251 pedidos de derivación de los cuales no todos finalizaron o se iniciaron. No obstante, fueron motivo de indicación médica y de gestión de los procesos administrativos.

Lo que se evidencia en el análisis de los diagnósticos es que la necesidad prestacional de la región está dominada por la patología cardiovascular, respiratoria, oncológica y traumatológica en relación al II Nivel. En el caso de las patologías de Nivel I, las consultas a especialistas, laboratorios de mayor complejidad o imágenes son resueltas en territorio de acuerdo a la disponibilidad de turnos. Pero precisamente de los registros de la central de quejas, reclamos, solicitudes y sugerencias (CRM), surgen multiplicidad de llamados ante la demora en la obtención de turnos de Ecografías y Resonancias, y de la falta de prestadores para ciertas interconsultas en las localidades que comprenden la UGL. Este último dato implica además que las personas deben trasladarse con cierta frecuencia para obtener ciertas prácticas de diagnóstico por imágenes, sean de rutina o por urgencia.

5.2. Descripción de la muestra referida al problema.

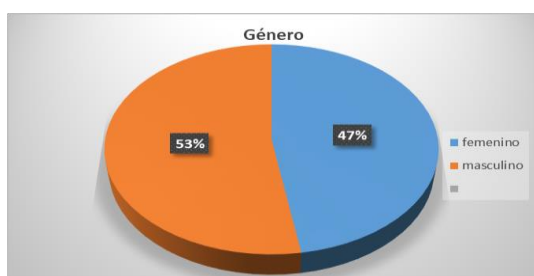
La variable dependiente del presente estudio lo constituyen *las derivaciones sanitarias*. Se enfocó la investigación en encontrar las características de las mismas, para poder así hacer un diagnóstico aproximado que permita encontrar herramientas para su necesaria modificación de ser posible, circunstancia compleja vista la red prestacional y sus características.

Del análisis de los datos obtenidos se desprenden algunas conclusiones, las cuales se detallan a continuación, teniendo como objeto de análisis cada una de las *solicitudes de derivación*, lo que puede implicar, o no, que pertenezcan a una misma persona durante el período comprendido entre marzo a diciembre del año 2021.

Durante esos meses, se solicitaron 251 derivaciones sanitarias a personas que se encuentran en el ámbito de la UGL 30, quienes en algunos casos debieron pasar por este procedimiento en más de una oportunidad. Del total de solicitudes pertenecientes a los registros del sistema, se observa que 119 fueron requeridas para personas de sexo femenino, en tanto que 132 lo fueron para sexo masculino.

Gráfico 4.

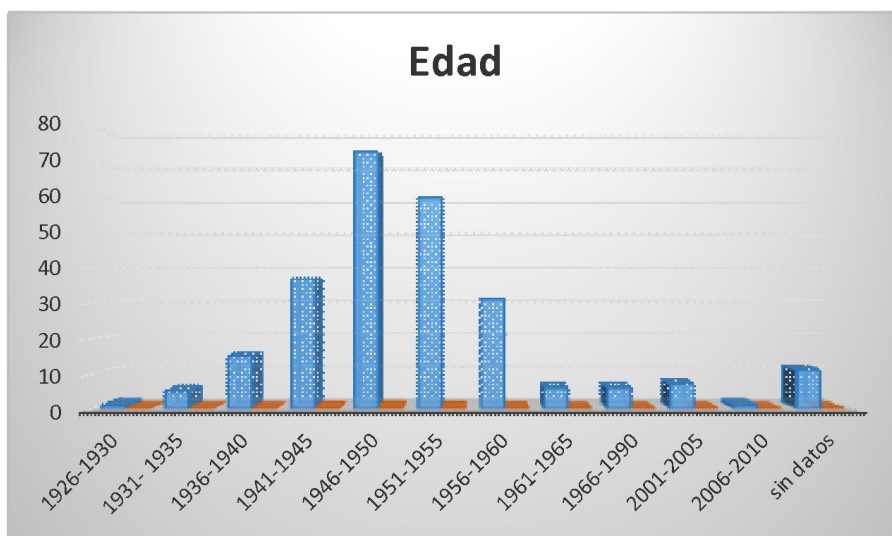
Distribución de las derivaciones requeridas según género UGL XXX



En relación a la edad de dichas personas, el rango etario va desde nacidos en 1927 a 2008, contando la persona de mayor edad con 95 años y la de menor con 14 años (afiliada por ser hija menor de 18 años de la persona titular). El promedio etario resultó en 69 años, prevaleciendo el rango de 70 a 75 años.

Gráfico 5:

Edad por solicitud de derivación. UGL XXX



6 - Resultados

Siendo que el objetivo general del presente estudio plantea un análisis de las características, el origen y las problemáticas que acarrearán las derivaciones sanitarias en el contexto de una región, se toma esta práctica como un síntoma de falla del sistema de salud. Por lo que cada una de las variables analizadas permitirá acceder a un indicador específico en la atención.

En principio, dado que la red prestacional en el área geográfica de la investigación se configuró sin una planificación adecuada de necesidades y disponibilidades, como parte de una reorganización del modelo contractual y a partir de la oferta existente de establecimientos asistenciales con diverso nivel de complejidad de servicios, en oportunidades queda lejos de poder dar respuesta efectiva a la atención requerida. Usualmente el problema se resuelve – parcialmente - a través del denominado “*rechazo conformado*”.

Del trabajo realizado, se obtuvo información sumamente valiosa respecto a esta práctica como también de las características de los efectores de la región, a fin de describir a través de su

comprobación, las dificultades que se habían visualizado respecto de la atención de un grupo específico de personas, como son las afiliadas al INSSJP en la UGL 30.

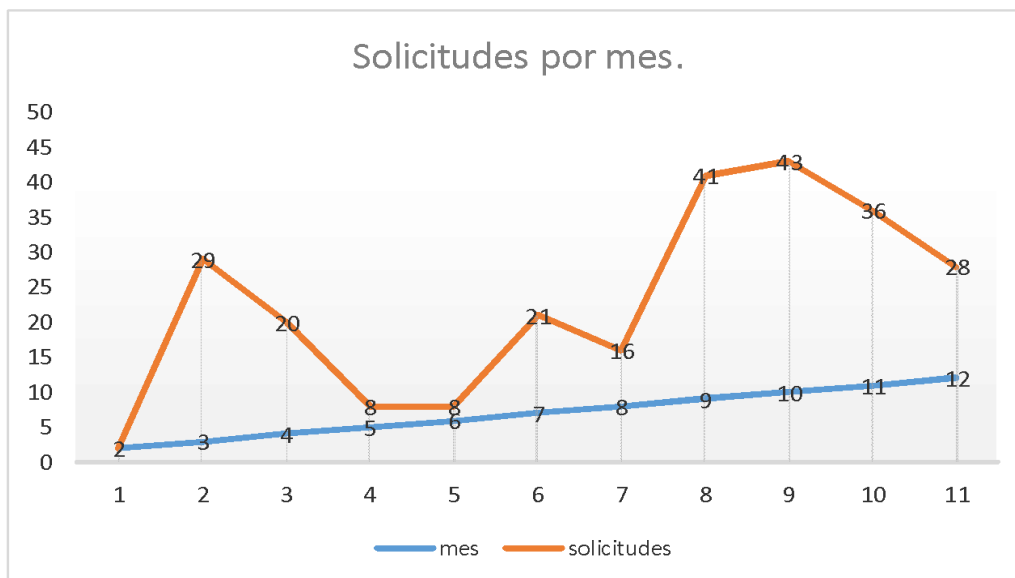
6.1 Perfil de las derivaciones sanitarias según mes del año 2021.

En relación a la distribución por meses, la curva de derivaciones tiende a aumentar en el último trimestre del año, lo que lleva a pensar que durante los meses del invierno la demanda estuvo contenida en el marco de la red prestacional del territorio. O bien que tal vez las personas mayores - preservándose del frío - concurrieron menos a las consultas durante esos meses o que las problemáticas estuvieron referidas a patologías respiratorias de menor complejidad.

Es probable que a partir de la inversión en tecnología, producto de enfrentar la pandemia y sus características en 2020, hayan podido ser atendidas en zona tal como se describe en el ítem 5.1, en donde se detalla el perfil de demanda de atención a la salud de las personas mayores a nivel de la región.

Gráfico 6:

Solicitudes de derivación según mes del año 2021. UGL XXX



6.2. Estado de cada solicitud.

Llamamos ESTADO al desarrollo del procedimiento iniciado a partir de que el prestador realiza el rechazo y solicita la derivación. Luego la misma debe ser validada desde la coordinación de la UGL y posteriormente, desde nivel central del Instituto.

Recordando que los datos analizados suman un total de 251 solicitudes, y que se trata de poder dar cuenta de las dificultades que esta práctica acarrea, se analizó el estado de cada una de ellas al momento de realizar el corte de tiempo, de lo que surge que no todas las solicitudes cargadas en el sistema se concretaron y que algunas aún se encontraban pendientes ya sea por falta de carga de documentación o por falta de lugar de destino.

Tabla 12.

Estado de derivaciones solicitadas según UGL receptora desde la UGL XXX

UGL receptora	CANCELADO	PENDIENTE	FINALIZADA	INICIADA	RECHAZADO UGL ORIGEN	TOTAL
CABA	50	19	65	42	0	176
LA PLATA	0	0	0	1	0	1
SAN MARTIN	1	1	0	1	0	3
LANUS	0	0	1	0	0	1
M. DEL PLATA	0	1	0	2	0	3
LA PAMPA	0	0	0	1	0	1
SAN JUSTO	4	0	0	1	0	5
QUILMES	3	0	4	2	0	9
JUNIN	0	0	0	1	0	1
SIN DATOS	36	14	0	0	1	51
TOTAL	94	35	69	51	1	251
% S / TOTAL	37.4	13.9	27.0	20,3	0.4	100

Como se observa en la Tabla 12, es levemente mayor el porcentaje de solicitudes que no llegaron a realizarse por sobre las que sí, 51.7 % y 47,3% respectivamente.

Atendiendo a que las solicitudes de derivación implican un proceso administrativo meticuloso, que requiere del acopio de toda la información referida a la persona para la cual se gestiona la práctica y pone en acción a diferentes actores del sistema médico y administrativo, el hecho de la cancelación no significa que no se hayan utilizado recursos humanos, tiempo y articulación de tareas hasta arribar a la cancelación. La misma en ocasiones se da a partir de la resolución en territorio, producto de un cambio en el motivo de solicitud, sea porque la persona tomó la decisión de salirse del sistema y resolverlo en forma privada, o bien por el deceso de la persona en cuestión.

Es por esta razón que se tomaron todas las solicitudes efectuadas durante el tiempo que se definió para la investigación, ya que si están en sistema - aunque canceladas - implicaron la carga de documentación y su correspondiente auditoría, es decir la puesta en marcha de procesos administrativos que involucraron a los equipos administrativos y profesionales de las instituciones.

Del 20,3% que se encontraban en etapa de inicio, éste corresponde a la fase del procedimiento administrativo en el que se realizó la carga de documentación necesaria para su auditoría, y se aguardó la validación para proseguir los tramites. Por su parte, el 13,9 % de las solicitudes pendientes, si bien resultan un número menor, dan cuenta de uno de los inconvenientes mencionados que consiste en el tiempo de espera desde que se autoriza el pedido hasta que se logra la vacante buscada para la práctica en cuestión. Esta etapa está directamente vinculada a las restantes, ya que es allí cuando suelen surgir las cancelaciones o, de lo contrario, la finalización de la misma.

6.3 Costos de traslados a UGL receptoras:

Un tema de suma importancia surge del traslado de una persona afiliada desde una localidad a otra, a veces muy distante, lo que implica entre otros costos los que se abona al prestador asignado para el módulo de traslados programados (ambulancia o vehículo de traslado). Este valor se obtiene multiplicando el precio otorgado al km por la distancia, y no hace diferencias sobre el tipo de vehículo a utilizar si bien en las planillas de solicitud se encuentra detallado si es una ambulancia común, una unidad UTI con o sin requerimiento de oxígeno y con o sin profesional médico acompañando, entre otras.

En la Tabla 13 se observa la matriz de costos de traslado atento a las distancias en km, el valor total por viaje efectuado y asimismo el valor tanto de los traslados pendientes como de los iniciados

Tabla 13.

Costos de traslados según distancia al efector que recibe la derivación

UGL receptora	Kms desde UGL XXX	Valor km en \$	Costo total por viaje	Costo totalidad de traslados finalizados	Costo traslados pendientes	Costos traslados iniciados
CABA	300	80	\$ 24000	\$ 1.537.536	\$ 456.000	\$ 1.008.000
LA PLATA	290	80	\$ 23200	0	0	\$ 23.200
SAN MARTIN	310	80	\$ 24800	0	\$ 24.800	\$ 24.800
LANUS	300	80	\$ 24000	\$ 24.000	0	0
M DEL PLATA	270	80	\$ 21600	0	\$ 21.600	\$ 43.200
LA PAMPA	650	80	\$ 52000	0	0	\$ 52.000
SAN JUSTO	290	80	\$ 23200	0	0	\$ 23.200
QUILMES	320	80	\$ 25600	0	0	\$ 51.200
JUNIN	300	80	\$ 24000	0	0	\$ 24.000
SIN DATOS ²	300	80	\$ 24000	0	\$ 336.000	0
				\$ 1.561.536	\$ 838.400	\$ 1.249.600

² Se toma como referencia la distancia a CABA por su predominancia sobre el resto

Lo que surge de esta Tabla es la predominancia de los traslados a prestadores de CABA, más allá de que del total de 171 solicitudes a resolver en ese destino, 60 se hayan cancelado. El dato más significativo es que el costo total de los traslados resulta una cifra significativa en términos de uso de prestadores para la movilidad. No es menor la cantidad de kilómetros que una persona afiliada debe transitar, en condiciones de salud no favorables, para poder acceder a la prestación que necesite. En la mayoría de los casos, supera las 4 horas. Esta situación muestra con claridad la inequidad del acceso a la salud de quienes se encuentran habitando alejados de los grandes centros urbanos, donde el desarrollo sanitario es mayor.

6.4 Causas de las solicitudes de derivación a centros alejados del entorno de las personas mayores.

En lo que se refiere a las causas de las solicitudes, surgen de los motivos que el prestador expresa para rechazar su cobertura, lo que debe estar fundamentado mediante documentación profesional certera. Tras de esto, el sistema o plataforma que las registra contiene opciones preconcebidas para su carga, lo que debe incluir esta documentación que respalde las mismas y es auditada por diferentes niveles de la estructura organizacional, en base a lo cual es posible clasificar las causales de derivación; es decir aquello que le impide al prestador asignado cumplir con la atención.

Tabla 14.

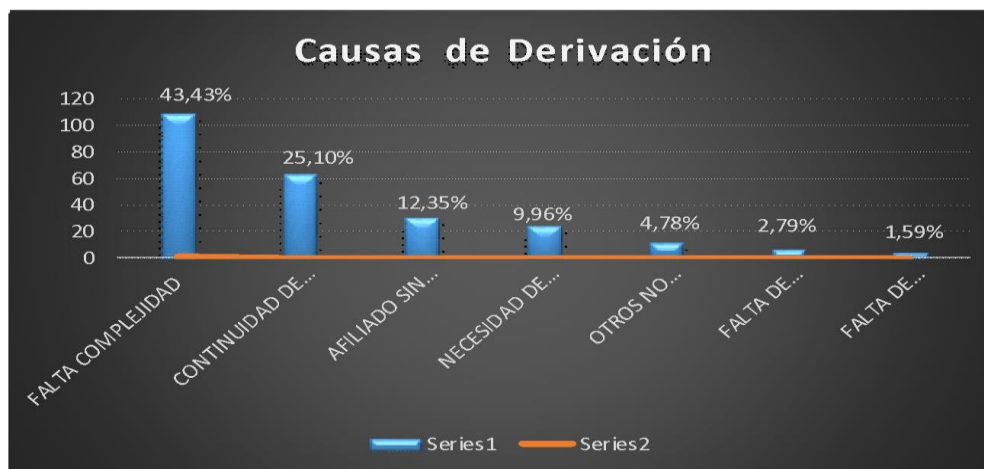
Causas de derivación a otros efectores. UGL XXX

Motivo de Rechazo	Cantidad	Peso	
30 – AZUL	251	100%	
FALTA COMPLEJIDAD	109	43,43%	
CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO	63	25,10%	
AFILIADO SIN ASIGNACION	31	12,35%	
NECESIDAD DE CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD	25	9,96%	
OTROS NO ESPECIFICADOS	4	1,59%	
FALTA DE PRESTADOR PARA REALIZAR LA PRACTICA	7	2,79%	
FALTA DE PROFESIONAL QUE REALICE LA PRACTICA	4	1,59%	
EL PRESTADOR NO EMITE RECHAZO	1	0,40%	
EQUIPO EN REPARACIÓN	1	0,40%	
EXCEDE EL LÍMITE	1	0,40%	
FALTA DE COMPLEJIDAD / CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO	1	0,40%	3,59%
FALTA DE COMPLEJIDAD / FALTA DE PRESTADOR	1	0,40%	
FALTA DOSIS MATERIAL RADIOACTIVO	1	0,40%	
NO HAY ESPECIALISTA	1	0,40%	

NO REALIZAN LA PRÁCTICA EN EL ÁMBITO DE LA UGL	1	0,40%	
Total general	251	100,00%	

Gráfico 7:

Causas de las solicitudes y peso relativo. UGL XXX



El problema más frecuentemente observado respecto de las derivaciones es la falta de complejidad, que tiene un peso relativo del 44% respecto de las demás causales. Esta situación se enfrenta toda vez que es necesario un estudio o una práctica que por sus características o nivel de riesgo requiere de una tecnología y práctica profesional súper especializada (Intervencionismo complejo en hemodinamia o cirugía cardíaca, por ejemplo) de lo que el conglomerado local de prestadores carece.

En segundo término, con un peso relativo del 25% se encuentran las derivaciones que se solicitan para dar continuidad de tratamiento. Estas solicitudes surgen cuando previamente la persona afiliada tuvo su atención fuera de la red de prestadores, por los motivos que hayan sido, y su problemática implica seguimiento con el prestador que realizó la práctica en ese momento. En estos casos, el prestador asignado, es decir el de la red regional, suele expresarse con un *rechazo no conformado*, a los fines de no sufrir débitos a su cápita. Esta modalidad implica que los motivos por los que la persona se atiende en otro lugar son ajenos a quien lo tiene asignado en su cartera. En este caso se trata de una derivación adecuada

Con respecto al 12,4 % de las solicitudes de derivación por afiliados sin asignación (ASA), el inconveniente para la cobertura surge de la no asignación a ningún prestador dentro de su padrón, por lo que no cobra esa cápita. En consecuencia, no tiene obligación de brindar atención. Y si lo hiciera, el pago sería por prestación de acuerdo al valor del nomenclador vigente.

Sucede que, en muchos casos, estos afiliados han solicitado no tener prestador asignado por haber atravesado diversas circunstancias tales como falta de especialistas para su problemática específica, topes en los padrones de los prestadores, o bien demoras, malos tratos, etc.

Frente a esas circunstancias, por medio de un procedimiento administrativo, quedan sin prestador asignado y toda vez que requieran de alguna atención van a necesitar de un prestador que acepte brindar cobertura, ya sea en la red local o por fuera de ella.

Como anexo a la falta de complejidad ya mencionada, otro de los motivos que alcanza a casi 10% de las solicitudes es la derivación a centros de mayor complejidad. Significa que lo existente en la red no llega adquirir la complejidad requerida para la atención, y a ello se le estaría sumando la necesidad de una atención más especializada. Los diagnósticos predominantes son oncológicos y las prácticas solicitadas son la consulta con especialistas en cirugía de diversas especialidades de acuerdo al órgano u órganos afectados, incluyendo el módulo de internación que implica todas las intervenciones que el II Nivel de Atención contempla.

También y como parte de las debilidades de la red figura con un 2,7% y 1,59 % respectivamente la falta de prestadores o de profesionales que realicen la práctica. Aquí es bien evidente la deficiencia en el perfil de la red prestacional, que, si bien no es significativa, suele acompañar al primer motivo de solicitud (falta de complejidad).

Finalmente, y en menor medida, motivos como falta de material radioactivo para un estudio de Medicina Nuclear o equipo en reparación, que son eventualidades circunstanciales, no justifican medición ya que carecen de peso relativo.

6.5 Complejidad de los diagnósticos expresados en cada solicitud.

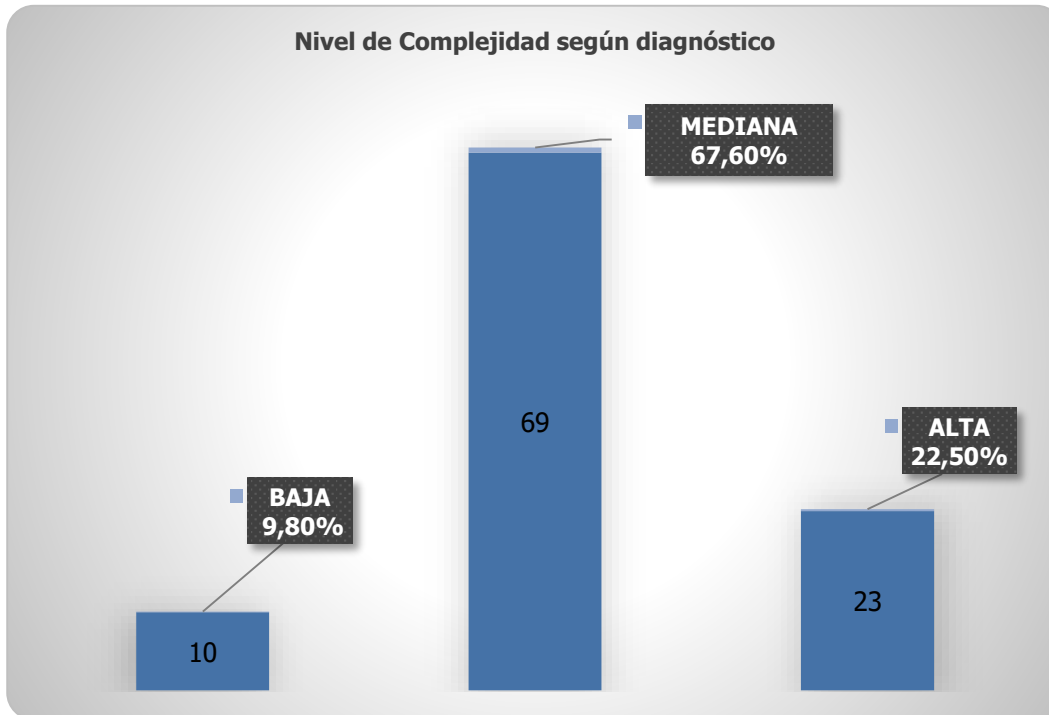
En base a la descripción precedente y el estado de las derivaciones, se procedió a examinar el tipo de complejidad de los diagnósticos detallados en cada una de las solicitudes, a fin de poder evaluar si la falta de complejidad tenía su correlato en el tipo de problemáticas a atender. Es decir, si el concepto *falta de complejidad* del motivo de solicitud se justifica con el nivel de complejidad de las patologías que la causan. En este sentido, a partir de este cruce, surge que de los 109 diagnósticos, 67,6% son patologías de mediana complejidad, 22, 5% de alta complejidad y 9,8% de baja complejidad (ver Gráfico 8).

Por lo tanto, si un 43% de las solicitudes de derivación se fundamentan en el déficit del nivel de complejidad y otro 10% en la necesidad de centros de mayor complejidad, se puede obtener como primera conclusión que el 53% de los problemas vinculados a una derivación tienen que

ver con que la complejidad de la red condiciona la resolución en el ámbito de la UGL 30 de atención sobre diagnósticos de patologías de mediano y alto nivel de complejidad y riesgo.

Grafico 8:

Complejidad según diagnóstico UGL XXX



6.6 Tiempo de espera de las derivaciones finalizadas

Dado que el Sistema Interactivo de Información sólo permite acceder a aquellas solicitudes finalizadas, solamente se pudo analizar un total de 70, quedando sin estos datos las iniciadas que comprendían un total de 51 solicitudes.

De las 70 disponibles se pudo obtener la cantidad de días que la persona afiliada tuvo que esperar hasta lograr el turno o ingreso al prestador logrado. De esta forma, se agruparon los datos de acuerdo a los días de espera para hacer efectiva la atención requerida, haciendo una diferencia de inicio en los primeros 7 días, ya que algunas solicitudes lograron resolverse dentro de los 3 primeros días desde su carga por parte del equipo que interviene en la gestión de este procedimiento.

Según la Tabla 15, el rango de tiempo de espera tuvo una amplitud de 1 a 156 días, con un promedio de 22,7 días y una media similar de 23 días. La particularidad respecto de las patologías, las derivaciones y su tiempo de espera fue que un 24,3% de las solicitudes superaron los 30 días para su resolución y que una persona debió esperar 88 días y otra 156 para ser atendida, siendo

en ambos casos patologías de baja complejidad y habiéndose solicitado interconsulta con especialistas en otorrinolaringología y cardiología respectivamente. Esto sí se puede entender claramente como una falla de la red.

Tabla 15.

Días de espera por solicitud.

Días de espera	Nº de Solicitudes
0 a 3	5
4 a 7	13
8 a 14	10
15 a 30	25
31 a 45	10
46 a 60	3
61 a 75	2
88	1
156	1
	70

Gráfico 9.

Días de espera en solicitudes finalizadas. UGL XXX



6.7 Destino de las derivaciones.

Una vez autorizada la solicitud desde los diferentes niveles de auditoría (regional y central), se procede a la búsqueda de una cama/quirófano o equipamiento en un prestador público o privado de la Red nacional de PAMI que resuelva esta demanda. Esto depende en primer lugar y gran

medida, de la situación puntual de la ocupación de camas a nivel provincial, y de la capacidad de respuesta de los prestadores de otras regiones.

La Tabla 16 muestra que en la serie de casos investigados, la resolución de la derivación fue absorbida en el 88,4% de los casos en centros asistenciales pertenecientes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y luego por prestadores de Quilmes (4.13%), lo que implica una distancia promedio de 300Km desde las diferentes localidades que componen la UGL 30. Paradójicamente, Mar del Plata que se encuentra a menor distancia y posee una mayor complejidad asistencial solo absorbió el 1,65%.

Tabla 16.

Receptores de solicitudes iniciadas y finalizadas desde UGL XXX.

UGL	Solicitud iniciada	Solicitud finalizada	SubTotal	%
CABA	42	65	107	88, 43%
QUILMES	2	3	5	4,13%
MAR DEL PLATA	2	0	2	1,65%
SAN MARTÍN	2	0	2	0,83%
LA PLATA	1	0	1	0,83%
LANUS	0	1	0	0,83%
SAN JUSTO	1	0	1	0,83%
JUNIN	1	0	1	0,83%
LA PAMPA	1	0	1	0,83%
TOTAL	52	69	120	100%

6.8 Centros de salud receptores de derivaciones finalizadas e iniciadas en CABA

Como se mencionó en el ítem anterior, la mayor cantidad de derivaciones (iniciadas y finalizadas), tuvieron como destino a prestadores ubicados en CABA. De ellas, 60,7% fueron finalizadas y resueltas en prestadores que absorben diferentes problemáticas, siendo el de mayor incidencia el Hospital *Dr. Cesar Milstein* - prestador propio del INNSJP - con 25 ingresos sobre un total de 65 solicitudes. Esto implica un peso relativo del 38,46% respecto de los 13 prestadores que absorbieron las derivaciones. En la Tabla 17 se observa la distribución de los mismos, siendo importante resaltar que Diagnóstico Pet SRL es un centro de diagnóstico por imágenes, y el Centro oftalmológico Charles un centro especializado en oftalmología, ambos ambulatorios.

Tabla 17.

Receptores CABA solicitudes finalizadas, desde UGL XXX.

CENTROS DE SALUD RECEPTORES EN CABA	DERIVACIONES FINALIZADAS	%
UNIDAD ASISTENCIAL POR + SALUD DR. CESAR MILSTEIN	25	38.46
FUNDACION FAVALORO	10	15.38
CENTRO OFTALMOLOGICO DR CHARLES SA	6	9.23
INSTITUTO ANGEL ROFFO - PRESTADOR ALTERNATIVO	6	9.23
CEMIC	4	6.15
HOSPITAL DE CLINICAS	4	6.15
ENERI	2	3.08
INST. CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES	2	3.08
HOSPITAL ITALIANO - PRESTADOR ALTERNATIVO	2	3.08
INSTITUTO LANARI	1	1.54
DIAGNOSTICO PET S.R.L	1	1.54
SANATORIO GUEMES	1	1.54
HOSPITAL ESPAÑOL	1	1.54
TOTAL	65	100.00

Por otra parte, la Tabla 18 muestra que de las derivaciones a CABA que se encontraban iniciadas, es decir en proceso de traslado y cumplimiento de la atención necesaria, 38% tuvieron como destinatario de mayor impacto la Unidad Asistencial Por + Salud Dr. César Milstein, un efector asistencial propio del INSSJP. El segundo es la Fundación Favaloro con el 9.5%, al que le sigue el CEMIC con 7.14%

Tabla 18.

Receptores CABA Solicitudes iniciadas desde UGL XXX.

CENTROS DE SALUD RECEPTORES CABA	SOLICITUDES INICIADAS	%
HOSPITAL DR. CESAR MILSTEIN	16	38.10
FUNDACION FAVALORO	4	9.52
CEMIC	3	7.14
ENERI - DR. PEDRO LYLYK Y ASOC.- PREST ALTERNATIVO -	3	7.14
HOSPITAL DE CLINICAS	2	4.76
IMAT	2	4.76
CENTRO OFTALMOLOGICO DR CHARLES SA	1	2.38
CLINICA LA ESPERANZA - CELSO -	1	2.38
DIAGNOSTICO PET S.R.L.	1	2.38
FUNDACION CENTRO DIAGNOSTICO NUCLEAR	1	2.38
INSTITUTO ANGEL ROFFO - PRESTADOR ALTERNATIVO	1	2.38
INSTITUTO LANARI	3	7.14
SANATORIO GUEMES - SILVER CROSS	1	2.38
SIGMA IMAGENES MEDICAS S.A.	1	2.38
HOSPITAL ITALIANO - PREST.ALTERNA	1	2.38
BUENOS AIRES SERVICIOS DE SALUD S.A	1	2.38
TOTAL	42	100.00

Estos datos permiten apreciar lo estratégico que puede llegar a ser para una UGL el hecho de disponer de un prestador propio o eventualmente contratado de alta complejidad en su territorio que permita contener la demanda que requiere derivación necesaria.

6.9. Resolución de la Alta Complejidad Cardiovascular. Contención regional y derivación

Uno de los principales problemas de resolución de las diferentes UGL del INSSJP es la mayor o menor posibilidad de resolver las diferentes patologías cardiovasculares que se presentan en su ámbito geográfico y a las que la red prestacional debe dar respuesta. Esto dependerá de una serie de variables.

En primer lugar, se considera que dentro de las características de un proceso de envejecimiento normal existe la posibilidad de cursar alguna patología que afecte el sistema circulatorio en forma crónica o, también en casos más complejos, de presentación aguda.

Por otro lado, la presencia o no de prestadores con la tecnología, equipamiento y recurso humano adecuado para su resolución, mayoritariamente se encuentra concentrado en grandes ciudades o conglomerados urbanos.

En el caso de la UGL XXX, el análisis de la información disponible entre marzo y diciembre de 2021 señala que la Red ha debido responder a la demanda de 535 casos de patologías que ameritan resolución quirúrgica a nivel de corazón o de los diferentes vasos, de las cuales fueron elegidas 450 con diagnóstico confirmado.

La Tabla 19 muestra la distribución de la patología que origina la consulta, y la ulterior necesidad de algún tipo de estudio diagnóstico, intervencionismo terapéutico o práctica quirúrgica.

Como se puede observar, el mayor peso de demanda - agrupado como insuficiencia cardíaca - no permite establecer claramente la patología de base (valvulopatías, isquemia coronaria, complicaciones del infarto agudo de miocardio, etc.) ya que solo se considera una falla cardíaca originada por causas variadas, las cuales en los casos bien definidos requieren tratamiento mediante diferentes prácticas de alta complejidad.

Estas prácticas, de alta complejidad cardiovascular (en adelante ACCV), se encuentran moduladas y se corresponden con diferente nivel de complejidad y riesgo. Tal situación hace que se vinculen - por ejemplo - cirugías cardíacas con y sin circulación extracorpórea, o cirugías arteriales de diferente nivel de complejidad con cirugía en troncos venosos, así como se separen ciertas prácticas correspondientes a colocación de marcapasos en función de la funcionalidad del mismo, cuyas vías de acceso y abordaje para colocación del generador son similares.

Existen, tanto en lo que compete a hemodinamia diagnostica o intervencionista como a cirugía cardiovascular central y periférica y electrofisiología, determinado tipo de patologías que van desde un riesgo muy bajo a muy elevado para cada paciente, dependiendo de la opción terapéutica elegida.

Esto implica establecer una primera clasificación, en base a la seguridad del paciente respecto de la indicación del tipo de intervención, así como de la estructura y recursos humanos y tecnológicos necesarios para ofrecerle la mejor respuesta terapéutica. (Del Prete, 2019)

Tabla 19.

Principales diagnósticos en UGL XXX que requirieron Módulos de Alta Complejidad Cardiovascular. Periodo marzo/diciembre 2021

CAUSAS DE ATENCION Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO QUIRURGICO	Cantidad
INSUFICIENCIA CARDIACA DE DIFERENTES CAUSAS	114
ANGINA DE PECHO	61
CARDIOMIOPATIA	38
OTRAS ARRITMIAS CARDIACAS	37
OTROS TRASTORNOS ARTERIALES O ARTERIOLARES	35
ENFERMEDAD ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZON	31
BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR Y DE RAMA IZQUIERDA DEL HAZ	26
OTRAS ENFERMEDADES ISQUEMICAS AGUDAS DEL CORAZON	26
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	24
CIERTAS COMPLICACIONES PRESENTES POSTERIORES AL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	15
COMPLICACIONES DE DISPOSITIVOS PROTESICOS, IMPLANTES E INJERTOS CARDIOVASCULARES	11
TRAUMATISMO DEL CORAZON	8
OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DEL CORAZON	6
ANEURISMA Y DISECCION AORTICOS	5
EMBOLIA Y TROMBOSIS ARTERIALES	5
FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR	5
OTROS ANEURISMAS	5
CONTROL GENERAL DE SALUD DE RUTINA DE SUBPOBLACIONES DEFINIDAS	4
TRASTORNOS NO REUMATICOS DE LA VALVULA AORTICA	4
TRASTORNOS NO REUMATICOS DE LA VALVULA MITRAL	4
SINCOPE Y COLAPSO	3
ENDOCARDITIS Y TRASTORNOS VALVULARES EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	2
ENFERMEDADES VALVULARES MULTIPLES	2

OCLUSION Y ESTENOSIS DE LAS ARTERIAS PRECEREBRALES SIN OCASIONAR INFARTO CEREBRAL	2
ATAQUES DE ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA Y SINDROMES AFINES	1
Total general	474

Fuente: Del Prete, Sergio. Análisis envolvente de datos de dimensión nacional del INSSJP 2021

Los actos médicos poseen niveles de complejidad creciente, sea por el tipo de recurso humanos que interviene como del uso de determinada tecnología o insumos, todo lo cual debe ser considerado a la hora de planificar una relación entre practicas/complejidad/cuantificación de financiamiento.

De esta forma es posible diferenciar un paciente a quien debe colocarse un marcapasos complejo (Re sincronizador) que posee un nivel 2, que otro a quien debe reemplazarse solo una válvula cardiaca, o bien dos (nivel 3), o que deba ser sometido a una Re-operación sobre una cirugía coronaria o valvular previa, o resolver la gravedad y severidad de un aneurisma disecante de aorta ascendente (Nivel 4), o bien entre una cirugía vascular de aneurisma de aorta abdominal no complicado (Nivel 2), de uno complicado (Nivel 3).

Tabla 20.

Módulos de Alta Complejidad Cardiovascular Caracterización según riesgo y práctica efectuada. Beneficiarios de UGL XXX. Periodo marzo a diciembre 2021

Modulos de Alta Complejidad Cardiovascular	Solicitud de resolución	Nivel de complejidad
MODULO A DE CIRUGIA CARDIACA CON CIRCULACION EXTRACORPOREA	2	3
MODULO A DE CIRUGIA CARDIACA SIMPLE SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA	1	3
Subtotal Cirugía Cardíaca	3	
MODULO A DE COLOCACION DE MARCAPASOS	1	1
MODULO B DE COLOCACION DE MARCAPASOS	21	1
MODULO C DE COLOCACION DE MARCAPASOS	64	1
Subtotal Colocacion de Marcapasos	86	
MODULO B DE CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	4	1
MODULO D DE CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	3	1
Subtotal Cirugía Vascular Periférica	7	
MODULO DE COLOCACION DE ENDOPROTESIS AORTICA ABDOMINAL	2	2
Subtotal Colocación de Endoprótesis	2	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO POR SUSTRACCION DE IMÁGENES	2	1
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO SIMPLE	54	1
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO CARDIACO Y CORONARIO SIMPLE	171	1
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO CARDIACO Y CORONARIO COMPLEJO	27	1
MODULO DE PRACTICAS SIMPLS NO HABITUALES POR VIA ENDOVASCULAR (CATETERISMO DERECHO)	1	1
Subtotal Estudios Hemodinámicos	255	

MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA SIMPLE EN UN SOLO TIEMPO	59	1
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA Y DE OTROS VASOS COMBINADA EN UN SOLO TIEMPO	13	2
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA Y DE OTROS VASOS COMPLEJA EN UN SOLO TIEMPO	12	2
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA DE VASOS PERIFERICOS COMPLEJA EN UN SOLO TIEMPO	6	2
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA DE VASOS PERIFERICOS SIMPLE EN UN SOLO TIEMPO	5	1
Subtotal Intervencionismo percutaneo coronario y periférico	95	
MODULO DE VALVULOPLASTIA AORTICA/PULMONAR Y MITRAL POR VIA PERCUTANEA	1	2
Subtotal valvuloplastia	1	
MODULO DE ABLACION CON MAPEO ELECTROANATOMICO POR RADIO FRECUENCIA	1	2
Subtotal Electrofisiología	1	
Total general	450	

Fuente: Del Prete, Sergio. Análisis envolvente de datos de dimensión nacional del INSSJP 2021

Tampoco es idéntico el riesgo de quien debe ser sometido a un estudio cineangiográfico simple (Nivel 1), de quien requiere una colocación simple de *stents* en dos territorios vasculares diferentes (coronario y carotideo) en forma simultánea (Nivel 3), o de mayor riesgo aún quien posee multilesiones complejas que obligan a dilatar y colocar *stents* más de dos arterias de un mismo territorio coronario (Nivel 4). Algo similar ocurre con el riesgo de un paciente de edad avanzada y portador de una valvulopatía aortica severa, a quien debe efectuarse por sus factores de riesgo un remplazo protésico por vía percutánea femoral (Nivel 3) o por vía apical (Nivel 4), frente a la imposibilidad de hacerlo mediante cirugía cardiaca con circulación extracorpórea (Nivel 2).

Se puede de esta forma dejar establecido el criterio de cuatro niveles de riesgo a fin de asignarlo a cada persona asistida, de manera de agrupar cada módulo y de esta forma contribuir a la definición de complejidad/valoración requerida para dar respuesta a la demanda de atención.

En primer lugar, para establecer la correlación entre el nivel de complejidad requerido y el disponible por la red de la UGL 30 y el tipo de prácticas, es posible definir 4 niveles de riesgo, a saber: 1 Bajo (verde), 2 Mediano (amarillo), 3 Alto (naranja) y 4 Muy alto (rojo), considerando las diferentes patologías siempre referido a hemodinamia diagnostica e intervencionista, cirugía cardíaca, colocación de marcapasos, cirugía vascular periférica y electrofisiología. Y si el procedimiento debe resolverse en forma programada o de urgencia, en ese caso la clasificación según riesgo puede sufrir modificaciones. En base a lo expresado, se ha procedido a analizar las 450 prácticas de ACCV activadas y generadas efectuadas a personas afiliadas de la UGL XXX, a partir de los módulos correspondientes y su complejidad por riesgo.

Como se desprende de la Tabla 20, para la resolución de la ACCV la UGL XXX dispuso - en el periodo de la investigación - de tres prestadores: COCEBA, AzulHemo y Clínica y Maternidad

Privada María Auxiliadora SA (ya sin convenio con el INSSJP). Los mismos equipados con hemodinamia para diagnóstico e intervencionismo y profesionales especializados para colocación de marcapasos y cirugía vascular periférica. Analizando la distribución de los casos, se observa que estos prestadores han resuelto un total de 279 prácticas sobre el total de 450 (62 %), según los módulos registrados correspondientes

Una característica observable es que el nivel de riesgo de las prácticas es en 25 de ellas correspondiente al nivel 1, y que 324 son de nivel 2, lo que implica que instrumentalmente no existen dificultades para responder ante la demanda de ese tipo de intervenciones. Los tres prestadores de la Red bajo convenio modulado para ACCV en 2021 efectuaron la colocación de un total de 77 marcapasos y completaron 162 estudios hemodinámicos y 132 angioplastias coronarias y periféricas entre simples y complejas.

Por su parte, y tal como se muestra en la Tabla 21, un total de 171 practicas (38 %) debieron ser derivadas a otros prestadores por fuera de la UGL XXX y ubicados en Bahía Blanca (Sociedad Italiana de Socorros Mutuos, Asociación Médica de Bahía Blanca y FUMEB Hospital

Tabla 21.

Módulos de ACCV resueltos por la Red de la UGL XXX. Periodo marzo-diciembre 2021

PRESTADORES Y PRACTICAS	CANTIDAD	RIESGO	%
AZUL HEMO SOCIEDAD CIVL	186		66.6
MODULO A DE COLOCACION DE MARCAPASOS	1	1	
MODULO B DE COLOCACION DE MARCAPASOS	11	1	
MODULO C DE COLOCACION DE MARCAPASOS	40	1	
MODULO B DE CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	1	1	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO POR SUSTRACCION DE IMAGENES	2	1	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO CARDIACO Y CORONARIO COMPLEJO	12	1	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO CARDIACO Y CORONARIO SIMPLE	57	1	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO SIMPLE	23	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA SIMPLE EN UN SOLO TIEMPO	20	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA Y DE OTROS VASOS COMBINADA EN UN SOLO TIEMPO	9	2	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA Y DE OTROS VASOS COMPLEJA EN UN SOLO TIEMPO	7	2	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA DE VASOS PERIFERICOS SIMPLE EN UN SOLO TIEMPO	2	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA DE VASOS PERIFERICOS COMPLEJA EN UN SOLO TIEMPO	1	2	
CO.CE.BA.	89		31.8
MODULO B DE COLOCACION DE MARCAPASOS	4	1	
MODULO C DE COLOCACION DE MARCAPASOS	11	1	
MODULO B DE CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	2	1	
MODULO D DE CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	3	1	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO SIMPLE	8	1	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO CARDIACO Y CORONARIO SIMPLE	41	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA SIMPLE EN UN SOLO TIEMPO	15	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA Y DE OTROS VASOS COMBINADA EN UN SOLO TIEMPO	2	2	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA Y DE OTROS VASOS COMPLEJA EN UN SOLO TIEMPO	3	2	
CLINICA Y MATERNIDAD PRIVADA MARIA AUXILIADORA S.A	4		1.4
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO CARDIACO Y CORONARIO SIMPLE	2	1	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO SIMPLE	1	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA DE VASOS PERIFERICOS SIMPLE EN UN SOLO TIEMPO	1	1	
TOTAL	279		100

Fuente: Del Prete, Sergio. Análisis envolvente de datos de dimensión nacional del INSSJP 2021

Privado del Sur, a Trenque Lauquen (Trenquecardiohemo y Hospital Municipal Mariano Castella)), La Plata (IDYTAC) y Chivilcoy (Cardiovascular Chivilcoy SRL). Quizás lo más significativo sea que del total de prácticas derivadas, solo 3 fueron de alto riesgo, ya que debieron requerir Cirugía Cardíaca con y sin CEC. Llama la atención así que 168 prácticas de nivel 1 y 2 no hayan podido ser contenidas en la red de la UGL 30, a pesar de que otras similares si fueron resueltas en la misma.

Un dato a destacar es que la red de prestadores de ACCV de la UGL XXX no cuenta con Cirugía Cardíaca, por lo cual el 100% de los casos deben ser derivados a otros centros para su resolución.

Tabla 22.

Módulos de ACCV resueltos fuera de la Red de la UGL XXX. Periodo marzo-diciembre 2021

PRESTADORES Y PRACTICAS	CANTIDAD	RIESGO	%
ASOC. MEDICA DE BAHIA BLANCA	35		20.4
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO CARDIACO Y CORONARIO SIMPLE	18	1	
MODULO DE PRACTICAS SIMPLES NO HABITUALES POR VIA ENDOVASCULAR (CATETERISMO DERECHO)	1	1	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO CARDIACO Y CORONARIO COMPLEJO	5	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA SIMPLE EN UN SOLO TIEMPO	5	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA Y DE OTROS VASOS COMBINADA EN UN SOLO TIEMPO	2	2	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA Y DE OTROS VASOS COMPLEJA EN UN SOLO TIEMPO	1	2	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA DE VASOS PERIFERICOS COMPLEJA EN UN SOLO TIEMPO	2	2	
MODULO DE VALVULOPLASTIA AORTICA/PULMONAR Y MITRAL POR VIA PERCUTANEA	1	2	
CARDIOVASCULAR CHIVILCOY S.R.L.	6		3.5
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO CARDIACO Y CORONARIO SIMPLE	2	1	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO CARDIACO Y CORONARIO COMPLEJO	1	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA SIMPLE EN UN SOLO TIEMPO	3	1	
FUMEDA -HOSPITAL PRIVADO DEL SUR-	37		21.6
MODULO B DE COLOCACION DE MARCAPASOS	5	1	
MODULO C DE COLOCACION DE MARCAPASOS	6	1	
MODULO B DE CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	1	1	
MODULO DE COLOCACION DE ENDOPROTESIS AORTICA ABDOMINAL	1	2	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO SIMPLE	1	1	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO CARDIACO Y CORONARIO SIMPLE	16	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA SIMPLE EN UN SOLO TIEMPO	5	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA DE VASOS PERIFERICOS COMPLEJA EN UN SOLO TIEMPO	1	2	
MODULO DE ABLACION CON Mapeo Electroanatomico por Radio Frecuencia	1	2	
IDYTACS.A	27		15.7
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO SIMPLE	3	1	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO CARDIACO Y CORONARIO SIMPLE	18	1	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO SIMPLE	5	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA SIMPLE EN UN SOLO TIEMPO	1	1	
SOCCEDAD ITALIANA DE SOCORROS MUTUOS	37		21.6
MODULO B DE COLOCACION DE MARCAPASOS	1	1	
MODULO C DE COLOCACION DE MARCAPASOS	6	1	
MODULO DE COLOCACION DE ENDOPROTESIS AORTICA ABDOMINAL	1	2	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO SIMPLE	7	1	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO CARDIACO Y CORONARIO SIMPLE	13	1	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO CARDIACO Y CORONARIO COMPLEJO	1	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA SIMPLE EN UN SOLO TIEMPO	4	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA Y DE OTROS VASOS COMPLEJA EN UN SOLO TIEMPO	1	2	
MODULO A DE CIRUGIA CARDIACA CON CIRCULACION EXTRACORPOREA	2	3	
MODULO A DE CIRUGIA CARDIACA SIMPLE SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA	1	3	
TRENQUECARDIOHEMO S.R.L.	28		16.3
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO SIMPLE	6	1	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO CARDIACO Y CORONARIO SIMPLE	4	1	
MODULO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO Y HEMODINAMICO CARDIACO Y CORONARIO COMPLEJO	8	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA SIMPLE EN UN SOLO TIEMPO	6	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA DE VASOS PERIFERICOS SIMPLE EN UN SOLO TIEMPO	2	1	
MODULO DE HEMODINAMIA + ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA DE VASOS PERIFERICOS COMPLEJA EN UN SOLO TIEMPO	2	2	
MUNICIPALIDAD DE TRENQUE LAUQUEN HOGAR MARCELO CASTELLA	1		0.6
MODULO C DE COLOCACION DE MARCAPASOS	1	1	
TOTAL	171		100

Fuente: Del Prete, Sergio. Análisis envolvente de datos de dimensión nacional del INSSJP 2021

Podría entenderse que la suma de casos derivados a prestadores fuera de la región - existiendo las prestaciones cubiertas bajo convenio en el ámbito geográfico correspondiente a la UGL - hubieran tenido como requerimiento una práctica compleja nivel 3 o 4. Pero esto no se correlaciona con lo observado, ya que la mayoría corresponde a intervenciones de similar complejidad y riesgo. Por lo cual podría asumirse que el problema debe corresponder a una falla de respuesta de la Red. En este caso, lleva a pensar en barreras de acceso vinculadas a mecanismos de regulación de turnos (salvo problemas funcionales con los equipos de hemodinamia que debieran estar justificados) y no a regulación de costos, ya que las prácticas moduladas se pagan por prestación y bajo orden de prestación (OP) lo que implica que a mayor productividad mayores ingresos.

7. Conclusiones y Recomendaciones.

7.1. La necesidad de planificar Redes mixtas integradas de complejidad creciente

Este trabajo se realizó a partir de la experiencia cotidiana de gestión de los recursos asistenciales de una región, en este caso la UGL XXX del INSSJP, entendiendo que el objeto de análisis que se propuso - las derivaciones sanitarias - se llevan gran parte del tiempo de las instituciones, pero fundamentalmente de las personas afiliadas y sus familias. La población sobre la que se realiza la práctica que motiva este trabajo está conformada por personas afiliadas al INSSJP que presentan un comportamiento similar en relación al género (119 mujeres y 132 varones) y un promedio de edad de 69 años con una mayor frecuencia en el rango de 70 a 75 años.

El objetivo general planteó un análisis de las características, origen y problemáticas que acarrear las derivaciones sanitarias en el contexto de una región.

Se considera que esta práctica en ocasiones es un síntoma del sistema de salud regional, cuando sus características demuestran la falta de complejidad necesaria. En otras, las dificultades derivan del mal funcionamiento del conglomerado de prestadores contratados que, sin planificación ni ordenamiento en niveles e interacciones, no pueden conformar una autentica red de complejidad creciente donde se pueda recibir la atención que corresponda según la necesidad individual, sin barreras ni desigualdad de oportunidades. De allí que las variables analizadas permitan acceder a la realidad sanitaria en forma dinámica y plantear las dificultades para una atención a la salud integral.

De la investigación y sus datos se logró obtener información sumamente valiosa respecto a esta problemática como también de las características de la red prestacional de la región, lo que

permite comprobar las dificultades que se visualizaron en la atención a un grupo específico de personas: personas afiliadas al INSSJP en la UGL XXX.

Por esta razón el objeto de análisis fue cada una de las solicitudes de derivación que se gestionaron entre los meses de marzo a diciembre de 2021 una vez superada la pandemia y sus distorsiones en cuanto a las necesidades de priorizar determinada atención.

En relación a los objetivos específicos que se plantearon, y para poder comprender el nivel de complejidad y de tecnología requeridos por parte de los efectores, se analizaron las causas declaradas al momento de solicitar una derivación, de lo que surgió que el primer motivo de rechazo de las prácticas es la *falta de complejidad*. El mismo se encuentra presente en 109 de las 251 solicitudes analizadas respecto a los diagnósticos que las fundamentaron, encontrando que sólo un 22% correspondía a prácticas de alta complejidad, mientras que el 68% correspondía a necesidad de utilización de mediana complejidad y en 10% de baja complejidad. De la comparación de dos variables, diagnóstico y motivo de solicitud, se concluye en primer lugar que los efectores de la región *no cuentan con la suficiente complejidad como para garantizar el acceso a las prestaciones de mediana y alta complejidad*, lo que se expresa en las tablas que describen la composición de la red prestacional de la región. Y como en el caso de la alta complejidad cardiovascular, la complejidad existe para la demanda en cuanto a prácticas con niveles de riesgo 1 y 2 pero el 38% de los casos igual se derivan a efectores alejados.

Por otro lado, y teniendo en cuenta la información obtenida de los sistemas de información del INSSJP, se pudieron registrar los destinos de las derivaciones finalizadas e iniciadas.

Es importante destacar que de las 251 solicitudes, solo 70 lograron finalizar todo el proceso y 51 se encontraban iniciadas. Por lo tanto, de estos 121 destinos se pudo precisar que en ambos casos la mayor cantidad de derivaciones se resuelven en CABA. De ellos, el efector principal es el Programa Por + Salud, Hospital Dr Cesar Milstein. Estamos hablando entonces de que las personas afiliadas deben alejarse 300 km para poder acceder a una prestación que, en la mayoría de los casos es de mediana complejidad.

Por este motivo es que se realizó un detalle pormenorizado de las patologías o diagnósticos que los efectores informaron durante marzo a diciembre de 2021 respecto de los ingresos a los centros de salud de II Nivel. Esto a los fines de acceder al conocimiento de la demanda de atención en la región, lo que se evidenció con una clara incidencia de patología cardiovascular y respiratoria, seguida por enfermedades oncológicas y fracturas. En consecuencia, podría afirmarse que la capacidad de atención de los efectores no se condiciona por la alta complejidad solamente sino por la escasez de recursos, ya demostrada en la falta de camas de guardia, de UTI/UCE y UTI/UCO.

Una de las variables más significativas resulta del análisis de los *días de espera*. A los fines de demostrar cómo esta práctica genera una evidente falla de acceso y en consecuencia pasa a ser una fuerte muestra de inequidad: las personas que habitan la región conformada por la UGL XXX y necesitan una derivación deben esperar un promedio de 22 días para acceder a una práctica médica, cuyas características respecto a nivel de complejidad ya fue mencionado.

No es posible considerar el tiempo sin posicionarse en el paradigma de los derechos humanos de las personas mayores, y lo que la temporalidad implica en la vida de alguien que espera días o incluso meses para acceder a uno de los derechos fundamentales: el cuidado y atención de su salud. El tiempo constituye la variable más determinante en este estudio, toda vez que deja en claro el costo de oportunidad, el costo emocional, el costo administrativo, el costo de financiamiento.

¿Por qué pensarlo de este modo? Porque si el promedio son 22 días, en ese tiempo hay quienes esperan sin malestar, pero también quienes sufren, van perdiendo capacidades, funcionalidad, autonomía y eventualmente su vida. Asimismo, surgen padecimientos psíquicos que no son debidamente atendidos, toda vez que se considera esta práctica como algo rutinario, sin opciones, a lo que tanto personas afiliadas como así también quienes trabajan para que suceda, deben resignarse. Esos 22 días de promedio llegan a un extremo de 156 días de espera. Equivalente a 5 meses. En el tiempo de espera puede suceder también que la persona no resista con vida, o que al aceptar la práctica o proveerse de los insumos solicitados el momento ya no sea el adecuado. Este tipo de situaciones se da como parte de las derivaciones canceladas, como también aquellas en las que finalmente sí se pudo realizar la práctica en un efector local, con su correspondiente espera.

En este dilatado tiempo, también suceden acciones que no se pueden medir, pero quedan incorporadas a las vivencias del personal de los equipos médicos y administrativos de la UGL que dedican la mayor parte de su tiempo a resolver estas problemáticas de fallas de resolución de la demanda, poniendo en evidencia el grado de compromiso con que asumen cada día para tratar de resolver cada situación. Así, se contactan con efectores de otras regiones en función de dar respuestas, intentando generar soluciones a través de los prestadores locales para no tener que trasladar a las personas, o articulando recursos entre localidades de la propia red regional. Este tiempo expone a una gran carga de ansiedad laboral y presión social, ya que en una región pequeña como es el caso de la que motiva la investigación, las personas afiliadas y las personas trabajadoras conviven y comparten espacios y vínculos en su vida cotidiana.

Se trata de personas cercanas al ámbito de residencia de quienes trabajan en la UGL, que demandan pronta resolución a situaciones que en tanto superan la capacidad de respuesta regional, incrementan la exigencia sobre quienes tienen a cargo dicha tarea y a la vez funcionan

como intermediarios entre la UGL y los niveles centrales de la administración del INSSJP. En estos últimos existe la figura de un Centro Coordinador de Derivaciones (CODE) que es el responsable de validar, gestionar e informar a los equipos médicos y profesionales respecto al estado de las solicitudes de derivación pero abarcando la totalidad del país. En consecuencia, desde la UGL se pretende auxiliar al CODE acelerando la gestión del requerimiento y optimizando los procedimientos descentralizando la tarea, a fin de lograr el menor tiempo posible de espera a partir del conocimiento de la zona, de los vínculos creados con las instituciones de otras UGL y a su vez del aprendizaje respecto de las dinámicas en la gestión de los recursos.

Como primer resultado, la investigación lleva a la sugerencia respecto de la necesidad de articular redes funcionales integrales y no conformarse con un grupo disfuncional de prestadores como ocurre con los contratos individuales. Como bien sostiene la OPS en su documento Nro 4 de la Serie *La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*, "...En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios". (OPS, 2010).

El tiempo de espera, tanto como los turnos y los listados para prácticas constituyen una barrera que no es más que un síntoma de las instituciones que no han podido adaptarse a las necesidades de la población envejecida, porque no solo no incrementaron la asignación de recursos humanos y tecnológicos en salud, en los diferentes niveles de cuidado sino que no supieron articular gestión en redes. La presente investigación demuestra también que lo que se evidencia es que los contratos múltiples individuales con prestadores solo conforman un conglomerado de establecimientos asistenciales pero no una verdadera Red Integrada de Servicios de Salud (RISS). Una red integrada debe tener su propia dinámica y un nivel de complejidad creciente a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud, y debe permitir buscar opciones de complementación de servicios entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, ya sean públicas o privadas, además de protocolos de atención e incentivos.

7.2. La necesidad de evitar ineficiencias y sobre costos a partir de fallos del modelo asistencial

La demora en la atención expresada como tiempo de espera es una clara muestra de ineficiencia, toda vez que una persona debe permanecer internada mientras se busca un nuevo destino, y su

cuadro de salud puede ir variando con el deterioro que ello genera. A esto se le agrega el exceso de costos de la prolongación de uso de una cama en detrimento de otra persona, considerando la relación de camas existentes a partir de la suma de los efectores, especialmente las críticas. A ello, el gasto en el traslado a otro centro de atención que se encuentra habitualmente alejado de su lugar de origen, y los correspondientes subsidios que, si bien pueden cubrir parcialmente las erogaciones que deben efectuar quien acompañe, no deja exento de los que la propia familia debe compensar en el tiempo de estadía que puede implicar semanas.

Si bien la derivación puede ser adecuada a la necesidad del paciente por la dificultad real de dar respuestas locales a la patología por una serie de variables como se ha observado a lo largo de la investigación, también resulta vinculante a un mecanismo particular entre quien deriva y quien recibe al paciente que es la amortización del pago al receptor en base al débito sobre la cápita del derivador. Si bien suele efectivizarse esa compensación de uno a otro, existen excepciones que hacen que ésta no se efectúe. Tal excepción está vinculada, entre otras, a la causa de derivación, a partir de lo que se denomina *continuidad de tratamiento*. En estas derivaciones, el prestador de origen argumenta - mediante un *rechazo no conformado* - la solicitud, ya que ésta resulta consecuencia de una derivación previa en donde la persona inició un tratamiento por fuera de su red y debe garantizarse la continuidad de seguimiento o revisión en el mismo efector. El prestador regional con padrón capitado puede sostener así que no es su voluntad no brindar cobertura, sino que esta es resultado de una necesidad de la persona de concurrir a otro centro de salud.

Los costos no pueden ser un elemento decisorio en materia de eficiencia, pero sí lo es la presencia de sobrecostos que están demostrando una ineficiencia técnica y económica, básicamente porque constituyen un costo de oportunidad para el financiador que debe amortizarlos. Si se piensa sólo en el tiempo de espera que implica un valor (des utilidad) para el paciente, pero se le agregan los costos incurridos de cada día – equivalente al plus de días de internación - más el pago al prestador que efectúa el traslado y se agregan los subsidios que se incluyen, se tiene un *costo hundido*² porque pueden obviarse si se toman medidas para evitarlos. También es un costo para el sistema el doble pago por la dificultad para efectivizar los débitos sobre la cápita.

Díaz (2022) afirma que “*un 25-30% de los gastos en salud son ineficiente o fútiles, y como tales podrían evitarse para ser reasignados a otras condiciones, que permitan mejorar el sistema de salud, la calidad y la equidad*”. Estos gastos son debidos a la baja calidad de la atención en relación a la esperada, a tasas elevadas de infecciones post procedimientos médicos incorrectos, por internaciones potencialmente evitables que pueden generar infección intrahospitalaria o por pérdida de la oportunidad diagnóstica y/o terapéutica debido a demoras innecesarias. No hay una manera única de procurar eficiencia en los sistemas y servicios de salud, pero también es cierto

que se puede lograrla en condiciones diferentes si se emplean los mecanismos adecuados para reducir al mínimo o eliminar todas aquellas acciones, procesos, definiciones, estilos y modos de decidir que generan consumo de recursos, pero no aportan valor (utilidad) al paciente y a su familia. Como instrumentos para evitar ineficiencias de gestión y sobre costos en el funcionamiento de la respuesta asistencial por parte de los prestadores cuando se privilegian derivaciones, se requiere mantener una auditoría en tiempo real - estrecha y estricta - respecto de quienes surgen como derivadores habituales a fin de notificar.

Se denomina costo hundido (o costo perdido) a aquellos costos retrospectivos, que han sido incurridos en el pasado (retrospectivos) y no pueden ser recuperados y eventualmente aplicar una sanción económica que debe estar contemplada en el modelo de contrato. Por su parte, las instancias argumentales por parte del prestador deberán estar expresamente fundamentadas y documentadas.

También es necesario contar con un indicador de la ratio de derivaciones (curva de seguimiento o Tasa de derivaciones) en un Tablero de Mando que debe auxiliar la gestión de la UGL, a fin de monitorear los desvíos en forma anticipada y actuar en consecuencia, procurando evitar así los costos hundidos (C. Díaz, 2022).

7.3. La posibilidad de disponer de efectores de complejidad adecuada evitando fallas de la red operacional que llevan a demoras innecesarias y riesgo de vida

Analizando el destino de las derivaciones y la predominante recepción por parte de efectores de CABA, resulta interesante plantear la necesidad de pensar en Redes progresivas de resolución de necesidades según la complejidad necesaria para determinado tipo de patologías (oncológicas y cardiovasculares entre otras) que abarquen determinadas regiones, incluso en la dimensión nacional. Por ejemplo, el Programa Por + Salud del Hospital Dr. César Milstein como prestador exclusivo para afiliados y afiliadas que recibe a pacientes provenientes de todas las UGL (en este caso de la UGL XXX) debe ser el receptor preferencial para resolver patologías complejas con la mayor celeridad posible, sea para segunda opinión - en cuyo caso ya ofrece teleconsultas para ahorrar costos en tiempo y erogaciones directas a las familias - o bien por disponer de la tecnología apropiada y el recurso humano especializado para prácticas de alta complejidad.

Otra opción posible es pensar en que el INSSJP (PAMI) pueda contar, como mínimo, con un prestador regional exclusivo de alta complejidad. Un efector propio de estas características puede ser una expectativa favorable en torno a la garantía de acceso a la salud de manera equitativa y eficiente. La experiencia de los efectores propios se presenta como un ideal para la región, considerando la presencia de opciones intermedias que pueden generar una verdadera Red Integrada articulando con los efectores públicos municipales o provinciales o con prestadores

privados que quieran constituirse en la oferta asistencial de una institución que aborda desde los campos de la psicogeriatría y la gerontología a las temáticas de la salud integral de las personas mayores.

Como corolario, la experiencia de la presente investigación deja en claro que las derivaciones sanitarias si bien son una práctica en ciertas oportunidades necesarias, su sobreuso o la persistencia de las fallas de gestión asistencial las transforman en inadecuadas y genera pérdidas en todo sentido. Una red que, como se ha demostrado, deriva el 34,4% de los pacientes portadores de patologías diversas por falta de complejidad adecuada y el 38% de las practicas cardiovasculares de idéntico riesgo a prestadores alejados de los límites geográficos de una región determinada (en este caso la UGL XXX) es una evidencia palpable de insuficiencia de recursos del conglomerado de prestadores; ineficiencias de funcionamiento individual y de fallas de gestión en el mercado local de servicios. Por la cual es necesario una intervención activa para generar un cambio en el modelo de planificación y organización del uso de los recursos asistenciales, que permita a cada protagonista de este proceso ofrecer la oportunidad no solo de mejor atención sino de mayor calidad de vida y acceso equitativo, eficiente y digno a la salud en todos sus niveles de atención.

8. Bibliografía.

1. Ballesteros, M. (2014). Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Documentos de Jóvenes Investigadores N° 41.
2. Barral Buceta; Bouzas,L; Cernadas Ramos, A; Fernández Da Silva A. (2015).Incorporando la equidad a la salud. Un análisis de los planes autonómicos sanitarios. España.
3. Báscolo, Cid, Morales (2017). La eficiencia en la agenda de la estrategia de salud universal. Lanzamiento Número Especial Revista Salud Pública de México "Eficiencia para la salud universal" [Vol 58/No. 5] Camilo Cid, MA, PhD Asesor Regional Economía de la Salud y Financiamiento Washington DC.
4. Cao H; Blutman, G; Estevez, A; Iturburu M., 2008. Introducción a la Administración Pública Argentina: Nación, Provincias y Municipios. Universidad Isalud.
5. Cetrángolo y Devoto (2002) Organización de la salud en argentina y equidad Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. CEPAL
6. CEPAL, 2010. Documentos de Proyectos. Envejecimiento y Derechos Humanos: situación y perspectivas de protección.

7. CEPAL, 2021 La dimensión del envejecimiento en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2009-2020.
8. Cravacuore, Ilari, Vilar (2000) La articulación en la gestión municipal. Actores y políticas. Universidad Nacional de Quilmes.
9. Del Prete S. (2016). Sistemas de Salud comparados. Entre reformas y encrucijadas. Primera edición. ISBN 978 607 8088 23 2 Editorial Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Mexico DF.
10. Del Prete, S. (2018). Comentarios a la actualización de los Módulos de Alta Complejidad PAMI. Gerencia de Prestaciones INSSJP.
11. Del Prete, Sergio (2017). Economía de la gestión clínica y sanitaria. Los dilemas entre la eficiencia, la efectividad y la bioética. PUBLICADO EN ACADEMIA. EDU www.academia.edu/31778423/.
12. Diaz, C. (2022). La atención médica, es ineficiente. Blog saludbydiaz. 3/5/2022. Extraído de <https://saludbydiaz.com/2022/05/03/la-atencion-medica-es-ineficiente/>
13. Finding,L; Lopez, E. Cirino, E. Políticas sociales y desigualdades en salud: un panorama sobre las personas mayores en el Gran Buenos Aires. Cuestiones de Sociología N° 22, 2020 Universidad de La Plata.
14. Gascón, Silvia (2007). Vejez y pobreza en Argentina. La visión de las personas de edad. Universidad ISALUD.
15. Grossman, Michael (1972), 80 (2). Sobre el concepto de capital de la salud y demanda de salud. Revista de economía política. The University Chicago Press, Chicago, pp. 223-255
16. Help Age International. Envejecimiento en el siglo XXI: Una Celebración y un Desafío. Enero, 11. 2019.
17. Huenchuan S. (2001), Desafíos de la institucionalidad pública y el abordaje del envejecimiento. CEPAL- CELADE, División de Población. Noviembre 9, 2001.
18. García Olmos, L, Gervas Camacho,J, Otero,A y Pérez Fernández,M. La demanda derivada: un estudio de la relacion entre medicos generales y especialistas. Rcv San Hig Púb 1994; 6X: 267-278 No. 1-Marzo-Abril 1994
19. INDEC. Censo de Población 2010. <https://www.indec.gob.ar/>
20. Infoleg.<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/275000-279999/275347/norma.htm>
21. J.L. Pinto-Prades et al (2001) El análisis coste-efectividad en sanidad. Atención Primaria. Vol. 27. Núm. 4. 15 de marzo 2001Departamento de Economía y Empresa. Centro de Investigación en Economía y Salud. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.

22. Kahn. R.L. (2002) Guest editorial on «successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. Gerontologist., 42, pp. 725-726
23. Maceira, Daniel (2021). El sistema de salud como construcción colectiva. Notas para un debate. Buenos Aires, FUNDAR: Disponible en <https://www.fund.ar>
24. Maceira Daniel (2020) Caracterización del sistema de salud argentino. Debate en el contexto latinoamericano. Revista Estado y Políticas Públicas. FLACSO. N° 14. Mayo 2020. ISSN 2310-550X
25. Mendes, Eugênio Vilaça (2013). Las redes de atención de salud / Eugênio Vilaça Mendes. - ed. en espanhol -Brasilia: Organización Panamericana de la Salud.
26. Nawojczyk, Erika (2017) El derecho a la salud de las personas mayores en argentina. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina.
27. OPS –PAHO, 2020 Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Manual
28. OPS (2018). Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud. Recomendaciones estratégicas. Washington, D.C.
29. OPS/OMS (México 2021) CURSO INTERNACIONAL Atención Integrada para un Envejecimiento Saludable Ministerio de Salud de la Nación/Dirección de Personas Mayores, Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS Argentina, Instituto Nacional de Geriátría, Centro Colaborador de la OPS/OMS en Atención Integrada para Envejecimiento Saludable.
30. . Rev Esp Salud Publica. 2016 Aug 2;90:e1-e6. Regidor E. Política de Bienestar social y desigualdades en salud. Verdades preconcebidas en la investigación científica
31. Rev. Cubana Med Gen Integr 2001; 17 (4):395-8 La economía de la salud, la eficiencia y el costo de oportunidad. Alberto Baly Gil, María Eugenia Toledo y Felix Rodriguez Justiz.
32. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6), 2002 Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Adam Wagstaff
33. Rev Med Chile 2010; 13}8 (Supl 2): 76-78. Glosario de términos utilizados en evaluación económica de la salud. Compilado y revisado por: Jaime Cerda L. ´
34. Rcv San Hig Púb 1994; 6X: 267-278 No. î-Marzo-Abril 1994. La demanda derivada: un estudio de la relación entre médicos generales y especialista. Camacho y Olmos.
35. Salvarezza, L. Psicogeriatría. Teoría y Clínica. Ed Paidós. (2002)
36. Rodriguez Rodriguez, Vila Mancebo, Ramos Feijoo (2022). La atención integral y centrada en la persona. Fundamentos y aplicaciones en el modelo de apoyos y cuidados. Ed.Tecnos.
37. Tobar, F (2012) El modelo de salud argentino: historia, características, fallas. .OPS.

ANEXO I

Formulario de solicitud de derivación

Registración Prestaciones Sociocomunitarias INSSJP

SII sistema interactivo de información

[Inicio](#)
[Noticias](#)
[Derivaciones Programadas](#)
[Socios](#)
[CDRH](#)
[Beneficiarios](#)
[Portal de Prestadores y Proveedores](#)

PAMI

CERRAR SESIÓN
US000

SOLICITUD NRO. 352915 (PENDIENTE DE AUTORIZACION UGL DE ORIGEN)

VOLVER

*** SOLICITUD:**

ESTADO: Pendiente de Autorización UGL de origen


Solicitud


Inicio Traslado


Administración Traslado


Gestión de Turnos


Traslado Finalizado


Registro de Atención


Historial

DATOS DE LA SOLICITUD

Fecha de Solicitud:

Prioridad de la Derivación: URGENCIA

Tipo de Derivación: INTER-UGL (fuera del ámbito de la UGL)

Causa de Derivación: RECHAZO CONFORMADO

Proveedor:

Nombre del Proveedor:

UGL: 30 - AZUL **Nº SAP:**

Motivo del Rechazo: NO POSEE COMPLEJIDAD

AI

UGL Receptor:

Prestador Receptor: ☒ Nombre Proveedor ☐ Nro. SAP ☐ CUIT

Turno:

Horas: -- : --

Montó Total:

Tiempo de Estadía Inicial: días

Modo de Traslado: IDA y VUELTA

Tipo de vuelta: A DETERMINAR

¿Posee peso?

IDA: ☐ OMNIBUS ☐ AVION ☐ COMBI ☒ REMIS ☐ AVION SANITARIO ☐ OTRO ☐ UTEM

VUELTA: ☐ OMNIBUS ☐ AVION ☐ COMBI ☒ REMIS ☐ AVION SANITARIO ☐ OTRO ☐ UTEM

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido:

Nº Beneficio/GP:

Nacionalidad:

Calle:

Departamento: --

Teléfono de Contacto:

Correo Electrónico:

Tipo de documento:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Puerta:

Localidad:

Celular:

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

APELLIDO Y NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO	Nº DE DOCUMENTO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	TÉLEFONO	RELACIÓN CON EL BENEF.	DOMICILIO
☐ ¿Requiere Acompañante?							

DATOS MÉDICOS

ANEXO III

Listado de datos analizados en matriz, otorgados por el sistema por cada solicitud, incorporando datos de valor de traslados.

Cantidad de días para la derivación	Subsidio alimentación
Causal de derivación	Subsidio alojamiento
Causal de Rechazo	Subsidio movilidad
Diagnostico	Subsidio transporte
Fecha arribo	Tiempo de estadía inicial
Fecha de nacimiento	Turno Prestador
Fecha de solicitud	UGL Origen
Modulovalor práctica	UGL Receptora
No requiere subsidio	Valor total neto
Nro. Solicitud	Valor traslado según UGL receptora
Número de Expediente	
Practicas incorporadas	
Sexo	

ANEXO IV

Localidades que integran la UGL XXX – Azul-

**UNIDAD DE GESTION LOCAL XXX - AZUL**