

Especialización en Gestión de Servicios
para la Discapacidad
Trabajo Final Integrador

Autora: Ana Carolina Parrado

**CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN RELACIÓN
A SU FAMILIA CONVIVIENTE**

2017

Citar como: Parrado, A. N. (2017). Calidad de vida en personas con discapacidad intelectual en relación a su familia conviviente. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.



Índice:

Resumen.....	3
Introducción.....	4-5
1. Planteamiento del problema.....	6-7
2. Objetivos.....	7-8
2.1 Objetivo General	
2.2 Objetivos Específicos	
3. Marco teórico.....	9-17
3.1 ¿De que hablamos cuando hablamos de discapacidad?	9-12
3.2 Calidad de Vida. Transformación de servicios.....	12-14
3.3 Centros de Día y Calidad de Vida.....	14-16
3.4 Planificación Centrada en la Persona (PCP).....	16-17
3.5 El papel de la familia.....	17
4. Guión Metodología.....	18-19
5. Avances del Desarrollo.....	20-21
5.1 Análisis de Datos según grupo conviviente.....	22-25
5.2 Dimensiones de Calidad de Vida según respuestas.....	26-33
6. Conclusiones.....	34-35
Bibliografía.....	36-37
Anexo 1	

Resumen:

Los cambios de paradigmas y definiciones de discapacidad comprometen a las instituciones prestadoras de servicios para personas con discapacidad, a transformarse. La pregunta principal es desde donde pensar este cambio.

El presente trabajo tiene como objetivo profundizar el conocimiento sobre la percepción sobre las dimensiones de calidad de vida que tienen los usuarios del Centro de Día del Instituto Blanquerna, en el periodo comprendido entre los meses de Mayo y Octubre del año 2016; relacionándolo con su grupo conviviente.

La metodología utilizada es cualitativa-cuantitativa, es de tipo descriptivo y transversal. Según los objetivos planteados es una investigación de campo.

Se utilizara un instrumento la escala INICO FEAPS, Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (Verdugo Alonso y otros; 2013).

A partir del análisis realizado, se observó que las dimensiones con menor valoración en ambos grupos, aquellos que conviven con padres o adultos mayores y los que conviven con hermanos o solos, es la autodeterminación y la de mayor valoración es el bienestar emocional. Lo mismo se da entre las percepción de los usuarios del servicio y los familiares o profesionales.

Por último, se obtuvo resultados que permiten comenzar a pensar en las transformaciones necesarias a lo interno de las instituciones a fin de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, empoderándolos como sujetos activos de su propia vida.

Introducción

El concepto de Calidad de Vida ha tenido un fuerte impacto en la evaluación y planificación de servicios destinados a personas con discapacidad. En muchos casos es utilizado "como marco para el desarrollo de servicios y la evaluación de resultados personales"¹.

El concepto de calidad de vida comienza a tener una importancia fundamental como recurso de conocimiento ya que dicho concepto "...propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad. En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad."²

Dentro de las prestaciones ofrecidas a las personas con discapacidad se encuentran los Centros de Día, que se encuentran atravesando la dificultad de cambiar la modalidad de trabajo a fin de convertirse en sistemas de apoyo para la inclusión. Para esto, han de valerse del concepto de calidad de vida como guía para la realización de una planificación estratégica y un plan de acción. Sin perder de vista que no se realiza un trabajo aislado sino que se cuenta con una estructura familiar de soporte que tendrá que ser tomada en cuenta a la hora de definir los apoyos necesarios para cada persona.

¹ Robert I, Schalock y Miguel Angel Verdugo el concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. Vol. 38 (4). Numero 224. 2007, Pág. 21 a 36.

² Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana N, CALIDAD DE VIDA. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO Y SU INFLUENCIA EN LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.

El presente trabajo se propone analizar el perfil de Calidad de Vida en las personas con discapacidad intelectual a partir de sus propias percepciones, para lo cual se realizara una evaluación integral de la Calidad de Vida a través de la aplicación de la Escala INICO-FEAPS (Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo. VERDUGO ALONSO y otros; 2013) con sus subescalas: autoinforme e Informe de otras personas. Esto permite conocer la percepción de las personas en relación a las dimensiones de Autodeterminación, Derechos, Bienestar Emocional, Inclusión Social, Desarrollo Personal, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material y Bienestar Físico.

En un segundo momento se considera la composición familiar conviviente consignado 2 grupos: En el primer grupo ubicaremos a aquellas personas que viven con sus padres o con otros familiares adultos mayores de 60 años; El segundo grupo estará conformado por las personas que conviven con hermanos o aquellos que viven solos pero reciben asistencia de hermanos. Por ultimo, se analizara comparativamente la relación existente entre calidad de vida y familia conviviente.

La investigación se lleva a cabo durante los meses de Mayo a Octubre de 2016, sobre una muestra de 63 personas con discapacidad intelectual mayores de 18 años, todos ellos concurrentes del Centro de Día del Instituto Blanquerna ubicado en el Partido de Morón, provincia de Buenos Aires, en la República Argentina.

El propósito de este trabajo se basa en la posibilidad de brindar un conocimiento sobre la valoración de Calidad de Vida de los usuarios del Centro de Día a fin de redefinir los objetivos y actividades ofrecidas con el fin de convertirse en sistemas de apoyo para las personas con discapacidad.

1. Planteamiento del tema

Desde la puesta en vigencia de la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad (ONU 2006) es de suma importancia realizar las transformaciones necesarias en las instituciones, para comenzar a darle cumplimiento a los derechos que se encuentran enmarcados en la misma. Para esto es necesario dejar atrás modelos que no toman en cuenta a la persona usuaria del servicio, o bien servicios estandarizados donde no se piensa la necesidad y el deseo de cada persona individualmente.

La pregunta que nos hacemos es ¿desde donde pensamos este cambio?, ¿Cómo podemos conocer lo que las personas usuarias necesitan o desean?, ¿Cómo recopilar la información necesaria que nos sirva de guía para la transformación de los servicios? En la búsqueda de la respuesta a estos interrogantes es que surge el concepto de calidad de vida y la posibilidad de descubrir a través de él, en que medida actualmente brindamos un servicio que permite el desarrollo de estrategias para la mejora de la calidad de vida de los usuarios. En las instituciones existe una ausencia de información con respecto a este tema.

Considerando que para la realización de una transformación genuina de los servicios ofrecidos a las personas con discapacidad, debemos brindar una planificación centrada en la persona que permita dar cumplimiento al bienestar personal de cada usuario, y tomando en cuenta que dicha persona es parte de una sociedad y por tanto integra una familia que muchas veces es conviviente; nos preguntamos ¿Cómo podemos realizar una planificación centrada en la persona si desconocemos como institución si se da satisfacción a las necesidades de los usuarios?, ¿En que medida logramos desarrollar programas centrados en la persona si desconocemos la calidad de vida de los usuarios?, ¿existe una relación entre la calidad de vida de las personas con discapacidad y su conformación familiar conviviente?

Este último interrogante se presenta a la hora de entender que para la transformación de los servicios es necesario hacer parte a los familiares ya que muchas veces son quienes viabilizan u obstaculizan la posibilidad de la toma de decisiones o bien el cumplimiento de los deseos personales, cabe aclarar que en muchos casos esto se da por desconocimiento.

Por lo cual, la presente investigación se propone dar respuesta a dichos interrogantes, generando la información necesaria para conocer la calidad de vida de los usuarios. Tomando lo que los autores Robert I, Schalock y Miguel Angel Verdugo Alonso exponen en el artículo antes citado la "Mejora de la calidad se refiere a la capacidad de una organización para mejorar su funcionamiento y transparencia mediante la recogida sistemática y el análisis de datos e información, y para implementar estrategias de acción. (...) El objetivo de la mejora de la calidad es mejorar los resultados personales...".

2. Objetivos

2.1 Objetivo General:

Analizar la percepción de Calidad de Vida de las personas con discapacidad intelectual usuarias del servicio de Centro de Día del Instituto Blanquerna, en el periodo comprendido entre los meses de Mayo a Octubre de 2016 en relación a la conformación de la familia conviviente.

2.2 Objetivo Especifico:

- Identificar las diferentes composiciones familiares de las personas adultas con discapacidad que concurren al Centro de Día

- Describir la percepción de calidad de vida de las personas con discapacidad concurrentes al Centro de Día
- Realizar un análisis comparativo de la percepción de calidad de vida según la composición familiar conviviente de las personas con discapacidad, concurrentes al Centro de Día

3. Marco teórico

La población objeto de este trabajo son las personas con discapacidad, bajo esta denominación se encierran múltiples conceptos y en relación a esto comenzara el marco teórico respondiendo a una pregunta central

3.1 ¿De que hablamos cuando hablamos de discapacidad?

Este concepto ha ido mutando a lo largo de los años no solo en lo que se entiende como persona con discapacidad sino también la manera en como se interviene.

Desde un concepto amplio la OMS entiende que la "Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales (...) la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive."

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aporta una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones permitiendo la interrelación de varios factores que hacen no solo a lo físico sino también al contexto. Instrumento que se utiliza para la elaboración de los certificados de discapacidad. (CUD)

En la actualidad queda claro que la discapacidad se encuentra relacionada con el contexto y principalmente se trata de una cuestión de derechos humanos. Se trata de considerar a las personas con discapacidad como actores y ciudadanos, pero ¿Cómo llegamos a esta concepción? ¿Cómo se paso de hablar de minusválidos, discapacitados, capacidades diferentes para pasar a hablar simplemente de **personas con**

discapacidad? Para ello hay que realizar un pequeño recorrido histórico, el concepto de discapacidad es algo presente en las sociedades desde siempre, la diferencia es desde donde fue pensada, si como resultado de un pecado, de un castigo divino, como producto de una enfermedad hasta concepciones mas actuales.

Antes de comenzar el recorrido histórico existe la obligación de aclarar que las distintas maneras de pensar la discapacidad han convivido durante años y según el país que tomemos han prevalecido unas sobre otras durante más o menos tiempo. Esto responde en parte a la tensión que ha existido entre las diferentes visiones de la que es y ha sido objeto la discapacidad, y la manera en que se nombra a esta parte de la población

Inicialmente se consideraba que la discapacidad tenía orígenes en cuestiones religiosas, como resultado de un "castigo divino de dios". Entendiendo que esta era la visión que se tenía de las personas con discapacidad no es de extrañar que no tuvieran nada que aportar a la sociedad. Esta concepción se conoce como modelo de **prescendencia** que en si mismo presenta dos submodelos (eugenésico y marginación). El primero tiene que ver con el prescindir de las personas con discapacidad, quienes estaban destinadas en muchas oportunidades a la muerte³. El submodelo de marginación claramente respondía a una premisa de este modelo que tenía que ver con la exclusión. En algunos casos terminaban siendo objeto de bromas, de compasión (a través de la mendicidad) o bien de miedo a algún tipo de maleficios o peligro.

El avance de la sociedad y con ellas las guerras y los accidentes laborales dieron origen a un nuevo concepto de discapacidad alejándose de lo religioso y poniendo el acento en la condición de enfermo. Lo que se busca es normalizar a las personas con discapacidad a fin de que puedan volver a desarrollarse en la sociedad. Ya no se habla de exclusión de la sociedad, no en tanto esa persona pueda ser rehabilitada. Es esto último es lo que le da el nombre al modelo.

³ Cabe aclarar que estamos hablando de las discapacidades que se presentaban desde el nacimiento, no pasaba lo mismo con aquellas que eran producto de batallas o guerras.

En el modelo de rehabilitación la atención se centra en la discapacidad, en todo lo que esa persona **no** puede hacer, la mirada es paternalista y caritativa, se enfoca en las deficiencias. Este modelo está en vigencia actualmente en las instituciones, prestaciones y principalmente en el discurso de la sociedad, aunque compite con una nueva mirada de la discapacidad a la que se le da el nombre de modelo social.

El modelo social surge como rechazo a individualizar a la persona con discapacidad y comienza a hablar de las "barreras sociales", siguiendo las ideas de los autores, Toboso Martín y Arnau Ripollés "no son las limitaciones individuales de las personas con discapacidad la causa del problema, sino las limitaciones de la sociedad para prestar los servicios apropiados y para garantizar que las necesidades de esas personas sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. Esto no supone negar el aspecto individual de la discapacidad, sino enmarcarlo dentro del contexto social.

En segundo lugar, se considera que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en la misma medida que el resto de las personas sin discapacidad. De este modo, partiendo de la premisa fundamental de que toda vida humana es igualmente digna, desde el modelo social se sostiene que lo que puedan aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación plena de su diferencia"⁴.

Todo modelo que cambia el pensamiento y los modos de acción e intervención requiere de tiempo para adaptarse, conocerse y ser tomado en cuenta por toda la sociedad es por eso que muchas veces subsisten pensamientos totalmente opuestos o diferentes sobre un mismo tema. En discapacidad los modelos de rehabilitación y social conviven a lo interno de las instituciones, en el cotidiano, en las intervenciones, y también en las leyes. Con respecto a esto último un gran aporte ha sido que la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) ya que permite pensar a las personas con discapacidad como sujetos de derechos. Que se cuente con

⁴ Toboso Martín, Mario; Arnau Ripollés, M^a Soledad. La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades, vol. 10, núm. 20, 2008, pp. 64-94. Universidad de Sevilla. Sevilla, España

una ley (26378) donde queda claro que toda persona con discapacidad puede gozar de sus derechos y contribuir como miembros activos de la sociedad no deja atrás la exclusión y marginación aun presentes en la sociedad y en las intervenciones, principalmente en la manera como se nombra a las personas con discapacidad, aun utilizando términos relacionados a modelos que subsisten en lo interno de las instituciones , la sociedad aun habla de minusválidos, personas con capacidades diferentes, retrasados, entre otras.

El concepto de "discapacidad" siguiendo el análisis de la CIF es un término genérico, abarcativo que representa aspectos negativos del funcionamiento humano pero también las limitaciones que tiene en la participación y actividad en el contexto que rodea a la persona. El concepto de "barreras sociales" permite dejar de pensar en las deficiencias y dificultades y poner a la persona con discapacidad en el centro sin olvidar la presencia de dicha deficiencia, pero que poco tienen que ver con la posibilidad de interrelacionar con el entorno y ser parte activa de la sociedad.

Las limitaciones y restricciones que enfrentan todos los días las personas con discapacidad son responsables de que se vea afectada su calidad de vida.

3. 2 Calidad de Vida. Transformación de servicios

El Objeto de análisis del presente trabajo es El concepto de Calidad de Vida (CdV), el cual es un término relativamente nuevo que desterró términos como felicidad y bienestar que eran difíciles de ser medidos. En sus comienzos provienen de la medicina pero rápidamente fue utilizado por la sociología y la psicología, actualmente es utilizado también para analizar temas relacionados a las personas con discapacidad y las prestaciones que le son ofrecidas. Es un término complejo ya que no todos los autores plantean las mismas definiciones ni tampoco las personas en si mismas entienden lo mismo por CdV. Su compleja radica en que incluye dimensiones significativas para las personas Actualmente muchos autores coinciden que el concepto de CdV incluye aspectos objetivos y subjetivos de la vida.

La FEAPS (actualmente plena inclusión) define que la **“calidad de vida es: el conjunto de propiedades que, sea en el grado que sea, son inherentes al hecho diferencial de lo humano.** Es decir, el conjunto de todo aquello que le es propio al ser humano como tal ser; aquello que es propio de la condición de vida humana.

Por lo tanto, y de acuerdo a esta definición, una mejor calidad de vida implica una presencia activa y elevada, en cantidad y en calidad, de las propiedades intrínsecamente humanas.

A los fines de este trabajo se toma el concepto de calidad de vida desde el paradigma biopsicosocial y el modelo de las ocho dimensiones propuesto por Schalock y Verdugo (2003).

El paradigma biopsicosocial propone abordar a la persona en forma integral, reconocimiento sus derechos humanos, la autonomía, la integración, las capacidades y los apoyos, ponderando la interacción de la persona con discapacidad y su contexto sin perder de vista las barreras sociales que le son impuestas por la sociedad. Coloca como actor principal a las personas con discapacidad, su familia y la comunidad. Se plantea objetivos que no solo tendrán que ver con la dimensión física sino personal y espiritual.

Los autores Schalock y Verdugo (2003), proponen ocho dimensiones de CdV cuyos indicadores son: relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, bienestar material, bienestar emocional y derechos. “Las dimensiones de calidad de vida se operativizan mediante indicadores de calidad definidos como percepciones, comportamientos y condiciones relacionados con la calidad de vida que aportan una indicación sobre el bienestar de una persona”⁵
Estos indicadores nos permiten traducir a términos “medibles” las dimensiones.

⁵ Robert L. Schalock, James F. Gardner, Valerie J. Bradley. (2006) Calidad de Vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo. Aplicaciones para personas, organizaciones, comunidades y sistemas. Colección de FEAPS

Robert L. Schalock, sostiene que aunque siempre se ha hablado de calidad de vida, lo que es ahora nuevo es: "nuestro intento de utilizar este concepto como un proceso y un principio organizativo para mejorar las vidas de las personas con discapacidad y para evaluar los resultados y la validez social de las prácticas actuales de rehabilitación" (Siglo Cero, Vol. 28, (2), p. 25, 1997).

Es importante plantear algunas ideas centrales del modelo de calidad de vida que proponen los autores, cuando ellos hablan de CdV de vida de las personas con discapacidad no es diferente a la de cualquier otra persona. Las dimensiones serán las mismas para cualquiera ya que las percepciones entre un individuo y otro varían. Otra idea principal de este modelo es que para percibir que es mejorar "mi" calidad de vida tengo que poder participar de mis elecciones, principalmente aquellas que puedan afectar mi vida. Esto último es muy frecuente en población adulta con discapacidad ya que quien toma la decisión es un familiar hasta en muchos casos un profesional. Para tener CdV la persona tiene que estar integrada en la comunidad. Tiene que poder dar respuesta a sus necesidades y tener oportunidad para dar cumplimiento a sus objetivos, proyectos y metas.

El concepto de calidad de vida no solo nos ha de servir para conocer a la población de estudio desde su propia perspectiva, sino también otorga herramientas para el mejoramiento de los servicios que son ofrecidos a las personas con discapacidad. Los indicadores permiten realizar desde un seguimiento individual, pero también permite introducir cambios en las organizaciones donde se busca mayores espacios de autogestión, autodeterminación y desarrollo personal

3.3 Centros de Día y Calidad de Vida:

Las prestaciones para las personas con discapacidad enmarcadas en la Ley 24.901, como pueden ser los Centros de Día, en algunos casos, están destinadas a una población adulta. En el caso del Instituto Blanquerna su perfil de funcionamiento durante mucho tiempo fue albergar a todo aquel que no cumplía con los requisitos para un taller protegido o bien no podía insertarse en el mercado laboral. Esto dejó a

mucha población dentro de esta modalidad de trabajo por lo cual el perfil poblacional se caracteriza por su amplia variedad.

El Instituto Blanquerna fue fundado en 1957 por el Dr. Luis Córdoba Rodríguez y su esposa Montserrat Vila, quienes llegan al país procedente de Europa.

Su objetivo fue crear una institución que diera respuestas a las necesidades pedagógicas y terapéuticas de niños y jóvenes con discapacidad intelectual, así como brindarles la oportunidad de una mejor calidad de vida, con todo lo que ello implica.

Originalmente fundan un Hogar, pero rápidamente entienden que para poder completar el proyecto es necesario crear una escuela especial, es así que ponen en funcionamiento "La Escuela Especial Instituto Blanquerna". Años más tarde incorporarían otras modalidades

El nombre "BLANQUERNA", es tomado de una novela escrita en 1280 por el filósofo, pedagogo y humanista catalán Ramón Llull. Este personaje, héroe utópico, determinado por la búsqueda ideal de un hombre mejor, que apuntaba a reformar a través de la pedagogía tanto al individuo como a su entorno social, en el más amplio sentido.

Actualmente la propuesta ofrecida por la modalidad centro de día se centra en actividades pensadas por los profesionales a cargo de los espacios terapéuticos, sin muchas veces tener en cuenta lo que la PCD necesita o bien desea realizar. Es aquí donde el concepto de calidad de vida cobra fuerzas para guiar la transformación de las instituciones, y permite conocer si los servicios que se brindan son satisfactorios para las personas con discapacidad. Lograr una mejora en la calidad de vida cobra sentido en tanto este orientada a un contexto de vida en la comunidad. Las instituciones se convierten en puentes hacia la comunidad, los profesionales de las organizaciones tendrán el rol de conectar a los usuarios del servicio con su contexto a través de la realización de planes individuales de apoyo que permitan su vinculación.

Seguendo las ideas de Javier Tamarit (s.f), es importante no perder de vista a la hora de planificar que el factor clave es "la individualización de los servicios"⁶ y para esto es necesario conocer como cada sujeto percibe su propia vida. Las personas tienen que tener derecho a un plan individualizado donde ellos participen en la elección y definición de los apoyos necesarios. Esto último lleva a las instituciones a buscar la transformación de las prestaciones que ofrecen para convertirse en reales sistemas de apoyo. Por lo tanto, se apunta a planificar desde el paradigma de planificación centrada en la persona.

3.4 Planificación Centrada en la Persona (PCP)

La PCP, surge durante los años 80 y buscaba la mejora de la calidad de vida de las PCD a través del reconocimiento de los derechos, independencia y elecciones, en una escucha real del sujeto y en la comprensión y aprendizaje del mismo, de sus puntos fuertes, capacidades y aspiraciones. Consiste en ponderar y dar fuerza a la voz de la persona. La planificación cobra importancia si es pensada como apoyo de las PCD, permite acceder a los apoyos y servicios necesarios para alcanzar una mejor calidad de vida desde sus propias elecciones. Puede ser tomada como ideología o bien como estrategia.

Lo clave de este proceso de planificación es poner a la persona en el centro permitiendo el emponderamiento para la toma de decisiones y elecciones, lo cual lleva a la reasignación de roles donde los profesionales son parte del grupo de apoyo y no "expertos". Por lo tanto, debe de estar presente el reconocimiento de los derechos de las PCD.

⁶ Tamarit, Javier. (s.f) Calidad en los servicios para personas con discapacidad intelectual en el ámbito europeo.

Desde esta perspectiva, El individuo no se ve como algo aislado sino dentro de un contexto familiar y comunitario, el cual podrá brindar el espacio necesario para la resolución de los problemas y conflictos.

3.5 El papel de la familia

Tomando lo enunciado hasta aquí, podemos observar que los conceptos se encuentran vinculados entre si y la familia tiene un papel fundamental en todo lo que hemos planteado, desde un rol facilitador o bien como obstáculo.

Para comenzar cabe aclarar que el concepto de familia es dinámico y complejo, y se ha ido transformando a lo largo de los años, dejando una variedad de definiciones, tradicionalmente la familia se refería exclusivamente a los lazos de consanguinidad o vínculos de afinidad legal como el matrimonio.

A los efectos del presente trabajo se utiliza la definición contemplada en el marco teórico de la escala de calidad de vida familiar, donde considera esta definición pero proponen una alternativa más amplia, incluyendo a las personas que se consideran parte de la misma, estén relacionadas por consanguinidad o matrimonio o no y que se apoyan y cuidan entre sí.

Tanto el concepto de calidad de vida como la posibilidad de una PCP se encuentra relacionada al tipo familia que rodea a la PCD ya que puede ser **facilitadora** de espacios que permitan un desarrollo integral de la persona y convertirse en apoyo para la toma de decisiones que permitirán empoderarse no solo de sus espacios sino de su vida propia. Asimismo se tiene en cuenta que las familias pueden obstruir el pleno desarrollo de sus familiares con discapacidad.

En consecuencia, la calidad de vida individual dependerá en gran medida de la dinámica familiar que contenga a la PCD y como los miembros de la misma permitan o no el pleno desarrollo de sus facultades de elegir, gozar libremente de sus derechos y poder confeccionar su proyecto de vida desde sus propios deseos y no desde la proyección de lo que "crean que es mejor para ellos".

4. Metodología

El presente trabajo, en el marco de los objetivos planteados, es una investigación de campo ya que se toma contacto con las personas con discapacidad que asisten al Centro de Día Blanquerna, es del tipo cualitativo-cuantitativo al valerse de estrategias y métodos de ambos para desarrollar la investigación y análisis.

Se analiza el perfil de Calidad de Vida de las personas adultas con discapacidad intelectual en relación a su composición familiar lo que define al estudio como descriptivo y transversal, ya que mide un evento en un tiempo determinado. Según el tiempo que se utilizara para la realización del estudio, es una investigación sincrónica.

Se toma como unidad de análisis a la "persona". La muestra es de 63 personas con discapacidad intelectual entre 20 y 59 años que asisten al Centro de Día del Instituto Blanquerna de la Ciudad de Morón, Provincia de Buenos Aires, Republica Argentina. La recolección de los datos se realiza por parte de allegados a los concurrentes (empleados de la institución, familiares).

El estudio transcurre durante los meses de Marzo a Octubre de 2016 en el Centro de Día del Instituto Blanquerna de la Ciudad de Morón, Provincia de Buenos Aires, Republica Argentina.

A los fines de esta investigación se utiliza como fuente primaria los datos obtenidos de la escala INICO FEAPS, Evaluación integral de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo.

La escala nos proporcionará información de las diferentes áreas de la vida desde la perspectiva de otras personas y desde la perspectiva de una persona con discapacidad intelectual. Cuenta con dos subescalas "informes de otras personas" y "Autoinforme" ambos cuentan con 72 ítems organizados en las 8 dimensiones de calidad de vida.

Ambas escalas son paralelas y serán contestadas por distintas personas (PCD, informante principal, y otros informantes) y las respuestas se contestará a través de las opciones: "nunca", "algunas veces", "frecuentemente", "siempre".

Una vez realizada la toma de la escala en la población seleccionada se analizan los datos a través de una tabla en formato Excel⁷.

Como fuente secundaria, los datos familiares que se encuentran en los legajos a fin de conocer la composición familiar. Para esto se construyen dos grandes grupos: en uno de ellos todos los concurrentes del Centro de Día que vivan con sus padres o familiares mayores de 60 años. El segundo grupo estará constituido por los concurrentes de la institución que vivan con hermanos o solos pero con apoyo de los mismo. La decisión de conformar estos dos grupos responde a que la población del centro de día son adultos con discapacidad, por lo cual algunos viven aun con madre y/o padre de edad adulta; y en otros casos los progenitores ya se encuentran fallecidos y son los hermanos quienes viven con ellos.

En concordancia con los objetivos planteados se realiza un análisis entre el perfil de calidad de vida de las personas con discapacidad, y su composición familiar determinando si existe relación entre ambas.

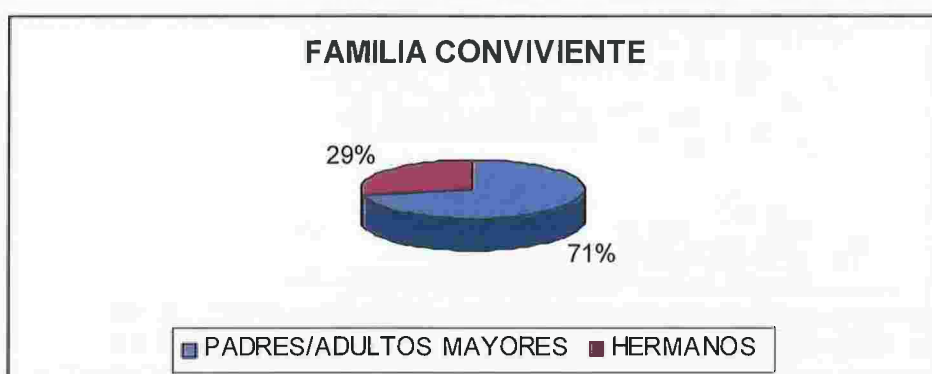
⁷ La escala cuenta con una aplicación diseñada para la confección automática de perfiles individuales y la posibilidad de construir datos. La misma se encuentra disponible en la página Web: <http://inico.usal.es>, dicha herramienta no fue utilizada para el presente trabajo.

5. Desarrollo: Análisis de resultados

La muestra seleccionada para la realización del presente trabajo corresponde a un total de 63 concurrentes del Centro de Día del Instituto Blanquerna, 45 de ellos conviven con sus progenitores o bien con algún familiar mayor a los 60 años de edad. Las personas con discapacidad usuarias del servicio son adultos de entre 18 a 59 años, por lo cual se observa una edad avanzada en madres, padres y/o adultos cuidadores. En muchos casos reciben asistencia de sus hijos en el cuidado de la persona con discapacidad, aunque quien toma las decisiones con respecto al concurrente continúan siendo sus padres.

En menor proporción 18 concurrentes conviven con hermanos o bien llevan una vida autónoma pero con asistencia de los mismos. En la mayoría de los casos los hermanos se han hecho cargo del cuidado y asistencia ante el fallecimiento de los padres.

Gráfico 1: Porcentajes concurrentes según familia conviviente



Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de los legajos personales de los concurrentes

Del total de 63 concurrentes seleccionados para la muestra se pudo aplicar la escala a 53 personas. Los factores que determinaron la baja de la muestra en un total de 10

personas están relacionados a la no autorización de la toma de la escala, ausencia o baja en el servicio prestacional, o debido a que la persona no quiso responder.

De estos 10 concurrentes 6 conviven con sus madres y/o padres y 4 de ellos con hermanos. Hecho por el cual se modifica, a los fines del análisis de datos, los porcentajes de concurrentes según los dos grupos seleccionados.

Grupo conviviente	Totales	Porcentajes
Independientemente/con hermanos	14	26%
Madre, padre y/o adulto mayores	39	74%
Total	53	100%

Del total de 53 personas a las cuales se les aplico la escala, 31 de ellos son varones y 22 mujeres prevaleciendo el género masculino en la población del Centro de Día.

La aplicación de la escala se lleva a cabo durante los meses de Mayo y Octubre del 2016 y se priorizo que quienes contestaran el autoinforme fueran las personas con discapacidad que concurren a la institución. En aquellos casos donde la comunicación verbal o la comprensión de las preguntas se viera dificultada, se solicito a los familiares que pudieran prestarse como apoyo frente a la toma de la misma. Los concurrentes que contestaron el autoinforme son 38, el 14 restante lo pudo realizar con el apoyo de los familiares.

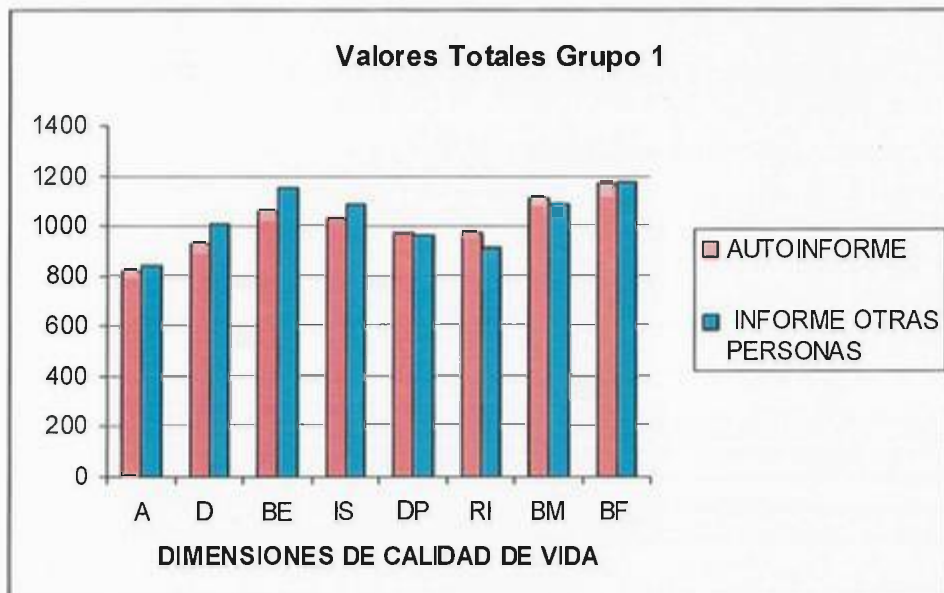
En el caso del informe de otras personas se convoca a familiares, orientadores y profesionales del equipo técnico. En este caso 8 familiares responden el informe, no son los mismo familiares que brindan su apoyo en la aplicación del autoinforme, 27 fueron realizadas por profesionales del equipo técnico y 18 por orientadores de sala que son profesionales que acompañan las actividades durante el año.

5.1 Análisis de datos según grupo conviviente:

Según los datos obtenidos se observa que al interior del grupo de concurrentes del Centro de Día que conviven con sus padres y/o con familiares adultos (Grupo 1) existen diferencias entre la valoración de cada una de las dimensiones al comparar los autoinformes y los informes de otras personas. La dimensión que mayor valoración obtuvo en este grupo, y comparando ambos informes es bienestar físico. En cambio, la dimensión con menor valoración es la autodeterminación.

Por otro lado, la percepción que tienen los familiares sobre la calidad de vida de las personas con discapacidad es mayor que la que tienen los usuarios del servicio.

Gráfico 2: Comparación de dimensiones de Calidad de Vida entre informes (Grupo 1)



Fuente: Elaboración propia según datos obtenidos de la aplicación de la escala de Calidad de Vida INICO-FEAPS

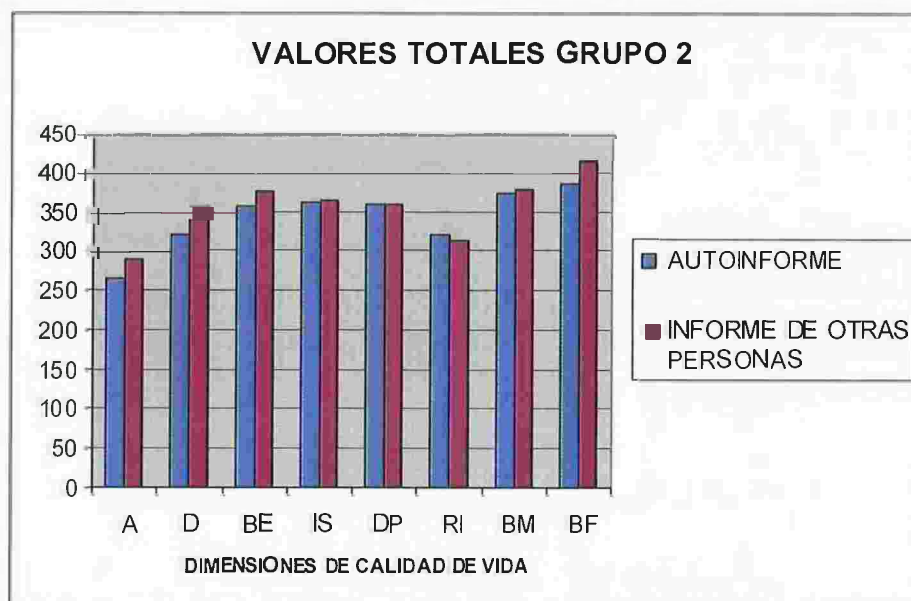
Tomando cada una de las dimensiones comparativamente entre los autoinformes y los informes de otras personas del grupo de concurrentes que conviven con adultos

mayores (padres y/o referentes) se puede determinar que no se observa coincidencia en las apreciaciones sobre las mismas. Algunas obtienen mayor valoración en el autoinforme: bienestar material, relaciones interpersonales, desarrollo personal. Estas dimensiones que no son percibidas de la misma forma por los informantes.

En el caso de aquellas personas que pertenecen al grupo que conviven autónomamente o con sus hermanos (Grupo 2), coincidentemente con el grupo anterior la percepción sobre la calidad de vida que expresan las personas entrevistadas en el autoinforme es mas baja que la que se obtuvo de los informes de otras personas.

En ambos casos no existe una diferencia sustancial pero si se puede analizar que las personas con discapacidad consideran tener una vida con menor calidad de vida de lo que piensan sus familiares o los profesionales que trabajan con ellos. Con respecto a las dimensiones, la que obtuvo mayor valoración en este grupo, y comparando ambos informes es bienestar físico. En cambio la dimensión con menor valoración es la autodeterminación.

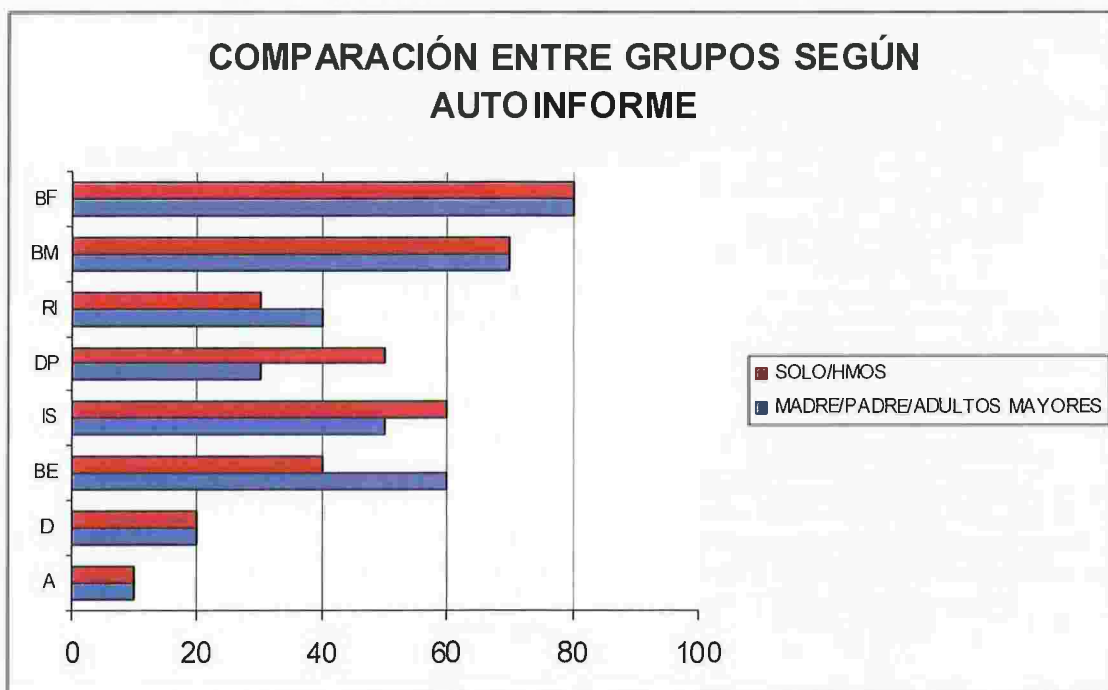
Gráfico 2: Comparación de dimensiones de Calidad de Vida entre informes (Grupo 2)



Fuente: Elaboración propia según datos obtenidos de la aplicación de la escala de Calidad de Vida INICO-FEAPS

Teniendo en cuenta los datos obtenidos en ambos grupos, es posible analizar comparativamente cada una de las dimensiones y determinar en cuales de ellas se presentan diferencias. Tomando el autoinforme se observa que en ambos grupos la dimensión con menos valoración es la Autodeterminación y la de mayor valoración es el bienestar físico. Hay marcada diferencia, al interior del grupo, en las dimensiones de bienestar emocional y relaciones interpersonales. Aquellos que viven con padres y/o adultos tienen una apreciación mayor. En el caso de aquellas personas que viven con hermanos y/o solos esta diferencia se encuentra en desarrollo personal e inclusión social. Esto se puede observar en el gráfico numero 3

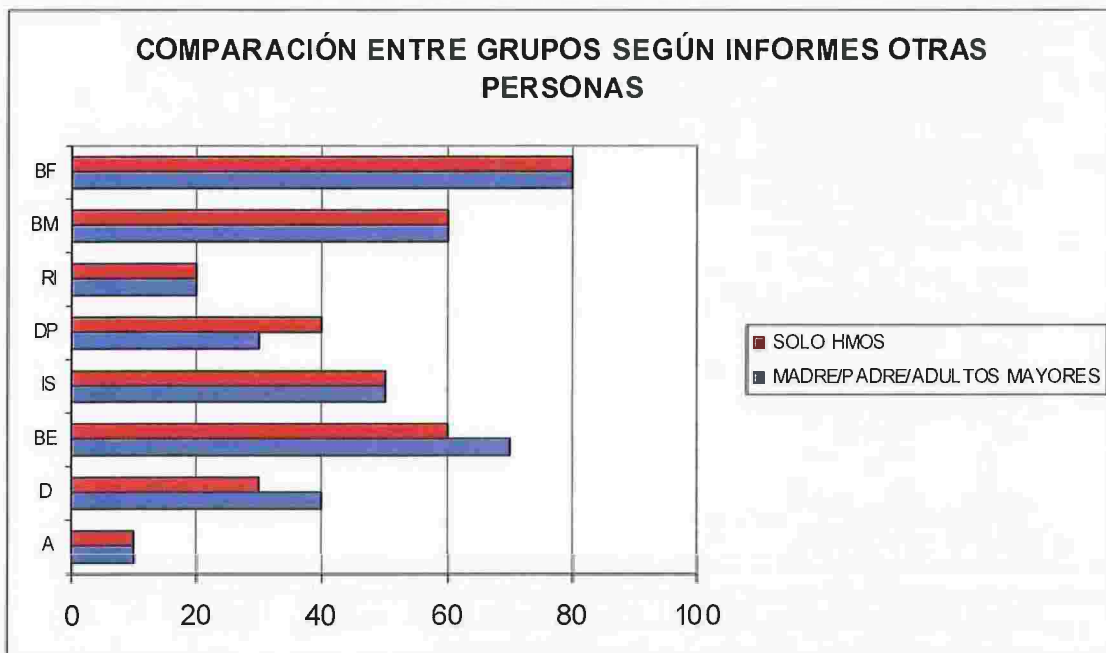
Gráfico 3: Autoinforme comparación entre ambos grupos



Fuente: Elaboración propia según datos obtenidos de la aplicación de la escala de Calidad de Vida INICO-FEAPS

La diferencia que existe en la comparación de ambos grupos según informe realizado por otras personas también hay una marcada diferencia en la dimensión de bienestar emocional, donde aquellos que viven con padres y/o adultos tienen una valoración mayor, pero la dimensión de relaciones interpersonales no presenta una diferencia como si existe con la dimensión de los derechos. En el caso de aquellas personas que viven con hermanos y/o solos esta diferencia se encuentra en desarrollo personal solamente. Esto se puede observar en el gráfico numero 4

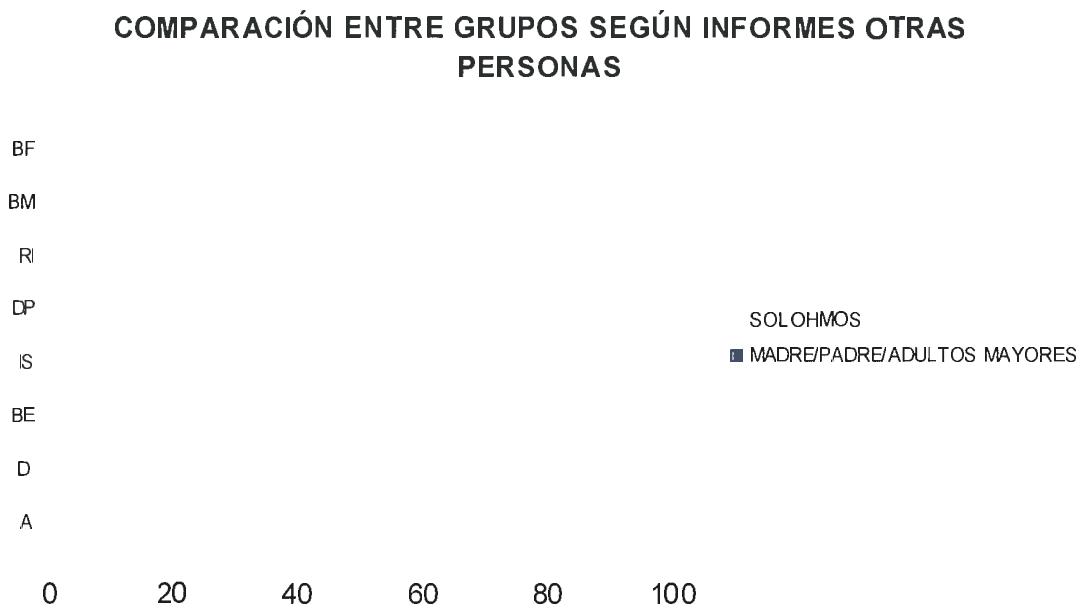
Gráfico 4: Informe otras Personas (Comparación entre ambos grupos)



Fuente: Elaboración propia según datos obtenidos de la aplicación de la escala de Calidad de Vida INICO-FEAPS

La diferencia que existente en la comparación de ambos grupos según informe realizado por otras personas también hay una marcada diferencia en la dimensión de bienestar emocional, donde aquellos que viven con padres y/o adultos tienen una valoración mayor, pero la dimensión de relaciones interpersonales no presenta una diferencia como si existe con la dimensión de los derechos. En el caso de aquellas personas que viven con hermanos y/o solos esta diferencia se encuentra en desarrollo personal solamente. Esto se puede observar en el gráfico numero 4

Gráfico 4: Informe otras Personas (Comparación entre ambos grupos)



Fuente: Elaboración propia según datos obtenidos de la aplicación de la escala de Calidad de Vida INICO-FEAPS

5.2 Dimensiones de Calidad de Vida: según sus respuestas de autoinforme

A los fines de realizar el análisis del presente trabajo se compararon las preguntas contenidas en cada apartado de la escala utilizada, a fin de ahondar en los resultados obtenidos en el autoinforme. Para la presentación de dichos datos se construyó una tabla comparativa por grupo⁸. Se comienza analizando el grupo de concurrentes que viven con sus padres y/o adultos mayores.

Autodeterminación:

- Sobre un total de 39 personas, 34 nunca utilizaron el transporte público por sí mismas. 2 lo han utilizado alguna vez y 3 siempre.
- Sobre el mismo total de personas entrevistadas 17 personas contestaron que nunca otra persona elige las actividades que realizan en su tiempo libre, 9 algunas veces, 2 frecuentemente, y 11 siempre.
- Con respecto a la posibilidad de realizar planes para llevar a cabo los proyectos que les interesan 17 personas respondieron que nunca, 13 algunas veces, 2 frecuentemente y 7 siempre.

De la muestra total de 39 personas se evidencia que el porcentaje mayor se da en respuestas que van en contra de lo que significa la autodeterminación individual, según la definición de la FEAPS, hace referencia a la posibilidad que tiene un ser humano de ser gestor de su propio destino, con capacidad de decisión sobre aspectos cruciales de la vida, con la posibilidad y oportunidad para el establecimiento de metas y planes. Según las respuestas obtenidas en esta dimensión se observa una baja autodeterminación de las personas usuarias del servicios.

⁸ Para ampliar información consultar Anexo 1. Tabla de Respuestas

Derechos:

- 16 personas no les permiten participar en el diseño de su plan individual, 16 algunas veces, 4 frecuentemente y solo 3 personas siempre.
- Con respecto al respeto de la intimidad, 5 sienten que nunca se les respeta, 7 algunas veces, 5 frecuentemente y 22 siempre.
- 18 personas consideran que nunca se les proporciona información acerca de las actividades de su programa individual, 10 algunas veces, 6 frecuentemente y solo 5 siempre.

En este punto, hay una gran cantidad de personas con discapacidad que consideran que se respeta su intimidad, pero no fueron participe del diseño del plan individual o bien información sobre el mismo. Esto evidencia que se toma a la persona como objeto y no como sujeto de derechos, no se lo hace participe de la toma de decisiones con respecto a aspecto de su vida personal.

Bienestar emocional:

- Frente a la pregunta de si alguna vez se siente sin ganas de nada, 14 contestaron que nunca, 21 que algunas veces, 2 frecuentemente y 2 siempre.
- 25 personas se sienten orgullosas siempre, 3 algunas veces, 8 frecuentemente y 8 nunca.
- 20 personas marcaron que les gustaría cambiar su modo de vida, 1 frecuentemente, 8 algunas veces y 10 nunca.

En esta dimensión las personas respondieron, en su mayoría, el deseo de realizar un cambio en el modo de vida. A pesar de ello no se observa un número significativo de personas que se sientan sin ganas de nada o bien que no sientan orgullo. Casi la totalidad de la muestra se siente orgullosa y pocos fueron los que respondieron no sentir ganas de nada.

Inclusión social:

- 15 personas nunca participan en las conversaciones con otras personas sobre temas interesantes, 8 algunas veces, 1 frecuentemente y 15 nunca.
- 21 personas acuden sin problemas a lugares de su comunidad, 4 frecuentemente, 7 algunas veces y 7 nunca.
- Cuando se les pregunto sobre la existencias de pocas personas que estén dispuesta a ayudarme cuando lo necesito 17 contestaron que siempre, 4 frecuentemente, 7 algunas veces y 11 nunca.

Si se toman las respuestas obtenidas en este apartado, la percepción de inclusión social que tienen los concurrentes no tiene una valoración negativa ya que muchos dicen concurrir a los lugares sin problemas, participar de conversaciones y recibir ayuda. Si se toma el concepto de inclusión social que propone FEAPS donde habla no de "entornos normatizados sino de construir entornos capaces de incluir en ellos a todas las personas". Las respuestas a estas preguntas no alcanzan para demostrar una plena inclusión en el entorno para las personas con discapacidad aun cuando su valoración sea positiva.

Desarrollo Personal:

- La pregunta era si aprendían cosas que lo hacen ser mas independiente 20 contestaron que siempre, 3 frecuentemente, 8 algunas veces y 8 nunca.
- 21 personas nunca manejan su propio dinero, 10 lo hacen alguna vez, 3 frecuentemente y solo 8 siempre,
- 31 personas tienen los apoyos técnicos necesarios que le hacen falta, 2 alguna vez. 4 frecuentemente y solo 2 nunca.

En mayor proporción las personas sienten que aprenden cosas que lo hacen ser mas independiente, que tienen los apoyos necesarios; pero en su mayoría ninguno es autónomo en el manejo del dinero.

UNIVERSIDAD

Relaciones interpersonales:

- 18 personas respondieron que siempre tienen problemas para tener o mantener una pareja, 4 algunas veces y 17 nunca (cabe aclarar que algunas respuesta en esta pregunta eran nunca porque no habían tenido pareja, no porque no hubieran tenido alguna dificultad en este aspecto).
- 11 personas marcaron no tener amigos para salir a divertirse, 10 algunas veces, 1 frecuentemente y 17 siempre.
- 10 personas nunca llaman, escriben o visitan a las personas que aprecian, 11 alguna vez. 3 frecuentemente y 15 siempre.

En el caso de las relaciones interpersonales en mayor proporción las respuestas evidencian que las personas no establecen relaciones y vínculos con otras personas que no sean de su ámbito familiar. En la mayoría de los casos no han establecido relaciones de pareja, ni amistades.

Bienestar material:

- 22 personas señalan que tienen dinero para las cosas que necesitan, 3 frecuentemente, 3 algunas veces y 11 nunca
- 8 personas consideran que el lugar donde viven es incomodo o peligroso, el 31 restante no
- 31 personas consideran vivir de una forma digna, 2 frecuentemente, 2 algunas veces y solo 4 consideran que nunca.

Esta dimensión tiene una valoración positiva. Casi la totalidad de las personas señalan tener el dinero que necesitan, vivir en un lugar cómodo y en forma digna

UNIVERSIDAD

Bienestar físico:

- 22 personas consideran no tener malos hábitos de higiene, 8 algunas veces, y 9 admiten que siempre.
- 11 personas realizan deporte siempre, 3 frecuentemente, 10 algunas veces y 15 nunca
- 32 personas se realizan reconocimientos médicos, 4 frecuentemente y 3 algunas veces.

Esta dimensión tiene una valoración positiva por parte de las personas.

Continuando con el análisis de la muestra que corresponde a 14 personas que viven solos o bien comparten su hogar con hermanos, los valores obtenidos en cada dimensión son los siguientes:

Autodeterminación:

- Sobre un total de 14 personas, 13 nunca utilizaron el transporte público por si mismas y solo 1 siempre.
- Sobre el mismo total de personas entrevistadas 3 personas contestaron que nunca otra persona elige las actividades que realizan en su tiempo libre, 3 algunas veces, 2 frecuentemente, y 6 siempre.
- Con respecto a la posibilidad de realizar planes para llevar a cabo los proyectos que les interesan 8 personas respondieron que nunca, 5 algunas veces, 1 frecuentemente.

Dentro de este grupo en mayor proporción las personas nunca utilizaron el servicio de transporte público, otras personas eligen que hacer con su tiempo libre y no realizan planes para llevar a cabo sus propios proyectos.

Derechos:

- 4 personas no les permiten participar en el diseño de su plan individual, 7 algunas veces, 1 frecuentemente y solo 2 personas siempre.
- Con respecto al respeto de la intimidad, 4 sienten que nunca se les respeta, 2 algunas veces, 3 frecuentemente y 5 siempre.
- 7 personas consideran que nunca se les proporciona información acerca de las actividades de su programa individual, 2 algunas veces, 2 frecuentemente y solo 3 siempre.

Las personas consideran, según las respuesta, en un número mayor de respuestas que se respeta su intimidad pero no hay participación en su plan individual ni conocimiento sobre el mismo.

Bienestar emocional:

- Frente a la pregunta de si alguna vez se siente sin ganas de nada, 6 contestaron que nunca, 5 que algunas veces, 2 frecuentemente y 1 siempre.
- 5 personas se sienten orgullosas siempre, 6 algunas veces, 1 frecuentemente y 2 nunca.
- 8 personas marcaron que les gustaría cambiar su modo de vida, 3 algunas veces y 3 nunca.

En su mayoría quieren realizar un cambio en el modo de vida. Se sienten orgullosas y pocos manifiestan sentirse sin ganas de nada.

Inclusión social:

- 3 personas nunca participan en las conversaciones con otras personas sobre temas interesantes, 8 algunas veces, 1 frecuentemente y 2 nunca.

UNIVERSIDAD



- 5 personas acuden sin problemas a lugares de su comunidad, 1 frecuentemente, 4 algunas veces y 4 nunca.
- Cuando se les pregunto sobre la existencias de pocas personas que estén dispuesta a ayudarme cuando lo necesito 5 contestaron que siempre, 2 frecuentemente, 1 algunas veces y 6 nunca.

Según las respuestas obtenidas en esta muestra la inclusión social no existe una diferencia sustancial entre las personas que perciben que acuden sin problemas a lugares de la comunidad y los que no lo hacen. No todos son participes de las conversaciones, como tampoco hay una diferencia entre los que perciben personas que puedan brindares ayuda.

Desarrollo Personal:

- La pregunta era si aprendían cosas que lo hacen ser mas independiente 6 contestaron que siempre, 3 frecuentemente, 3 algunas veces y 2 nunca.
- 8 personas nunca manejan su propio dinero, 2 lo hacen alguna vez, 2 frecuentemente y solo 2 siempre.
- 9 personas no tienen los apoyos técnicos necesarios que le hacen falta, 2 alguna vez, frecuentemente y solo 2 siempre.

En mayor proporción las personas consideran no tener los apoyos necesarios que le hacen falta, como tampoco manejan su dinero. Si en su mayoría consideran que aprenden cosas que los hacen mas independientes.

Relaciones interpersonales:

- 8 personas respondieron que siempre tienen problemas para tener o mantener una pareja, 1 algunas veces y 5 nunca (cabe aclarar que algunas respuesta en esta pregunta eran nunca porque no habían tenido pareja, no porque no hubieran tenido alguna dificultad en este aspecto.

UNIVERSIDAD

- 4 personas marcaron no tener amigos para salir a divertirse, 1 algunas veces, 2 frecuentemente y 7 siempre.
- 4 personas nunca llaman, escriben o visitan a las personas que aprecian, 5 alguna vez, 1 frecuentemente y 4 siempre.

Podemos decir que según las respuestas se evidencia que las personas no establecen relaciones y vínculos con otras personas que no sean de su ámbito familiar. En la mayoría de los casos no han establecido relaciones de pareja, ni amistades.

Bienestar material:

- 5 personas señalan que tienen dinero para las cosas que necesitan, 5 algunas veces y 4 nunca
- 2 personas consideran que el lugar donde viven es incómodo o peligroso, los 13 restante no
- 9 personas consideran vivir de una forma digna, 3 frecuentemente, 1 algunas veces y solo 1 consideran que nunca.

En su mayoría las personas señalan tener el dinero que necesitan, vivir en un lugar cómodo y en forma digna

Bienestar físico:

- 7 personas consideran no tener malos hábitos de higiene, 5 algunas veces, 1 frecuentemente y 1 admiten que siempre.
- Ninguna persona de este grupo realizan deporte siempre, 1 frecuentemente, 6 algunas veces y 7 nunca
- 8 personas se realizan reconocimientos médicos, 2 frecuentemente y 3 algunas veces y 1 persona nunca.

Esta dimensión tiene una valoración positiva por parte de las personas

UNIVERSIDAD

Conclusiones:

Al interior de los dos grupos de concurrentes del Centro de Día Blanquerna, coexistió una diferencia no solo entre aquellos que vivan solos o con hermanos y los que convivan con padres o adultos mayores, sino que también, se presento diferencias entre la percepción de las personas con discapacidad y de terceros, sean estos familiares o personal de la institución. La dimensión con mayor valoración fue el bienestar físico, tanto entre los grupos como entre los informes. Con respecto a la dimensión con menor valoración fue la Autodeterminación también en ambas situaciones. Esto permite comprobar que sea cual sea el seno familiar que acompaña y sostiene a la persona con discapacidad no existe variaciones significativas en las dimensiones que se consideran de mayor o menor valoración. Las diferencias son sutiles, como también lo son entre lo que piensan los usuarios y la percepción de terceros.

Conocer la valoración que las personas tienen sobre las dimensiones de Calidad de Vida nos proporciona información sobre los usuarios del servicio desde su propia percepción. Los Centros de Día se encuentran en un proceso de transformaciones, de búsqueda de marcos teóricos y empíricos que permitan dar respuesta a las personas con discapacidad, generando información que permita contribuir a mejorar la Calidad de Vida de las personas con discapacidad, impulsando su autonomía. Favorecer la inclusión a la sociedad facilitando y proporcionando los apoyos individuales necesarios en un marco que promueva el ejercicio de sus derechos.

Esta búsqueda no puede dejar al margen a los usuarios del servicio, como tampoco a sus familias, ya que van a ser sus opiniones y valoraciones las que permitan empezar a pensar transformaciones a lo interno de cada institución. El presente estudio, abrazó definiciones que se forjan en el nuevo paradigma biopsicosocial que aborda a la persona de una manera integral, posicionándolo como actor principal, participe activo de su futuro. La percepción de algunas dimensiones, valoradas con puntuaciones

bajas, desafía a pensar los contenidos, espacios y propuestas que hasta la actualidad se vinieron ofreciendo en las instituciones. Dimensiones como la autodeterminación, los derechos, el desarrollo personal, las relaciones interpersonales, las que obtuvieron una valoración menor en ambos grupos e informes; son dimensiones que tendrán influencia en la calidad de vida de las personas. La autodeterminación es central para la calidad de vida, ya que, implica ser procurador de su propio destino, poder tomar decisiones sobre aspectos en su vida. En palabras de Michael Wehmeyer *"autodeterminación significa que la persona controla su vida y su destino. Algo tan simple y tan complejo a la vez"*.

Para esto es importante que conozca cuales son sus derechos, que pueda establecer relaciones con otros fuera de su seno familiar, permitiendo su desarrollo personal.

En conclusión, la calidad de vida de una persona mejora cuando puede percibir que tiene el poder para participar en las decisiones para su vida. Durante mucho tiempo se las despojo de esta posibilidad; siendo asumido por la familia, profesionales o ambos. Teniendo en cuenta los resultados del presente trabajo, tanto instituciones como familiares y principalmente las personas con discapacidad atraviesan "vientos de cambio" donde nos despojamos de viejas creencias, modelos y paradigmas y nos dejamos acompañar por conceptos que darán paso la construcción de instituciones donde los que concurren no sean meramente usuarios sino actores activos, gestores de cambios e impulsores de revoluciones.

Bibliografía

- Almeida María Eugenia y Angelino María Alfonsina (comp.) (s.f) "Debates y perspectivas entorno a la discapacidad en America Latina" UNER Facultad de Trabajo Social
- Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana N (s.f) "CALIDAD DE VIDA. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO Y SU INFLUENCIA EN LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA". Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
- Organización panamericana de la salud – organización mundial de la salud (2011) "Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional"
- Pantano, Liliana (2008). Discapacidad: conceptualización, magnitud y alcances. Apuntes para el mejoramiento de las prácticas en relación a las personas con discapacidad. Centro de investigaciones Sociológicas. Departamento de Sociología. UCA/CONICET.
- Proyecto Institucional Instituto Blanquerna 2016
- Schalock, J.F. Gardner y V.J. Bradley, (2008) "Calidad de vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo. aplicaciones para personas, organizaciones, comunidades y sistemas", Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, Vol 39 (4), Núm. 228.
- Tamarit, Javier. (s.f) Calidad en los servicios para personas con discapacidad intelectual en el ámbito europeo.
- Schalock, Robert I y Verdugo Miguel Angel (2007) "El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. Vol. 38 (4). Numero 224, Pág. 21 a 36.
- Schalock, Robert L, James F. Gardner, Valerie J. Bradley. (2006) Calidad de Vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo.

Aplicaciones para personas, organizaciones, comunidades y sistemas. Colección de FEAPS

- Toboso Martín, Mario; Arnau Ripollés, M^a Soledad. (2008) "La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen". Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades, vol. 10, núm. 20, pp. 64-94. Universidad de Sevilla. Sevilla, España
- Verdugo Alonso Miguel A.; Gómez Sánchez, Laura; Martínez Benito; Santamaría Domínguez Mónica; Clavero Herrero Daniel; Tamarit Cuadrado Javier. (2013) Escala INICO FEADS, Evaluación integral de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo.
- Verdugo Alonso Miguel Angel, (s.f) "LA CONCEPCIÓN DE DISCAPACIDAD EN LOS MODELOS SOCIALES", ¿Qué significa la discapacidad hoy? Cambios conceptuales, Mesa Redonda

ANEXOS

ANEXO 1
TABLA DE RESPUESTAS

PERCENTILOS SEGÚN AUTOINFORME

A

CONCURRENTE	IPO DE FLIA	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
ALDUNATE MARIANO	2	1	1	1	4	3	4	1	1	1
AMESTOY ELIANA	1	1	1	2	2	4	1	1	1	4
BINI HERNAN	1	4	4	2	4	3	4	1	4	4
CAMPOS NESTOR	1	1	4	4	4	4	1	3	2	1
CARRATO DIEGO	1	1	4	2	2	4	4	2	2	3
CEJAS PATRICIA	1	1	4	1	4	3	1	4	3	2
CROCCO DIEGO	1	1	4	1	1	1	3	2	1	2
COLARUSSO SEBASTIAN	2	1	2	1	2	3	4	2	1	2
CORONEL REYMUNDO	1	1	4	4	1	4	4	1	4	4
CUEVAS DARIO	1	2	2	4	4	1	2	3	2	4
CUELLO RODRIGO	1	1	2	1	2	1	3	1	2	3
CHITARRONE KARINA	1	1	4	1	2	1	4	4	1	1
DE LA ROSA LORENA	1	1	4	1	2	1	4	2	2	2
ESCUDERO ERICA	1	1	1	2	1	1	3	2	2	2
FERREYRA DANISA	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1
GONZALEZ EZEQUIEL	1	4	2	2	4	1	3	2	2	2
GUERRA CINTHIA	1	1	4	1	2	4	4	1	1	2
HEREDIA SOLEDAD	1	1	4	1	4	4	4	2	4	4
HERNANDEZ EVA	1	1	4	4	4	2	4	1	1	4
HIDALGO EZEQUIEL	1	1	2	2	1	3	4	1	1	3
IBAÑEZ ISABEL	2	1	4	2	1	1	4	4	1	4
LEGUIZAMON DANIEL	2	1	4	2	2	3	1	1	1	2
LOPEZALVARO	1	1	2	4	4	1	4	2	1	4
MARTORELLI RODOLFO	1	1	4	4	2	1	1	1	1	2
MARTINEZ AXEL	1	1	2	1	3	3	1	1	1	4
MAZZEO ANIBAL	1	1	2	2	3	3	3	2	2	3
MELIAN NANCY	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2
MIRANDA ADRIAN	1	1	4	2	3	3	3	4	3	3
MONTES PEREIRA VERONICA	1	1	1	4	4	1	4	1	1	4
MORA CARLOS	1	1	1	1	1	4	4	2	2	2
MUÑOZ SERGIO	1	1	1	1	4	4	1	1	4	4
ORTEGA PETER	2	1	2	1	2	4	1	2	3	3
PALAVECINO HERNAN	1	1	4	4	4	4	4	4	2	4
PALLADINO EMILIANA	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2
PARMICIANO ELIAS	1	2	4	4	4	4	3	2	2	2
PAZ CESAR	1	1	4	2	4	4	4	2	4	4
PAEZ LEANDRA	1	1	1	4	3	4	3	2	1	1
PARED RITA	1	1	2	1	2	3	2	1	1	4
PEREZ MARCELA	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2
POLITO RUBEN	2	4	4	4	4	4	4	4	2	2
RIOS NOELIA	2	1	4	1	4	1	3	2	1	1
RIVERO CELESTE	1	1	4	4	4	1	1	2	1	2
RODRIGUEZ ALICIA	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
ROMERO DANIEL	2	1	2	1	2	4	3	1	1	2
ROSSINI ARTURO	1	1	3	2	3	4	3	2	2	4
SANTA CRUZ JORGE	2	1	1	2	2	1	4	1	2	4
SCHIULAZ DARIO	2	1	4	4	1	4	4	2	2	4
SOTO FAUTO	1	1	1	4	4	4	4	4	4	2
TORRILLA NORA	1	1	1	1	1	4	1	2	1	2
VALLEJOS NADIA	1	1	1	4	1	4	1	2	2	2
VILLASBOA DANIELA	2	1	4	1	2	1	1	1	1	4
VILLASBOA VICTOR	1	4	4	4	2	1	4	2	4	4
VILLALBA JOSE	2	1	4	2	2	1	2	3	2	3

D

BE

P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27
1	1	1	4	4	4	1	1	1	4	4	1	3	1	1	1	1	2
1	4	4	2	4	4	1	4	1	3	3	3	3	4	4	4	1	4
1	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	1	4
2	4	4	1	3	1	4	2	1	4	3	4	4	4	4	4	1	4
2	4	4	4	4	4	3	1	1	4	4	4	3	3	2	2	1	4
2	2	4	4	1	3	2	2	4	3	1	3	4	2	2	4	1	4
2	4	2	4	4	4	3	1	1	4	3	3	4	4	4	4	4	3
1	4	1	4	1	3	1	1	1	3	1	3	4	4	1	4	1	4
1	4	4	1	1	4	1	4	1	4	4	4	4	1	4	4	1	4
2	3	2	4	3	3	2	2	3	4	4	3	3	4	4	2	3	4
2	4	4	4	4	3	2	4	1	4	4	4	3	2	1	2	4	4
1	4	4	4	4	4	1	1	1	3	3	3	3	2	2	2	1	4
1	4	1	4	4	3	2	2	1	3	3	1	4	4	2	4	1	4
2	1	2	1	4	3	1	1	1	4	4	4	3	1	2	4	4	4
1	4	2	4	4	3	1	1	1	4	3	1	4	1	4	4	4	4
4	2	3	4	1	3	3	1	1	3	3	3	3	3	4	4	2	4
2	3	4	2	3	2	1	2	2	2	2	3	4	4	1	4	3	4
3	4	4	4	3	4	2	1	2	4	1	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	1	4	4	4	3	1	2	3	1	3	4	4	3	1	4
3	4	3	3	4	4	2	2	1	3	3	3	4	2	1	2	3	3
3	4	2	4	4	4	4	1	4	2	2	2	4	4	3	4	1	4
4	2	3	4	4	3	4	4	1	4	3	3	3	4	2	2	3	2
1	4	4	2	4	4	1	1	1	3	3	3	3	4	2	4	1	4
2	4	4	4	4	3	2	4	2	3	3	4	4	4	4	4	1	4
1	2	4	4	4	1	4	4	1	3	3	3	3	1	1	4	3	3
3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3
2	2	2	2	1	1	3	2	1	3	4	2	3	2	2	4	3	4
3	4	4	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4
1	1	4	4	4	4	1	1	1	1	4	1	1	4	4	4	1	4
2	4	2	1	4	4	1	1	4	1	4	3	1	1	2	4	3	1
1	4	1	4	1	1	1	4	1	4	4	3	4	4	4	4	1	4
1	4	1	4	4	2	1	2	4	4	4	3	4	4	2	2	1	4
2	4	1	1	4	4	2	1	1	4	4	4	3	4	1	1	1	4
2	4	4	4	3	3	4	3	1	3	2	3	3	2	1	1	4	3
2	1	4	4	4	4	1	1	1	4	4	1	4	4	4	4	4	4
4	4	4	1	4	4	1	2	3	2	3	1	3	2	4	4	1	4
1	4	4	4	4	4	1	1	1	4	4	3	1	4	4	4	1	4
1	4	4	4	4	3	4	1	4	3	3	4	4	2	1	3	4	4
1	2	3	3	1	4	3	2	1	3	3	3	3	2	3	2	4	2
4	2	4	4	4	4	2	2	1	3	3	1	3	2	4	2	1	2
2	3	3	4	4	4	1	1	1	3	4	3	4	1	3	2	3	2
2	4	4	4	3	3	2	1	1	3	3	3	4	2	2	4	1	4
1	1	4	4	1	1	1	1	4	4	3	3	1	1	1	1	1	4
2	2	4	4	4	3	1	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4
2	4	2	4	3	3	2	2	2	4	3	3	4	3	2	2	3	2
2	4	1	1	4	1	1	1	3	3	3	3	3	1	1	2	1	4
2	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	4	4	4	2	2	1	3
2	4	1	1	4	4	1	1	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4
1	4	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	3	1	1	1	1	2
2	4	2	1	3	4	1	1	4	4	4	3	3	2	2	4	1	4
1	1	4	1	3	1	1	1	1	3	4	3	3	4	1	4	1	2
1	4	3	4	3	3	1	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2
2	3	3	4	3	3	3	2	1	3	3	4	4	3	3	3	4	4

IS

DP

P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40	P41	P42	P43	P44	P45
1	4	1	4	4	1	1	4	1	1	1	1	4	1	4	4	1	1
1	1	4	3	4	2	1	4	4	4	4	4	4	4	2	1	4	1
4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4
2	2	4	4	4	4	1	4	4	4	4	1	4	4	4	2	4	3
4	4	4	4	4	4	1	4	3	2	3	3	2	2	3	2	4	3
4	1	2	3	3	2	2	4	3	1	1	1	4	2	1	1	4	1
1	1	1	4	1	2	4	1	4	4	4	3	3	4	1	1	4	1
1	1	4	1	1	4	1	4	3	2	2	4	4	4	4	4	4	1
4	4	1	1	1	4	1	4	4	4	4	4	4	4	1	1	4	1
2	3	4	3	3	3	1	2	4	4	3	4	4	3	3	2	4	1
1	2	2	4	4	1	3	4	4	2	1	2	4	4	4	1	3	1
4	4	1	4	4	4	3	4	4	4	4	1	4	4	3	1	4	1
2	4	1	4	4	4	3	4	4	4	2	1	4	2	3	2	4	1
1	4	1	4	4	2	4	2	3	2	2	2	4	4	3	1	4	1
1	1	1	4	1	1	4	1	1	3	4	1	4	2	1	1	4	1
2	2	1	3	2	4	3	4	1	4	2	3	4	3	2	4	4	3
1	3	4	4	4	4	2	4	4	4	1	2	4	2	1	1	4	4
1	4	3	3	3	3	4	4	4	2	3	4	2	4	3	1	3	1
4	1	2	4	4	4	2	4	4	4	3	4	4	4	3	1	3	1
1	4	2	3	4	3	3	4	4	4	2	4	3	2	3	1	1	1
2	4	1	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	3	1	4	1
2	1	2	4	3	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	1	4	3
1	4	1	3	1	4	1	4	3	4	2	4	4	4	3	4	4	1
4	4	2	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	2	4	1
1	4	4	1	3	4	1	4	4	4	4	4	4	2	4	1	3	1
2	3	4	3	3	3	4	3	4	3	3	4	3	2	2	2	3	3
2	2	1	4	2	3	4	4	3	3	2	3	4	2	3	1	3	3
2	4	3	3	3	4	1	4	3	4	2	4	4	4	3	2	4	1
4	4	1	4	1	4	1	4	4	4	1	2	4	4	1	4	4	1
1	4	1	1	4	1	1	4	1	1	4	4	1	1	1	1	4	1
4	4	4	1	1	4	1	2	1	4	4	4	4	4	1	2	4	1
2	2	2	3	3	1	4	2	2	3	2	3	4	2	3	2	4	2
4	4	1	4	4	4	1	4	1	4	4	4	4	4	1	1	4	1
2	3	1	4	4	3	2	4	4	4	2	3	3	2	2	1	3	1
1	2	1	1	4	4	4	4	3	4	4	1	4	4	1	4	2	1
2	2	4	1	3	4	3	4	3	4	2	4	4	4	4	4	2	1
4	4	1	1	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
1	2	4	4	3	4	1	4	4	4	4	4	4	4	3	1	4	1
1	4	2	4	3	4	2	4	4	2	2	2	2	1	1	1	2	2
4	4	4	4	3	4	2	4	4	4	2	4	4	2	3	3	4	1
2	2	1	4	4	4	1	4	3	4	4	1	4	4	4	1	4	1
4	4	2	4	3	4	1	4	4	1	1	2	4	2	3	1	4	1
4	4	2	4	4	4	1	4	4	4	4	1	4	4	1	4	2	1
2	2	4	3	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	2	4	1
3	2	1	3	4	3	4	3	4	2	2	2	2	2	4	2	4	2
4	4	1	4	4	2	4	4	4	4	3	2	4	4	4	1	1	4
2	1	1	4	4	2	1	4	4	3	4	2	2	2	3	3	4	4
4	1	1	4	4	1	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	1
1	1	1	4	4	4	4	4	4	1	1	4	4	4	3	1	4	1
4	4	2	4	1	4	4	4	4	4	1	1	4	4	1	1	4	1
1	1	4	3	1	4	1	1	2	4	4	4	4	4	4	1	4	1
2	3	4	1	3	4	1	4	1	2	2	2	2	2	3	2	2	1
3	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	1	2	1

RI	BM																	
	P46	P47	P48	P49	P50	P51	P52	P53	P54	P55	P56	P57	P58	P59	P60	P61	P62	P63
1	4	4	4	1	1	1	4	1	4	4	4	4	1	1	4	1	1	1
4	4	1	1	4	4	4	4	1	1	1	4	4	4	1	3	4	4	4
4	4	4	4	4	3	2	4	2	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4
1	1	1	1	4	2	3	4	2	4	4	4	4	3	4	1	3	2	1
4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	2	4	4
4	3	4	1	1	4	1	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	1	4	1	1	4	4	3	1	1	1	4	4	4	1	4	1	1	1
4	4	3	2	2	4	4	1	2	2	4	1	3	1	1	3	3	3	3
1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	1	1	1	4	4
1	3	3	2	2	3	3	3	3	4	2	4	2	3	4	3	2	4	4
4	4	3	1	1	4	1	4	1	1	1	4	4	4	1	3	2	4	4
1	1	4	2	4	4	4	4	2	4	2	1	4	2	1	3	3	3	3
4	1	1	4	4	4	4	1	3	4	4	4	4	4	2	1	2	2	2
4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	1	4	2	4	4	4
4	1	4	4	2	4	4	1	4	1	1	4	4	4	4	4	1	1	4
1	1	2	1	1	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
1	1	1	1	1	4	4	4	1	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	1	1	2	4	4	2	1	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4
1	1	3	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4
1	1	1	1	3	4	4	4	2	3	1	4	4	4	2	3	4	4	3
1	1	1	1	1	4	2	3	4	4	1	4	4	4	4	3	4	4	4
1	1	1	4	2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4
1	1	1	2	4	2	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4
1	1	1	4	4	4	4	4	4	1	4	1	3	4	2	3	4	4	4
4	4	4	1	3	4	4	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	2	3	3	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4
1	1	2	2	4	4	4	3	1	1	1	4	3	3	2	3	3	3	3
4	4	3	2	2	4	4	4	4	4	3	4	4	3	1	4	4	4	4
4	1	1	4	4	2	4	3	4	4	4	1	4	1	1	2	4	4	4
4	4	1	1	4	4	1	4	4	1	1	1	4	2	4	1	4	4	4
1	1	1	4	4	4	4	4	1	2	4	4	4	3	4	4	4	4	4
1	1	4	1	2	4	3	3	2	1	3	4	3	3	2	3	3	2	2
1	1	4	1	1	4	1	4	2	1	1	1	4	2	1	3	4	4	4
1	1	1	3	4	3	3	3	2	1	1	4	4	1	1	3	4	3	3
4	1	1	4	4	4	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
1	1	1	1	4	4	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
1	1	4	4	4	4	4	4	1	4	2	4	4	4	4	4	4	1	1
1	1	4	1	1	4	4	4	4	1	4	3	4	4	4	1	4	4	4
4	3	3	2	3	3	3	3	4	3	1	1	4	4	3	1	2	4	4
3	3	1	1	2	2	4	4	2	2	2	2	4	4	4	3	2	2	2
4	4	1	1	1	4	4	4	1	2	1	4	4	2	1	2	4	4	4
1	1	1	2	4	4	1	3	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4
1	1	1	1	1	4	4	4	1	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4
3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	1	4	4	3	4	2	3	4
1	1	1	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	1	1	1	3	1	4	1	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4
1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	2	4	4	1	1	1	1	1	1
4	4	4	1	1	4	1	4	1	1	1	1	1	1	4	1	1	4	4
4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4
4	1	4	4	1	1	1	1	4	1	2	1	1	4	1	4	4	4	4
3	3	3	2	2	2	4	1	2	2	4	1	2	4	1	4	4	4	4
1	1	2	2	3	4	4	4	3	2	1	4	4	4	3	2	4	4	4

BF

P64	P65	P66	P67	P68	P69	P70	P71	P72
1	4	4	1	1	1	1	4	4
4	1	1	1	4	4	4	2	2
4	2	4	4	2	4	4	4	4
4	1	3	4	4	4	2	4	2
4	4	4	4	4	3	4	4	4
2	3	3	4	4	4	4	4	4
4	4	4	1	4	1	4	4	1
2	4	4	2	1	4	4	2	4
4	4	4	1	4	4	4	4	4
4	3	3	4	4	4	4	4	4
3	1	4	2	1	2	2	2	2
4	4	4	1	4	4	4	4	3
4	4	3	2	4	4	4	4	4
4	4	4	1	1	1	4	4	4
1	4	4	1	4	4	4	4	4
3	4	4	2	4	2	4	4	2
4	4	4	2	4	4	3	4	3
4	1	1	4	4	2	4	3	4
2	2	3	2	4	4	4	4	2
4	3	4	1	4	4	3	3	1
3	4	3	1	4	3	4	4	4
4	4	3	2	4	4	4	4	4
4	3	1	4	2	1	4	4	1
4	4	4	1	4	4	4	4	2
3	4	3	3	4	2	4	4	4
3	4	4	2	4	2	4	4	3
4	3	2	3	4	3	4	3	2
4	4	4	2	4	4	4	4	4
4	3	1	1	4	4	4	4	4
4	4	1	1	1	4	4	4	4
4	3	3	1	4	4	4	4	4
4	4	3	1	4	2	2	2	3
4	4	4	1	4	4	4	4	4
4	4	3	1	3	2	3	3	1
4	4	1	2	1	4	4	4	4
4	4	1	4	4	4	4	4	4
1	4	4	1	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	2	4	4
4	4	3	3	1	3	3	3	3
2	3	4	1	4	2	4	4	1
1	4	4	1	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	1	1	4	1	4	2	4
4	4	3	2	4	4	4	4	1
4	4	4	2	4	2	2	3	3
4	4	4	2	4	1	4	4	1
4	4	4	1	4	4	4	4	4
4	4	4	1	4	1	4	4	4
4	1	1	4	4	4	4	4	4
4	4	4	3	4	4	4	4	3
4	4	1	2	2	3	1	1	4
4	4	4	2	4	3	4	4	4
3	4	4	2	4	3	3	2	3

PERCENTILOS SEGÚN INFORMES DE OTRAS PERSONAS

A	D																	
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	
1	2	2	4	4	3	2	2	3	2	4	3	2	4	4	3	3	1	
1	3	2	4	3	4	2	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1	
1	3	1	3	3	2	2	3	4	3	2	3	4	3	4	3	3	2	
1	3	1	2	3	3	1	3	4	2	4	3	4	3	4	2	2	1	
1	4	1	4	4	4	1	4	4	2	2	3	3	3	4	3	3	3	
1	3	1	3	3	3	1	4	4	2	4	3	4	4	4	2	2	3	
1	3	1	2	3	3	1	1	4	2	4	4	4	3	4	2	2	1	
1	1	1	4	4	4	2	3	4	1	3	1	4	2	3	3	2	3	
1	2	1	2	2	2	1	2	4	2	4	4	2	3	4	2	2	1	
1	2	3	4	4	2	2	3	3	4	4	2	4	4	4	2	3	4	
1	3	1	2	2	2	1	3	4	2	4	2	3	3	4	2	2	1	
1	1	2	3	3	3	2	3	4	3	4	2	3	4	3	3	2	3	
1	2	1	2	4	3	2	3	3	2	3	2	4	3	3	3	3	3	
1	2	4	4	4	4	2	1	4	4	3	3	2	3	4	4	3	3	
1	3	2	2	4	3	2	4	4	2	4	2	4	3	3	3	3	3	
4	4	2	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1	3	
1	2	1	1	2	3	1	1	3	2	4	3	3	3	4	3	2	1	
1	4	3	4	4	3	1	2	2	4	4	4	4	4	4	4	1	1	
1	2	2	2	4	3	1	1	4	2	2	2	3	3	4	2	2	1	
1	1	1	1	4	4	1	3	3	1	4	1	3	3	3	3	2	2	
1	1	1	3	4	4	1	1	2	3	4	4	4	4	4	4	1	1	
1	1	1	2	3	3	1	2	4	1	3	1	3	4	3	2	2	2	
1	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	
1	3	4	1	1	3	1	1	1	4	2	4	4	3	2	4	3	1	
1	3	1	1	1	2	1	3	1	2	2	3	1	4	4	4	1	1	
1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4	2	2	2	4	2	2	1	
1	2	1	1	1	1	1	2	4	2	2	2	1	3	3	4	2	1	
1	1	1	1	1	1	1	2	4	2	4	1	2	1	4	2	2	1	
1	2	2	3	3	2	1	2	4	2	1	2	3	2	4	2	1	1	
1	4	3	3	3	3	2	3	4	2	4	4	4	4	4	4	3	2	
1	3	2	4	4	3	2	4	4	2	4	1	4	3	4	4	3	3	
1	3	1	1	2	2	2	3	4	2	4	2	4	4	4	2	3	1	
1	3	2	2	3	3	2	3	4	2	4	3	4	4	4	2	2	1	
1	1	1	1	1	2	1	2	4	2	4	2	2	3	4	2	2	1	
1	2	2	4	4	1	3	4	4	1	4	1	1	2	4	4	4	4	
1	3	1	2	3	3	1	2	4	2	4	2	2	3	4	2	2	1	
1	2	1	2	4	3	2	3	3	2	4	2	4	3	3	3	3	3	
1	2	1	2	3	3	1	3	4	2	4	2	3	4	4	2	2	1	
1	2	1	1	2	2	1	2	3	2	4	2	2	3	4	2	2	1	
4	4	2	4	4	4	2	3	2	3	4	4	4	4	4	4	3	3	
1	2	2	4	3	3	2	3	4	3	4	4	4	4	4	2	2	4	
1	4	4	4	4	4	2	1	4	4	4	4	4	4	4	3	3	1	
1	2	1	1	1	1	1	2	4	2	4	2	2	2	4	2	2	1	
1	3	1	2	3	2	1	2	4	1	4	2	3	3	4	4	3	1	
2	3	2	2	4	3	2	4	4	3	3	3	4	4	1	3	3	3	
1	2	1	1	3	2	1	2	4	2	4	2	3	3	4	2	2	1	
1	3	1	3	4	4	2	3	4	1	4	2	4	3	4	4	3	4	
1	3	1	1	1	1	2	3	4	2	4	2	4	3	4	2	2	1	
1	1	1	1	2	2	1	2	4	2	4	2	2	3	4	2	2	1	
1	2	1	2	3	3	1	3	4	2	4	2	3	4	4	2	2	1	
1	3	2	2	4	3	2	4	4	2	3	2	2	2	4	4	2	2	
1	4	1	4	4	4	4	4	2	3	2	3	4	3	4	4	3	4	
1	2	2	4	1	3	1	3	3	2	1	4	4	4	2	3	2	4	

BE

IS

P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36
2	1	3	1	2	2	3	3	2	3	2	1	2	3	3	3	2	2
3	4	3	3	3	2	2	4	4	2	3	3	4	4	4	1	4	4
4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4
4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	1	2	4	4	3	4	3	3
4	4	1	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3
4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	2	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	1	1	4	4	4	4	3	4
3	4	3	3	4	4	4	1	3	3	1	2	3	3	1	3	1	1
4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	1	1	4	4	4	4	4	4
4	3	4	4	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	4	4	4	4
4	4	4	4	3	2	3	4	3	1	1	1	4	4	3	4	3	4
2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	2	4	3	2	4	3	4
3	4	2	2	2	2	2	2	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3
4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	1	1	3	3	3	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	2	2	4	3	3	4	3
2	2	4	3	3	3	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3
3	4	3	4	2	1	2	4	3	1	1	2	3	3	3	4	4	3
4	4	3	4	2	2	4	4	4	2	1	1	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	2	1	3	2	3	4	2	2	3	4	3	4	4	3
4	4	1	3	1	2	2	1	4	3	2	1	1	3	2	2	4	3
3	3	3	4	1	2	1	3	3	1	1	1	1	4	4	4	4	4
4	4	2	3	4	2	4	1	2	3	2	2	3	3	3	3	4	2
4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	4	4	4	4	1	2	4	1	4	4	4	4	4	4
4	4	1	2	4	1	2	4	2	1	1	1	3	4	4	2	4	1
4	1	4	4	2	2	2	4	2	1	1	1	4	2	2	3	2	4
4	4	2	3	3	1	3	3	3	1	1	2	3	4	3	4	4	4
4	3	4	4	2	2	2	2	3	1	1	1	4	4	3	3	3	4
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3
3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	1	2	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	2	4
4	4	4	4	3	2	3	4	4	3	1	2	4	4	4	3	3	4
4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	1	2	4	4	2	4	3	4
4	3	4	4	3	2	3	4	3	2	1	1	4	4	3	3	3	4
1	3	1	4	4	4	4	1	4	4	1	2	4	4	2	1	2	2
4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	1	2	4	4	3	4	4	4
4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	2	2	4	3	3	4	3	4
4	3	4	4	3	3	3	4	3	2	1	1	4	3	3	4	3	4
4	3	4	3	3	2	2	4	3	2	1	1	4	3	3	3	3	3
4	3	2	4	2	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3
4	4	3	4	3	2	4	3	4	3	1	3	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	4	3	4	4	4	4
4	3	3	4	3	3	3	3	4	3	2	1	1	4	3	2	3	4
4	3	4	4	3	3	3	3	4	3	2	1	1	4	3	3	3	4
4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	1	4	4	1	3	3
4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	2	1	1	4	4	3	4	4
4	3	4	4	2	1	2	1	2	3	1	1	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	1	1	4	4	3	3	4
4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	1	1	1	4	4	3	3	4
4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	2	1	2	4	4	3	4	4
4	4	1	2	2	2	3	1	3	4	1	2	4	4	3	4	4	3
4	3	2	3	4	4	4	3	2	2	2	4	4	4	4	4	4	3
4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3

DP

RI

P37	P38	P39	P40	P41	P42	P43	P44	P45	P46	P47	P48	P49	P50	P51	P52	P53	P54
3	2	3	3	2	2	1	3	3	2	2	1	2	3	2	2	1	2
4	3	4	3	3	4	2	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	1	4	4	1	1	1	4	4	4	4	4	4
4	2	2	3	3	3	1	3	3	2	2	1	2	4	3	3	3	4
2	1	2	4	2	2	1	4	1	1	4	4	4	2	4	4	3	4
4	2	2	3	4	3	1	4	4	1	1	1	3	4	4	4	4	4
2	2	2	3	4	3	1	4	4	1	1	1	2	4	4	4	4	4
2	2	2	2	4	2	4	4	4	3	2	2	3	2	4	4	4	3
3	3	3	3	4	3	1	4	4	1	1	1	2	4	4	4	4	4
3	2	3	4	4	3	1	4	4	1	1	2	3	3	4	4	4	4
3	2	2	4	3	3	1	4	4	1	1	1	2	3	4	4	3	2
3	2	3	4	3	3	1	4	3	3	1	1	2	3	2	2	3	3
2	2	3	3	3	2	1	3	3	3	1	1	3	2	2	2	2	2
2	3	4	2	4	3	1	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4
2	3	3	4	2	2	4	1	3	1	1	2	3	2	3	3	3	2
4	4	4	3	2	3	4	2	4	1	1	1	2	4	2	2	2	4
2	2	3	2	2	1	1	4	2	1	4	2	3	2	4	3	3	1
1	4	4	1	4	3	1	4	4	1	1	1	1	2	4	4	4	4
3	2	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1	3	2	3	3	3	2
2	2	3	3	2	2	2	1	3	1	1	3	1	2	3	3	2	2
4	2	3	4	4	1	1	4	4	1	1	1	1	4	2	2	2	2
2	2	4	2	2	2	3	4	3	1	4	4	1	3	3	3	2	1
4	3	2	3	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	4	4	4	2	3	1	4	1	1	1	3	3	4	3	4	4	4
4	3	4	3	2	3	1	2	3	1	1	1	1	2	2	2	2	1
2	2	2	3	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	3	3	3	1
2	4	4	4	2	2	1	2	2	1	1	1	1	3	3	2	2	1
2	2	2	3	4	2	1	3	3	1	1	1	1	2	3	3	4	2
2	2	3	2	3	2	1	4	4	2	2	3	3	2	2	3	3	2
4	2	4	4	4	4	1	4	4	1	1	1	3	4	4	4	4	4
2	2	2	2	4	3	1	4	3	1	4	4	3	4	4	4	4	4
3	3	3	3	4	4	1	3	3	1	1	1	3	4	4	4	4	1
3	2	2	3	3	3	1	3	2	1	1	1	3	4	4	4	4	4
2	2	2	3	3	2	1	3	3	1	1	1	2	3	4	4	4	2
3	4	3	3	4	4	1	2	2	2	2	1	3	4	4	4	4	2
3	2	2	3	4	3	1	4	3	2	1	1	2	4	4	4	4	3
3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	1	2	3	3	4	3	4	2
3	2	3	3	3	2	1	3	4	1	1	1	2	3	3	3	3	2
2	2	2	3	3	2	1	3	4	1	1	1	2	3	3	3	3	2
3	3	3	3	2	1	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4
4	3	4	4	4	3	1	4	4	1	1	1	2	3	4	4	4	4
3	3	3	4	3	4	1	4	4	1	1	2	3	4	3	3	4	4
2	2	2	3	3	3	1	3	3	1	1	1	2	4	4	4	4	4
3	3	4	4	3	3	1	4	4	1	1	1	2	4	4	4	4	1
2	2	3	4	3	3	2	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2
3	2	3	3	4	3	1	4	3	1	1	1	2	4	4	4	4	2
4	1	4	4	4	4	1	4	3	1	3	1	1	2	4	4	4	1
2	2	2	3	3	3	1	3	4	1	1	1	2	4	3	4	3	4
2	2	2	3	4	3	1	3	3	1	1	1	2	3	4	4	4	2
2	2	2	4	4	3	1	3	3	1	1	1	2	4	4	4	4	4
4	2	3	4	3	4	1	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	2
4	1	4	4	4	4	1	4	4	1	4	2	2	2	2	3	2	1
2	2	3	2	2	2	1	4	2	3	1	2	2	4	3	3	2	2

BM

BF

P55	P56	P57	P58	P59	P60	P61	P62	P63	P64	P65	P66	P67	P68	P69	P70	P71	P72
4	1	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	1	3	4	4	4
4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2
4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4
3	1	4	4	3	2	3	4	4	4	4	4	1	4	3	4	4	4
4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3
3	1	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4
3	1	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4
3	1	3	3	3	1	2	2	2	2	4	4	1	2	4	3	2	4
2	1	2	4	3	1	3	3	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4
4	2	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	1	4	4	4	4	1
3	1	4	4	3	2	3	4	3	4	4	4	2	4	3	4	4	4
3	1	2	4	3	2	2	3	2	4	4	4	1	4	3	4	4	3
3	1	4	4	2	1	3	4	3	2	4	4	2	3	3	3	3	3
4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	3	4	1	4	4	4	4	1
3	1	4	4	3	3	3	4	3	2	4	4	2	3	3	3	3	3
4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	1	4	4	2	2	1
4	1	4	4	3	2	2	4	3	4	4	4	2	4	3	3	4	2
4	1	4	4	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	2	4	4	3	1	2	4	4	2	2	2	2	4	3	3	2	2
3	1	1	3	4	2	2	2	2	3	2	3	1	4	4	3	1	2
4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4
3	2	4	4	4	4	2	4	2	4	3	4	1	4	4	3	3	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	1
4	4	4	4	2	2	3	4	4	4	4	4	2	4	4	4	3	2
4	1	4	4	3	1	1	4	3	4	4	4	1	1	1	2	1	1
3	1	4	4	3	2	2	4	3	4	4	4	2	4	4	4	4	4
3	1	3	4	1	1	2	4	2	3	2	2	1	4	3	3	2	1
2	1	4	4	2	1	3	4	3	4	4	4	1	4	3	4	4	4
4	1	4	4	3	2	2	4	4	4	4	4	1	4	3	4	4	2
4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	3
3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	2
3	1	4	4	4	3	2	3	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4
3	1	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	4
3	1	4	4	3	1	3	4	3	4	4	3	1	4	4	4	4	2
1	1	1	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	4	4	3	3	1
2	1	4	4	3	2	3	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4
3	1	4	4	3	2	3	4	3	3	4	4	2	3	2	3	3	3
3	1	4	4	3	2	3	4	3	4	4	4	2	4	3	3	3	3
3	1	4	4	3	1	3	4	3	4	4	4	1	4	3	3	3	3
4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	3	3	2	2
4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4
4	1	3	4	2	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	1
3	1	4	4	3	1	3	4	3	4	4	4	1	4	4	4	4	4
3	1	2	4	4	2	3	3	4	3	4	4	1	4	4	4	3	4
3	3	4	4	3	3	2	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	2
2	1	4	4	3	2	3	4	4	4	4	4	1	4	2	4	4	4
4	1	3	4	2	1	2	4	4	3	3	3	1	4	2	3	4	4
3	1	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4
2	1	3	3	3	2	1	3	3	4	4	4	1	4	3	4	4	4
3	1	4	4	4	2	4	4	3	4	4	4	1	4	4	4	4	4
2	1	2	4	2	2	3	3	3	4	4	4	3	4	4	3	3	3
4	1	2	4	4	4	3	2	4	2	4	4	1	4	2	2	2	1
2	1	3	3	3	2	2	4	2	3	4	3	1	4	4	2	2	4

Conclusiones

Este trabajo, muestra un área que tiene *identidad propia*, motivo por el cual requiere un tratamiento y seguimiento particular. Se observa *abundancia de recursos de salud*, con *escasa interrelación entre los prestadores* pero llamativamente el *gasto en salud por habitante, por año resulta relativamente bajo* frente a la oferta existente. Esta situación da lugar a una *situación crítica del sistema local de salud*, en tanto conviven muchos recursos con crisis de financiamiento.

El trabajo propone dos caminos alternativos. Uno, mencionado como de *fraccionamiento de la oferta o de continuidad*, en el que se producirán cambios, pero manteniendo los efectores, roles aislados sin complementación inteligente. El otro escenario posible es el del *cambio o integración de los tres subsectores*. El tránsito hacia esta nueva y superadora alternativa requiere tiempo para lograr consensos respaldatorios, liderazgo democrático con vocación de diálogo, inversiones en capacitación e infraestructura y aceptación de las limitantes político sociales como insumos de la realidad, con los cuales operar sin caer en asumirlas como obstáculos inmovilizantes.

En suma, el contexto histórico, político, social y económico turbulento en que se encuentra esta zona, en la medida en que aún no supera la dura crisis que generó el brusco cambio de modelo impuesto como consecuencia de la privatización de YPF, también afecta al sector salud. Este con su dinámica propia y coincidiendo en parte con la crisis global de la zona, podría quizás tomar este momento como una *oportunidad* de superación y salto cualitativo, para lo cual requerirá seguramente compromiso y participación de los actores locales y fuerte decisión política de las autoridades centrales.

Para ordenar la exposición de conclusiones y recomendaciones este apartado incluye los siguiente ítems:

- ❑ **Comentarios sobre las hipótesis planteadas** (del autor y de los actores). Conclusiones después de analizar el área Cutral Có – plaza Huincul.
- ❑ **Algunas observaciones generales** aplicables a cualquier instancia que se plantee como alternativa superadora respecto de la situación actual.
- ❑ **Posibles escenarios futuros y recomendaciones** respecto de eventuales medidas a adoptar y/o situaciones a las que el contexto dará a lugar.

Los comentarios que siguen, rescatados de las entrevistas realizadas y las observaciones del área de estudio, encierran un conjunto de recomendaciones, sobre las cuales pareciera haber consenso entre los actores consultados, pero para cuya concreción será necesaria una fuerte y comprometida decisión política sanitaria.

□ Comentarios sobre las hipótesis planteadas

▪ Sobre las suposiciones del autor previas al estudio

En primer término se sostiene que queda demostrado con los guarismos expuestos y comentados antes, que el área Cutral Có – Plaza Huinca cuenta con una **oferta de servicios de salud que supera el promedio provincial** y que tal como sucede habitualmente en el sector salud, esto lleva a un **consumo mayor del esperable o recomendable**, por lo menos desde la óptica técnico sanitaria.

En segunda instancia resulta evidente, y se ampliará luego, que los **condicionantes políticos y sociales** emergen en esta área con mucho más poder que las razones técnico sanitarias (aunque este fenómeno no puede ser considerado privativo de esta área particular, es decir, no resulta un caso aislado). Visto desde otro ángulo esta situación expresa de alguna manera el fracaso en recrear el pensamiento estratégico, en el sentido de conjugar la lógica política y la técnica. En definitiva muestra la incapacidad para lograr participación real de todos los actores en el diseño y evaluación integral de lo concerniente al desempeño del sistema local de salud.

Finalmente, surge como postura uniforme de los actores entrevistados, al menos en el discurso, la necesidad de **caminar hacia escenarios integrativos**. La integración en un escenario de intereses dispares, opera en contra de la hipotética posibilidad de librar su desarrollo al libre juego del mercado, dejándole al estado sólo un rol de reparto. En definitiva, **pareciera muy necesario un estado jugando protagónicamente el rol coordinador y regulador**, pero estimulando además una mayor intervención social en el proceso.

▪ Sobre las suposiciones previas respecto de los posibles cursos de acción

Al momento de escribir estas conclusiones ya está saldada la disyuntiva de construir o no un nuevo edificio hospitalario, por dos razones. La primera porque esta decisión de corte más política y social que técnico sanitaria, mereció un amplio espacio de debate y discusión oportunamente. Específicamente se dio esa discusión al momento del dictado de la **ley 2220 (ver anexo 3)**, y en el marco de un estado de derecho se deben respetar las decisiones de sus órganos legislativos.

La segunda, por que esa decisión fue confirmada recientemente por el Sr. Gobernador, Don Jorge Omar Sobisch. Es decir que se tomó como un hecho propio de la realidad a analizar, y con el cual operar, que en un plazo no menor de tres años, el área contará con un nuevo edificio hospitalario, y por esta razón no constituyó este aspecto un objeto de análisis para el presente documento.

Sin embargo, se recuerdan las hipótesis planteadas al principio, y se apuntan ventajas y desventajas de cada una de ellas, a la luz de los datos y opiniones recogidos durante este trabajo.

Aún saldada la disyuntiva apuntada, las observaciones apuntadas al formular las hipótesis resultan relevantes a la hora de pensar en la refuncionalización de este sistema local de salud, en tanto son parte de la realidad actual del área. Para algunos de esos obstáculos se proponen medidas concretas de intervención más adelante.

□ **Algunas observaciones generales**

Un sistema local de salud como el descrito, considerando el contexto competitivo y globalizado en el que debe moverse, requiere de cambios profundos. Para responder a las necesidades de la Comunidad en la que se encuentra implantado, será necesario recrear una organización que logre equidad en la distribución de bienes y servicios sanitarios, efectividad al implementar acciones de salud y eficiencia técnica y asignativa al manejar los recursos disponibles. Para ello las premisas que se exponen a continuación, resultan pilares básicos, y son aplicables a cualquier escenario futuro que se plantee como superador del actual.

1. Diseño de indicadores y análisis local de la información

Resulta deseable que el sistema local de salud pueda desarrollar un sistema de información que resulte un insumo de alta aplicabilidad para la toma de decisiones. Esto implica un cambio cultural importante, sobretodo para el sector público, más proclive a cumplimentar la recolección de datos de distinto tipo como requisito burocrático antes que con finalidad gerencial.

Para caminar hacia ese cambio se considera necesario vertebrar **grupos de trabajo**, idealmente con participación de actores de los tres subsectores de salud, de **conformación interdisciplinaria**, para analizar la información sanitaria disponible.

Para contar con información útil se sugieren incluir datos referidos al **perfil epidemiológico** para detectar principales problemas y entonces programar acciones que lleven a adecuar la oferta, datos referidos al **rendimiento de cada servicio**, de cada actividad o programa, y de cada centro de responsabilidad para disponer mejor los recursos disponibles y datos referidos al **financiamiento del sistema** en el área para aprovechar fortalezas y atenuar las debilidades.

Ese conglomerado que se asienta en tres patas, refiere básicamente a contestar en orden de prelación, lo siguiente:

- ¿Qué le pasa a la gente?
- ¿Qué ofrece el sistema local para resolver esas demandas?
- ¿Con qué recursos cuenta y cómo los utiliza?

El uso de esos datos se verá fortalecido en la medida que se diseñen **indicadores de estructura, proceso y resultados**. Estos instrumentos, alimentándose de los datos disponibles, se podrán aplicar directamente al análisis situacional y el posterior proceso de toma de decisiones de distinto tipo.

El análisis local de la información al permitir poner en común el diagnóstico, aparece como el primer paso de aproximación hacia un escenario de integración de los

subsectores y del sistema local de salud con la comunidad y sus representantes. Ese proceso requerirá de un liderazgo democrático, con vocación coordinadora y buen diálogo para poder convocar a los responsables locales.

2. Definición de la misión y la visión del sistema local

Como resultado del análisis anterior la conducción local, junto con los actores más relevantes de este escenario, definirán el propósito o **misión** de cada efector local y también la **visión** o imagen objetivo a la que tender con el accionar de cada establecimiento.

La corporización de la visión queda expuesta en la **definición del perfil y rol de cada establecimiento**, y en un escenario turbulento como éste, esa tarea resulta imprescindible. Actualmente, como ya fue mencionado, en muchos casos no está clara ni la misión ni la visión de cada efector, conviviendo distintas ópticas, muchas veces contrapuestas y considerando incluso distintas poblaciones como blanco de acciones de esa organización.

Esta dispersión origina en algunos casos competencia y duplicación de esfuerzos, en otros pérdida de eficacia y hasta inequidad social.

3. Fortalecimiento de la conducción y gerencia

Tanto la jefatura de zona sanitaria, como el Hospital Cutral C^o, requieren aportes en cantidad y calidad para **mejorar su capacidad gerencial**. Esa capacidad es indispensable para la planificación, la implementación, el monitoreo y la evaluación del accionar de los efectores. En este sentido, no debe entenderse esta recomendación como ligada únicamente a los aspectos financieros o de los recursos materiales, sino con criterio integral respecto del aprovechamiento de los medios disponibles.

Dentro de las capacidades que deberán ser incorporadas se incluyen las vinculadas con epidemiología aplicada a servicios de salud, planificación estratégica, economía de la salud, desarrollo de sistemas de información gerencial, liderazgo y gestión de recursos humanos, conformación y sostenimiento de redes en salud, entre otras.

En este escenario se constata en algunos aspectos, asimetría entre el sector público y el sector privado que no sólo impide una comunicación de pares, sino que además no contribuye a mejorar la eficiencia de los prestadores privados. Estos últimos a su vez no se muestran uniformemente dotados. Por lo tanto la **capacitación del personal actual y la incorporación de agentes con perfil profesional** específico, deberían ser considerados dentro de las prioridades de intervención en todos los efectores locales.

Plantearse una organización con una dinámica distinta en el sentido de resultar proactiva y con conductas anticipatorias, implica además, que esas capacidades no queden concentradas sólo en la cúpula directriz. Deberá intentarse que las ideas fuerza sean apropiadas por el conjunto y que una importante cuota de los decisores locales de distinto nivel de intervención, accedan a este tipo de tecnología de gestión.

4. Sobre la implementación de instancias de participación comunitaria

Ambas localidades cuentan con instrumentos legales para poner en marcha este tipo de espacios de debate y planificación, los que aparecen no sólo como útiles a esos efectos, sino además como necesarios para alcanzar respaldo y consenso para decisiones político sanitarias de riesgo.

Con esto se espera que las decisiones potencialmente más conflictivas sean tomadas en un ámbito participativo amplio para no exponer inútilmente a los decisores locales, además de buscar obviamente, enriquecer la discusión incorporando otras miradas.

Este aspecto está directamente vinculado con el concepto de **capital social**. Esta área se muestra débil en cierto sentido. Fueron comentados ejemplos al respecto al mencionar aristas de la cultura de consumo de asistencia sanitaria. Sin embargo, muestra al mismo tiempo signos que hablan de su **capacidad de asociación** lo que le otorga potencialidad para gestionar cambios y propiciar mejoras. El rescate del capital social presente, apostando a **desarrollar crecientes grados de confianza** entre los actores sociales debería ser parte de este proceso de participación social en salud.

Ese proceso debería pensarse como **instancias progresivas y de diferentes ámbitos**, aprovechando diferentes momentos de la vida de esta comunidad. Una oportunidad para esto, bien puede ser el proceso de puesta en marcha del nuevo hospital y la reformulación consecuente del sistema local de salud.

□ Posibles escenarios futuros y eventuales medidas a adoptar

Del análisis de la situación actual, considerando las opiniones de los actores, y aún a riesgo de caer en un exceso simplificador, se plantean los dos posibles escenarios que se describen a continuación.

Sin embargo, es posible que el futuro de esta área esté signado por cambios que de alguna manera contengan componentes de ambos escenarios, constituyendo una alquimia intermedia a los dos extremos expuestos.

Escenario de continuidad o de fraccionamiento de la oferta sanitaria

Se plantea este escenario como uno de los denominados de tipo exploratorio o de referencia tendencial, es decir que parte de tendencias pasadas y presentes y conducen a futuros bastantes verosímiles, aunque no necesariamente deseables.

En este escenario la oferta sanitaria seguirá estando dividida entre la pública y la privada. Este subsector a su vez mostrará seguramente alta competencia por conquistar nichos de mercado cada vez más exangües, teniendo en cuenta la tendencia decadente que muestra la dinámica socioeconómico del área.

De alguna manera podría decirse que este escenario sería el de más fácil de tránsito, ya que resultaría en forma espontánea si no se pretende intervenir para buscar

instancias superadoras. Por otra parte estaría determinado seguramente por factores exógenos, más que locales.

No es un escenario sin cambios respecto de la situación actual. Por el contrario, es probable que si el estado de situación este signado por el fraccionamiento de la **oferta**, esta siga **creciendo** intentando cada efector seguir capturando para sí una cuota de mercado cada vez mayor. Obviamente esto aumentará el gasto sanitario sin que necesariamente mejoren los resultados.

Sin embargo, es posible que en este proceso se produzca **la desaparición de algún establecimiento** que no logre adaptarse a las nuevas reglas, lo que contribuiría vía pérdidas de fuentes laborales, a agravar la crisis social actual, sirviendo de excusa para instaurar maniobras de salvataje probablemente ineficientes, a cargo del Estado.

También es posible que otros **reciclen su perfil prestacional** (diferenciación por producto). Finalmente, en este marco es posible que se produzca un fenómeno de concentración en el subsector privado que en forma alarmante genere una **tendencia oligopólica**, aunque atenuado por un subsector público, que con la puesta en marcha del nuevo edificio hospitalario, aparecerá como una contraparte fuerte.

Escenario de cambio o de integración efectiva de los subsectores

Este escenario se presenta como uno del tipo **anticipatorio o normativo**. Construido a partir de una imagen alternativa del futuro deseable, es concebido de un modo retrospectivo en base a una visión innovadora. Aparece como un escenario de tránsito más trabajoso, pero que propiciaría un cambio más profundo respecto de la situación actual.

Este nuevo escenario significa nuevos desafíos, y para enfrentarlos se requiere una amplia base de consenso en las decisiones. Esa participación real y multifacética, insumo fundamental del nuevo modelo de gestión, necesita de una fuerte identificación ideológica, un profundo compromiso con la función social del sector salud y un alineamiento funcional y efectivo de objetivos individuales, grupales y organizacionales, de tal forma que los esfuerzos realizados no resulten dispersos, sino funcionales y eficientes.

El perfil cultural actual del sector salud (público y privado), no permite suponer que podrá descansarse sólo en la mística individual de cada trabajador, cuyas voluntades sumadas den por resultado una potente movilización a favor de un cambio conceptual y práctico. Tampoco parece ni lógico, ni saludable, ni sustentable, esperar que esa movilización se produzca por imperio del mandato de un líder carismático.

Por el contrario, **un cambio de modelo implicará conductas profesionales basadas en un cuerpo cognoscitivo sólido, aplicado por trabajadores compenetrados con una visión del sector de la que fueron parte en su construcción y actores que realicen esfuerzos continuos por minimizar los costos de transacción (de coordinación y motivación) secundarios al armado de un entramado que resultará seguramente cada vez más complejo pero se espera más eficaz.**

El cambio planteado estaría signado por un ***leve crecimiento de la oferta pero adaptado a la necesidad real*** de la demanda, con un ***tránsito ordenado de los actores hacia nuevos roles***, distribuidos en forma armónica, con una ***tendencia a la mejora continua de la calidad*** donde se verifique una ***circulación criteriosa y previsible de pacientes*** dentro de un sistema local integrado de salud.

Este nuevo sistema aparece como ***capaz además para resolver nuevos problemas de salud*** y quizás aprovechar la capacidad actual para ***ofrecer servicios a población residente fuera del área*** de estudio.

Para concretar este escenario de integración se plantean medidas a corto y mediano plazo y otras a mediano y largo plazo. El punto que marca el límite entre los plazos referidos, se define a los efectos de este estudio, en el momento de la puesta en marcha de la nueva planta edilicia del Hospital Cutral C6-Plaza Huincul.

▪ **Recomendaciones generales**

A lo largo de este trabajo y teniendo contacto con diferentes actores de Cutral C6 – Plaza Huincul fue posible arribar a algunas conclusiones respecto de la conformación de redes en salud, las que se presentan como aspectos a tener en cuenta al intentar recrear un modelo de atención de mayor integración que el actual:

- **Las redes no se construyen desde afuera.** Es condición el involucramiento directo.
- **Las redes se construyen rescatando la diversidad**, deponiendo posturas rígidas o dogmáticas.
- **Las redes resultan sanas cuando están claros los valores fundamentales** y se explicitan las diferencias.
- **En la arquitectura de las redes es necesario incluir todos los componentes** (intereses y objetivos) acordando la priorización de cada uno de ellos.
- **Las redes movilizan gente y se constituyen en factores de poder**, por lo tanto debe trabajarse la interfase técnico política.
- **Las redes requieren para su construcción información confiable** (datos objetivos) de tal manera de aventar especulaciones mal fundadas **y al mismo tiempo requieren rescatar aspectos subjetivos** aportados por los distintos actores (historias, antecedentes y vivencias positivas y negativas de cada uno).
- **Para construir redes en salud hay tiempos y etapas madurativas o estadios**, que hay que lograr leer, ya que algunos estadios resultan refractarios al cambio y en otros aparecen facilitadores de lo nuevo.
- **La construcciones de redes sólidas requieren paciencia** para avanzar hacia las distintas capas de profundización de los vínculos que dan origen a las mismas (reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación).

Desde lo estratégico se plantea salir del dilema de generar procesos superadores de arriba hacia abajo o de abajo hacia arriba. Se postula ***mejorar procesos desde donde se pueda***. El desde donde se puede es lo que tengo más a mano, lo más viable, lo gobernable. En la construcción de redes asumir un desafío tan difícil implica aprovechar todas las oportunidades posibles.

También resulta importante rescatar el **capital social** comunitario, apelando a la historia común de los actores, transformando o intentando transformar sus conflictos y competencias por relaciones de cooperación y ayuda mutua, al reconocer una amenaza exterior más relevante que las pugnas internas.

▪ Recomendaciones específicas

Las que siguen son recomendaciones que se proponen como funcionales al cambio para acceder al segundo escenario descripto.

Corto a mediano plazo

1. **Acotar el ámbito de intervención de la zona sanitaria al área Cutral Có – Plaza Huincul.** Los otros dos hospitales (Piedra del Aguila y Picún Leufú) no forman parte de la zona en lo estrictamente funcional y además el área es lo suficientemente compleja para ameritar una conducción sólo abocada a ésta. Esta propuesta incluye lograr que la conducción política del área ejerza la función de control y coordinación, deviniendo en un órgano contratante de servicios a los distintos subsectores y efectores (incluido el público). Por lo tanto se espera que esta conducción conduzca un proceso innovativo de integración de los tres subsectores.

En este punto es importante mencionar que como toda delegación de poder que caracteriza a las relaciones de agencia, se plantean potenciales problemas (ver pág. 24, cuatro paradigmas contractuales). Estas situaciones pueden dar lugar a comportamientos oportunistas por parte del agente, lo que genera una pérdida de poder para el principal (pérdida residual), originando a su vez **costos de agencia** tendientes a atenuar esos efectos indeseables. Deberán preverse este tipo de instancias, al decidir modificaciones de tal magnitud como la sugerida.

2. **Conducción local en el Hospital Cutral Có.** Este hospital se constituirá con el tiempo en el eje del sistema local, por capacidad propia de resolución y por ser el principal receptor de la demanda del área. Por esta razón será relevante definir el perfil que tendría que tener los integrantes de la conducción local, de tal manera que esta definición sea el sustrato con el cual puedan trabajar tanto los actores locales como la conducción central del sub-sector.

Necesariamente en esta nueva etapa, que se supone busca aprovechar esta oportunidad para concretar un salto cualitativo en la atención sanitaria, requerirá un liderazgo que **desde lo político se caracterice por su vocación democrática y capacidad para lograr consensos, y desde lo técnico tenga la solidez suficiente como para lograr respeto de los demás actores** y así conducir un proceso en el cual su rol principal será el coordinar esfuerzos y voluntades muchas veces con intereses encontrados.

El **concurso** para cubrir algunos cargos si está ligado a la presentación de un proyecto de trabajo, además de considerar los antecedentes de cada postulante puede resultar un medio idóneo para estructurar la cúspide de conducción. Este medio se propone para este escenario antes que la designación directa, aún sabiendo que con ésta se economizan costos de agencia. Esta recomendación se funda en la necesidad de buscar un instrumento que legitime a la futura conducción en un ámbito que como fue mencionado, es altamente conflictivo.

3. **Trabajo en equipo.** Los aportes presentados por distintos sectores del Htal. Cutral C6 demuestran capacidad de an6lisis, ideas superadoras y ganas de mejorar, pero como esfuerzos aislados. Este nuevo cuadro requerir6 seguramente aprovechar esos enfoques, pero enrolados en trabajos de equipo que permitan poner en com6n las ideas, consensuando opciones y estableciendo prioridades. La puesta en marcha del nuevo edificio puede resultar una oportunidad id6nea para estimular este nivel de integraci6n grupal.

Debe tenerse en cuenta sin embargo, que este proceso acarrea costos de transacci6n diferentes de los actuales. Los **costos de coordinaci6n** (transmitir informaci6n dispersa para elaborar un plan eficiente y comunicarlo a los dem6s) y los **costos de motivaci6n** (asociados a la existencia de asimetrías informativas y tendientes a armonizar los intereses divergentes de los distintos agentes) estar6n presentes como desafíos a superar. En algunos casos los costos ser6n mayores al comenzar a transitar el nuevo camino, sobretudo al verificar signos de resistencia al cambio. De todas formas es posible tambi6n que se produzcan efectos de economizaci6n de conflictos, que operar6n en favor del proceso a encarar.

4. **Reformulaci6n de la red del primer nivel de atenci6n.** El 6rea muestra una red extensa que requiere mejoras. Se apuesta a fortalecer este nivel para actuar en forma preventiva con mucha contundencia y direccionando la demanda para lograr mayor eficacia (principal objetivo antes que el de eficiencia que sobreviene como consecuencia de la correcta implementaci6n del modelo). Se proponen las siguientes medidas:

- **Reducir el n6mero de centros de salud.** Dejar 3 6 4 centros en Cutral C6 y dos en Plaza Huincul, estrat6gicamente ubicados, considerando la futura desactivaci6n del hospital actual y la puesta en marcha de la nueva planta. Para ello se propone como centros referentes a Parque en el norte, Pampa al oeste, Brentana al sur y eventualmente un cuarto para la zona este. En Plaza Huincul quedaría el actual hospital y el del Campamento central.

Esa reducci6n se propone como una imagen objetivo a construir progresivamente, mediante el fortalecimiento evidente de los centros elegidos como referentes, antes que el cierre de los actuales.

Por otra parte es deseable que el resultado de este proceso sea un producto comunitario, en el cual la participaci6n de los usuarios, rescatando su propio capital social propio, jueguen un decisivo protagonismo.

- **Ampliar horario de atenci6n.** Se plantea ampliar el horario de atenci6n en consultorios de 8 a 20 hs. tanto en el hospital como en los centros de salud referentes.
- **Toma de muestras.** Conjuntamente con lo anterior se plantea mejorar la accesibilidad al laboratorio, recibiendo muestras de an6lisis en los centros de salud designados como referentes.
- **Acceso al segundo nivel de atenci6n.** Se propone atenci6n de especialistas lineales (pediatría y tocoginecología) en los centros referentes, con acceso a ellos referidos por los m6dicos generalistas del propio centro antes que por demanda espont6nea. Tambi6n se sugiere que se arbitren medios para facilitar la daci6n de turnos desde los centros de salud para consultas m6dicas, de salud mental (psiquiatría) y para procedimientos diagn6sticos a realizarse en el hospital.
- **Guardia de 12 hs.** Se sugiere implementar una guardia activa de 12 hs. en alguno/s de los centros de salud, para cubrir horarios nocturnos, para lo cual es

necesario que se cuente con ambulancia, comunicación eficiente con hospital y equipamiento de emergencia.

- **Equipo mínimo de trabajo.** El plantel no podrá contar con menos que: cuatro auxiliares de enfermería más agentes para trabajo en terreno, asistente social, psicólogo, personal administrativo y mucama. Deberá contar además con odontólogo de afectación exclusiva y dos o tres médicos generalistas estables. La presencia de médicos especialistas lineales debería preverse como instancia de consulta, es decir que los pacientes accederían a ellos referidos por los médicos generalistas.
 - **Adecuación edilicia.** Todo lo anterior requiere obviamente que los centros elegidos como referentes sean adecuados desde el punto de vista edilicio. Esa adecuación podría ser financiada, propiciando un acuerdo con el municipio mediante el cual se cediera el uso de algunos de los actuales locales empleados como centros de salud a cambio de las mejoras necesarias para los centros que se conviertan en referentes.
5. **Adecuación de la planta edilicia del actual Hospital Cutral C6.** Esto implica concretar una remodelación que esta valuada en \$30.000 y que permitirá funcionar con dos quir6fanos, trasladar internaci6n de tocoginecolog6a y reasignar espacios. Como parte de este trabajo que se justifica por el hecho que deber6 funcionar el hospital en este edificio al menos dos a6os m6s, habr6 que considerar el informe de la ART, que sugiere algunas **medidas para mejorar seguridad e higiene**, algunas de las cuales no son complejas (entre otras: implementar servicio de higiene y seguridad, adecuar n6mero de ba6os y vestuarios de personal, realizar mediciones de ruidos, iluminaci6n y carga t6rmica, instalar disyuntores el6ctricos, corregir el almacenamiento de tubos de ox6geno, instalar salidas de emergencia, aplicar carteles de seguridad.
6. **Organizaci6n de atenci6n de pacientes cr6ticos.** Como parte de la integraci6n con otros efectores se sugiere solicitar la categorizaci6n de las terapias intensivas, de tal forma de incorporarlas a una red provincial que permita una circulaci6n ordenada y segura de los pacientes cr6ticos.
7. **Convenios con otros prestadores.** Se detectan d6ficit en el sector p6blico y subutilizaci6n en el privado, motivo por el cual se sugiere estimular convenios asociativos. Se propone redrear modelos conceptuales emparentados con el de cooperaci6n interempresarial catal6n ya comentado.
- Dentro de estos posibles convenios, se sugiere considerar:
- **Atenci6n ambulatoria especialidades cr6ticas:** neurolog6a, dermatolog6a, ORL, oftalmolog6a, cardiolog6a, mamograf6a (S.P.H.), TAC, ecograf6a doppler (Cl.C.C6), psiquiatr6a, kinesiol6g6a (Gimnasio para rehabilitaci6n en el S.P.H.).
 - **Uso de transporte de pacientes:** uso racional e integrado de los medios disponibles carentes en el sector privado a excepci6n del Sanatorio Plaza Hu6ncul.
 - **Medicina laboral.** Creaci6n de un servicio 6nico, interinstitucional de medicina laboral.
 - **Atenci6n de la tercer edad.** Aprovechamiento del "know how" en geriatr6a de las instituciones del 6rea para abordar este problema creciente. Adem6s se sugieren explorar otras modalidades de atenci6n de la tercera edad tales como la de los **acompa6antes terap6uticos**, modalidad instrumentada con 6xito en otras localidades provinciales por parte de acci6n social provincial o municipal.

Mediano a largo plazo

- 8. Puesta en marcha del nuevo edificio, nuevo modelo de gestión.** Este cambio implicará pensar el perfil del hospital, que lugar ocupará en este sistema de salud, tanto respecto del lo local (área Cutral C6-Plaza Huincul), como su inserción en la red pública provincial. También deberá tener en claro a que necesidades de la población responderá, ergo que tendrá que tener dentro y como estará organizado. Por esta razón aparece este momento como una oportunidad para intentar recrear un nuevo **modelo de gestión, participativo y sobre la base de definir objetivos y medir resultados.** En ese marco se sugiere que este nuevo hospital cuente con un **manual de misiones y funciones** que delimite claramente el papel de cada puesto de trabajo y que además se confeccione un **manual de procedimientos** que describa los principales procesos hospitalarios. Este tipo de instrumentos, junto con los descriptos antes (**sistema de información gerencial**) podrían actuar como andamiaje para recrear nuevas organizaciones que se presenten como opciones mejor adaptadas a las necesidades actuales.
- 9. Desarrollo de capacidades para dar respuestas a problemas de otras zonas.** Es posible que este nuevo sistema, con abundantes recursos, pueda ofrecer servicios a población no residente en el área. Aparecen nuevos desafíos epidemiológicos a enfrentar (tercera edad, salud mental, adicciones, enfermos crónicos), para los cuales el área podría ofrecer respuestas no como efectores aislados sino como alternativa de conjunto.
- 10. Redefinición del actual Hospital de Plaza Huincul.** En este futuro escenario, este hospital pierde entidad en su función actual frente a una nueva planta edilicia a tan sólo 15 cuadras. Sin embargo no parece adecuado plantear su desactivación total, sino su refuncionalización sobretodo en lo que respecta a su área de internación que podría llegar a emplearse para **enfermos crónicos o sin contención social.** Respecto del perfil ambulatorio de este hospital se plantea que siga prestando servicios como centro de salud que abastezca a un sector del área, vertebrando junto con los otros centros mencionados una red de primer nivel racionalmente distribuida.
- 11. Nuevo destino del edificio actual del hospital Cutral C6.** Diferentes actores han propuesto destinos alternativos para este edificio (Casa de salud para pacientes sin domicilio en el área, hospital de día, centro de asistencia para salud mental), planteando la continuidad de pertenencia a cargo del subsector público. El nuevo edificio importará un gran esfuerzo de organización, coordinación y mantenimiento, previéndose su puesta en marcha en un contexto desfavorable en cuanto a la capacidad de financiación del sistema público. Por esa razón se recomienda desactivar este edificio como efector del sector, proponiéndose una negociación con el municipio que permita obtener a cambio el mejoramiento de los centros de salud elegidos como referentes además de obtener su propiedad definitiva, ya que actualmente sólo uno pertenece a la Subsecretaría de Salud (Brentana).
- 12. Refuncionalización de algún efector.** En este cuadro prospectivo es probable que si alguno de los efectores no encuentre su "nicho actualizado de mercado" desaparezca como tal, toda vez que como fue dicho, el exceso de oferta en algunos aspectos tornará inviable el proyecto, en cambio la adecuación de roles puede resultar funcional y positivo al sistema como conjunto.

• **Comentario final**

Comentario final

Con este trabajo de tesis se ha intentado trascender el requisito curricular exigido para la aprobación de la Maestría en Economía y Gestión en Salud, para constituir el estudio en un producto aplicable y útil para Cutral Có y Plaza Huinul.

La experiencia de Benedicta se ha vuelto común en algunos países subdesarrollados y su contacto frustrado con el sistema de atención de su salud deviene en ejemplo de la forma en que la deserción del Estado respecto del cuidado de la salud de los ciudadanos puede generar propagación de enfermedad. La de Celeste, claro ejemplo de equidad en salud (darle al que necesita según sus necesidades y no por sus capacidades), pareciera que resulta cada vez más difícil sostener.

Este trabajo fue pensado y desarrollado en la convicción de que es posible evitar casos como el de "Benedicta Sánchez", pero asumiendo a la vez el compromiso de encarar el desafío de recrear nuevos y mejores sistemas de salud para seguir haciendo posibles otras "Celeste Hidalgo".

Ese hacer posible un sistema de salud mejor requiere de la participación y compromiso de muchos actores. Algunos más concentrados en mejorar áreas operativas, otros preocupados por optimizar la gestión y también con integrantes del equipo de salud atentos al financiamiento del sistema y el uso racional de los recursos, pero seguramente con Todos siendo parte de una realidad integral multideterminada.

Cutral Có es sin duda una realidad peculiar, así como Celeste Hidalgo es irrepetible, pero movilizan a estar permanentemente buscando opciones superadoras para hacer realidad el Derecho a la Salud de toda la comunidad.

Daniel Esteban Manoukian
Chos Malal, Prov. del Neuquén, abril de 2002

□ Actores claves consultados

- **MENDEZ VALDEMARIN, Gualberto.** Ex-subsecretario de Salud, Prov. del Neuquén (1995-1999).
- **RIESER, Graciela.** Directora Médica del Sanatorio Plaza Huinul.
- **AMSTEIN, Lelia.** Administradora del Sanatorio Plaza Huinul.
- **BARABANO, Juan.** Ex – Director Médico Sanatorio Plaza Huinul.
- **FREIRE, Carlos.** Director Médico de la Clínica Cutral Có, de la ciudad del mismo nombre.
- **NUIN, Rubén.** Director Médico de la Clínica Neuquén de la ciudad de Cutral Có.
- **ROLON, Susana.** Médica tocoginecóloga, integrante del Hospital Cutral Có.
- **BRAMATTI, Néstor.** Jefe de Zona Sanitaria V.
- **DOLTZ, César.** Director del Hospital Zonal Cutral Có.
- **SAENZ, Néstor.** Ex – Director Hospital Zonal Cutral Có.
- **CICERCHIA, Ricardo.** Jefe de Area Programa, Hospital Zonal Cutral Có.
- **BERTONI, Mario.** Director de Recurso Físico de la Subsecretaría de Salud.
- **SEQUEIRA, Daniel.** IMPRODE, organismo dependiente del Municipio de Cutral Có, para el desarrollo productivo.

□ Referencias y fuentes consultadas

- ¹ **ALAN DEVER, G. E.** *'Epidemiología y administración de servicios de salud'*. OPS, Maryland, E.U.A., 1991.
- ² **O.P.S.** *'Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS (HSD/SILOS-2), La Administración Estratégica'*, 1992.
- ³ **TOBAR, Federico.** *'Reinventando la salud'*. Capítulo 2 "Dispositivos teóricos para el estudio de los sistemas comparados de salud". Ediciones Isalud. Buenos Aires, 1998.
- ⁴ **GEORGOPOULOS, Basil S. y MANN, Floyd C.** *'El Hospital como una organización'*. Del libro: Análisis de las Organizaciones de Salud, Serie Paltex para ejecutores de programas de salud, Número 4, O.P.S, Washington DC, E.U.A., 1989.
- ⁵ **ROVERE, Mario.** *'Redes. Hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad.'* Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario, Prov. de Santa Fe. Rosario, 2000.
- ⁶ **O.P.S.** *'Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe'*, Cuaderno técnico N° 46, Santiago de Chile, 1997.
- ⁷ **CABASES HITTA, Juan Manuel.** *'La controversia entre los principios de un sistema sanitario'*. El Debate público privado en las políticas de salud. VIII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, Asociación de Economía de la Salud (AES), Buenos Aires, 1999.
- ⁸ **OPS.** Documento CD33/14 *'Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud'*. Washington, E.U.A., 15 de agosto de 1988.
- ⁹ **KROEGER, Axel y LUNA, Rolando.** *'Atención primaria de la salud. Principios y métodos'*, 2° edición. OPS, México, 1992.
- ¹⁰ **OPS.** Resolución XV: *'Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud'*. Aprobada por la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de OPS. Washington, E.U.A., 30 de setiembre de 1988.
- ¹¹ **GONZALEZ GARCIA, Ginés y TOBAR, Federico.** *'Más salud por el mismo dinero'*, páginas 31 a 39. La Reforma del Sistema de Salud en Argentina. Buenos Aires. Grupo Editor Latinoamericano – ISALUD. Buenos Aires, 1997.
- ¹² **PASSOS NOGUEIRA, Roberto.** *'Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud'*. OPS, Washington DC, E.U.A, 1997.
- ¹³ **MAINETTI, José A.** *'Bioética sistemática'*. Editorial Quirón, La Plata, Prov. de Buenos Aires, Rep. Argentina, 1991.

-
- ¹⁴ **MATUS, Carlos.** *'Planificación de situaciones'*. Fondo de Cultura Económica, México D.F., 1980.
- ¹⁵ **ROVERE, Mario R.** *'Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud'*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96, OPS, 1993.
- ¹⁶ **CARRILLO, Ramón.** *Teoría del Hospital" (1951)*, Obras completas I, Ed. Eudeba, Buenos Aires, Rep. Argentina, 1974.
- ¹⁷ **TESTA, Mario.** *'Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de salud)'*. Lugar editorial, Buenos Aires, 1995.
- ¹⁸ **TESTA, Mario.** OP. cit. 17
- ¹⁹ **TESTA, Mario.** *'Pensar en salud'*. Lugar editorial, Buenos Aires, 1990.
- ²⁰ **ROVERE, Mario R.** Op. cit. 5.
- ²¹ **HUISSHOF, Josee.** *"empleo de los escenarios en el diseño de políticas de salud a largo plazo. Enfoques y métodos para la planificación de la salud con referencia especial a América Latina"*. Serie Informe Técnico OPS/DAP95.3.12. Washington, 1998.
- ²² **GODET, Michel.** *'De la anticipación a la acción'*, capítulo 1 "El Método de los escenarios", páginas 39 a 72.
- ²³ **GODET, Michel.** *"La caja de herramientas de la prospectiva estratégica (Problemas y métodos)'*. Cuaderno N° 5. Ficha N° 1. Laboratoire d'Investigation prospective et Strategique, Paris, 2000.
- ²⁴ **ORTUN RUBIO, Vicente.** *'Análisis de los mercados y del marco regulatorio del sector salud'*. IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, Asociación de Economía de la Salud (AES), Buenos Aires, 1995.
- ²⁵ **MILGROM, Paul y ROBERTS, John.** *"Economía, organización y gestión de la empresa"*. Capítulo 2, organización económica y eficiencia. Editorial Ariel Economía, Buenos Aires, 1990.
- ²⁶ **WILLIAMSON, Oliver.** *"La instituciones económicas del capitalismo"*. Fondo de Cultura económica, México DC, Rep. México, 1993.
- ²⁷ **MARTIN MARTIN, José.** *"Incentivos e instituciones sanitarias públicas"*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Documentos técnicos 5. Granada, España, 1994.
- ²⁸ **GONZALEZ GARCIA, Ginés y TOBAR, Federico.** OP. cit. 11.
- ²⁹ **KLIKSBERG, Bernardo y TOMASSINI, Luciano.** *"Capital social y cultura: claves estratégicas para el desarrollo"*. Banco Interamericano de Desarrollo, Fundación Felipe Herrera, Universidad de Maryland y Fondo de Cultura Económica. Washington DC, 2000.

-
- ³⁰ **DASGUPTA, Partha y SERAGELDIM, Ismail.** *"Social capital, a multifaceted perspective."* "Economic growth and social capital in Italy" by John HELLIELL and Robert PUTNAM. The World Bank, Washington DC, 1999.
- ³¹ **ROVERE, Mario R.** Op. cit. 5.
- ³² **MENEGUZZO, Marco y VASSALLO, Carlos.** *"Modelos de Gestión de Redes Hospitalarias Públicos"*. Documentos de trabajo ISALUD, Fundación Isalud, Buenos Aires, 1998.
- ³³ **VASSALLO, Carlos.** *"Consideraciones sobre el sistema de salud Catalán"*. Documentos de trabajo Isalud. Fundación Isalud, Buenos Aires, Rep. Argentina, 1998.
- ³⁴ **MYERS, Robert.** *"Los doce que sobreviven, fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo"*. OPS, Publicación científica N° 545, Santa Fé de Bogotá, D.C. Colombia, 1993.
- ³⁵ **CETRANGOLO, Oscar.** *"Lo Público en Salud"*. El Debate público privado en las políticas de salud, VIII° Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Asociación de Economía de la Salud (AES). Ediciones Isalud, Buenos Aires, Rep. Argentina, 1999.
- ³⁶ **CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe).** *'Equidad, Desarrollo y Ciudadanía'*. Ed. Alfaomega, Bogotá D.C., Colombia, 2000.
- ³⁷ **TOBAR, Federico.** *'El concepto de Modelo de Gestión Hospitalaria'*. "El Hospital en la Reforma", II° Encuentro Nacional de Hospitales, Ediciones Isalud, Buenos Aires, Rep. Argentina, 1998.
- ³⁸ **GONZALEZ GARCIA, Ginés.** *"Los recursos para los hospitales del futuro"*. III° Encuentro Nacional de Hospitales. Los Hospitales Argentinos ante el Siglo XXI, Santa Rosa, La Pampa, 1998. Buenos Aires, Ed. Isalud, noviembre de 1999, pág. 170.
- ³⁹ **ROVERE, Mario R.** Op. cit. 5.
- ⁴⁰ **COPAIDE (Sec. de Estado de Planificación y Desarrollo).** *'Estrategias de desarrollo, Microregión Cutral C -Huincul, siglo 21'*. Neuquén, junio de 1999.
- ⁴¹ **IUORNO, Graciela y PALACIOS, Susana. 2001.** *"El origen de Cutral C , para entender la actualidad"*. Especial para el Diario Rio Negro, publicado el 21 de junio de 2001, página 13.
- ⁴² **MARTINEZ, Enrique M.** *'Programa Cutral C  Plaza Huincul, identificación de mercados y construcción de los perfiles de proyectos'*. Centro de Servicios de la Universidad Nacional de Quilmes, 1997.
- ⁴³ **COPAIDE (Secretaria de Estado del Consejo de Planificación y Acción para el Desarrollo), Dirección Provincial de Estadísticas, Censo y Documentación, Prov. del Neuquén.** *"Anuario estadístico de la Provincia del Neuquén, Año 1999."*

-
- ⁴⁴ **MARTINEZ, Enrique M.** *"Programa Cutral Có Plaza Huinul, identificación de mercados y construcción de los perfiles de proyectos"* Páginas 60 a 67. Centro de Servicios de la Universidad Nacional de Quilmes, 1997.
- ⁴⁵ **QUIROGA, Anabella y MUSCATELLI, Natalia.** *"Informe sobre la situación económica argentina. El golpe a la clase media"* Artículo publicado en Diario Clarín del 23 de noviembre de 2001, página 3 y 4. Reproduce fragmentos de un estudio del Lic. en sociología Artemio López, Director de Equis.
- ⁴⁶ **CICERCHIA, Ricardo.** *"Informe año 1999, Indicadores del Sector Salud, Hospital Cutral Có, Medicina General"*. Cutral Có, marzo del 2000.
- ⁴⁷ **ELDER, Malco Francisco.** *"Estudios sobre el perfil de mortalidad en la provincia del Neuquén, 1986-2000"*. Documento interno de la SSS, Area de Epidemiología.
- ⁴⁸ **SUBSECRETARIA de SALUD, Dirección Gral. de Información y Programación.** *Estadísticas Vitales, año 1999.*
- ⁴⁹ **MENDEZ VALDEMARIN, Gualberto.** *"Tendencia de los egresos hospitalarios en la Prov. del Neuquén, año 1999 y 2.000"*. Documento interno de la SSS, Area de Información.
- ⁵⁰ **BERTINETTI, Juan y MANOUKIAN, Daniel.** *"Organización de la atención médica en la provincia del Neuquén"* Monografía presentada en Instituto Universitario Isalud, para Maestría en Economía y Gestión en Salud, promoción 1998/1999. Neuquén, diciembre de 1998.
- ⁵¹ **OPS/OMS/Ministerio de Salud.** *"Situación de Salud, Argentina, 2000"*. Buenos Aires, Rep. Argentina, 2001.
- ⁵² **BERTONI, Mario.** *"Informe sobre remodelaciones y proyectos relacionados con el edificio actual del Hospital Cutral Có"*. Mimeo, febrero del 2000.
- ⁵³ **CICERCHIA, Ricardo.** *"Propuesta de trabajo, Servicio de Medicina General hacia el año 2000"*. Cutral Có, Prov. del Neuquén, Argentina, diciembre de 1999.
- ⁵⁴ **BARBANO, Juan.** *"Informe Plaza Huinul S.A. para Salud Pública, Prov. del Neuquén"*. Plaza Huinul, Prov. del Neuquén, Argentina, 2000.
- ⁵⁵ **HOSPITAL ZONAL "Aldo Maulú", Servicio de Estadística.** *"Producción estadística año 1999"*. Cutral Có, Prov. del Neuquén, 2000.
- ⁵⁶ **MENDEZ VALDEMARIN, Gualberto.** Op. cit. 49.
- ⁵⁷ **SUBSECRETARIA de SALUD, Area de Información. 2001.** *"Información estadística año 2000. Estadística de producción, estadísticas vitales y recursos"*. Prov. del Neuquén, 2001.
- ⁵⁸ **ROLON, Susana.** *"Análisis de la situación actual del Hospital Aldo V. Maulú" e "Indicadores del sector salud, Area Cutral Có -Plaza Huinul"*, Cutral Có, marzo del 2000.

⁵⁹ **HOSPITAL CUTRAL CO.** *“Informes del Sector Cirugía, Traumatología y Clínica Médica”*. Cutral Có, febrero del 2000.

⁶⁰ **GONZALEZ GARCIA, Ginés y TOBAR, Federico.** *‘Más salud por el mismo dineró’*, página 226. La Reforma del Sistema de Salud en Argentina. Buenos Aires. Grupo Editor Latinoamericano – ISALUD. Buenos Aires, 1997.

⁶¹ **BERTINETTI, Juan y MANOUKIAN, Daniel.** Op. cit. 50.

• ANEXOS

Construcción de redes en salud

El caso Cutral Có – Plaza Huincul

Anexo 1 - Proyecto de investigación (aspectos metodológicos)

En este anexo se mencionan algunos aspectos referidos al proyecto de investigación desarrollado para dar origen a este trabajo de tesis. Se comentan aspectos metodológicos, culminando con la exposición del cronograma de trabajo encarado. Para el diseño del proyecto de investigación se siguieron las recomendaciones de Tobar y Romano Yalour contenidas en la "Guía para formular proyectos de tesis"¹.

□ Metodología y tipo de investigación

Este estudio centra su interés en encontrar fórmulas alternativas y superadoras, que aporten a mejorar la integración efectiva de los recursos que el Sistema de Salud dispone en un área geográfica determinada.

Se planteó un diseño de estudio orientado a que no sólo las conclusiones del mismo, sino el proceso mismo de elaboración, contribuyera a que los actores participantes en forma directa o indirecta, aprovecharan esta experiencia en función del propósito enunciado.

Respecto de los objetivos

Básicamente este estudio se trata de un diseño de tipo *explicativo* en las partes que refieren al análisis sistemático de la oferta de servicios de asistencia sanitaria del área estudiada, en tanto se apoya en investigaciones descriptivas o relevamientos de datos, previos a este estudio.

Con relación a las conclusiones del estudio, puede considerarse que adquiere características del tipo de las investigaciones de *intervención* ya que se pretende interferir en la realidad estudiada proponiendo algunas medidas que al resolver en forma efectiva algunas de las situaciones detectadas, facilitarían el tránsito hacia un escenario local más promisorio.

Respecto del método

Se trata de un *estudio de caso* que si bien utilizó fuentes bibliográficas para revisar el tema desde una perspectiva teórica, busca aplicar ese cuerpo cognocitivo a un campo particular de posible aplicación real, en el cual se detectó el problema objeto de estudio.

Podría ser cuestionado como estudio de caso por no estar orientado a analizar un caso ya dado, sino a uno por gestarse a partir de las conclusiones y recomendaciones que se extraerán del trabajo (costado intervencionista antes mencionado).

Universo y muestra

Este estudio se concentra en analizar la demanda de asistencia sanitaria del área Cutral Có – Plaza Huin cul y la oferta disponible. Se examinaron las posibilidades de integración efectiva de los recursos presentes en el área.

Ahora bien, aunque los hospitales públicos de Neuquén por pertenecer a una red de larga trayectoria como tal, tienen caracteres comunes, resulta obvio que cada uno de ellos tienen peculiaridades producto de su historia y su contexto. Para este estudio en consecuencia, se tomó como campo de análisis el Hospital Aldo Maulú de la ciudad de Cutral Có y el Hospital Otaño de la ciudad de Plaza Huin cul.

Respecto del sector privado y de la seguridad social, se analizaron los recursos disponibles en los tres efectores presentes en el área de estudio, esto es, las Clínicas Cutral Có y Neuquén de la ciudad de Cutral Có y el Sanatorio Plaza Huin cul de la ciudad homónima.

Unidad de análisis

La unidad de análisis de este estudio fueron básicamente los **decisores locales de este sistema local de salud** (jefe de zona sanitaria, directores de hospitales y clínicas, otros responsables de las conducciones locales actuales o pasadas) de los tres subsectores involucrados (público, privado y de la seguridad social).

Fuentes de información

El tipo de fuentes fue de dos tipos. **Documentales o de tipo secundarias** en la primera fase del estudio, buscando revisar conceptos teóricos, analizar modelos vigentes y elaborar hipótesis y en la segunda fase para consulta de parte de los datos aportados al trabajo.

Otro tipo de fuente fue de tipo **vivencial o participante, o de tipo primarias**, basada en entrevistas y opinión de actores claves vinculados con el ámbito objeto de estudio, para verificar variables y elaborar la propuesta alternativa y su plan de implementación progresivo.

Procesamiento de datos

Se emplearon técnicas básicamente de tipo **cualitativas**, para relevamiento y análisis bibliográfico y **cuantitativas** para estimar el gasto local en salud en los distintos subsectores.

□ Delimitación del estudio

El estudio entiende sobre lo atinente al mercado de servicios de salud del **área Cutral Có – Plaza Huincul**, es decir que refiere a la organización de la asistencia sanitaria de la población bajo responsabilidad de lo que actualmente representa la suma de las áreas programa de los hospitales Cutral Có y Plaza Huincul, considerando los recursos de los tres sub-sectores de salud (seguridad social, privado y público).

El estudio intentó referir toda la información a datos de 1999. Sin embargo, no siempre fue posible. En esos casos se menciona el año o período referido.

Es dable mencionar que la crisis del modelo imperante hasta 1992 en esta zona, que luego se comenta brevemente, ha determinado cambios en la conformación de este núcleo urbano en distintos aspectos, que no han sido suficientemente documentados, siendo esperable que el próximo censo nacional arroje datos actualizados más confiables, que los aportados por las fuentes aisladas consultadas, muchas veces no coincidentes.

□ Relevancia del estudio

Este estudio, originariamente encargado por las autoridades actuales de la Subsecretaría de Salud, podría tener distintas aplicaciones. El autor identifica dos básicas.

Aunque es claro que este documento puede transformarse eventualmente en un catalizador de otras experiencias de planificación participativa en el área de estudio, con el protagonismo directo de los actores locales, el autor considera que este trabajo puede resultar relevante a la hora de **repensar el diseño del sistema local de salud** en vísperas de la puesta en marcha de un nuevo hospital, que no sólo modificará los alcances de la oferta sanitaria de Cutral Có - Plaza Huincul, sino que además habrá que pensarlo integrado a un eje estratégico sanitario con la ciudad de Zapala, como sostén referencial del interior provincial.

Aunque los resultados de este estudio no sean directamente aplicados, al menos en forma inmediata, adquiere relevancia además, en tanto aparece como una **primer experiencia exploratoria hacia la construcción de nuevos escenarios empleando una matriz de análisis cualitativamente diferente** a las ya empleadas.

□ Limitaciones del método elegido

De las fuentes de información empleadas

El método elegido, en especial en la segunda parte del estudio, la que por otra parte es la que responde más directamente al objetivo central del trabajo, tiene limitaciones producto de las fuentes de información empleadas.

Respecto de datos que podrían ser considerados más objetivos (por ejemplo el nivel de gasto en salud) por no contar con documentos fiables y con información bien

desagregada o en algunos casos por reticencia por parte de algunos actores locales a suministrarla.

Con relación a otro tipo de datos que surgen de entrevistas a actores claves respecto de su visión actual y futura del escenario en estudio, por el mismo carácter de estos aportes, de fuerte tenor subjetivo, también limitan el alcance del estudio, aunque le aportan el realismo imprescindible para valorar su aplicabilidad ulterior.

Del autor

El autor presenta limitaciones que también atentan contra el trabajo. Por un lado de conocimientos teóricos, por otro lado de inexperiencia laboral en otros medios que no sean los públicos y también por disponibilidad de tiempo para el trabajo de campo. Además, el hecho de no pertenecer directamente a los equipos de salud del área de estudio, si bien aporta objetividad en algún sentido, también es cierto que le resta riqueza a la producción final.

De los condicionantes políticos sociales e institucionales

Rápidamente al acercarse al área de estudio se detecta un particular estado de susceptibilidad y desconfianza. Defensas muy altas, respuestas muy condicionadas y dificultad para salir de los planteos sectoriales o individuales. Todas estas devoluciones parecen propias de una población compleja que ha vivido situaciones límites recientes y que no logra aún, vertebrar un modelo de desarrollo sustentable para la región que cuente con el suficiente aval colectivo local y provincial. Todo lo referido obviamente también actúa como una limitación a este trabajo.

□ Fases del estudio

Este trabajo tiene una historia que fue referida al principio. Esa evolución explica las causas de la estructura de este estudio, el que a efectos expositivo se dividió en dos etapas. Una llamada de pre-tesis y otra de elaboración del actual trabajo.

▪ 1° etapa o de pre-tesis

- **Revisión de documentación existente sobre el área de estudio.**
- **Trabajo de campo.** Entrevistas y relevamiento de opinión de actores claves.
- **Redacción del informe oficial presentado a las autoridades de la SSS.**

▪ 2° etapa o de elaboración de la tesis

▪ Fase 1 - Revisión bibliográfica conceptual

Construcción de redes, SILOS, capital social, nueva economía institucional, planificación estratégica y políticas de integración, método de los escenarios.

- **Fase 2 – Diagnóstico (revisión y enriquecimiento de la información relevada en la etapa anterior)**
 - Relevamiento de datos demográficos.
 - Delineamiento del perfil socioeconómico.
 - Delineamiento del perfil epidemiológico.
 - Distribución de la población usuaria del sistema de salud.
 - Aspectos culturales de la demanda de asistencia sanitaria.
 - Perfil de la oferta sanitaria disponible,
 - Descripción de los centros de atención
 - Principales indicadores caracterizadores del sistema local de salud
 - Financiamiento del sistema local de atención médica

- **Fase 3 – Conclusiones o de elaboración de la propuesta**
 - Comentarios sobre las hipótesis planteadas.
 - Algunas observaciones generales aplicables a cualquier escenario.
 - Posibles escenarios futuros y eventuales medidas a adoptar,
 - Corto a mediano plazo
 - Mediano a largo plazo

□ **Cronograma de Actividades**

Para la confección del cronograma de actividades se consideraron las dos etapas antes mencionadas, y se exponen en dos cuadros separados. La primer etapa tuvo lugar entre febrero y abril de 2000. La segunda se desarrolló entre octubre de 2000 y noviembre de 2001. Para darle un ordenamiento expositivo se asignaron tiempos a cada actividad. En las de la primer etapa en meses y en las de segunda etapa con secuencia bimestral a partir de la fecha mencionada.

▪ **1° etapa o de pre-tesis**

Fase	Actividades		Año 2000		
			febr.	marzo	abril
I	Revisión de documentación existente sobre el área de estudio				
II	Trabajo de campo	Visitas a centros de atención.			
		Entrevistas y relevamiento de opinión de actores claves			
		Verificación de datos recabados en fase anterior.			
III	Redacción del informe oficial y presentación ante autoridades de la Subsecretaría de Salud.				

▪ **2º etapa o de elaboración de la tesis**

Fase	Actividades	Bimestre						
		1	2	3	4	5	6	7
I	Revisión bibliográfica conceptual							
	Construcción del marco teórico							
	Otros aportes al marco teórico							
II	Relevamiento datos demográficos							
	Delineamiento perfil socioeconómico							
	Distribución de población usuaria							
	Delineamiento perfil epidemiológico							
	Aspectos culturales de la demanda							
	Perfil de oferta sanitaria disponible							
	Financiamiento sistema local de At. Méd.							
III	Comentarios sobre las hipótesis							
	Delinear posibles escenarios futuros							
	Proponer medidas a adoptar.							
Revisar el documento								
Redacción de Informe Final								

No se contabilizó en esta tabla el tiempo insumido en la confección y redacción del proyecto de tesis, tampoco se detallaron demasiado las actividades obviando mencionar las visitas de campo y las entrevistas concretadas.

Finalmente debe mencionarse que luego de las recomendaciones sugeridas por los miembros del jurado, al documento original se le realizaron algunas modificaciones que enriquecieron el trabajo en cuanto al contenido y ordenamiento del mismo. Esos ajustes se realizaron durante el mes de abril de 2002.

□ **Referencias**

¹ **TOBAR, Federico y ROMANO YALOUR, Margot.** "Guía para formular proyectos de tesis". Trabajo utilizado como material de apoyo de la Maestría en Economía y Gestión en salud, del Instituto Universitario Isalud, Buenos Aires, 1997.

Construcción de redes en salud

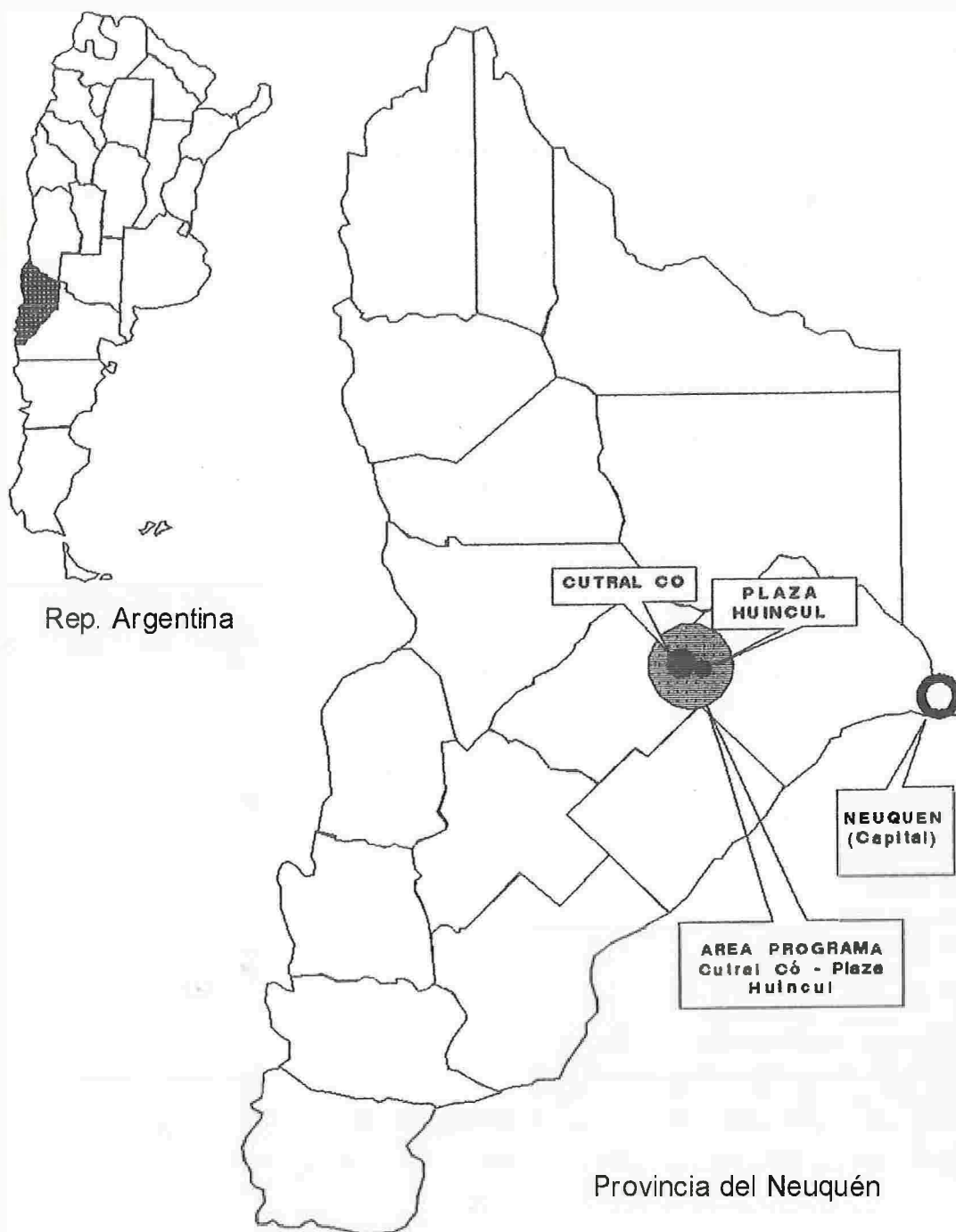
El caso Cutral Có - Plaza Huincul

Anexo 2 - Ubicación del área estudiada

INDICE

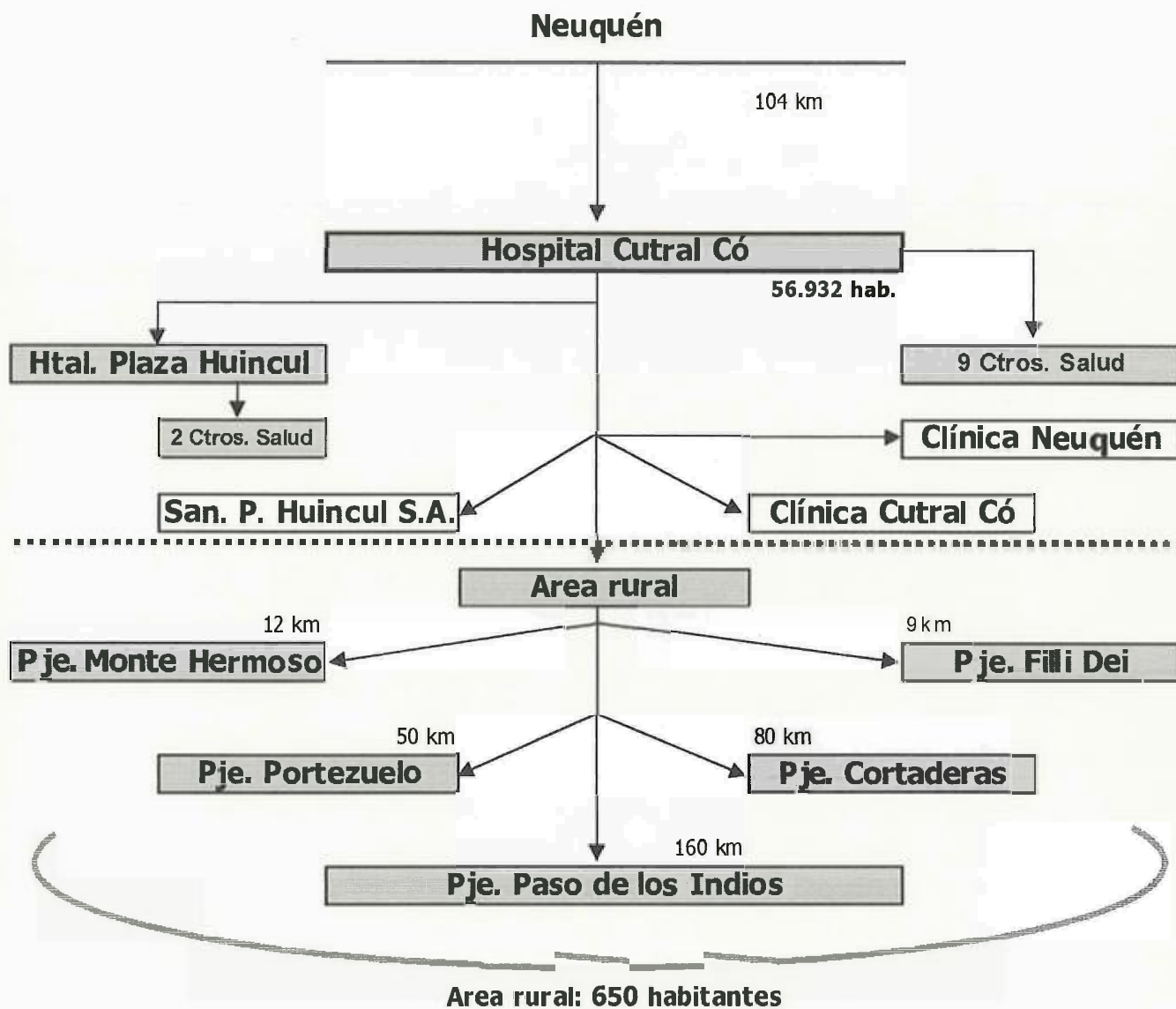
- 1. Esquema de ubicación nacional**
- 2. Cuadro de distancias intraprovinciales - área programa**
- 3. Plano esquemático del área urbana
Ubicación de efectores locales de salud**

Esquema de ubicación nacional



Area Cutral Có - Plaza Huincul

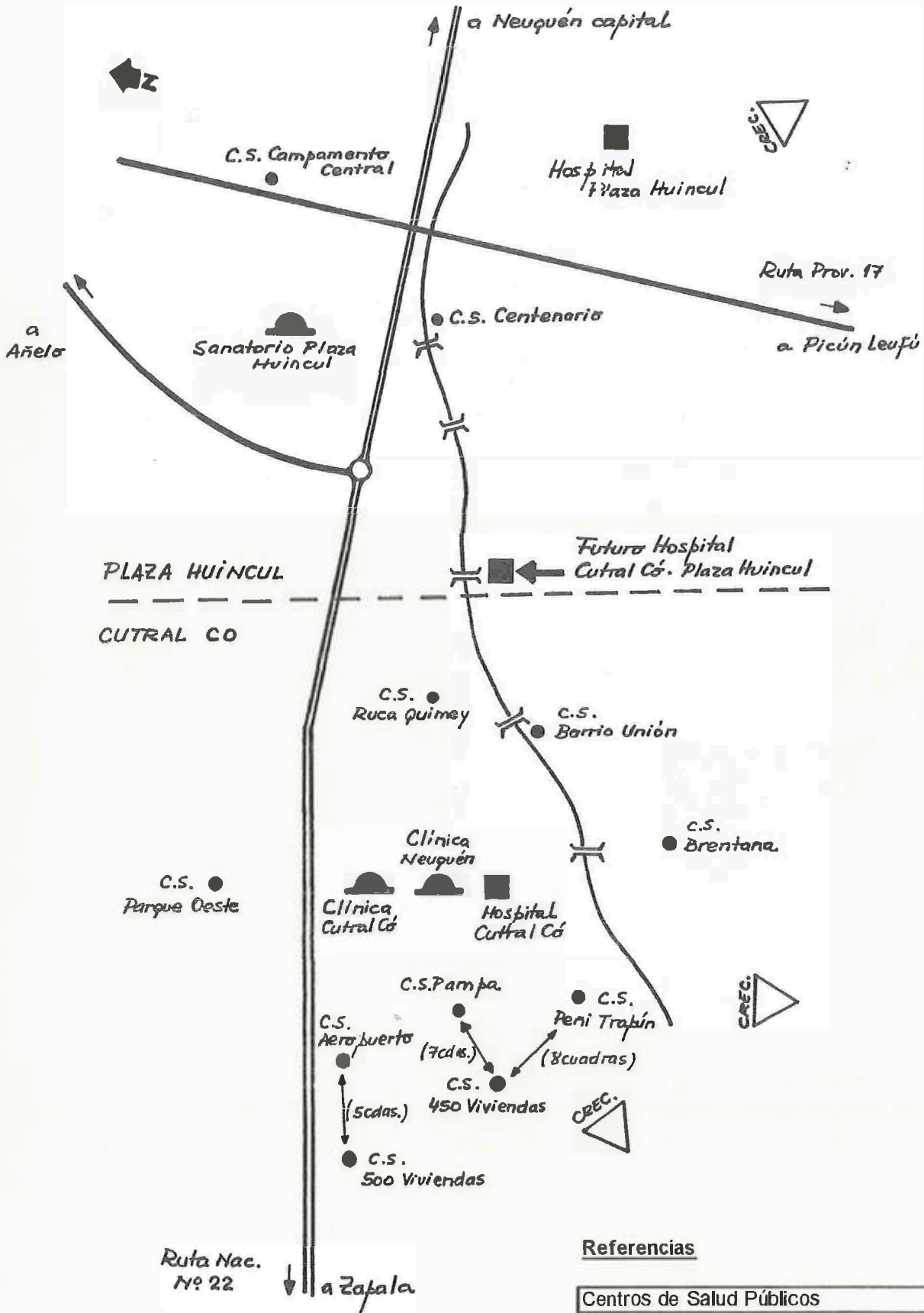
Cuadro de distancias intraprovinciales - esquema de Area Programa



Subsector Público

Subsector Privado

Plano esquemático del área urbana
Ubicación de efectores locales de salud



Referencias

Centros de Salud Públicos	●
Hospitales Públicos	■
Establecimientos privados c/internación	◐
Futuro Hospital	■↖

Construcción de redes en salud

El caso Cutral Có - Plaza Huincul

Anexo 3

Datos generales sobre el área Cutral Có - Plaza Huincul

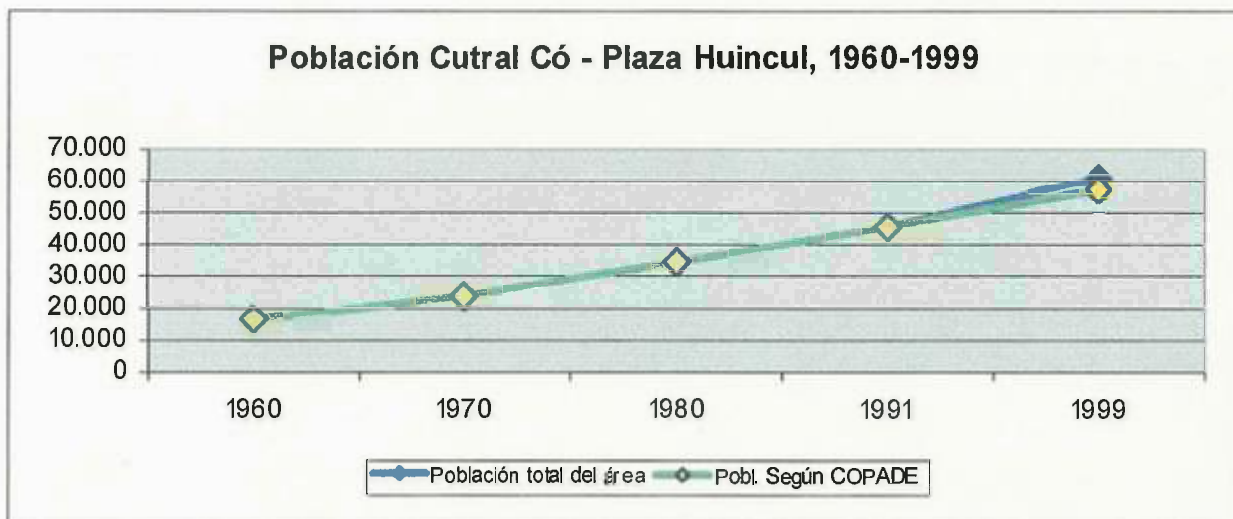
INDICE

1. Población
2. Indicadores socioeconómicos
3. Mortalidad general
4. Mortalidad por causas
5. Mortalidad perinatal e infantil
6. Causas de egresos
7. Consultas
8. Egresos y partos
9. Derivaciones
10. Cirugías
11. Laboratorio y radiología
12. Recursos de salud del área CcC/PH
13. Gasto en salud del área CcC/PH
14. Presupuesto hospitalario

Evolución población del Area Cutra Có - Plaza Huincul - 1960 a 1999

AÑO	1960	1970	1980	1991	1999
Cutral Có	11.292	19.106	26.165	33.951	46.689
Plaza Huincul	4.906	4.633	8.158	11.433	14.040
Población total del área	16.198	23.739	34.323	45.384	60.729
Pobl. Según COPADE	16.198	23.739	34.323	45.384	56.932

El año 1999 se estimó según proyección censal en un caso y según el estudio realizado por el COPADE en el segundo caso. Esta última cifra pareciera más cercana a la realidad actual.

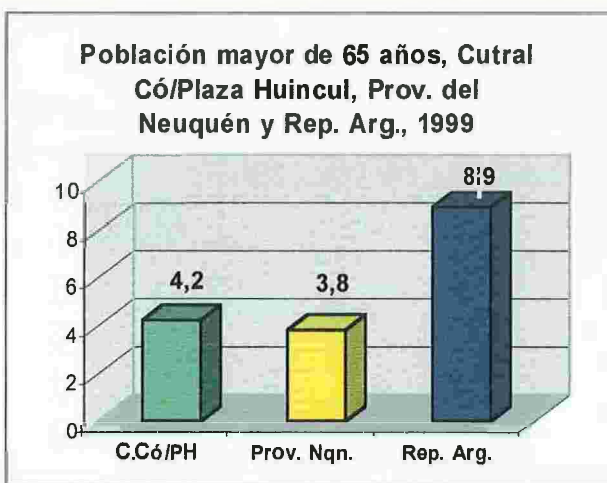
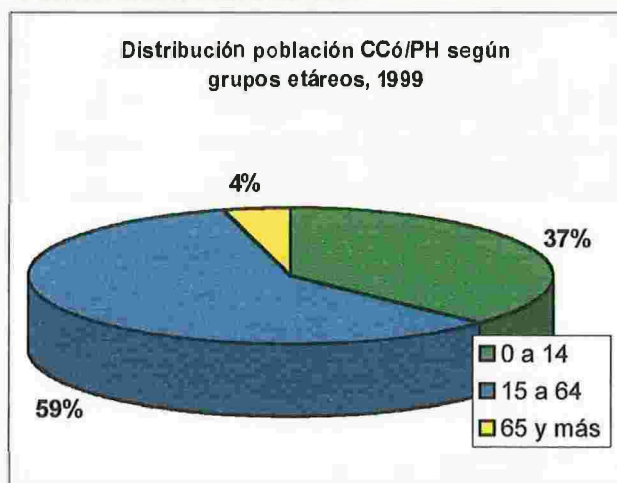


Distribución de población de Cutral Có - Plaza Huincul, Prov. del Neuquén y Argentina según grupo etáreo, año 1999

Edad	Número	%
0 a 14	21.122	37,1%
15 a 64	33.419	58,7%
65 y más	2.391	4,2%
TOTAL	56.932	100%

Prov. Nqn.	Rep. Arg.
37,1%	30,5%
59,1%	60,6%
3,8%	8,9%
100%	100%

Fuente: Indec, censo de 1991



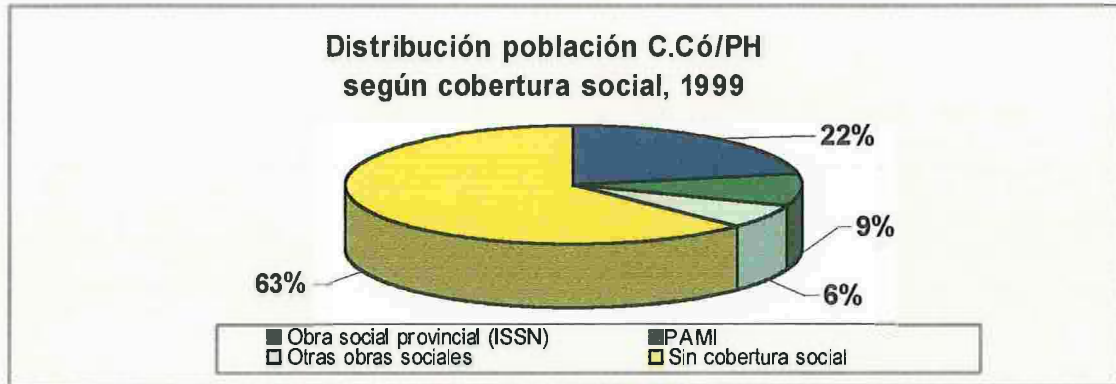
Población mayor de 65 años

C.Có/PH	Prov. Nqn.	Rep. Arg.
4,2	3,8	8,9

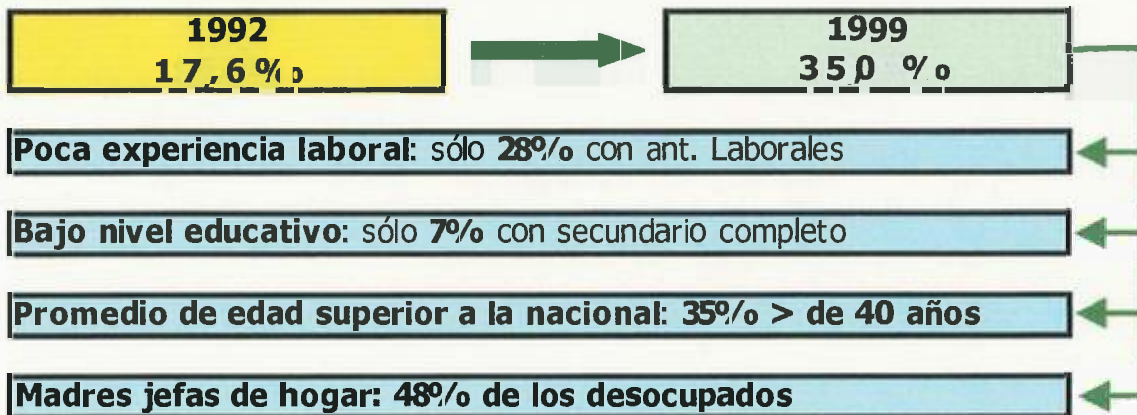
Distribución población C.Có/PH según cobertura social

Cobertura social	Total	Porcentaje
Obra social provincial (ISSN)	12.500	22%
PAMI	5.000	9%
Otras obras sociales	3.650	6%
Sin cobertura social	35.782	63%/o
Total	56.932	100%/o

Fuente: datos propios



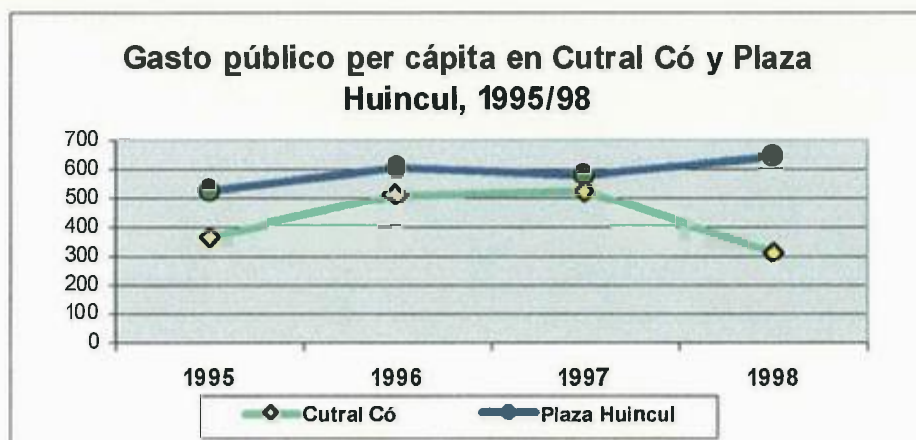
Porcentaje de población en emergencia laboral, Cutral C6/PH.



Gasto público per cápita por año según municipio, 1995/1998

Ciudad	1995	1996	1997	1998
Cutral C6	363,4	507,5	522,4	309,5
Plaza Huincul	524,2	605,5	578,4	642,6

Fuente: Informe estadístico provincial, Prov. del Neuquén, 1999.



Mortalidad por causas agupadas, por trienios, Cutral C6 - Plaza Huincul, 1986 - 2000

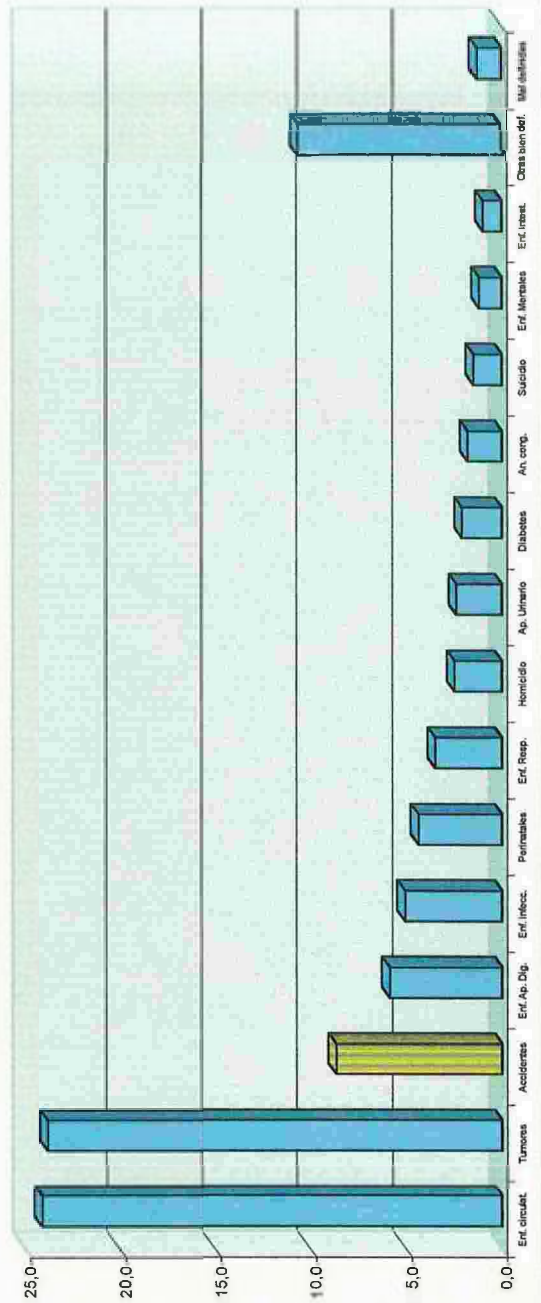
N°	Causas	1986-1988			1989-1991			1992-1994			1995-1997			1998-2000			Total				
		H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT	%	M	%	Total	% total
1	Accidentes	48	13	61	36	8	44	24	9	33	39	13	52	27	13	40	174	56	11,8%	230	8,6%
2	Anomalías cong.	6	4	10	5	8	13	4	3	7	6	3	9	3	6	9	24	24	1,6%	48	1,8%
3	Aparato Urinario	8	6	14	9	6	15	6	4	10	3	9	12	8	5	13	34	30	2,3%	64	2,4%
4	Apendic., hernias, obstruc.	7	4	11	3	5	8	0	2	2	2	1	3	2	2	4	14	14	1,0%	28	1,0%
5	Enfermedades infecciosas	4	9	13	10	4	14	12	6	18	22	11	33	33	26	59	81	56	5,5%	137	5,1%
6	Enf. circulatorias (incluye cor.)	85	67	152	92	37	129	96	65	161	85	68	146	93	79	77	328	316	22,3%	644	24,1%
7	Enf. hepáticas, est., esóf., duod.	20	2	22	12	0	12	16	2	18	20	7	41	12	4	66	61	98	4,1%	159	5,9%
8	Otras causas bien definidas	29	27	56	18	14	32	16	12	28	32	31	70	26	22	99	80	205	5,4%	285	10,7%
9	Diabetes	5	2	7	12	4	16	6	4	10	3	4	7	11	6	17	37	20	2,5%	57	2,1%
10	Enf. Mentales	5	1	6	5	1	6	8	2	10	6	1	7	3	0	3	27	5	1,8%	32	1,2%
11	Enf. Respiratorias (Ag. y cr.)	12	4	16	11	7	18	15	10	25	15	10	43	5	5	66	58	36	3,9%	94	3,5%
12	Homicidio	13	1	14	9	3	12	4	0	4	16	2	18	17	2	19	59	8	4,0%	67	2,5%
13	Suicidio	9	4	13	9	0	9	4	2	6	4	1	5	5	1	6	31	8	2,1%	39	1,5%
14	Mal definidas	2	3	5	2	1	3	2	1	3	10	4	14	8	3	11	24	12	1,6%	36	1,3%
15	Perinatal	20	15	35	8	13	21	9	11	20	7	12	19	10	12	22	54	63	3,7%	117	4,4%
16	Tumores	63	46	109	70	37	107	73	46	119	77	59	136	102	63	165	385	251	26,2%	636	23,8%
	Total	336	208	544	311	148	459	295	179	474	347	236	583	365	249	614	1.471	1.202	100%	2.673	100%

Fuente: Dr. Malco Elder, Area de Epidemiología, SSS.

Mortalidad por causas en orden de frecuencia, Cutral C6 - Plaza Huincul, 1986 - 2000

N°	Causa de muerte	%
1	Enf. circulat.	24,1
2	Tumores	23,8
3	Accidentes	8,7
4	Enf. Ap. Dig.	5,9
5	Enf. infecc.	5,1
6	Perinatales	4,4
7	Enf. Resp.	3,5
8	Homicidio	2,5
9	Ap. Urinario	2,4
10	Diabetes	2,1
11	An. cong.	1,8
12	Suicidio	1,5
13	Enf. Mentales	1,2
14	Enf. intest.	1,0
15	Otras bien def.	10,7
16	Mal definidas	1,3

Porcentaje relativo de cada causa de mortalidad, CC6/PH, 1986-2000

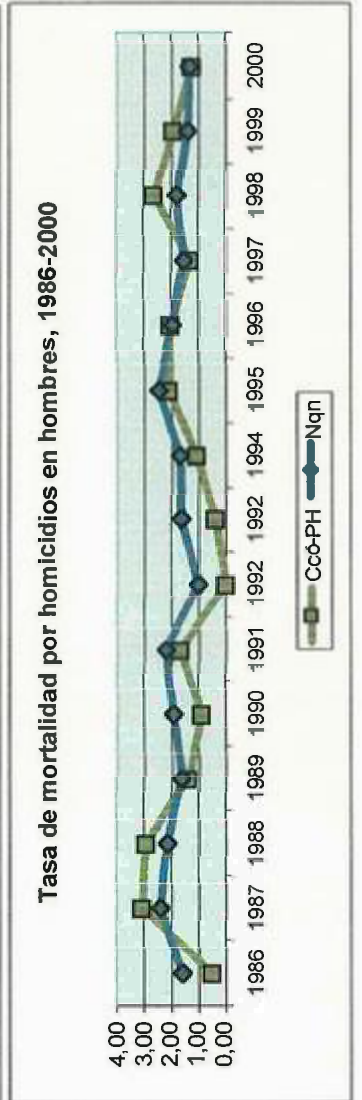
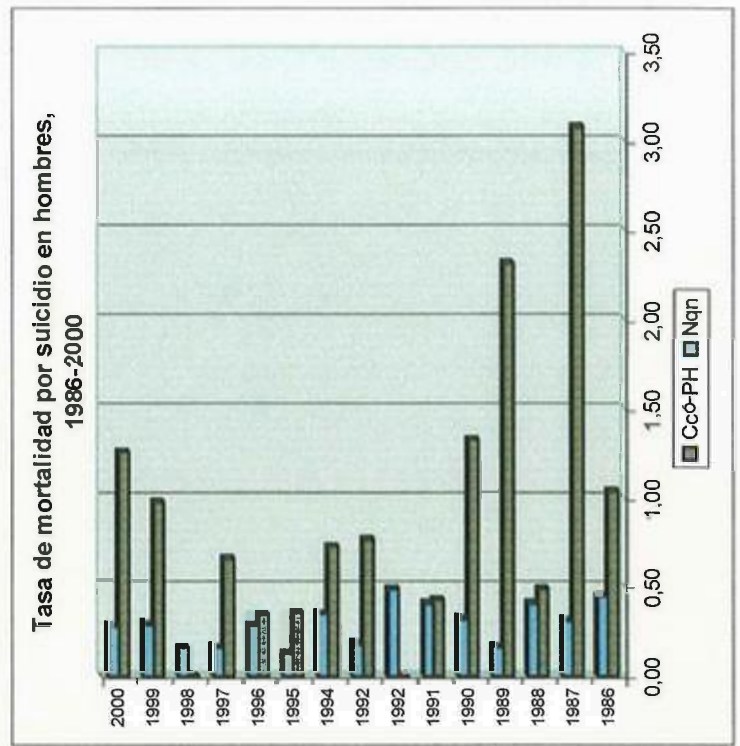
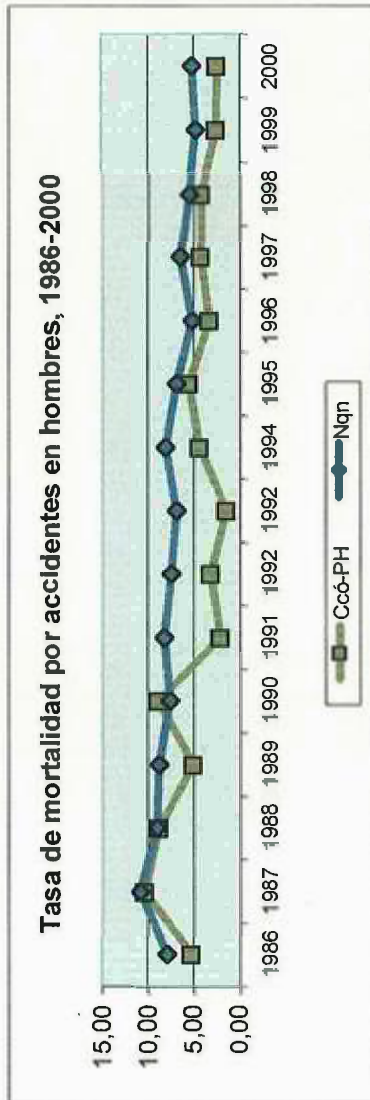


Tasa de defunciones en HOMBRES por accidentes, Cc6/PH y Prov. Neuquén, 1999

Accidentes		
Año	Cc6-PH	Nqn
1986	5,20	7,90
1987	10,30	10,80
1988	8,80	9,02
1989	5,11	8,80
1990	8,84	7,60
1991	2,14	8,20
1992	3,20	7,50
1992	1,53	6,90
1994	4,39	8,10
1995	5,61	6,90
1996	3,35	5,20
1997	4,26	6,50
1998	4,26	5,60
1999	2,61	4,80
2000	2,51	5,20

Homicidios		
Año	Cc6-PH	Nqn
1986	0,52	1,60
1987	3,08	2,42
1988	2,93	2,15
1989	1,39	1,63
1990	0,88	1,92
1991	1,71	2,23
1992	0,00	1,02
1992	0,38	1,63
1994	1,10	1,70
1995	2,10	2,48
1996	2,01	1,97
1997	1,31	1,54
1998	2,62	1,79
1999	1,95	1,43
2000	1,26	1,34

Suicidios			
Año	Cc6-PH	Nqn	RR
1986	1,04	0,45	2,3
1987	3,08	0,31	9,9
1988	0,49	0,41	1,2
1989	2,32	0,16	14,5
1990	1,33	0,32	4,2
1991	0,43	0,41	1,0
1992	0,00	0,49	0,0
1992	0,77	0,18	4,3
1994	0,73	0,35	2,1
1995	0,35	0,12	2,9
1996	0,34	0,28	1,2
1997	0,66	0,16	4,1
1998	0,00	0,15	0,0
1999	0,98	0,29	3,4
2000	1,26	0,28	4,5



Mortalidad infantil en la Prov. del Neuquén y en Cutral Có - Plaza Huincul, 1994-1999

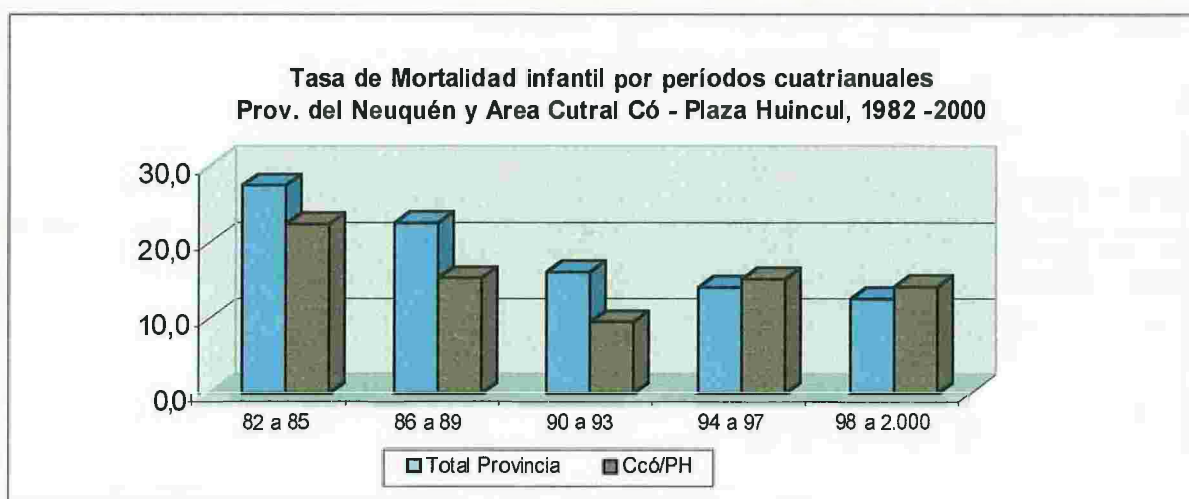
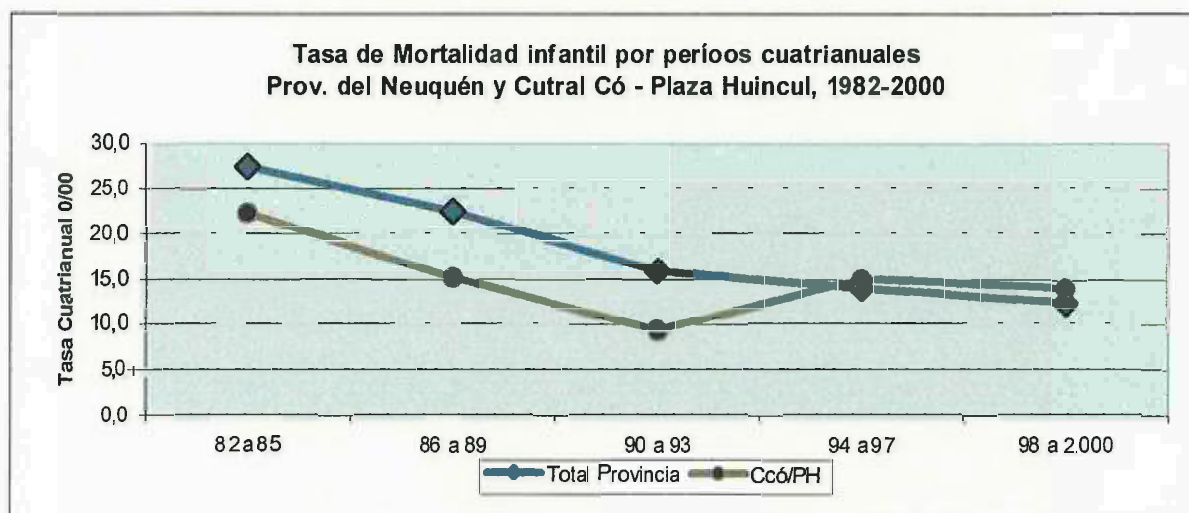
AÑOS	Tasas de mortalidad Prov. Neuquén			Tasas de mortalidad Ccó/PH		
	Infantil	Neonatal	Postneon.	Infantil	Neonatal	Postneon.
1994	15,3	9,7	5,6	22,5	14,4	8,1
1995	14,1	8,2	5,8	10,6	3,9	6,8
1996	15,7	8,9	6,7	10,4	7,5	2,8
1997	13,8	8,8	5,0	16,3	12,0	4,3
1998	14,8	9,4	5,4	14,5	9,0	5,5
1999	11,7	7,1	4,5	12,9	6,9	6,0

Fuente: Area de información, SSS.

Tasa Mort. Inf. por períodos cuatrianuales, s/dom. Mat., Prov. Nqn y área Ccó/PH 1982-2000

Domicilio Materno	Tasa de Mortalidad Infantil por mil nacidos vivos					
	82 a 85	86 a 89	90 a 93	94 a 97	98 a 2.000	82-00
Total Provincia	27,4	22,5	16,0	14,0	12,5	18,4
Ccó/PH	22,3	15,2	9,4	15,1	14,1	15,3

Fuente: Area de información, SSS.

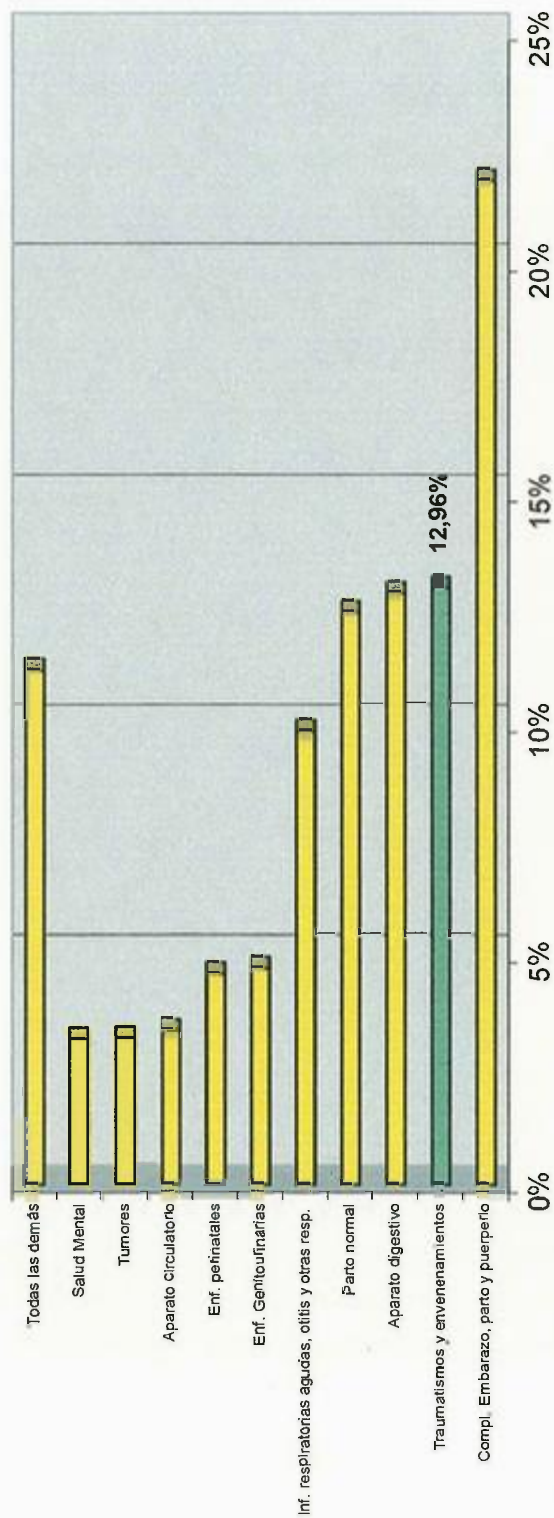


Egresos de pacientes internados en sector público Ccó-PH y promedio provincial, 2000.
10 primeras causas agrupadas

N° Orden	Causa	Total sector púb. Ccó/PH		Promedio sector púb. Prov. Nqn		N° Orden
		N°	%	N°	%	
1	Compl. Embarazo, parto y puerperio	708	21,79%	5.595	13,01%	1
2	Traumatismos y envenenamientos	421	12,96%	4.602	10,70%	4
3	Aparato digestivo	417	12,83%	4.561	10,61%	5
4	Parto normal	404	12,43%	4.883	11,36%	2
5	Inf. respiratorias agudas, otitis y otras resp.	320	9,85%	4.808	11,18%	3
6	Enf. Genitourinarias	153	4,71%	2.156	5,01%	6
7	Enf. perinatales	149	4,59%	902	2,10%	7
8	Aparato circulatorio	109	3,35%	1.681	3,91%	8
9	Tumores	103	3,17%	1.408	3,27%	10
10	Salud Mental	102	3,14%	1.517	3,53%	9
Todas las demás		363	11,17%	10.888	25,32%	
Total		3.249	100,00%	43.001	100,00%	

Fuente: Area de Información, SSS.

Egresos según 10 primeras causas agrupadas, Ccó/PH, 2000



Consultas efectuadas en hospitales públicos de mediana complejidad, Prov. del Neuquén, 1999

Hospital	N° de Méd.	Hab.	Méd. cada 1000 hab.	Consultas					
				N°	N° cons./hab.	cs./méd/a.	cs./méd/mes	N° cons. Gdía.	% Gdía.
Chos Malal	23	13.934	1,65	59.354	4,26	2.581	215	24.488	41%
Junín de los Andes	15	20.108	0,75	49.659	2,47	3.311	276	16.896	34%
San Martín de los Andes	29	12.586	2,30	75.421	5,99	2.601	217	29.527	39%
Ccó/PH	36	48.447	0,74	143.882	2,97	3.997	333	65.426	45%
Promedio Provincial	663	560.726	1,18	1.607.424	2,87	2.424	202		

Fuente: Area de Información, SSS.

La cantidad de médicos refiere sólo a los registrados en el sector público.

Debe tenerse en cuenta que hay diferencias importantes entre las localidades en cuanto al peso del s. privado en la oferta de serv. de salud.

Consultas por médico, por mes

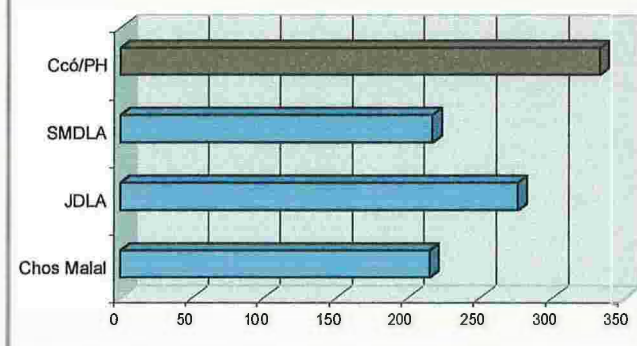
Hospital	Cons./méd./mes
Chos Malal	215
JDLA	276
SMDLA	217
Ccó/PH	333

Distribución consultas ambulatorias sector público, Ccó/PH

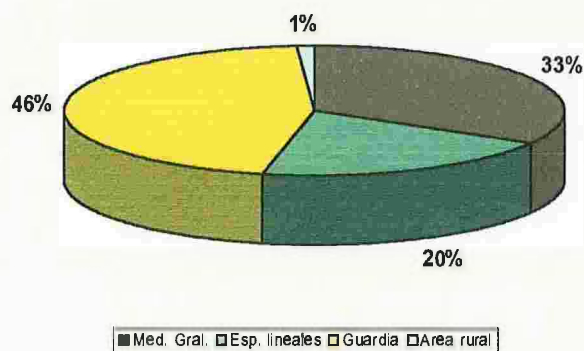
Consultas	Htal. Ccó	Htal. PH	Total	Porcentaje
Med. Gral.	34.082	14.008	48.090	33%
Esp. lineales	28.767	0	28.767	20%
Guardia	51.748	13.678	65.426	45%
Area rural	918	681	1.599	1%
Total	115.515	28.367	143.882	100%



Consultas por médico y por mes Hospitales IV, Neuquén, año 1999



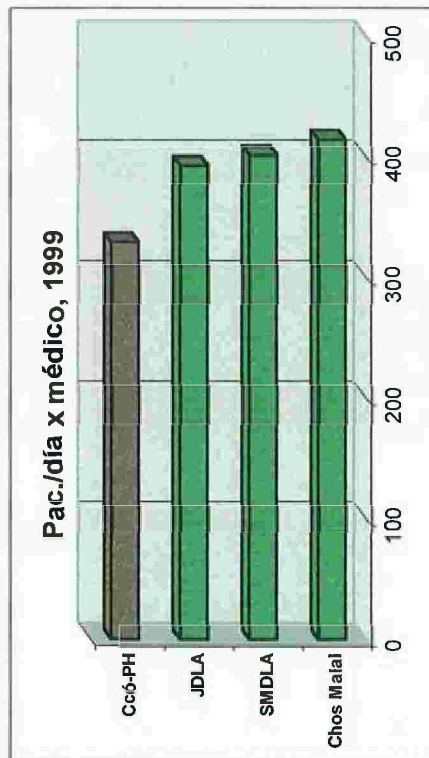
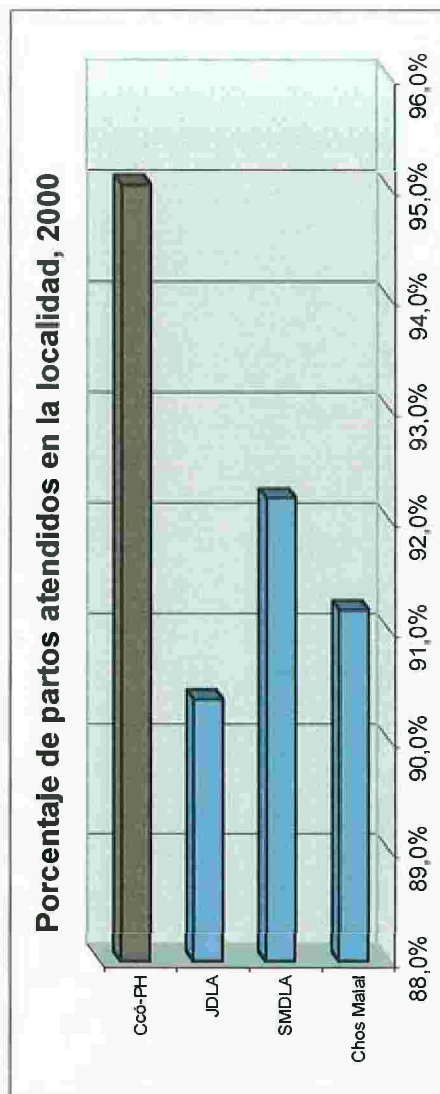
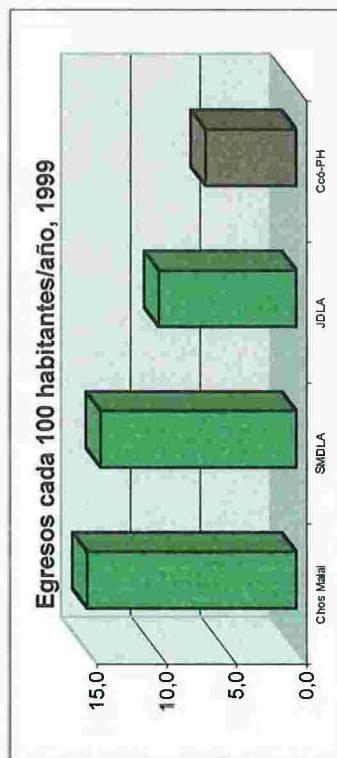
Distribución consultas sector público 1999



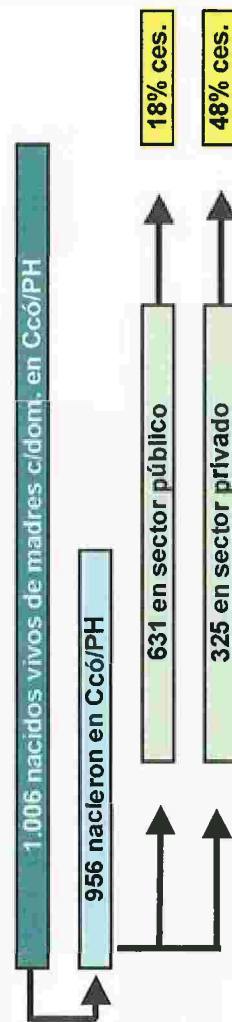
Egresos 1999 y Partos 2000, hospitales mediana complejidad - Prov. del Neuquén.

Hospital	Población	Egresos		Partos de madres con dom. CCó/PH		
		N°	N° egr./100hab.	Partos totales	Partos en la loc.	% nac. Locales
Chos Malal	13.934	2.084	15,0	295	269	91,2%
SMDLA	20.108	2.813	14,0	500	461	92,2%
JDLA	12.586	1.237	9,8	291	263	90,4%
Ccó-PH	56.932	3.676	6,5	1.006	956	95,0%

Fuente: Area de Información, SSS.



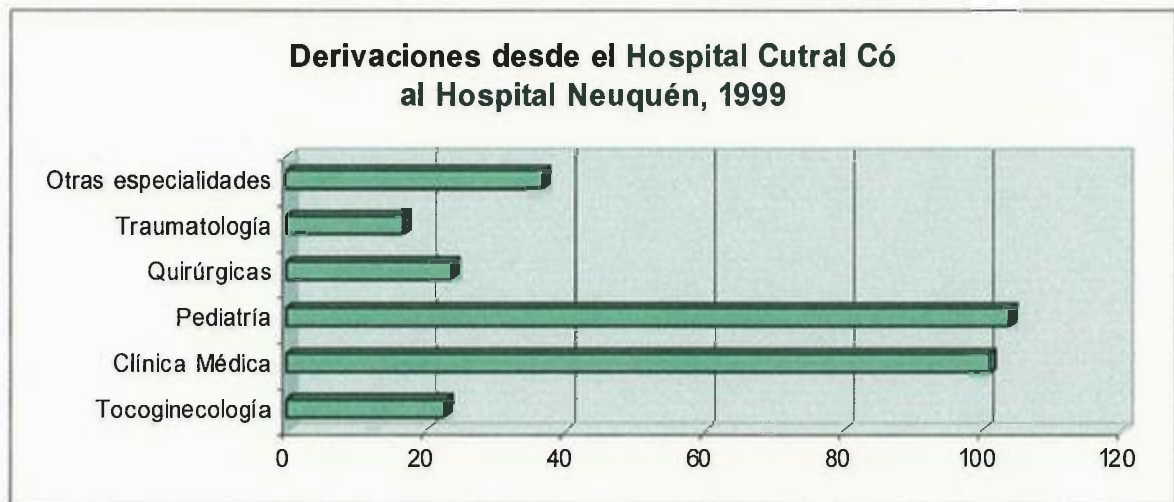
Ccó/PH Nacidos vivos, lugar del parto y forma de terminación



Derivaciones desde el Hospital Cutral Có al Hospital Provincial Neuquén, 1999

Especialidad	Número	Porcentaje
Tocoginecología	23	7,5%
Clínica Médica	101	33,0%
Pediatría	104	34,0%
Quirúrgicas	24	7,8%
Traumatología	17	5,6%
Otras especialidades	37	12,1%
Total	306	100,0%

Fuente: Dirección Hospital Cutral Có.

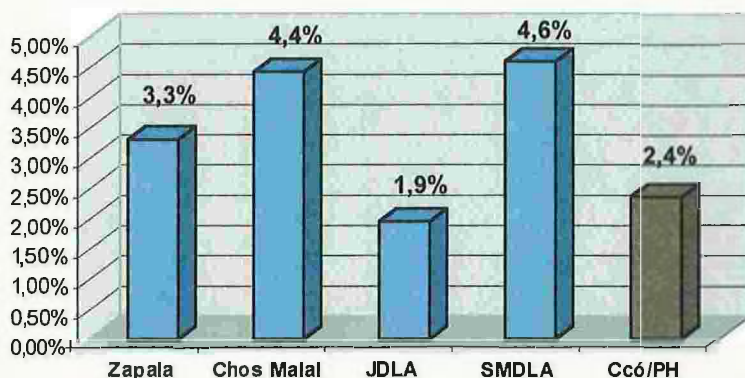


**Intervenciones quirúrgicas,
hospitales públicos neuquinos de mediana complejidad, 2000**

Hospital	Hab.	Cirugías	
		Nº	Nº cir./hab.
Zapala	35.682	1.177	3,30%
Chos Malal	13.934	615	4,41%
JDLA	12.586	244	1,94%
SMDLA	20.108	922	4,59%
Ccó/PH	56.932	1.339	2,35%

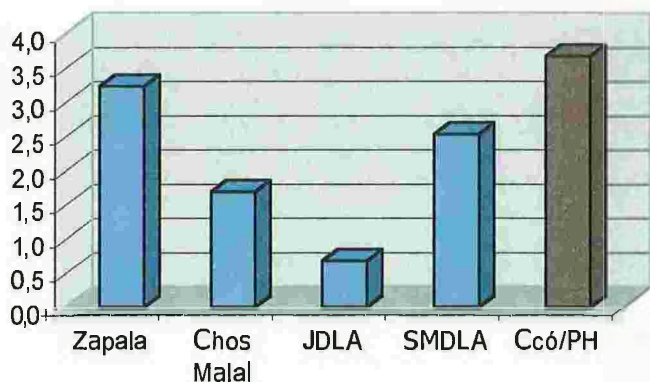
Fuente: Area de información, SSS.

Cirugías cada 100 habitantes/año



Hospital	Cirugías	
	Nº	Cir./día
Zapala	1.177	3,2
Chos Malal	615	1,7
JDLA	244	0,7
SMDLA	922	2,5
Ccó/PH	1.339	3,7

Nº cirugías por día, varios hospitales, 1999



Grupo de operaciones	Ccó/PH
TOTAL	1.339
Biopsias	14
Biospsias quirúrgicas	44
Cateter. Corazón y vasos	0
Corrección de desplazamientos	55
Cura quirúrgica de hernias	51
Endoscopías	4
Examen neurológico	0
Examen de otros aparatos	0
Extr. De mat. Indeseable	10
Incisión y escisiones	1
Inmovilización y soporte	14
Modificación y tejidos	0
Operación de huesos	29
Oper. De esófago	0
Oper. Estómago	2
Oper. Gl. Endócrinas	1
Oper. Nariz, Garganta y Oído	0
Oper. Org. Genitales fem.	168
Oper. Org. Genitales masc.	36
Oper. Piel y TCS	34
Oper. Tracto urinario	2
Oper. Vesícula y vías biliares	147
Oper. Ap. Circulatorio	11
Oper. Ap. Respiratorio	5
Oper. Cesárea	112
Oper. Músculos y tendones	17
Oper. Sistema linfático	1
Oper. Del ano	12
Oper. Articulaciones	11
Oper. De los ojos	3
Oper. De la laringe	76
Oper. Del hígado	4
Oper. Del recto	1
Oper. Del intestino	11
Oper. De la mama	3
OTRAS .P/FACILITAR PARTO	343
Otras oper. Obstétricas	98
Otros procedim. Mecánicos	2
Otros procedim. Respiratorios	5
Parto instrumental podálico	2
Proced. Ap. Circulatorio	1
Pruebas funcionales dagnósticas	1
Reducc. Fracturas y luxaciones	1
Otras reducciones de fracturas	4
Tracciones	3

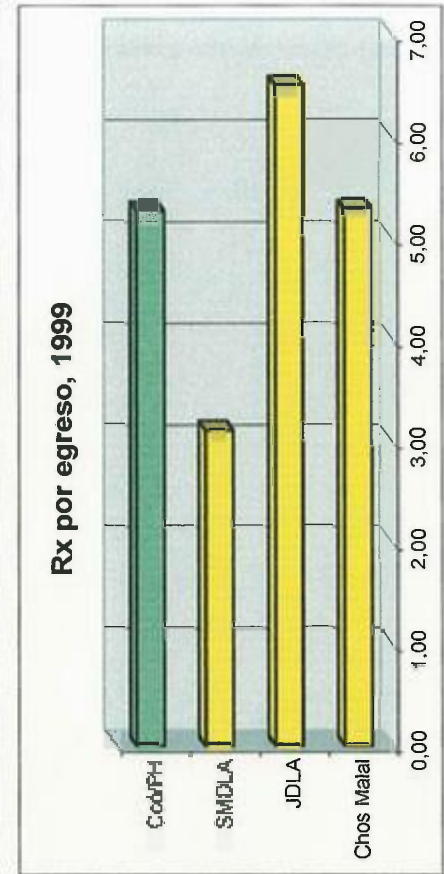
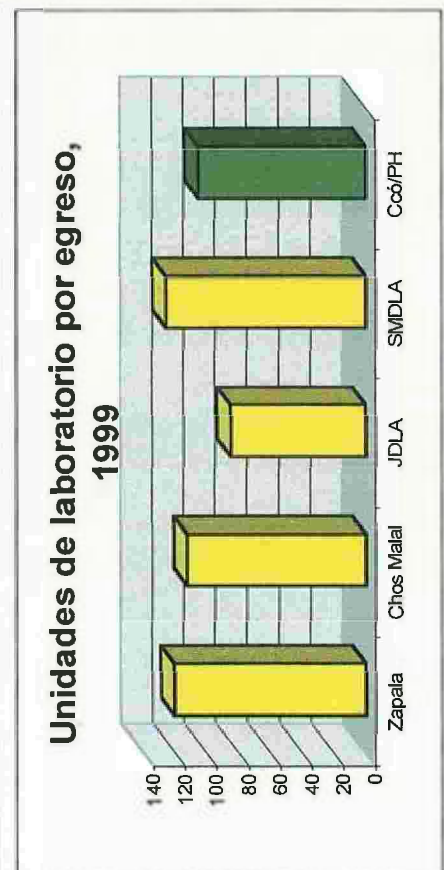
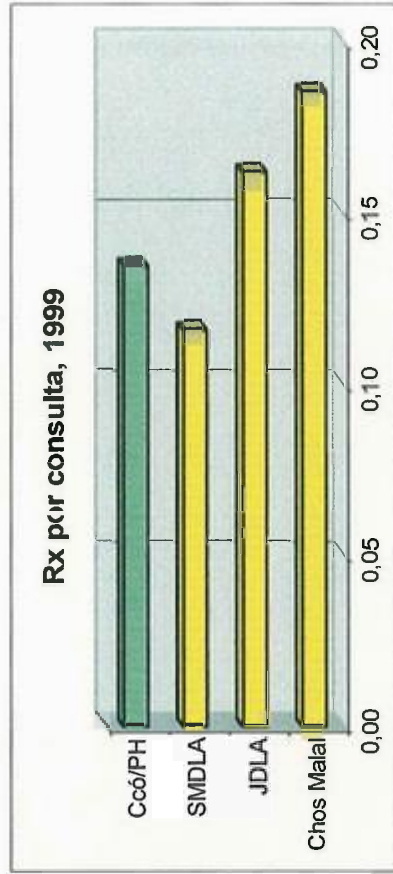
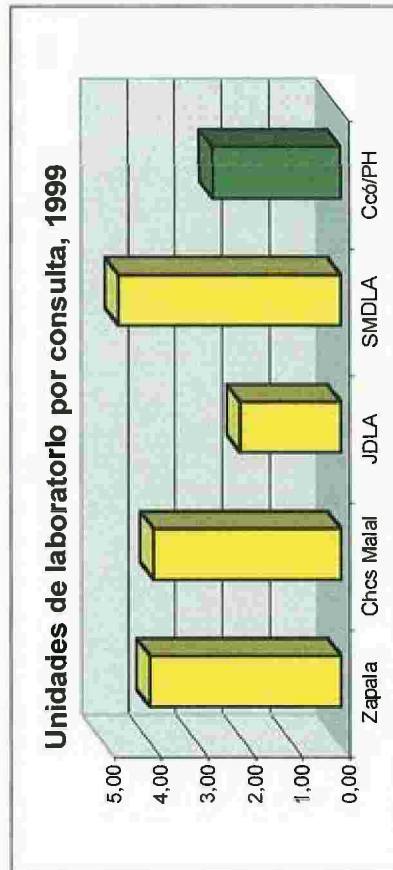
Agrupamiento según 8º clasificación.

Laboratorio y radiología, hospitales públicos de mediana complejidad, Prov. del Neuquén, 1999.

Hospital	Consultas	Egresos	Laboratorio		Radiología	
			Uds./año	Uds./consulta	Rx/año	Rx/consulta
Zapala	109.051	3.648	440.890	4,04	S/D	S/D
Chos Malal	59.354	2.084	234.866	3,96	11.009	0,19
JDLA	49.659	1.237	105.601	2,13	8.049	0,16
SMDLA	75.421	2.813	354.838	4,70	8.750	0,12
Ccó/PH	143.882	3.676	388.442	2,70	105,7	0,13
						5,27

Fuente: Area de información, SSS.

Se prefirió utilizar unidades y no determinaciones porque esa medida considera el esfuerzo proporcional que implica cada determinación.



**Indicadores relacionados con el Sector Salud
Area Cutral Có - Plaza Huincul**

Indicador	Htal. C.Có	Htal. P.H.	ST Públ.	Cl. C.Có	Cl. Nqn	San. PH.	ST Priv.	TOTAL AREA
Estructura de internación								
Camas disponibles totales	52	11	63	28	28	45	101	164
Camas de terapia intens.	0	0	0	6	5	8	19	19
Quirófanos	1	0	1	1	1	2	4	5
Salas de parto	1	1	2	1	1	1	3	5
Esterilización								
Autoclaves	1	1	2	1	1	2	4	6
Oxido de etileno	0	0	0	0	1	1	2	2
Equipos Diagnóstico								
Equipo radiología simple	3	2	5	2	2	2	6	11
Ecógrafos convencional	1	0	1	1	1	1	3	4
Ecografía doppler	0	0	0	1	0	1	2	2
Endoscopia digestiva alta	0	0	0	1	0	1	2	2
Broncoscopia	0	0	0	0	0	1c/video	0	0
Tomógrafos	0	0	0	1comp. c/San.PH.	0	1comp. Cl.C.Có	0	0
Mamografía	0	0	0	1	0	1	2	2
Resonancia Mag. Nuclear	0	0	0	0	0	0	0	0
Laboratorios	1	1	2	1	1	1	3	5
Laboratorio alta compl.	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros recursos diagnósticos	Ergom.	0	0	Erg./EEG	0	Aud./Erg./E	0	0
Recursos Humanos Salud								
Médicos (4)	30	6	36	23	20	70	113	149
Odontólogos (5)	6	3	9	3	0	6	20	29
Bioquímicos	3	1	4	2		1	3	7
Farmacéutico	0	0	0	0	0	1	1	1
Kinesiólogos	0	0	0	3	0	2	5	5
Psicólogos	1	0	1	2	0	3	5	6
Otros profesionales	2	0	2	1	0	4	5	7
Lic. En enfermería	1	0	1	0	0	0	0	1
Enfermeras profesionales (1)	10	2	12	0	0	9	9	21
Auxiliares de enfermería (2)	86	15	101	22	14	16	52	153
Técnicos radiología	6	1	7	2	2	3	7	14
Técnicos de laboratorio	9	1	10	2	1	4	7	17
Otros técnicos	2	0	2	S/D	0	5	5	7
Administrativos	23	2	25	S/D	6	25	31	56
Servicios Generales	29	8	37	S/D	8	25	33	70
Otros ag. Salud (3)	0	0	0	S/D	0	0	0	0
Total de agentes de salud	208	39	247	60	51	174	225	543
Indicadores de producción								
Consultas amb. x consult. (6)	63.767	14.689	78.456	220.368	26.233	6.000	252.601	331.057
Consultas guardia	51.748	13.678	65.426	S/D	S/D	1.440	1.440	66.866
Cons. Ambulat. Totales	115.515	28.367	143.882	220.368	26.233	7.440	254.041	397.923
Egresos Int. Gral.	3.431	325	3.756	1.668	1.558	1.800	5.026	8.782
Egresos U.T.I.	0	0	0	156	319	300	775	775
Egresos totales	3.431	325	3.756	1.824	1.877	2.100	5.801	9.557
% ocupación de camas	65,1	18	83,4	S/D	S/D	40	40	123
Giro camas	73,4	22	95,7	S/D	S/D	S/D	0	96
Promedio días de estada	3,2	3	6,4	S/D	S/D	S/D	0	6
Cirugías	1.290	0	1.290	S/D	S/D	480	480	1.770
Partos	622	21	643	S/D	S/D	190	449	1.092
Índice de cesáreas	18,6	0	18,6	40,2	40,2	43,7	41,5	60
Derivaciones (7)	2.224	S/D	2.224	S/D	S/D	S/D	0	2.224
Mortalidad UTI	0	0	0	S/D	S/D	S/D	0	0

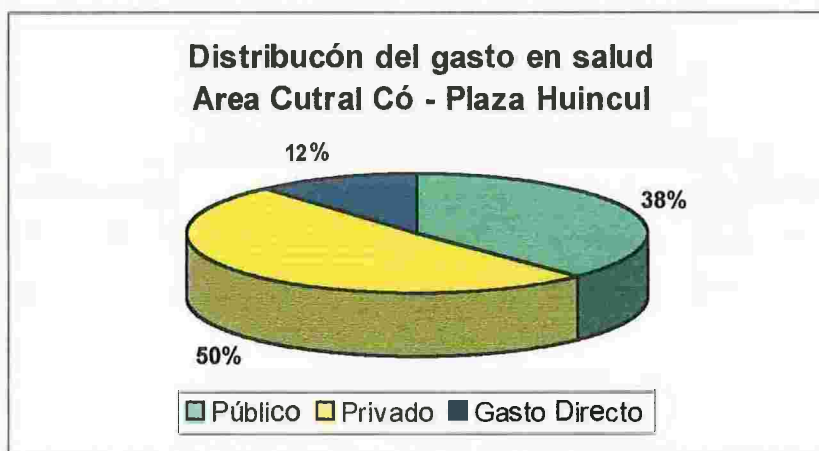
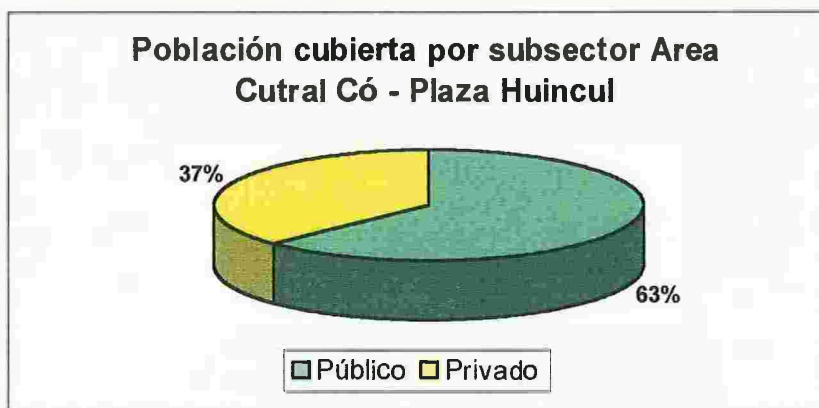
Fuente: elaboración propia con datos recabados por consulta a terceros.

- (1) incluye enfermeras con distintos tipos de títulos no universitarios
- (2) incluye asistentes dentales, agentes sanitarios, instrumentista y auxiliares de enfermería
- (3) Htal. Curral Có cuenta con aprox. 30 personas con planes transitorios de empleo que contribuyen con tareas de maestranza (Ley 2128).
- (4) Médicos: se contabilizaron en una sola institución, aunque trabaje en más de una. Se incluyeron profesionales itinerantes que atienden en el área aunque no residen en ella.
- (5) Odontólogos: en el sector privado figuran 11 que no dependen de las instituciones mencionadas.
- (6) Consultas: se estimaron las de la Cl. Cutral Có que no fueron informadas y se sumaron en esa celda otras del subsector privado. El dato antes comentado se estimó teniendo en cuenta información de ISSN respecto de consultas ambulatoria facturadas en el área.
- (7) Derivaciones: sólo figuran IC ambulatorias pedidas al Hospital Neuquén, no hay registro de otras (urgencias por ejemplo)

Gasto en salud en el AREA Cural Có - Plaza Huincul

Subsector	Items	Gasto anual	Población cubierta	Gasto por habitante
Subsector Público	Presup. Provincial	5.634.000	35.782	\$ 157,45
	Gastos por rec. finan.	200.000	35.782	\$ 5,59
	Serv. a terceros	36.000	35.782	\$ 1,01
	TOTAL	5.870.000	35.782	\$ 164,05
Subsector Privado	Internación	2.680.851	16.150	\$ 166,00
	Cons. Méd. Amb.	1.499.175	16.150	\$ 92,83
	Odontología	1.148.936	16.150	\$ 71,14
	Radiología simple	9.314	16.150	\$ 0,58
	Ecografía	137.912	16.150	\$ 8,54
	Tomografía	120.000	16.150	\$ 7,43
	Mamografía	72.000	16.150	\$ 4,46
	Laboratorio	374.020	16.150	\$ 23,16
	Medicamentos	310.000	16.150	\$ 19,20
	Cápita PAMI	1.560.000	5.000	\$ 312,00
	TOTAL	7.912.208	21.150	\$ 374,10
Subtotal Publico/Privado		13.782.208	56.932	\$ 242,08
Gasto directo de bolsillo		1.791.687	56.932	\$ 31,47
Gasto total en Salud		15.573.895	56.932	\$ 273,55

Fuente: elaboración propia con datos recabados en distintas fuentes primarias y secundarias



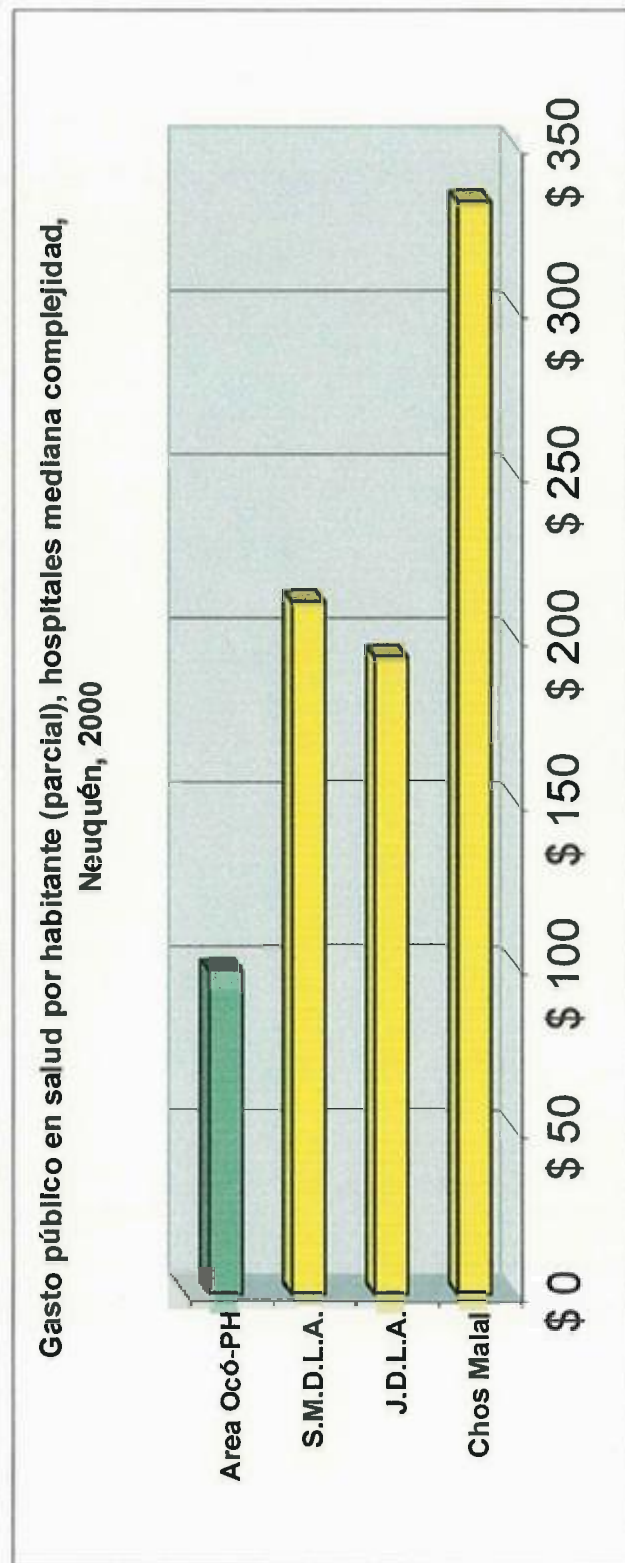
Presupuesto hospitalario (parcial). hospitales de mediana complejidad - Prov. del Neuquén, año 2000.

Hospital	Hab.	Presupuesto ejecutado año 2000				Relación gasto/habitante	
		Personal	%gasto per.	Bienes	Servicios	TOTAL	\$/hab./año
Chos Malal	14.459	4.446.120	92,4%	162.990	202.980	4.812.090	332,8
J.D.L.A.	13.060	2.347.190	92,5%	82.187	108.226	2.537.603	194,3
S.M.D.L.A.	20.865	3.876.313	88,1%	152.047	372.485	4.400.845	210,9
Area Ccó-PH	56.932	5.123.922	91,3%	109.933	375.547	5.609.402	98,5
Cutral Có	42.080	4.257.226	90,8%	98.575	331.978	4.687.779	111,4
Plaza Huincul	14.852	866.696	94,0%	11.358	43.569	921.623	62,1

Fuente: Dirección Gral. De Administración, SSS.

Para esta tabla no se consideró gastos en bienes de capital, ni insumos hospitalarios, por carecer de información precisa de algunos hospitales.

Tampoco se tuvo en cuenta el aporte que para cada hospital representa el Recupero Financiero.



Reproducción de la Ley Provincial N° 2220



LEY 2220

La Legislatura de la Provincia del Neuquén Sanciona con Fuerza de Ley:

Artículo 1º Autorízase al Poder Ejecutivo a convocar a licitación pública para la construcción de la obra: "Hospital Complejidad VI - Cutral C6-Plaza Huincul", con un presupuesto oficial tope de PESOS CATORCE MILLONES (\$ 14.000.000); un plazo de ejecución de setecientos veinte (720) días corridos y con proyecto edilicio y financiación a cargo de los oferentes. El proyecto de obra deberá ajustarse a las bases del Programa Médico Arquitectónico elaboradas por el área de competencia, la Subsecretaría de Salud de la Provincia.

Artículo 2º Autorízase al Poder Ejecutivo a contraer la deuda pública necesaria para el financiamiento de la obra citada, hasta el monto que resulte de la oferta más conveniente y dentro del límite indicado en el artículo 1º de la presente Ley.

Artículo 3º La modalidad de financiamiento se ajustará a las siguientes condiciones:

- a) Período de gracia de amortización de capital: un (1) año, contado a partir de la finalización del plazo de ejecución de la obra.
- b) Plazo de amortización del capital: cuatro (4) años contados a partir de la finalización del período de gracia.
- c) Tasa de interés: hasta un máximo del diez por ciento (10%) anual sobre saldos.

Artículo 4º Autorízase al Poder Ejecutivo a elaborar el pliego de bases y condiciones de la obra, acorde a la modalidad de contratación, financiamiento y pago aprobados por la presente Ley.

Artículo 5º Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura Provincial del Neuquén, a los treinta y un días de octubre de mil novecientos noventa y siete. - - - - -

CONSTANTINO MESPLATERE
Secretario

H. Legislatura del Neuquén

MIGUEL ANGELO CAVALLO
Vicepresidente 1º a/c. Presidencia
H. Legislatura del Neuquén

