

Maestría en Gestión de  
Servicios de Gerontología  
Trabajo Final de Maestría

Autora: María Flora Bulacio

**VULNERABILIDAD FUNCIONAL Y GERENCIAMIENTO DE LA  
SALUD EN LA TERCERA EDAD**

el caso de los adultos mayores del PAMI en Tucumán

2005

---

Directora de Tesis: Lic. Daniela Álvarez

*Citar como:* Bulacio, M. F. (2005). *Vulnerabilidad funcional y gerenciamiento de la salud en la tercera edad: el caso de los adultos mayores del PAMI en Tucumán.* [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.  
<http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/475>



# INTRODUCCION

La atención de los adultos mayores ha sido cuestionada desde múltiples ámbitos: políticos, financiadores, prestadores, usuarios, familiares y la mayor parte de la sociedad.

Se ensayaron a través del tiempo diferentes modelos prestacionales, pero no pudieron revertir la imagen negativa que ofrecía la atención de la salud de la tercera edad.

El presente trabajo es el análisis y evaluación de la implementación de una Red de Salud para los afiliados del Pami en Tucumán, como una alternativa estratégica a la atención de este grupo etáreo.

Sus aportes principales radican, en primer lugar, en ofrecer un modelo de gestión estratégica al orientar el sistema hacia el cuidado de la funcionalidad, principal indicador de salud de este grupo etáreo.

En segundo lugar, se trata de un modelo de innovación organizativa, al integrar una oferta prestacional nunca antes lograda en esta provincia, para posibilitar la continuidad de cuidados y equidad con todos los afiliados sin importar donde residan. Fue necesario un profundo conocimiento del contexto político-económico-social, de la demanda real, del mercado de la salud, de los intereses de los prestadores, de técnicas de negociación y del correcto manejo de formas de contratación e incentivos, entre otras cosas, para lograr que la red funcione como tal y tenga permanencia en el tiempo.

En tercer lugar, su análisis y evaluación se justifican ampliamente, si recordamos que son el grupo etáreo que más servicios de salud consumen representando un gran riesgo para sus prestadores. Alcanzar la eficiencia es un imperativo que se trata de investigar en el siguiente informe.

## **PLANTEO DEL PROBLEMA**

La crisis económicosocial que azotó a Argentina en el año 2001 produjo un gran deterioro de la salud de la población, en especial de los grupos de mayor riesgo como los adultos mayores. Este efecto se potenció en Tucumán, una de las provincias más castigadas por el desempleo y la pobreza. Ello incrementó notablemente la demanda de servicios, poniendo en riesgo a todos los actores del sistema de salud.

Debemos tener presente, además, que los adultos mayores vivieron siempre esta etapa de su ciclo vital como una cadena de desventuras. A la pérdida del vigor físico se suman el deterioro de las funciones intelectuales, la pérdida de la actividad laboral con un sentimiento de improductividad por el exceso de horas libres, la pérdida de sus seres queridos, la discriminación al anciano en la familia y en la sociedad por su lentitud y discapacidades, entre otros padeceres. Si a todo esto añadimos una sociedad que identifica vejez con enfermedad, estaremos en presencia de la biomedicalización de todos sus problemas. Más aún, la crisis económica en el seno de las familias de los mayores, obligó a todos a salir del hogar en busca de trabajo, con lo que el soporte familiar disminuyó notablemente y ello derivó en falta de cuidados. Todos estos factores fueron determinantes de un aumento de la demanda de atención.

Se superaron todas las previsiones que pudieron tomarse y ello se tradujo en turnos prolongados, trato descortés, falta de camas de internación, por mencionar alguna de las quejas más frecuentes de los usuarios.

Los prestadores, a su vez, adujeron falta de políticas sustentables para la tercera edad, inestabilidad contractual por vaivenes políticos, contratos a corto plazo que desalentaban la inversión, inseguridad de cobro, cápitas sin cálculos actuariales serios ya que no contemplaban la demanda real y el aumento de los costos. Todo esto ponía en peligro su patrimonio y creó gran incertidumbre.

Los financiadores también sufrieron el impacto de la crisis financiera, y se resistieron a aumentar el pago por las prestaciones, haciendo caso omiso de una realidad más que evidente. Se limitaban a transferir el riesgo a los prestadores y hechar culpas a la intermediación del desfasaje de los costos.

Con respecto al rol del estado, si bien había comenzado a ejercer su función de regulación en algunas áreas de la salud, no sucedía así en lo que atañe a los adultos mayores. Las acciones intersectoriales eran dispersas lo cual quitaba eficacia a los esfuerzos. La fragmentación de los actores atentaba contra la calidad de salud de la tercera edad y el uso eficiente de los recursos.

La crisis económicosocial de fines de la convertibilidad causó estragos en la salud de la tercera edad, incrementando notablemente la demanda de servicios, el consumo de recursos valiosos y los costos de su atención, y a pesar de los esfuerzos no se lograba revertir la situación.

Brindar atención médica sin tener en cuenta la situación socioeconómica y política actual, era navegar teniendo en cuenta solo la embarcación y olvidando las condiciones del mar y de los vientos.

### **Se debía gerenciar la crisis de salud de la tercera edad.**

¿Medicina asistencial o medicina biopsicosocial? El enfoque biomédico basado en la enfermedad, había sido hasta entonces, la respuesta de los servicios de salud a las necesidades de los adultos mayores. Esa tarea netamente asistencial y ocasional, era insuficiente. La medicina tradicional, que muestra catálogos de enfermedades, como lo hace un biólogo con las hojas de los árboles, no servía. La enfermedad de nuestros ancianos era y seguirá siendo física, psíquica, familiar y social al mismo tiempo.

¿Sistema fragmentado o redes de colaboración? En Tucumán la atención de los afiliados del INSSJP en los últimos 10 años, estuvo a cargo de una asociación de Sanatorios (ACES). Ella contrató los prestadores para cubrir las prestaciones de todos los niveles asistenciales, en cantidad suficiente para cubrir las tasas de uso sugeridas en los contratos con el INSSJP y distribuidas en todo el territorio de la provincia. Hasta fines del año 2001, todo transcurrió sin grandes problemas a pesar de las dificultades de atender un contrato de riesgo. En los años siguientes se tomaron previsiones para atender la creciente demanda, pero para el año 2004 la situación era insostenible. Pretender mayores ingresos por parte del instituto era imposible en el corto plazo. ¿Qué medidas tomar para poder continuar el contrato sin desfinanciarse? Se decidió implementar una nueva modalidad de organización de la oferta prestacional: una Red de Salud, que mediante la reciprocidad de sus

integrantes permitiría realizar un uso más eficiente de sus recursos. Hasta entonces, , solo habían sido un conjunto de prestadores, donde cada uno realizaba su tarea sin relación entre ellos. Quizás las ventajas de esta nueva forma de organización permitiría satisfacer a prestadores sin resignar la calidad que requiere el afiliado. Los unía el terror de luchar juntos contra la pobreza , la soledad, la desnutrición, las complicaciones de las enfermedades crónicas y la ignorancia del cuidado de la propia salud.

**¿Cuáles son las innovaciones que se realizaron para pasar de una asociación de empresas de salud a un red de salud? ¿Qué aportes pueden sugerirse para mejorar su funcionamiento? ¿Es la implementación de una red de salud la alternativa más eficiente y eficaz para atender la salud de los adultos mayores?.**

## **JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo incursiona en la gestión y economía de la salud, al orientar estratégicamente la atención de los adultos mayores hacia el cuidado de su funcionalidad, cuya pérdida ocasiona grandes erogaciones a los sistemas de salud. Es además un ejemplo de innovación organizativa al implementar el trabajo en red, el cual incrementa la eficiencia del sistema al posibilitar una mejor utilización de los recursos. Todo ello, sin desmedro de la calidad de la atención médica, sino por el contrario, obteniendo mayor satisfacción del usuario. Su relevancia reside en ofrecer una alternativa válida para quienes gerencian la atención de la tercera edad, identificada con insatisfacciones y costos crecientes.

## **OBJETIVO GENERAL**

Analizar y evaluar la implementación de una Red de Salud, como alternativa para la atención de los afiliados del INNSJP de la Provincia de Tucumán, a la vez que proponer medidas que optimicen su funcionamiento.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- J Analizar el contexto político, económico y social de la provincia.
- J Analizar las características demográficas y epidemiológicas de la población bajo cobertura de la red.
- J Analizar las innovaciones organizativas de la oferta prestacional para lograr implementar el trabajo en red.
- J Analizar los principales cambios en los procesos para pasar de una agrupación de sanatorio a una red de salud.
- J Evaluar los resultados de la red de salud y compararlos con los obtenidos en el sistema antes de su implementación.
- J Evaluar el impacto de la red en la salud de la población de adultos mayores y compararlos con los obtenidos en el sistema con anterioridad su implementación.

## **METODOLOGÍA**

El presente trabajo es llevado a cabo en la provincia de Tucumán, en el año 2006, en la empresa prestadora de servicios a los afiliados del INSSJP, denominada ACES TUCUMAN. La misma, como se anticipó, esta formada por prestadores, sanatorios y demás instituciones, asociados para dar las prestaciones de todos los niveles en toda la provincia.

Se analizan los datos obtenidos en los años 2002-2003 anteriores a la implementación de la red, y se los compara con los obtenidos en los años 2004-2005 posteriores a la implementación de la misma.

Por su finalidad se trata de una investigación aplicada y por sus objetivos es un estudio descriptivo de carácter analítico y evaluatorio. Es un diseño no experimental con datos cualicuantitativos, de fuentes secundarias, de corte transversal.

Las unidades de análisis son los nodos que forman la red , así como los vínculos que se establecen entre ellos para corroborar su funcionamiento como tal.

El mismo toma como población a estudiar, la totalidad de los integrantes de la oferta prestacional y los afiliados que solicitan atención o son atendidos en sus domicilios; de ese modo se obtiene una muestra al azar, bastante significativa de la realidad que se enfrenta.

Las variables e indicadores tendrán en cuenta el análisis de las características de las diferentes áreas de la empresa.

Las técnicas de recolección son acordes a dichas dimensiones e incluyen encuestas, supervisiones y datos estadísticos obtenidos de los softwares de ACES. Las fuentes de dichos datos son los afiliados y los prestadores. El procesamiento informático es realizado por la empresa en base al material entregado por los encuestadores, supervisores, autorización de estudios y estadísticas presentadas por los prestadores para respaldo de sus actuaciones.

En base a dichos datos se construirán los tableros de control e indicadores pertinentes a cada área y a la relación entre las mismas.

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

En lo que respecta al contenido, como puede verse es bastante amplio, lo cual puede criticarsele falta de profundización en algunos items. Sin embargo no se quiso reducir el panorama para tener al oportunidad de mostrar y analizar una experiencia pocas veces relatada y que puede servir de ayuda a otros. Concientes de esta posible falencia, el trabajo puede ser base para que otros traten de perfeccionarlas.

En lo que atañe a la técnica de evaluación, los indicadores fueron escogidos acordes a las características de la organización, por lo que no se descarta que existan otros que puedan aplicarse. El tiempo y factibilidad de acceder a más datos también son factores que limitan las posibilidades de este estudio.

Es de esperar, sin embargo, que pueda servir de orientación a quienes trabajan en esta difícil tarea de atender la problemática de la salud en la tercera edad, tarea desgastate si no se cuentan con las motivaciones y herramientas apropiadas.

# **MARCO TEÓRICO**

## **CAPITULO I**

### **REDES ¿ DESCUBRIR EL TESORO ESCONDIDO?**

## **Hacia el pensamiento de las redes**

Cuando se habla de redes, inmediatamente se piensa en millones de personas comunicándose mediante la red informática y todo nos parece inverosímil. Olvidamos que el hombre es un ser social y desde que nace hasta que muere esta inmerso en una red de interacciones constantes, aunque no se hable de ello. De niño a adulto mayor, el hombre pertenecía a una familia y a una sociedad con quienes se comunicaba. No se mencionaban a las redes, pero allí estaban.

Y se piensa en la salud del ser humano, conocemos que la misma depende de la interacción del bienestar físico- psíquico- social; de modo que cada hombre es una red en sí mismo. Sin embargo, desde la misma medicina se encargan de reducirlo a aparatos y sistemas en manos de la superespecialización. Destrozado en sus vínculos, la integridad del ser humano es un recuerdo. Debemos resignificar términos como redes para volver a los orígenes.

La Real Academia define a las redes, entre sus acepciones, como un conjunto y trabazón de cosas que obran a favor o en contra de un fin o de un intento.

Sin embargo, conviene hacer un poco de historia del pensamiento de las redes (1). La edad moderna fue el reino de la razón. Ella nos permitía acceder a la verdad mediante el conocimiento científico y sus leyes racionales. La vida del hombre estaba regida por las leyes de la ciencia y se esperaba que fuera objetivo y cumpliera las reglas. Este conocimiento objetivo priorizaba los estándares, lo cuantitativo, los instrumentos de medida para evaluar la realidad. La física newtoniana concibe la organización social como una máquina que funciona de acuerdo a un modelo técnico. Así, el que planifica sabe a priori lo que ocurrirá al final. Es un modelo de pensamiento lineal, y sin restarle méritos por su contribución a la ciencia, solo tiene valor en contextos estables.

Luego de la Segunda Guerra Mundial surge una mirada opuesta. El hombre ante tanto horror vivido vuelve la mirada a su interior. El pensamiento lineal centrado en la razón pierde valor ante los cambios turbulentos nace un pensamiento complejo capaz de conciliar diversidad de criterios, comportamientos y relaciones sociales. Comienza a verse el cambio como un proceso permanente.

Esta cultura de la complejidad visualiza el universo como una red de interacciones. La modernidad mostraba una organización piramidal donde la cúspide era el centro de poder; ejemplo de ello fueron los hospitales con estructura jerárquica y sin conexión entre servicios. Aquí, se rompen las pirámides y la relación entre personas se concibe mediante redes donde todos interactúan en la diversidad. Por ello se dice que las redes son heterárquicas ya que se alejan de las formas jerárquicas que imponen su única verdad; no niegan la jerarquía sino coexisten varias de ellas.

En las redes un todo no es la suma de las partes, sino que debemos añadir el complejo entramado relacional. El conocimiento ya no busca la certeza y la predicción, sino la creatividad, intuición e innovación.

Las organizaciones sociales deben ser pensadas como redes de interacciones hacia el interior y exterior de las mismas. Los actores involucrados deben tomar conciencia de su existencia y reflexionar permanentemente con otros para su mejor funcionamiento.

La noción de red social implica un proceso de construcción permanente (1), tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos.

Este concepto pone de relieve algunas características fundamentales de las redes (2).

\_La red es una modalidad organizativa y de gestión basada en una estrategia de articulación e intercambio entre sus actores.

\_ La red como sistema abierto, permite el ingreso y egreso de sus integrantes, así como cambios en sus funciones. Alguien que presta servicios puede ser en otro momento administrador, alguien que enseña puede aprender, alguien que solicita una opinión puede darla. No existe una compartimentación, a diferencia de las

estructuras verticales burocratizadas. El espacio en red no tiene límites precisos, dada la naturaleza dinámica de sus relaciones, pudiendo expandirse o contraerse según sean sus fines.

\_La multicentralidad de la red, se opone al esquema piramidal, donde todo sale desde o va hacia un centro único. Asimismo cuestiona el paradigma del archipiélago, donde cada unidad funciona aisladamente sin conexión entre sí. Propone en cambio la heterarquía donde pueden coexistir varias jerarquías en permanente intercambio.

\_La misión y visión de la red deben ser compartidas por todos, así como los objetivos y estrategias. De esa manera se cohesionan las relaciones.

\_La autoridad en la red no es central, ya que al compartirse recursos las decisiones se toman en común.

\_Las decisiones en la red son resultado de negociaciones entre los actores y están orientadas a la necesidad de asegurar el flujo de recursos para la supervivencia.

\_ Los actores de la red son muchas veces organizaciones con identidades propias, que deciden asociarse voluntariamente para desarrollar acciones comunes con finalidades compartidas.

\_ La interrelación entre los actores se expresa por relaciones de interdependencias, mas o menos duraderas.

\_ Los procesos son conducidos por acuerdos entre las organizaciones para el intercambio de recursos.

\_ La reciprocidad de la red significa que se puede solicitar ayuda pero también se debe estar dispuesto a ayudar.

\_ La flexibilidad de la red permite adaptarse rápidamente a los cambios.

\_La información en la red es un valioso recurso que debe ser compartido por todos.

\_La coordinación en la red es fundamental para monitorear las relaciones entre los actores, la cual se establece mediante acuerdos formales o informales.

## **Componentes y estructura de las redes**

En la estructura de las redes podemos encontrarlos (4) :

\_ **Nodos:** Son los núcleos que conforman la red, entre los cuales se establecen relaciones. Ej personas, grupos, organizaciones, etc. En el caso de la salud serían las diferentes áreas o departamentos de la empresa.

Evidentemente, para que una red tenga estabilidad y funcione con eficiencia, debe existir un centro estratégico, cuya función es dinamizar y regular los nodos, alineando a todos con la estrategia común. En realidad, para evitar caer en esquemas jerárquicos se lo considera un nodo más.

\_ **Vínculos:** Es la relación que se establece entre los nodos. Existen nodos centrales y periféricos, entre los que circulan distintos flujos. Podemos decir que la red no es un conjunto de nodos sino un sistema de vínculos. El intercambio se puede realizar en diferentes direcciones.

La articulación se debe lograr entre: niveles de gobierno (nacional, provincial, municipal), intersectorial (salud, educación, ong, economía, política social, etc), entre ámbitos ( público, privado, obras sociales), por regiones geográficas entre otras.

## **Principios del funcionamiento de una red**

El trabajo en red es una estrategia de intercambios entre personas, que se asocian voluntariamente para compartir sus esfuerzos con miras a fines comunes.

Lo esencial es que se conectan personas, más allá que se compartan recursos materiales, a los cuales representan. No se conectan cargos o insumos sino personas, por lo que el recurso humano es fundamental.

Se trata de establecer un equilibrio dinámico en el funcionamiento de la red, de allí la importancia del vínculo personal y de fomentar una visión y misión compartidas. Es necesaria la participación de todos para analizar los problemas y consensuar estrategias. Por ello se genera un vínculo de carácter horizontal, de relación entre pares, plasmado en acuerdos normativos entre ellos sin dejar de lado la espontaneidad de las relaciones.

Otros valores esenciales en una red son la confianza y la reciprocidad por la cual se comparten recursos. En una red se fortalece la participación de todos y emerge la heterogeneidad existente en la realidad que vivimos. Las redes de salud serán tan heterogéneas como la misma ciudad porque sus recursos son diferentes y deben dar respuesta a necesidades diversas. Esto favorece su flexibilidad y adaptabilidad.

## **Gerenciamiento y redes**

Durante el siglo XX la administración transitó por distintos enfoques cuyas diferencias señalaremos a continuación (2).

Las formas administrativas que conocemos tienen un origen antiguo, una especie de apropiación por parte de las escuelas administrativas del pensamiento de la organización del ejército prusiano y del pensamiento burocrático. Farol sostenía que la autoridades el cemento de la organización.

El modelo gerencial tradicional tiene una estructura formalista de la organización; basta diseñar un organigrama, describir funciones, circuitos, normas y formularios para planificarla. Esta visión tiene varios errores:

- \_ Versión simplista de la organización: Al suponer que basta diseñar estructuras para que funcionen automáticamente, ignorando los complejos factores que determinan el comportamiento organizacional.

- \_ Falta de flexibilidad: La insistencia por imponer la “camisa de fuerza formal” se opone a la posibilidad de adaptación a entornos cambiantes. La flexibilidad requiere violar muchas veces principios de administración. No se tendrá flexibilidad con unidad de mando, división detallada del trabajo, compartimentalización, etc. Las organizaciones modernas exigen readaptaciones permanentes.

- \_ Dicotomía planificación-implementación: Mientras en la organización piramidal se separa el planeamiento de la implementación, en la moderna se los une en un proceso de aprendizaje donde los feedbacks realimentan el circuito permanentemente. El intento de separar los dos procesos no es eficaz.

- \_ Políticas de personal obsoletas: En las organizaciones tradicionales la política de personal consiste en seleccionar personas que cumplan las funciones descritas; son unidades puramente administrativas y sin posibilidades de

innovación. Su motivación es la filosofía de la “zanahoria y el palo”, recompensa y castigo. El personal percibe los mensajes de la gerencia como manipulativos y la organización como un lugar hostil. Un estudio del MIT encontró que “es más productivo tener una fuerza de trabajo cooperadora y poca tecnología sofisticada, que poseer los últimos avances tecnológicos con un personal desencantado”.

\_ Errores en la formación de los gerentes: Se los prepara para la obtención de logros económicos y no en las tecnologías para obtenerlos. No son entrenados para aprender y pensar. Planifican para el corto plazo. Evitan la relación con el personal pensando que pueden interrumpir sus programas de trabajo.

Hoy muchas escuelas de la organización plantean que la unidad de mando no es imprescindible para la producción. Desde muchos ejes está apareciendo que, sobre todo en servicios o en organizaciones talentointensivas, la unidad de mando no es garantía, sino a veces el obstáculo para poder sacar lo mejor de la gente.

La nueva gerencia es escenario de transformaciones en el modo de conducir las organizaciones, a saber:

\_ Desarrollo de capacidades para gerenciar en la complejidad: El contexto en que se desarrolla la nueva gerencia esta signado por la turbulencia. Los cambios son incesantes y a ritmo acelerado. Las comunicaciones a nivel internacional han transformado el mundo en una “aldea global”, donde se destruyen barreras políticas y se abren mercados, pero al mismo tiempo se maximiza la interdependencia. Se transfiere información rápidamente, hay flujo de personas y servicios, todo lo cual influye en la forma de estructurar las organizaciones. ¿Cómo planificar cuando las previsiones deben abarcar innumerables factores interrelacionados? ¿Cómo prever en una época donde el pasado deja de ser referente porque el futuro es tan diferente?

La organización ya no opera en condiciones de estabilidad con competencia limitada, sino en la turbulencia y con una competitividad creciente. En el modelo tradicional el gerente actúa de acuerdo a la ideología de la organización; hace previsiones para el futuro a partir de extrapolar el pasado, lo cual puede llevarlo a errores. En la nueva gerencia se sugiere ajustar las decisiones presentes, no a partir del pasado, sino de los futuros previsibles ( feed forward); y se ofrecen nuevas herramientas para incrementar la capacidad de pensar ( escenarios, simulaciones

entre otros); debe acostumbrarse a capitalizar las otras opiniones para manejar varios escenarios posibles y tener una visión más completa.

\_Construir organizaciones flexibles: Para lograrlo son claves la visión compartida, descentralización y rotación. Se tenderá a reemplazar la estructura piramidal por net Works o redes de unidades intervinculadas que se irán reestructurando según las necesidades. Ello favorece su flexibilidad hacia el mercado, en su organización, en la política de recursos varios, etc.

\_ Movilizar hacia la participación: La cooperación que se logra favoreciendo la participación es fundamental para la productividad. En ese sentido, la información compartida juega un rol fundamental porque el personal se involucra en los procesos cuando conoce lo que pasa. De ese modo se logra aumentar la capacidad de análisis de la organización. Sin embargo existe gran resistencia a compartir información con todos ya que para la vieja gerencia, equivocadamente, el poder reside en la información y no desean cederlo. De ese modo, la gran masa de información puede ser usado para rigidizar o flexibilizar la organización.

El perfil del gerente actual incluye experiencia en: formular estrategias, políticas de recursos humanos, negociación y solución de conflictos, mercadeo y ventas. Se desplazó la atención desde lo puramente económico a las exigencias de los entornos inestables.

El fin de la centuria es la hora de retirada de la gerencia tradicional para dar cabida a la visión de las organizaciones como redes. Hoy las organizaciones viven una realidad caótica y compleja, donde la razón no alcanza, ni tampoco el conocimiento técnico. Es necesario poner intuición y emoción en lo que se hace.

Incluso se puede entender que las organizaciones modernas sean complejas pero conducirlas no es fácil. Es necesario incorporar otras visiones, otras disciplinas, comprender que lo bueno y malo coexisten, asumir la imprevisibilidad y el riesgo. Se requiere flexibilidad, consensuar, hacer en el desorden, dar contención ante los problemas.

La formación de los administradores debe ampliar sus enfoques, para pensar mejor, para abrir caminos, para incorporar nuevas ideas y comprometerse con nuevos valores y con los cambios requeridos.

Todos los líderes y el propio personal de las instituciones son vitales para el logro de objetivos, más allá de las condiciones individuales de quien dirige. En consecuencia la capacitación estará dirigida no tan sólo a los gerentes superiores sino a al personal en su totalidad.

La organización es visualizada como una red compleja de relaciones entre las distintas partes que la conforman (6). Cada parte conoce dinámicamente a cada una de las otras. El valor de un elemento lo determinan los nexos, la red de relaciones y el estado de los otros miembros. El significado de las partes está determinado por el conocimiento previo del todo. El todo está en cada parte y éstas a la vez están en el todo, lo conocen y pueden reproducirlo (imagen holográfica). La organización se transforma en un conjunto de pequeñas organizaciones, administradas con un máximo de interdependencia. La conexión de las partes está dada por un intenso sistema de comunicación, en el que todas las informaciones son distribuidas igualmente por todos los sectores. Cada una de las partes sabe bien que pasa en las otras. Las personas forman parte de un sistema social común, comparten ideas y objetivos, tienen polivalencia funcional y sentimiento de pertenencia, sin forzar la conformidad. Los liderazgos son alternativos y variables y aún voluntarios.

Un modelo de redes no es incompatible con responsabilizar, con gente que se hace cargo. Es más liviano tener a cargo una red solidaria y al mismo tiempo es posible que cada paciente sienta que tiene alguien que se hace cargo de su problema. En el esquema anterior "el paciente en el momento que entró a mi servicio por interconsulta es mi responsabilidad, en el momento que salió de aquí ya no es mi problema", como dice Rovere. La idea no es que son todos igualmente, al contrario, fortalecer la identidad, al comprender que son parte de un engranaje donde todos tienen su tarea pero están dispuestos a cooperar para lograr un fin común.

Desde lo estratégico, hay que salir del dilema de generar cosas de abajo para arriba o de arriba para abajo. Los procesos se generan desde donde se puede. Por lo que también a veces se generan por el medio. Es necesario ir avanzando en su construcción desde el lugar y las posibilidades de cada uno.

Los códigos básicos de los nuevos enfoques de la administración tienen mejor cabida en las redes y el trabajo en red:

\_ Diversidad, pluralidad, inclusión, interacción, dinámica, complementariedad, interdisciplina, flexibilidad, compatibilización, negociación .

\_Democracia, convocatoria, aproximación, participación, influencia, objetivos comunes, equidad, solidaridad, sustentabilidad, aceptabilidad moral, compromiso, nueva relación, cooperación, colaboración, comunicación, transparencia, satisfacción, creatividad, innovación, cambio.

El trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

La red es el resultado de esa estrategia y constituye una modalidad organizativa y de gestión, que adoptan los miembros que deciden esa vinculación, cuyas características dominantes son : la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones.

La esencia del trabajo en red es la decisión voluntaria de dos o más personas, instituciones o áreas institucionales, de desarrollar una tarea en común, en procura de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la identidad de los participantes.

El vínculo así generado tiene carácter horizontal, de relación entre pares, acotado por los acuerdos normativos que entre ellos establezcan, por fuera de las regulaciones burocráticas de las respectivas instituciones a las que pertenecen o puedan pertenecer.

Las redes pueden ser vistas como sistemas, en cuyo caso puede decirse que se trata de sistemas bien definidos ya que tienen una clara finalidad, pero están abiertos en sus límites, quedando a criterio de sus miembros y de los acuerdos que entre ellos establezcan, el dimensionamiento y la conformación última de la red.

La modalidad de gestión en red constituye un importante cambio en el paradigma acerca de la administración de sistemas , superador del anterior ya que resulta inclusivo de la participación, la interdisciplina y la articulación intersectorial. En muchos países y en particular en Argentina, el desarrollo histórico de los sistemas de salud generó formas administrativas mixtas o plurales con organizaciones dependientes del subsector público estatal, de la seguridad social y del ámbito privado, conformando subsistemas de servicios cuyos relacionamientos están

fuertemente restringidos por las propias normativas de las respectivas dependencias subsectoriales, afectando la efectividad y la eficiencia global.

Reconciliar reglas y circuitos puede resultar muy difícil, no obstante la buena voluntad, en tanto que la red ofrece un camino simplificado de superación.

## **Finalidades del trabajo en red**

Para la generación de una red es imprescindible que exista un ideario compartido. Estos fines no reemplazan ni colisionan con los fines de las organizaciones participantes, ni con las funciones o estructuras formales existentes, sino que en general los complementan, aunque introducen cambios profundos en su concepción y funcionamiento.

La intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar por complementariedad una mayor capacidad resolutive, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace como producto del intercambio y la colaboración (2).

En las redes se busca aprovechar el valor de la heterogeneidad para beneficio del conjunto.

Es conveniente no normalizarlas ni regularlas demasiado para no caer nuevamente en esquemas rígidos perdiendo la flexibilidad y resolutive que las caracteriza.

Aunque el trabajo en red se orienta al mediano y largo plazo, está siempre atenta a solucionar las urgencias por la prontitud de su respuesta, al contar con múltiples recursos interconectados y disponibles.

## **Redes de salud y sus niveles de abordaje**

Dado que la salud debe tener un enfoque biopsicosocial, es imposible pensar que se resuelve en el consultorio médico. Es innegable la importancia del soporte familiar, comunitario, del sistema de salud, educativo, económico y político, entre otros. Esto se potencia si nos referimos a los adultos mayores, en quienes estas carencias determinan un gran impacto en su salud.

Se sugieren los siguientes niveles de abordaje (2):

### **Red Personal:**

Según C. Sluzki, la red social personal es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Esta red contribuye sustancialmente a su reconocimiento como individuo y constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad y adaptación a una crisis. (Sluzki, 1996)

Existe evidencia comprobada de que una red personal estable, sensible, activa y confiable protege a las personas de las enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de los servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la supervivencia, es decir, es salutogénica. Podemos afirmar que existe una correlación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud (Sluzki, 1996).

Se ha comprobado, que la mortalidad es mayor en los pacientes con redes sociales mínimas. Al no considerarlas, la calidad prestacional disminuye notablemente. La falta de soporte familiar en los ancianos es causa de falta de control periódico de salud, falta de adhesión al tratamiento, falta de autocuidado de salud, estudios incompletos, internaciones prolongadas o reiteradas, complicaciones de sus enfermedades de base, descompensaciones generales por falta de cuidados, etc.

Si bien este enfoque no está incluido en la semiología médica, es fundamental la interconexión entre los diversos integrantes del equipo de salud, en forma primordial, y con los integrantes de la red social del paciente, de modo articulado y coherente.

Además, no solo interesa llenar un formulario con los integrantes de la red personal del paciente, sino indagar sobre las características de dichas relaciones que podrían ser el soporte necesario.

La historia clínica del paciente, centrada en la consulta por patología, sería importante que incluya la red social personal, lo cual determina la necesidad de armar carpetas familiares y/o por núcleos habitacionales.

La red social personal podría ser registrada en forma de un mapa, construido con la interacción del consultante.

La información proporcionada se sistematiza en cuatro grupos, a saber:

- familia: precisando en este punto no sólo como está compuesta, sino las relaciones que resultan más significativas. Desde este punto de vista, es importante incluir la familia nuclear y la extensa, sin prescindir de aquellas que estén geográficamente distantes.
- amistades : éstas resultan altamente significativas en el caso de migraciones, que determinan una pérdida o disminución de las relaciones familiares de sostén; también es importante indagar por las relaciones de vecindad, que pueden constituirse en apoyos importantes para la persona.
- relaciones laborales: muchas veces estas relaciones son las únicas que una persona posee, fuera de su ámbito familiar.
- relaciones comunitarias, de servicio o de credo: pueden conformar un mundo significativo de pertenencia, posible de ser activado en caso de necesidad

Este mapeo posibilitaría, por un lado, contar con un banco de recursos que puedan operativizar acciones que trascienden el área de la salud.

### ***\_ Red Comunitaria***

La estrategia de Atención Primaria de la Salud, proponía constituir el equipo de salud con la participación de la población destinataria. Esto se oponía al modelo de atención centrado en la demanda espontánea. Sin embargo, la participación residía en convocar a la gente a una serie de actividades planificadas dentro de determinados programas. Dichos programas se implementaban en forma vertical, con gran desarticulación entre ellos.

Esto acarrea problemas: cuadrícula de la población según el programa, confundir asistencia con el protagonismo activo y la pérdida de la riqueza de la diversidad al masificar a la población.

Para corregir dichos errores se propone:

- Historizar el diagnóstico sanitario: los servicios de salud acumulan estadísticas, experiencias, percepciones y valoraciones acerca del problema. Toda esta información, que la mayoría de las veces se encuentra dispersa,

resulta importante de recolectar y sistematizar, teniendo hoy en día recursos técnicos suficientes para ello.

➤ Considerar a la población destinataria como actor social, al igual que al equipo de salud: actor social es tanto una persona como un grupo u organización, capaz de transformar activamente su entorno al mismo tiempo que se transforma a sí mismo. Sólo la participación activa de los integrantes de una comunidad (barrio, municipio) junto al equipo de salud, posibilita la construcción de mapas que identifiquen a la totalidad de los destinatarios e la atención. En los últimos años se han comenzado a utilizar los Sistemas de Información Georreferenciados (SIG). El S.I.G. es un conjunto de herramientas integradas en un sistema automatizado capaz de coleccionar, almacenar, manejar, analizar y visualizar información referenciada geográficamente. Es imprescindible que la población participe activamente en la gestión de la información, en su sistematización y en el conocimiento que de ella se derive.

➤ Confeccionar carpetas de las familias que habitan en el área de responsabilidad del efector: Éstas reemplazan a la tradicional historia clínica, centrada en el individuo atendido en consultorio por patología. Estas carpetas introducen la visión de la familia en el contexto del programa y posibilita la construcción de un sistema para generar información oportuna, identificar situaciones de riesgo y patologías predominantes, contar con un banco de recursos comunitarios, entre otros. Permite ubicar sectores para optimizar la atención de la salud, organizar acciones de prevención, obtener información sistemática, etc. Para ello se debe agregar a la atención en consultorio, la visita domiciliaria, que permite conocer el contexto donde se debe atender la salud.

➤ Posibilitar la accesibilidad de la población a la información obtenida: contribuye fuertemente a enriquecer la información obtenida a través del análisis compartido de las correcciones y agregados realizados.

➤ Organizar procesos sistemáticos y participativos de monitoreo y evaluación de los programas: De manera especial, cabe resaltar la importancia de que los resultados de las evaluaciones lleguen a manos de la población destinataria, convertidos en información ágil, clara y precisa, proporcionando

elementos que les permitan reformular y enriquecer tanto su participación como el cuidado de la salud.

### ***\_Redes Institucionales***

Son las que se establecen hacia el interior de la institución de salud. Tradicionalmente las instituciones de salud se organizan en forma piramidal, compartimentada por departamentos y servicios. La comunicación se realiza en orden descendente y unidireccional. Se ignoran las pautas de contexto y las múltiples relaciones entre las personas que se desempeñan en la institución.

En la perspectiva de las redes, el enfoque es opuesto y para optimizar su funcionamiento se recomienda:

- Participación activa de los distintos sectores de la organización en los proyectos institucionales: profesionales, técnicos, administrativos, etc.
- Promover e incrementar las relaciones entre los diversos integrantes: “cultura del relacionamiento” en detrimento de feudos.
- La construcción de un campo interdisciplinario: lo que se pone en marcha primero es la relación entre las personas y luego en el plano científico. Afianzar la colaboración y cooperación, es clave para compartir el conocimiento.
- Pensar al paciente atendido por la institución y no por una sumatoria de servicios: generalmente es el paciente quién circula por los diferentes servicios de la institución donde barreras infranqueables fragmentan su atención. La estructura organizacional lo cuadrícula a él y a su asistencia, existiendo en el mejor de los casos solo papeles con breves consideraciones sobre su salud, en las historias clínicas. Entre instituciones la *brecha es mayor aún*.

### ***\_Redes de establecimientos y servicios***

La relación se establece entre diferentes instituciones; generalmente se agrupan por especialidades (ej. red de pediatría, de geriatría, salud mental, etc.). Lo *importante no es resolver su creación sino fortalecer los relacionamientos para que funcionen como tales*.

También incluyen la relación entre los subsectores público, de la seguridad social y privado, tanto a nivel local, provincial, regional y nacional. Esta articulación es una de las más difíciles de lograr, ya que implica cuestiones presupuestarias provinciales y/o municipales, las que a la vez implican políticas de gobierno.

Las redes habían sido concebidas hasta esa fecha como la articulación entre hospitales clasificados según su nivel de complejidad y vinculados predominantemente en forma ascendente para la derivación de pacientes desde los puestos y centros de salud a los hospitales más complejos, acompañando los procesos de regionalización provinciales.

El nuevo enfoque permite reconocer territorialmente los recursos públicos, de la seguridad social y privados, a la vez que vincula funcionalmente las disponibilidades de los diferentes niveles de atención de las respectivas redes de servicios: pediátrica, geriátrica, de salud mental, de emergencia, cardiovascular, oncológica, de accidentes, etc.,

A partir de los actores involucrados, de los modelos observados y/o percibidos, se elaboran las normas más apropiadas para la operación y el fortalecimiento de las relaciones de la red respectiva. El punto de partida y el énfasis están puestos en el primer nivel de atención, para luego acceder a requerimientos mayores.

### **Redes Intersectoriales**

Es necesario tener presente, que la población con necesidades de salud, está inserta en un medio con mayor o menor posibilidades económicas, soporte social, posibilidades laborales, en viviendas con o sin NBI, con o sin medios de transporte a los centros de atención, entre otras situaciones.

Las patologías de fin de siglo: adicciones, depresión, violencia, maltrato y abuso infantil o del anciano, contaminación, muestran la dificultad de sostener un límite sectorial. La articulación con los sectores de Educación, Justicia, Promoción y Acción Social, Saneamiento Ambiental, entre otros resultan imprescindibles a la hora de definir una política eficiente y eficaz en Salud.

Es importante diferenciar acá, por un lado la necesidad de comprensión holística y ecológica – social de la comunidad y de sus integrantes y por el otro, plantearse, a partir de esta perspectiva, la posibilidad de acciones conjuntas. Se necesita más que

proposiciones declamatorias para poner en funcionamiento redes intersectoriales, pero uno de los proyectos más importantes por su impacto.

## **Niveles en la construcción de redes**

La motivación para iniciar una organización en red es la existencia de una problemática que las organizaciones participantes perciben que no pueden intervenir individualmente. A partir de esa motivación inicial, se van sucediendo diversas etapas, necesarias para la consolidación de la organización en red (5).

En la etapa inicial, se generan espacios, encuentros e intercambio de información entre los miembros, cuya temática de centra en la situación externa que define el problema que se abordará, y en la situación de las propias organizaciones participantes. Un aspecto importante en esta etapa, es la creación de confianza entre los miembros, condición fundamental para cualquier organización en red.

En ese primer momento existe un grupo (núcleo) mucho más activo que impulsa la creación de estos espacios.

Posteriormente, estos espacios de diálogo no sólo permiten la circulación de la información sino tam bién su procesamiento. Las discusiones y la toma de decisiones se basan en la confianza generada entre las partes. Se da el desarrollo de un compromiso de las organizaciones con la red a fin de que perdure en el tiempo.

Por último, la etapa de maduración es la conversión de esos espacios de información en espacios de administración conjunta de proyectos y actividades. Los intercambios entre las organizaciones, anteriormente basados en la información, ahora se enriquecen con bienes y servicios para enfrentar los desafíos y problemas fundamentales que motivaron iniciar la red.

Rovere (1998), señala una secuencia de niveles en el proceso de construcción de las redes, a través de los cuales se van creando los vínculos y las relaciones de reciprocidad. Ellos son:

**Reconocimiento:** Implica reconocer la existencia de otros actores que están vinculados con el problema y con quienes es imprescindible realizar un trabajo conjunto. Interactuar supone reconocer que el otro existe y que tiene un percepción

particular de la realidad, determinada por su posición, ideología, intereses y experiencia (subjetividad del actor).

**\_Conocimiento:** Contempla conocer quiénes son y qué hacen los otros. Este conocimiento permite precisar los diferentes recursos, intereses y capacidades de los actores, lo cual es necesario para explorar las posibilidades de relación y apoyar la creación de vínculos. Entender la diversidad de capacidades existentes en el colectivo, permite potenciar el trabajo de la red. Quiero saber quién es el otro

**\_Colaboración:** Constituye un nivel primario de vínculos, a través de iniciativas de apoyo voluntarias y esporádicas. Supone establecer relaciones de reciprocidad en un nivel de compromiso moderado. Colaboración (co-laborar en el sentido de trabajar con). No es una ayuda sistemática, no es una ayuda organizada sino espontánea. Hay momentos, hechos, circunstancias donde se verifican mecanismos de co-laboración que empiezan a estructurar una serie de vínculos de reciprocidad, empiezo a colaborar pero espero también que colaboren conmigo. Cuando uno se fija bien, hasta podría encontrar los orígenes del mercado en la lógica de la reciprocidad. Recordemos que el mercado comenzó sin moneda, en realidad había trueque y el trueque se basa en la reciprocidad.

Surge la idea de redes de complementariedad que significa, en un ejemplo concreto: si hay tres tomógrafos funcionando y uno de ellos tiene un problema, como en la red hay otros dos aparatos del mismo tipo, podría ser que no se resienta su trabajo. Es decir, sabiendo que a cualquiera se le puede arruinar un equipo, la complementariedad de la red hace que espontáneamente la red se refuncionalice y funcione la referencia en cualquiera de los sentidos. Así, un hospital de alta complejidad puede referir a un hospital de menor complejidad, si puede realizar esa práctica en particular; se complementan. Un especialista de alta complejidad, se lo puedo poner en cualquier nivel del sistema, no necesariamente en el lugar de mayor complejidad.

Es necesario revisar la idea de red y diferenciar una red de establecimientos de una red de servicios. No es exactamente lo mismo. Si se arman redes de servicios, en términos de capacidad resolutoria para la gente, la red de una especialidad puede tener una arquitectura y la de otra especialidad tener una arquitectura totalmente distinta. Para una especialidad un hospital puede ser dador y para otra receptor.

Esto desestructura la idea de redes piramidales que obstaculizan en vez de ayudar en los flujos de reciprocidades y complementariedades.

A pesar de idealismos, también existen porque forman parte de nuestra naturaleza, vínculos de competencia. En consecuencia, la competencia también es vincular y la competencia. Ellos bajo claras reglas de juego, se transforman en un elemento positivo. Significa que en un momento dado, a través de un mecanismo de competencia, las personas se estimulan recíprocamente y progresa recíprocamente.

Una situación extrema, que puede darse, es la situación de conflicto o infarto en la red. Las personas que están involucradas en el conflicto difícilmente tengan posibilidades de resolverlo porque el mismo daña el razonamiento. Muchas veces el conflicto va tendiendo a resolverse solo, pero en realidad, en redes tan grandes, hay que incorporar una función nueva, que es lo que se llama mediación en el conflicto. Probablemente una de las habilidades fundamentales en esta tarea nueva que sería de gestión de redes es la capacidad de mediación. Es una tarea delicada, que requiere capacidad de interlocución y neutralidad, además del poder que reside en toda la organización.

También debe tenerse en cuenta que la gestión de redes es un concepto de gestión a tiempo real. Hoy, en este momento, a esta hora, se puede estar arruinando un equipo en un lugar que hace que el flujo de circulación de pacientes en un sentido tenga que ser cambiado. Las redes necesitan ser cuidadas, monitoreadas, trabajadas, aceitadas, bypasseadas en algunos casos, para mejorar la capacidad de respuesta, explorar y ensayar otras alternativas, generar opciones. Cada uno tiene una responsabilidad fija, pero ante una emergencia tiene opciones. Ej Si se superaron las camas disponibles en un sanatorio, no es cuestión de rechazar enfermos; si descubro que el 70% de los pacientes que están internados no requieren tanta complejidad, se pueden evacuar las camas a servicios de menor complejidad, para dejar capacidad instalada en la unidad de servicios más compleja.

**Cooperación:** Significa avanzar en los niveles de coordinación a través de la realización de operaciones conjuntas, compartiendo preocupaciones en torno a los problemas y estableciendo relaciones cooperativas conducentes a la ejecución de acciones, en un marco de solidaridad. Ya existen algunas formas sistemáticas de cooperación (co-operación: operación conjunta). Esto supone un proceso más complejo porque supone que existe un problema común, por lo tanto hay una

coproblematización, y existe una forma más sistemática y estable de operación conjunta, es decir que hay un compartir sistemático de actividades.

La idea de solidaridad está en parte vinculada con la física: dos cuerpos son solidarios cuando nada que le ocurra a uno le es indiferente al otro. La idea de solidaridad da el carácter de conexión y de repercusión, esto significa que algo que pasa en un lugar de alguna manera - cuando hay red - tiene que conmover los otros lugares.

**\_Asociación:** Implica un nivel mayor de compromiso con la red estableciendo vínculos más estructurados y permanentes, en torno a programas y proyectos diseñados y ejecutados en forma conjunta. esta actividad profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa compartir recursos.

Toda esta construcción podría ser representada en una figura, donde colocamos los niveles desde abajo hacia arriba (el reconocimiento es el cimiento sobre el cual se basa el conocimiento, el tercer nivel, el de colaboración se apoya en el segundo, el cuarto, el de cooperación, en el tercero, etc.) también para señalar que a cualquiera de estos niveles hay que sostenerlos. Si uno no los sostiene se caen.

5 asociación

4 cooperación

3 colaboración

2 conocimiento

1 reconocimiento

<b>NIVEL</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>VALOR</b>
<b>1- Asociarse</b>	Compartir objetivos y proyectos	Confianza
<b>2- Cooperar</b>	Compartir actividades y/o recursos	Solidaridad
<b>3-Colaborar</b>	Prestar ayuda esporádica	Reciprocidad
<b>4-Conocer</b>	Conocimiento del otro y	Interés

	de lo que hace	
<b>5-Reconocer</b>	Que el otro existe	Aceptación

Rovere, distingue dos tipos de problemas: \_ los del contexto vinculados con las necesidades de la población y con los fines de las organizaciones participantes, los cuales definen la agenda de prioridades de la red.

\_ y los problemas intermedios, que guardan relación con los primeros pero que son internos a las organizaciones. Estos últimos entran en la agenda de trabajo de la red en un segundo plano de prioridades.

El conocimiento del problema estimula la implementación de una visión compartida que tiene las siguientes características: \_deseable, es decir, contener los deseos, intereses y valores del colectivo.

\_ posible, lo que no indica que tenga que atenerse al corto plazo, sino más bien que no tenga obstáculos insalvables.

\_inclusiva, de modo que permita la integración posterior de nuevos integrantes a la red.

\_ comunicable, para captar la atención y apoyos en torno al trabajo de la red. Detrás de la visión hay un compromiso y frente al compromiso es posible que surjan los conflictos y se expliciten las posiciones.

Esta visión debe traducirse en el diseño y ejecución de proyectos y programas conjuntos. Las redes pueden ser sujetos de planificación y programación, articulando mejor su trabajo. Un proceso de planificación en red estaría orientado a dar respuesta a las siguientes interrogantes: ¿Cuál es el problema trazador de la red?; ¿qué desempeño quisiéramos lograr?; ¿Qué hacer?; ¿Con qué lo vamos a hacer?; ¿Cómo nos organizamos?; ¿Cómo sabemos si avanzamos?

La esencia del trabajo en red es la creación de vínculos y de relaciones de reciprocidad. Mientras mayor es la cantidad de vínculos e intercambios, mayor es el poder que ella tiene para actuar.



## CAPÍTULO II

### CUIDEMOS LOS ESCASOS RECURSOS: PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD, REDES Y TERCERA EDAD

#### **Algunas definiciones de economía**

*La economía es el estudio de la manera en que los hombres y la sociedad utilizan unos recursos productivos escasos para obtener distintos bienes y distribuirlos para su consumo, presente o futuro, entre los miembros de la sociedad.*

*Samuelson*

*La ciencia económica examina la conducta derivada de la escasez de los medios disponibles. La economía no se ocupa en determinado reino de valores o estrato de finalidades, su campo de estudio no es el de los fines ni el de los medios (como la tecnología). Su dominio se halla en la relación entre los medios y los fines.*

*Olivera*

La economía en general se ocupa de la asignación de los recursos a las diferentes necesidades de las personas.

#### **Definición de economía de la salud**

¿Es aplicable la economía a la salud y a la atención sanitaria? Son muchos los que argumentando que la salud no tiene precio rechazan los inevitables aspectos económicos de la atención sanitaria. Se dice que la salud no tiene precio. Seguramente eso es así, pero su atención implica la renuncia a utilizar los recursos en otras actividades para producir otros bienes que podrían ser tan deseados como la salud. Todas las actividades asistenciales tienen un aspecto técnico propio de las ciencias médicas y al menos otro aspecto económico indisoluble del primero. Todos los médicos saben que para diagnosticar y tratar a un paciente no necesitan saber nada de economía. Pero también saben que en esas actividades se consumen

recursos y que éstos son relativamente escasos. Cómo se producen estos recursos, quién los financia, quién elige su producción y cómo se combinan son cuestiones que aún en un segundo plano imponen un marco a la actuación del médico y la sitúan en la realidad cotidiana. También podría argumentarse que la salud es una necesidad básica y un derecho irrenunciable no susceptible de someterse a los avatares económicos de las mercancías, pero también lo son los alimentos básicos o una infraestructura digna donde habitar y no por ello quedan excluidos de las transacciones económicas.

*Es el estudio de cómo se distribuyen los escasos recursos entre usos alternativos para el cuidado de enfermedades y la promoción, mantenimiento y mejora de la salud. Se incluye el estudio de cómo la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud son distribuidos entre los individuos y grupos de una sociedad.*

*Fuente: Ética y economía en el sector salud.- Programa Flagship, Abril 2002*

La enfermedad implica costos, directos o monetarios y costos de oportunidad (lucro cesante, viajes, esperas, etc), por lo cual las personas buscan reducir esos riesgos contratando seguros médicos.

Por otro lado, la salud es parte del capital social, por lo que se considera un bien meritorio o tutelar (debe protegerse, independientemente de la capacidad de pago de las personas y de sus preferencias), que el estado debe tener en cuenta.

Son preguntas que se deben responder:

¿De dónde proviene el dinero?

¿Cuáles son las fuentes de financiamiento?

¿Adónde va el dinero?

¿Quiénes son los proveedores de bienes y servicios para el cuidado de la salud?

¿Qué tipo de servicios se ofertan y que tipo de bienes son comprados?

¿Cuáles son los resultados del uso de los fondos?

¿Se podrían utilizar mejor los fondos que se destinan a los cuidados de la salud?

¿Quiénes gastan más en bienes y servicios para el cuidado de la salud?

También la economía de la salud busca correlacionar gastos con resultados estadísticos, opinión de los usuarios y el impacto en la salud de la población a cargo. Ello permitirá corregir falencias y diseñar propuestas más favorables.

## **Concepto de mercado, sus componentes y funcionamiento**

**Un mercado** es toda institución social en la que los bienes y servicios, así como los factores productivos, se intercambian libremente. Demandantes y oferentes acuerdan el precio produciéndose el intercambio de cierta cantidad del bien por una cantidad de dinero (11).

Los precios determinan la decisión de comprar un determinado bien o servicio, y la decisión del oferente de producirlo.

El libre juego de la oferta y la demanda es clave para el funcionamiento de una economía de mercado.

**La demanda** es la disposición a pagar por algo. Es una función decreciente del precio; cuanto menor sea el precio mayor será la demanda. También es influida por otros factores: ingresos de los consumidores, precio de los bienes relacionados y cambios en los gustos o preferencias de los consumidores (demografía, necesidades percibidas, expectativas, etc).

La elasticidad de la demanda es la relación entre la variación porcentual de la cantidad demandada y la variación porcentual del precio. CURVA

**La oferta** es la respuesta a la demanda de los consumidores y describe la conducta de los vendedores de un bien. Es una función creciente del precio; cuanto mayor sea el mismo mayor es la oferta. También depende de otros factores como los precios de los factores de producción y sus técnicas de producción. CURVA

**Las empresas** realizan la función de producción al combinar los recursos productivos (trabajo, capital y recursos naturales) para producir bienes y servicios que se venden luego al mercado, tratando de maximizar los beneficios.

**El beneficio** de una empresa es la diferencia entre los ingresos y costos durante un determinado período.

**Los ingresos** son las cantidades, en pesos, que obtienen las empresas por la venta de sus bienes o servicios. Resultan de multiplicar el número de unidades vendidas por el precio de venta.

**Los costos** son los gastos originados por la adquisición de todos los recursos de producción (mano de obra, recursos materiales, capital).

**En cuanto a la producción** es útil saber que:

**\_Producto total:** es la cantidad de producción que se obtiene en los diferentes niveles de trabajo.

\_ *Producto medio*: es el cociente entre total de producción y la cantidad de trabajo realizado.

\_ *Producto marginal* : es el aumento en la producción obtenido utilizando una unidad adicional del factor en consideración.

\_ *Corto plazo*: es un período de tiempo en el que no varían los factores fijos.

\_ *Largo plazo*: tiempo mayor donde las empresas pueden alterar cualquiera de los factores de producción.

\_ *Rendimientos crecientes o economías a escala*: al variar la cantidad de los factores un determinada proporción, el producto total varía en proporción mayor.

La edad y el sexo son grandes predictores del consumo sanitario; la utilización de servicios sigue una función polinómica de segundo grado, con máximos en los dos extremos de de la vida y predominio femenino.

## **Requisitos para un mercado competitivo**

- Múltiples y anónimos productores y consumidores, pequeños en relación con el mercado
- Ausencia de obstáculos al movimiento de los precios (ninguno controla precios)
- Libre entrada y salida del mercado
- Producto homogéneo
- Información perfecta
- Ausencia de externalidades

Un mercado competitivo conduce a un equilibrio socialmente eficiente, llamado "Óptimo de Pareto". Es la situación en la que es imposible reasignar recursos para beneficiar a una persona sin perjudicar la otra. Implica tres juicios de valor: los individuos son más importantes que la masa social, cada individuo es el mejor juez de su causa y mejorar la situación de alguien es bueno si nadie empeora (11).

En este mercado perfecto, todos los individuos pretenden maximizar sus utilidades y se entienden vía precios, pudiendo alcanzar situaciones de equilibrio; en la agricultura se dan ejemplos de ese tipo. A medida que el producto se complejiza y diferencia, el mercado se aleja más de las condiciones de competencia perfecta y de alcanzar el equilibrio óptimo que beneficie a todos.

## Características del mercado de la salud

Los mercados pueden ser de bienes y de servicios; dentro de estos últimos está el mercado de la salud. ¿Tiene peculiaridades la economía de la salud? (11)

Si bien es cierto que la economía puede aplicarse a la salud y a la atención sanitaria también lo es, que en este sector, se dan una serie de factores que le confieren unas características distintivas de otras áreas económicas. Para comenzar, es necesario conocer el significado de algunos términos:

**Bien:** algo que satisface una necesidad o incrementa el bienestar.

**Bien económico:** bienes gobernados por el principio de escasez.

**Bien tutelar:** bien cuyo consumo es considerado deseable por el estado u organismo social capaz de influir en las decisiones de los consumidores, independientemente de sus propias preferencias.

**Bien Público :**Un bien o servicio es considerado público cuando cumple con las condiciones de no rivalidad y de no excluibilidad (la primera condición significa que lo consumido por un individuo no modifica la cantidad disponible para los demás y la segunda condición establece la imposibilidad de excluir a algún individuo del consumo del bien o la universalidad absoluta de la oferta).

**Recursos:** insumos básicos para la producción - el tiempo y capacidades de los individuos, el terreno y los recursos naturales (aire, agua, minerales, etc.), y el conocimiento de los procesos de producción.

**Eficiencia:** puede resumirse en tres elementos principales:

- 1) No perder recursos (producción)
- 2) Producir cada producto al menor costo (producción)
- 3) Producir los tipos y cantidades de producto que la gente más valora (consumo).

**Función de producción de salud:** relación entre el nivel de salud alcanzado y los recursos (factores de producción) empleados para conseguirlo. A diferencia de otros bienes y servicios, esta función de producción es de naturaleza compleja, multifactorial y multidimensional; entre ellos: biología, ambiente, estilos de vida y el sistema sanitario son los más importantes; también intervienen la organización política, económica, social, cultura, entre otros. El sistema de salud es, pues, solo uno de los factores determinantes de la salud de la población.

En diciembre de 1963 apareció publicado en la revista *American Economic Review* un artículo firmado por **Kenneth J. Arrow** y titulado *Uncertainty and the welfare economics of medical care*; ese artículo se ha convertido en el hito fundacional de la economía de la salud y su autor, premio Nobel de economía en el 1972, es considerado el padre de la misma. Han pasado más de cuarenta años desde la publicación de un artículo que mantiene su vigencia en prácticamente todos los temas que aborda.

Según el modelo de mercado perfectamente competitivo es suficiente que cada uno de los agentes consiga sus objetivos económicos para que se produzca una situación económica y socialmente óptima, representada por el alabado cruce entre las curvas de la oferta y la demanda. Así, cuando los compradores y los vendedores hacen coincidir la cantidad de sus beneficios respectivos se produce un equilibrado orden espontaneo que nos lleva a la *eficiencia asignativa* (se produce lo que es necesario y en la cantidad óptima) y a la *eficiencia técnica* (lo que se produce se hace al menor coste posible). A partir de esta situación de eficiencia económica cualquier otra situación deseada (como puede ser mejorar la equidad) se podría conseguir mediante políticas de redistribución de la riqueza.

Estamos ante un modelo teórico, igual a los modelos experimentales que utilizan los físicos, los biólogos o los sociólogos. El problema surge cuando los modelos pierden la aspiración de explicar la realidad .

Una condición básica del modelo de mercado competitivo es la *comerciabilidad* de los bienes y servicios. Sin embargo, en el ámbito de la salud hay muchos bienes que no son comercializables. Así, aunque habría gente dispuesta, no podemos comprar o vender salud o vender órganos. Tampoco podemos intercambiar económicamente los riesgos de enfermar.

Hay otras asunciones del modelo que no se «cumplen» en el mercado de la salud: no hay competencia abierta, existen barreras para acceder al mercado, coexisten entidades que no persiguen el lucro, demanda poco predecible, oferta y demandas finales concentradas en una única persona (médico) con posibilidad de generar autodemanda, comportamientos monopolísticos, precios que no transmiten información real, externalidades, dificultad en los incentivos...

Pero sobre todo, Arrow considera que la mayor desviación de los mercados de salud proviene fundamentalmente de la incertidumbre y de la asimetría de información entre médico y paciente. La incertidumbre no sólo afecta a la demanda de asistencia haciéndola en parte impredecible sino que también afecta al resultado de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas y es el origen de la variabilidad de la práctica médica. La incertidumbre supone un gran obstáculo para la actividad económica aseguradora (riesgo moral, selección adversa,...) que difícilmente puede conseguir que el médico asuma parte del riesgo financiero ante una excesiva utilización de los servicios. La asimetría en la información no es única de la relación médico-paciente pero sí alcanza aquí una significación especial debido a la naturaleza de lo tratado. La ínfima información, por su carácter técnico, que un paciente puede manejar impide la elección y evaluación de la calidad del servicio prestado, convirtiendo en papel mojado la soberanía del consumidor.

Con estas características del mercado de la salud «la mano invisible» no es capaz de lograr ni la eficiencia ni un nivel aceptable de equidad y que por ello se hace necesaria la intervención de las instituciones públicas, por más que sabemos que tampoco son capaces de superar las «imperfecciones» y que un exceso de intervención puede empeorar más las cosas. ¿Hasta qué punto son los mercados imperfectos y los gobiernos podrán ofrecer eficiencia y equidad en salud?.

Por lo tanto, podemos decir que:

- Los cuidados médicos pertenecen a la categoría de Bienes en los que el producto y el proceso son idénticos.
- Las personas en su condición de Pacientes carecen de la información suficiente como para evaluar sus necesidades de atención y se ven Obligadas a delegar en los Profesionales gran parte de su Libertad de elección.

Los servicios de salud forman parte de los mercados imperfectos, que no logran el equilibrio mediante la simple interacción de las fuerzas del mercado y por lo tanto no llevan al bienestar de la población. Siguiendo a **Ortún Rubio**, existen 9 fallas principales, que generan una respuesta institucional para corregirla; sin embargo ésta provoca efectos secundarios indeseables.

## **Fallas del mercado (9)**

### ***A. De carácter positivo***

#### ***1- Incertidumbre***

Es la falta de conocimiento certero acerca de diversos aspectos de la enfermedad.

*En la distribución de la enfermedad*

*En la existencia de tratamiento médico*

*En los resultados del tratamiento médico*

*En los costos del tratamiento médico*

*En la calidad de vida*

Puede ser:

*a) Respecto a la incidencia y gravedad de la enfermedad:*

La enfermedad ocasiona, no solo daño físico y psíquico, sino un posible quebranto económico. Esta aversión al riesgo genera como respuesta institucional la aparición de seguros médicos, los cuales corren riesgos ante la imposibilidad de cálculos actuariales exactos y al ser la salud un bien tutelar.

Aparecen como efectos secundarios:

- Selección por riesgos: defecto precontractual por parte de la aseguradora, que rechaza los clientes de mayores riesgos. Ej los adultos mayores.
- Selección adversa: defecto precontractual por parte de los clientes, que ocultan enfermedades para que el contrato se efectivice, evitando pagar mayores primas.
- Abuso o riesgo moral: defecto postcontractual, por el cual el paciente consume en forma excesiva porque los bienes se pagan por tasa fina e invariable

*b) Respecto a la eficacia y efectividad de los tratamientos:*

Hay incertidumbre por parte del paciente y también del profesional, acerca de la efectividad del tratamiento (duración , costo, calidad, etc.).

La respuesta institucional es proteger a los pacientes regulando el ejercicio de la profesión, acreditación y categorización de prestadores, etc.

Nuevamente aparecen efectos secundarios, como el monopolio, evitando la entrada a la profesión en beneficio de quienes regulan.

## **2- Asimetría en la información - Relación de Agencia**

Es la más típica de los mercados de servicios de salud, y se refiere al diferente grado de información que poseen los actores entre sí. Esto determina una relación de agencia cuando una persona denominada “principal” delega en otra llamada “agente” el poder de tomar determinadas decisiones en nombre suyo. Puede darse entre:

*Profesional - Agente*

*Paciente - Principal*

*Asegurador – Principal*

Si prevalece la ética se dará una situación positiva o relación de agencia perfecta; ej. el médico ayuda al paciente con todo su conocimiento científico y humano. Si el médico, en cambio, considera su propio beneficio la relación será negativa o relación de agencia imperfecta; ej. recetar medicamentos caros para ser premiado por los laboratorios o pedir estudios supérfluos por acuerdos con los dueños de la tecnología.

La respuesta desde los administradores fue apelar a comités de ética, auditorías , medicina basada en evidencia, control de conductas prestacionales, informar al afiliado sobre sus derechos y cobertura, etc. Sin embargo se trata de una falla difícil de desarraigar por el fuerte vínculo del paciente con el médico.

La demanda inducida por la oferta, anula la soberanía del consumidor y desestabiliza el mercado al no permitir llegar a un equilibrio entre oferta y demanda.

## **3- Insuficiencia de racionalidad individual:**

Ante dilemas es común actuar en forma desacertada para con uno mismo y los demás.

## **4- Presencia de externalidades:**

Son los beneficios o perjuicios que se causan a terceros por la producción o el consumo de servicios sanitarios. Pueden ser positivas ( ej. vacunarse, favorece al resto de la población porque previene la propagación del mal) o negativas ( no

tratarse de una enfermedad infectocontagiosa, lo cual afectaría al resto de la población).

La respuesta institucional es proveer los servicios, subsidios o asistencia benéfica. Los efectos secundarios, también como con los bienes públicos, aparecen free-riders o polizones que viajan sin pasaje.

#### **5- Bienes públicos:**

Son aquellos que cumplen las condiciones de no rivalidad (su consumo no reduce la cantidad del mismo para los demás) y no excluibilidad (no es posible excluir a nadie de su consumo). Ej higiene alimentaria, fluoración de las aguas, manejo de excretas, etc.

La acción institucional es que el estado paga por ella con el compromiso del pueblo de pagar los servicios públicos. Sin embargo dado que nadie queda excluido de ellos, los consumidores tienen incentivos para no pagar (free-riders o polizones en el sentido que viajan sin pasaje).

#### **6- Rendimientos crecientes:**

Los rendimientos crecientes implican economías de escala, las cuales pueden favorecer la existencia de monopolios; el hospital zonal actuaría como un monopolio justificado.

#### **7- Mercados incompletos:**

Se refiere a la posibilidad de gente dispuesta a pagar, sin que haya oferta disponible, por lo que se genera demanda insatisfecha. Suele darse cuando la demanda existe pero es escasa como para motivar a la oferta.

### **B- De carácter normativo:**

#### **1- Bienes tutelares o meritorio:**

Son aquellos cuyo consumo es considerado prioritario por las autoridades, independientemente de valoraciones personales.

La acción institucional es la respuesta del estado que reconoce el derecho a la salud y los financia. El efecto secundario está dado por la imposición del poder público, que limita la soberanía del consumidor. Ej inmunizaciones obligatorias para escolares, uso de cinturón de seguridad, etc.

#### **2- Ausencia de equidad:**

Equidad en el acceso a la prestación: significa que todos tengan acceso a las prestaciones de acuerdo a sus necesidades de salud.

Equidad en el financiamiento: significa que todos aporten de acuerdo a su nivel de ingreso.

Dado que existe un divorcio entre lo que se paga y lo que se recibe, parece incompatible la existencia de equidad con eficiencia, la cual relaciona costo y beneficio.

La acción institucional es asumir los costos de lograr mantener la equidad de los sistemas.

Los efectos secundarios son el consumo excesivo al ser gratuitos, costos de transacción y algunos incentivos perversos a proveedores y consumidores.

### ***3- Dependen de opiniones o juicios de valor:***

Pueden darse situaciones de catástrofe o especiales que requieren un tratamiento especial, aunque vayan en contra de la rentabilidad.

En el mercado de la salud de la tercera edad y cuando se organizan redes para su atención, las cosas pueden complicarse aún más y las fallas son más evidentes.

Para los que atienden la salud de los afiliados del INSSJP, no hay conductas precontractuales ya que la entrada a la obra social es para todos los jubilados nacionales; sin embargo igualmente existe incertidumbre postcontractual tanto para los afiliados como para los prestadores.

Es conocido que los adultos mayores tienen 3 o 4 patologías en promedio, a lo que se agregan la soledad, los problemas económicos sociales, la discriminación social, todo lo cual multiplica la demanda de servicios, muchas veces en forma injustificada.

La propaganda de los laboratorios y el consejo médico, muchas veces favorece la biomedicalización del envejecimiento. La demanda no está muy influenciada por los precios, pues la mayoría son afiliados del INSSJP, con cobertura totalmente gratuita.

Esto actúa a la inversa, estimulando el consumo y determinando en muchos casos abuso moral. En el caso de redes que no son tales y que no se comparte la información sobre cada paciente, esta falla puede determinar duplicaciones innecesarias ya que el afiliado concurre libremente a uno y otro prestador.

Los prestadores, a su vez, no pudieron hacer selección precontractual, pero no significa que no efectúen a posteriori selección de riesgo. La incertidumbre por el elevado consumo y las bajas cápitas hacen presa de los prestadores, sumidos en la desfinanciación por la crisis de las obras sociales. Las empresas de salud

discriminan a los adultos mayores por sus riesgos. Es conocido, que algunos sanatorios son los que reciben pacientes en peor estado, luego de haber sido rechazado en otros sanatorios. Esta conducta oportunista puede incrementarse en el caso de redes donde la responsabilidad de cada prestador no está bien establecida y se piensa que la atención puede darla otro integrante de la red. Solo el monitoreo permanente de la conducta de cada prestador puede evitarlo.

La asimetría de información tiene sus mayores logros entre los adultos mayores; ansiosos por estar lo mejor posible son víctimas de conductas oportunistas de cuantos solicitan estudios innecesarios y costosos. Esto puede darse aún en sistemas capitados, pues a pesar de serlo, no todas las prácticas se capitán.

A su vez la asimetría de información entre prestadores y administradores, pone en peligro la estabilidad del sistema, ya que no hay un compromiso con el correcto uso de los recursos. Esto debe ser tomado muy en cuenta en el caso de redes, donde los prestadores son numerosos y estas actitudes se multiplican.

La falta de racionalidad completa, compromete el autocuidado.

Las externalidades también tienen cabida. Es conocida la dramática situación de abandono en que viven muchos ancianos; ello determina carencia de autocuidados, falta de adherencia a los tratamientos, infecciones, escaras....que incrementan el consumo de recursos y privan a otros de camas para curarse. Por el contrario quienes concurren a controles periódicos evitan estas complicaciones y dejan libres los recursos para otros enfermos. Muchos afiliados decidieron no vacunarse en las campañas anuales, exponiendo a sus familias a enfermedades infectocontagiosas.

También podríamos considerar externalidades propias de una red, el que alguno de sus integrantes deje de dar los cuidados de salud para los que se comprometió. Ello afecta la salud del resto de la red, que deben afrontar los costos de la mala calidad. Ej sanatorios que dan altas precoces y determinan reinternaciones en otros sanatorios de la red.

La presencia de bienes públicos también distorsiona el mercado de salud de los mayores. En el menú prestacional se avanza mucho más que con el PMO, ya que no tienen ningún tipo de coseguros. Considerar la salud como un bien tutelar determina que la obra social financie vacunas, medicamentos en un mayor porcentaje, etc. En ese sentido, el integrar una red permite afrontar mejor esos costos.

Y por sobre todo, es necesario destacar que en ninguna otra etapa de la vida la función de producción es más multifactorial, por lo que es imposible pensar que solo desde los sistemas de atención de salud se mejorará la misma.

Estas consideraciones se potencian si hablamos de redes de salud, donde ordenar la demanda y alinear a todos con la misión y los objetivos es clave y representa una tarea nada sencilla.

Todo esto y mucho más hacen del mercado de salud de la tercera edad un contrato de alto riesgo.

## **Áreas de aplicación de teoría económica**

- Oferta de servicios
- Demanda de servicios
- Financiamiento
- Gestión
- Organización del Sistema de salud
- Capacitación RRHH
- Productos intermedios y finales

Desde la perspectiva de la demanda , los consumidores buscan mantener o reparar su salud a través de servicios médicos que adquiere directamente o mediante seguros que neutralicen los riesgos financieros.

Desde la perspectiva de la oferta, la respuesta a la demanda se organiza en submercados: de recursos humanos, de servicios institucionales, de medicamentos, de seguros de salud, entre otros.

La tecnología médica opera como un factor exógeno importante; el elevado costo de la misma y su reposición los estimula a obtener rentas diferenciales ( aumento de precios, inducción de la demanda, prácticas oligopólicas, barreras de entrada, lobby, etc.)

El mercado de la salud es dinámico, cambiante, como sus actores. Las agrupaciones, alianzas, integraciones verticales y horizontales, las cartelizaciones,

son frecuentes. El poder de lobby es más fuerte que el de la competencia de producción.

## **Teoría económica del comportamiento humano y las redes**

¿Qué es gestión? Es crear y mantener un medio laboral donde los individuos, trabajando en grupos realicen misiones y objetivos específicos; es conseguir que las cosas se hagan a través de las personas; es coordinar y motivar a las personas de una organización para conseguir ciertos objetivos. Una variedad de disciplinas se necesitarían para explicarla (psicología, administración, técnicas de negociación, manejo grupal, etc). Lo cierto es que la gestión es también economía. La empresa es un conjunto de contratos. Su organización interna son arreglos entre demandantes y oferentes. Sus relaciones con los competidores son juegos no cooperativos y con los proveedores y clientes juegos cooperativos.

¿Cómo explicar el comportamiento humano dentro del ámbito de una empresa?(15). La teoría económica clásica utiliza como estrategia teórica el individualismo metodológico según el cuál la acción humana intencional, libre, autónoma y responsable explicaría las organizaciones. Suscribe al paradigma de la elección racional, donde cada acción es la interacción entre oportunidades y preferencias; las preferencias se expresan a través de la utilidad que ofrecen y la utilidad consiste en asignar número a opciones diferentes. Ello significa tener certidumbre, información perfecta, preferencias definidas, egoísmo puro y conocimiento sin límites, además de individuos que respondan al mecanismo de coordinación e incentivo, que es el precio, a través del cual se obtienen equilibrios eficientes. De allí, que el enfoque tecnológico de la empresa, la producción y maximizar beneficios son suficientes para la gestión

La teoría económica neoclásica desarrolló un esquema rígido de las motivaciones de los seres humanos: cada agente está movido solo por su propio interés. La elección es puramente racional y ante varios caminos elegirá el que le proporcione mayor utilidad. La misma se mide con una variable aplicable a múltiples alternativas, los precios. Sin embargo, en el caso de la salud, la materia prima es la enfermedad o la muerte, por lo que es inevitable dejar de lado aspectos políticos, cultural, ideológicos, valores éticos y el altruismo que son parte de la historia. Es difícil poner precio a todo eso y más aún, sabiendo que la valoración es algo personal. De ese

modo, el manejo de incentivos al interior de las organizaciones resultaría casi imposible sin tomarlos en cuenta. Es por ello que el funcionamiento del mercado, no basta para explicar el comportamiento de los diferentes integrantes de una organización de salud. Existe un regateo entre objetivos éticos y objetivos egoístas. En las últimas décadas ha surgido la economía institucional (Coase, 1990), constituida por una serie de programas de investigación que estudian al hombre actuando dentro de las restricciones que le imponen las instituciones reales. Se focalizan, no tanto en la tecnología sino en los acuerdos, reglas y normas plasmadas en los contratos que regulan las transacciones entre oferta y demanda. La salud puede beneficiarse con ella para plantear las distintas motivaciones de sus actores y el correcto manejo de sus incentivos.

Coincide con los neoclásicos en el individualismo y comportamiento autointeresado que les conduce a maximizar sus utilidades en sus intercambios. Sin embargo aclara que la organización no es un todo homogéneo sino un conjunto de individuos con objetivos diferentes, con informaciones distintas y decididos a lograr el mayor beneficio posible, interactuando entre sí. La hipótesis planteada para consumidores y empresas, se amplía dentro de las organizaciones e instituciones. Los individuos eligen sus propias estrategias dentro de los límites contractuales. La incertidumbre, la información asimétrica, las externalidades y otras fallas del mercado de la salud también se viven al interior de las organizaciones.

Introduce el concepto de racionalidad limitada, para explicar la restricción a conocerlo todo y plasmar en los contratos todas las contingencias posibles.

Agrega la presencia de comportamientos oportunistas, como ocultar acciones, distorsionar información, disminuir esfuerzos para evitar pérdidas (riesgo moral), beneficiarse con el esfuerzo de otros (free rider), selección adversa (ocultar información), etc.

Desde la perspectiva contractual, una organización se concibe como un conjunto de individuos con objetivos diferentes, que se relacionan mediante contratos incompletos, dirigidos a regular transacciones internas y externas a la organización. La autoridad decide en el interior de la organización sobre las contingencias no previstas en los contratos; cuando más incompletos son, más autoridad y discrecionalidad del directivo en las decisiones y por ende más incertidumbre para el trabajador.

Entre dichas teorías podemos citar:

**-Teoría de agencia:** una persona denominada principal delega en otra denominada agente un determinado poder de decisión, como vimos anteriormente. Ej. el paciente en el médico, el médico en su empleador o jefe, el sanatorio ante las prepagas que contratan sus servicios, etc. Puede plantear problemas si los objetivos del principal y el agente son diferentes, si hay asimetría de información favorable al agente o aparece aversión al riesgo. Esto determina un comportamiento oportunista del agente que genera pérdida residual del principal.

Entre las asimetrías de información tenemos: características no observables (incapacidad profesional, mala calidad técnica), acciones e informaciones no observables (poca aplicación en el trabajo y falta de cuidado con los recursos), e intenciones ocultas (ausencia de alternativas ponen al principal en manos del agente).

El problema de la autoridad es diseñar un contrato que armonice la utilidad propia con la de los profesionales de la salud. Los contratos deben minimizar la pérdida diseñando incentivos que induzcan al agente a un comportamiento deseado por el principal. Esto supone acreditación de centros, selección de personal, costos de supervisión y control, normatizaciones, incentivos y sanciones, cultura corporativa, etc.

Cabe consignar que en la salud, el médico cumple una doble relación de agencia al ser agente del paciente y del propietario de la empresa sanitaria. La situación real de las empresas sanitarias es compleja por la serie de relaciones de **agencia** que se producen en su interior.

**- Teoría de los derechos de propiedad:** Es el derecho de los individuos al uso de los recursos, lo cual condiciona su comportamiento, proporcionando incentivos a la asignación y uso de recursos.

Interesan la forma que el estado crea y modifica los derechos de propiedad existentes, la posesión de los derechos residuales de control y la asignación de rendimientos residuales.

A partir de ellos se pueden configurar diferentes tipos de estructura de gestión, que proporcionan estructuras de incentivos deferentes.

El uso abusivo de esos derechos produce costos de interferencia (actividades en beneficio propio) y costos de influencia (actividades que influyen al decisor en beneficio de ellos). Es importante diseñar mecanismos para combatirlos, entre los cuales la selección de recursos humanos es fundamental.

**-Teoría de los costos de transacción:** son los costos de coordinación y motivación en la organización y en el mercado; son los costos de hacer funcionar el sistema.

Los costos de coordinación son los costos de transmitir información dispersa necesaria para elaborar un plan eficiente (estrategias, presupuestos, estructuras, etc.) y comunicarlo a los responsables de su ejecución.

Los costos de motivación se relacionan con la asimetría de información entre los actores y los esfuerzos para armonizar los intereses de los mismos.

Coordinar y motivar en la organización implica distintos diseños organizacionales en tres aspectos: distribución de derechos residuales de decisión y control, el sistema de información para la evaluación y la asignación de los rendimientos residuales (compensaciones e incentivos).

Son costos diferentes a los de producción y son al sistema económico como las fricciones al mundo de la física.

Plantean el tema de la integración vertical (agrupación en una misma organización de varios procesos consecutivos pero separados, necesarios para la producción de un bien o servicio), la cual depende de los atributos de las diferentes transacciones. La especificidad de los activos es clave.

**-Teoría de incentivos e instituciones políticas:** El mercado político ejerce influencia importante en el diseño del sector sanitario. La sanidad ofrece alta rentabilidad y costos políticos en el proceso electoral. Diseños irracionales para el técnico o gestor pueden ser racionales desde los intereses del político sanitario ofreciendo un adecuado balance costo beneficio.

No solo interesa qué estructura organizativa es más eficiente sino qué diseño institucional lo es, como lo proclama el neoinstitucionalismo.

Ante las dificultades para lograr el equilibrio político- económico-social surgen las instituciones, que restringen las alternativas disponibles mediante costumbres, tradiciones, leyes, etc. Las ideologías y conjunto de valores de la sociedad juegan un papel destacado. De ese modo instituciones ineficientes pueden sobrevivir largo tiempo.

En el caso de las organización de redes, las teorías del comportamiento humano cobran gran importancia, ya que deben considerarse los intereses de los múltiples actores que forman parte de ella.

## **Hacia un proceso de innovaciones en la gestión**

Para la teoría neoclásica la empresa es un núcleo de un sistema, donde las señales (precios) son la única información que permite al empresario decidir cuánto producir y al consumidor qué producto adquirir. Sin embargo las nuevas teorías indican que toda institución tiene costos de funcionamiento (coordinación y motivación) para evitar el comportamiento oportunista del ser humano.

El análisis del mercado deberá considerar las características contractuales. Se planteará incorporar la innovación como motor de cambio y la competencia como condición necesaria, dentro de un marco regulatorio (10).

El cambio tecnológico comprende mejoras en los productos, procesos, productos intermedios y métodos de gestión. Comprende tres estadios: investigación básica (invención o nuevas ideas), investigación aplicada (innovar o convertir ideas en procesos) e impacto (difusión).

Existe también la innovación organizativa que son los cambios en los procesos de gestión. Puede ayudar a disminuir los costos de producción como los de transacción. La innovación tecnológica y la organizativa se producen conjuntamente, aunque en proporciones variables. En el sector sanitario se observa una intensa innovación tecnológica y una escasa innovación organizativa.

La competencia es el motor de cualquier innovación; su ausencia o la presencia de monopolios por diferenciación de producto las limita.

La innovación tecnológica contribuye a diferenciar el producto y acentuar los fallos de mercado; generalmente es efectiva pero no siempre eficiente. La innovación organizativa se frena por la falta de competencia y la cartelización de la medicina, cuyo objetivo es limitar el acceso a los mercados para disminuir la demanda; intereses políticos pueden sumarse.

¿Cómo orientar la innovación organizativa hacia la eficiencia sanitaria?. ¿Será la organización de redes una respuesta conveniente, en ese sentido?.

## **De la fragmentación a la colaboración**

La calidad de los servicios de salud soporta el peso de la fragmentación (entre servicios, departamentos, cirujanos y clínicos, entre sanatorios, entre atención clínica y quirúrgica, etc.). Se financia a los proveedores como piezas sueltas.

Ante esto aparecen tendencias emergentes integradoras: contratos integrados, protocolos y guías de práctica clínica, medicina basada en evidencia, gestión de

casos, gestión de patologías, gestión clínica, gestión de alianzas, gestión de redes, rendimiento, etc. (16).

Un sistema integrado de salud es una red de organizaciones que proveen servicios coordinados, a una población definida, haciéndose responsable clínica y económicamente de sus resultados.

La atención integrada ofrece: servicios orientados al usuario, coordinación y comunicación, calidad, continuidad de la atención, mejor uso de los recursos, evaluación completa del rendimiento, etc.

Se pasa de la competencia a la colaboración, compartiendo riesgos y beneficios.

Tener en cuenta las características del mercado de la salud, los diferentes comportamientos de sus actores es fundamental para diseñar organizaciones e incentivos que permitan evitar tendencias oportunistas. Esto cobra más importancia si nos referimos a la tercera edad donde el trabajo de equipo es clave.

## **La necesidad de evaluaciones económicas en la atención de la tercera edad**

La evaluación económica en el campo de salud es un método de análisis que consiste en comparar los costos de dos o más programas o acciones en salud, con sus consecuencias en términos de salud o economía de recursos (18). Puede ser de diferentes tipos:

**-Análisis de costo-beneficio (ACB):** los costos y consecuencias de las acciones se expresan en unidades monetarias. Se aplica cuando se comparan dos alternativas cuyas unidades de efecto no son las mismas, por lo que se traducen en moneda para poder efectuar la elección.

**-Análisis de costo-efectividad (ACE):** los costos se expresan en unidades monetarias y las consecuencias en unidades físicas (vidas salvadas, años de vida ganados, etc).

**-Análisis de costo-utilidad (ACU):** similar al anterior pero se diferencia porque las unidades de efecto están ajustadas por calidad de vida (años de vida saludables, años de vida libres de discapacidad, etc).

**-Minimización de costos:** es también un tipo especial de ACE donde el resultado es el mismo, por lo que solo debemos optar por el que cuesta menos.

En el campo de la tercera edad se han realizado interesantes estudios referidos al costo de la dependencia, cuando lo que podemos hacer por el paciente es solo prolongar la postración, con muy poca calidad de vida. Mucho más efectivo sería prevenir la dependencia, para lo cual hay que redistribuir los recursos hacia la atención primaria y la continuidad de cuidados.

## CAPITULO III

### MEJOREMOS NUESTROS PROCESOS: GESTIÓN ESTRATÉGICA, REDES Y TERCERA EDAD.

#### **Necesidad de actualizar la gestión**

Las herramientas de gestión utilizadas hoy han sido desarrolladas a fines del siglo pasado. Taylor (31) nos dejó un sistema basado en las siguientes premisas: los mecanismos de eficiencia son estables en el tiempo, el directivo tiene la información perfecta, la eficiencia productiva consiste en minimizar los costos y el costo global depende del factor de producción dominante (generalmente mano de obra).

Esos principios taylorianos ya no se sostienen: la innovación y celeridad de los mercados mundiales favorecen la inestabilidad, la omniscencia del gestor quedó anulada frente a la especialización, la excesiva demanda supera el ahorro de los costos y el costo de factores dominantes está dividido entre mano de obra y la tecnología. Bienes y servicios compiten menos en precio y más en políticas de diferenciación (calidad, plazo de entrega, personalización) e innovación.

Por ello hoy debemos administrar el cambio, realizar un diagnóstico permanente, competir por valores que ofrece nuestro producto y alinear permanentemente los comportamientos a los objetivos de la empresa para que los beneficios sean repartidos entre todos. Lograrlo significa un trabajo permanente. Significa formular e implementar una estrategia.

#### **Las cinco tareas de la dirección estratégica**

La estrategia de una organización son los movimientos y enfoques que diseña la gerencia para que la organización tenga excelentes resultados. Es la dirección a seguir.

Strickland y Thompson (30), citan 5 etapas para la dirección estratégica:

**-1° Desarrollar la misión y visión de la organización:** ¿Cuál es nuestro negocio (misión) y qué llegará a ser (visión). Requiere:

- Intervención del espíritu emprendedor.
- Comprensión y definición del negocio.
  - Necesidades del consumidor que se están satisfaciendo (qué?).
  - Grupos de consumidores (a quién?).
  - Tecnologías utilizadas y funciones realizadas (cómo?).
- Comunicación de la misión.

**-2° Transformar la misión en objetivos específicos de resultado:** Son indicadores de resultados para medir el avance de la organización. Deben ser a corto, mediano y largo plazo. Deben ser desafiantes pero factibles. Todos los directivos deben establecer objetivos para medir su contribución a los objetivos generales de la empresa. Luego se desglosan en metas para lograr el trabajo en equipo y alcanzar los objetivos.

Con respecto a los objetivos debemos considerar:

- Tipos de objetivos que deben establecerse
  - Objetivos estratégicos: buscan fortalecer la posición competitiva de la empresa.
  - Objetivos financieros: de crecimiento económico.
- Plazo de los Objetivos
  - Corto plazo
  - Largo Plazo
- Deben ser desafiantes pero factibles
  - Qué resultados son los que las condiciones actuales permitirán.
  - Qué resultados se necesitan para que la organización participe con éxito.
  - Qué resultados puede lograr la organización cuando se la impulse
- La necesidad de contar con objetivos en todos los niveles directivos

**-3° Elaborar una estrategia (medios o camino) para alcanzar los objetivos planeados (fines):** Es un ejercicio de carácter emprendedor que todos los directivos deben practicar. El plan de acción es dinámico y debe revisarse permanentemente.

La estrategia debe abarcar todos los niveles de la empresa:

- Estrategia corporativa

- Estrategia de negocio
- Estrategia funcional
- Estrategia operativa

Se debe conseguir unificación del esfuerzo de formulación de una estrategia.

***Existen factores que moldean la estratégica:***

- Cuestiones sociales, políticas, reglamentarias y de ciudadanía
- Atractivo industrial y condiciones competitivas
- Oportunidades y amenazas específicas para la compañía
- Puntos fuertes y débiles y capacidades competitivas de la organización
- Ambiciones personales, filosofías empresariales, y principios éticos de los directivos
- Influencia de los valores compartidos y de la cultura de la compañía en la estrategia

***Para formular la estrategia se debe realizar previamente el análisis de la situación de la empresa:***

- ¿Está funcionando bien la estrategia actual?
- Análisis FODA: amenazas y oportunidades para evaluar el ambiente externo a la organización, así como fortalezas y debilidades para evaluar el interior de la organización.
- Análisis estratégico de costos y cadenas de costos por actividades.
- Evaluación de la fuerza competitiva.
- Determinación de los aspectos estratégicos por considerar.

***-4° Implantar la estrategia seleccionada:*** Implica motivar personas, destinar recursos, cultura organizacional, liderazgo, sistemas de información, recompensas, etc. Ello significa:

- Desarrollo de una organización capaz:
  - Ajustes en la estructura
  - Ajustes en las capacidades y habilidades
  - Asignaciones presupuestarias
  - Políticas, procedimientos y sistemas de apoyo
- Compromiso, cultura y liderazgo
  - \_ Desarrollo de una estructura de recompensas eficaz: motivación, recompensas e incentivos, contratos de resultados.

\_Desarrollo de una cultura corporativa que apoye a la estrategia: normas y valores éticos, valores compartidos, cultura orientada a resultados.

➤ Ejercicio del liderazgo estratégico: presencia continua, clima organizacional, conducta ética, manejo de aspectos políticos internos y ajustes correctivos.

**-5° Evaluar los resultados para efectuar las correcciones necesarias:** Cambiar objetivos o estrategias.

La dirección estratégica es un proceso continuo que nos ayuda a ser proactivos, lo cual nos ayuda a prevenir, posicionarnos mejor en el mercado y lograr mayores rendimientos.

En el caso de la tercera edad, más que en ningún otro grupo etéreo, la gestión debe estar estratégicamente orientada a satisfacer sus necesidades específicas, tales como preservar su autonomía funcional. No podemos atender mayores como lo hacemos con adultos jóvenes. Lo puramente asistencial no basta.

## **Hacia la integración vertical en redes de salud**

Las perspectivas del sector salud que inducen a la integración son, entre otras (30):

➤ Los pagadores organizan y canalizan sus pacientes hacia prestadores específicos

➤ La concentración de pacientes impulsa la concentración de hospitales

Los sistemas integrados deben reunir los siguientes atributos:

➤ Integración vertical

➤ Cobertura geográfica

➤ Capitación

➤ Bajo costo

Las ventajas de la integración vertical son entre otras:

➤ Menores costos que los sistemas

➤ Bajo precio

➤ Mejor rentabilidad

Son requisitos para la integración vertical:

➤ Población de aproximadamente 450.000 afiliados.

➤ Tener alrededor de 300 médicos de cabecera.

➤ Racionalizar el sistema

- Pago por capitación

### ***Implantación de una red***

- Fijar las condiciones para formar la red: construir confianza, visión común, clarificar valores, identificar intereses.
- Crear incentivos adecuados: establecer interdependencias y sus beneficios
- Organizar información relevante: evaluar el mercado, competidores, evaluación organizacional.
- Diseñar la estructura de la red: localizaciones de satélites, grupos centrales, coordinación.
- Operar la red: apoyo de management a satélites y grupos centrales, comunicación y resolución de conflictos, seguimiento, sistemas de información.

### **Necesidad del control de gestión**

Tradicionalmente los directivos controlaban la gestión midiendo los resultados con un criterio de eficiencia y a modo verificador. Desde el enfoque moderno el control de gestión va más allá, pues se basa en la planificación estratégica y pone énfasis en despertar iniciativas en todas las personas; es integrador porque está en nivel estratégico, táctico y operacional de la empresa (32).

El control es un proceso por el cual se asegura el logro de los objetivos, al corregir desvíos con respecto a los planes formulados. Sus etapas son: normalizar y fijar estándares, medir los resultados, comparar entre lo real y lo programado y corregir desviaciones. Según J. Amat, debe influir en el comportamiento de las personas.

Los elementos del control de gestión son:

- Técnicos: -Planificación estratégica: misión, visión, filosofía, directrices corporativas, cultura organizacional, objetivos específicos, planes de acción, políticas, entorno.

-Diseño organizacional: estructura de la empresa.-

-Sistema de información: para comunicar lo planeado y realizado.

- Humanos: esencial para el éxito o fracaso ya que son la gestión misma.

El tipo de estrategia (liderazgo, costos) y la estructura (centralizada o descentralizada, funcional, divisional o matricial) condicionan las características del sistema de control, ya que debe ofrecer información vital para reformular las mismas.

En el caso de redes, a pesar de la incorporación voluntaria de sus miembros, el control igualmente debe realizarse para monitorear la marcha y alinear a todos con la estrategia.

Es aquí donde se debe remarcar la importancia del Sistema de Evaluación Gerencial (SIG) mediante la utilización de los Cuadros de mando en todas las áreas y la existencia de programas informáticos a medida de las necesidades de la empresa, para el monitoreo de la marcha de la red (22).

## **Comportamiento organizacional y recursos humanos**

El comportamiento organizacional investiga las repercusiones que los individuos, los grupos y la estructura producen en el comportamiento de las organizaciones con el propósito de mejorar su eficacia. El conocimiento técnico puro solo permite llegar hasta cierto punto a partir del cual la habilidad para el trato interpersonal es crítica. El comportamiento organizacional es todo aquello que las personas hacen en una organización que afecta el rendimiento de la misma (34).

Incluye temas centrales como motivación, liderazgo, comunicación interpersonal, estructura y proceso de grupos, aprendizaje organizacional, procesos de cambio, conflictos, diseño de actividades, tensión laboral y percepción interpersonal. Implica un estudio sistemático que reemplazará a la intuición. Son pocos los principios universales y simples que explican el comportamiento organizacional, ya que los seres humanos son muy complejos. Por lo tanto, las teorías que explican sus actos también lo son.

Los tres niveles básicos de comportamiento organizacional son como ladrillos: cada uno se levanta sobre el anterior. En el nivel individual intervienen características biográficas, personalidad, valores, capacidad que influyen en la percepción, motivación, aprendizaje y finalmente en la toma individual de decisiones y su productividad. En el nivel de grupo tienen influencia el liderazgo, la estructura del grupo, la comunicación, los conflictos, relaciones de poder, que también influirán en la productividad. En el nivel organizacional las políticas y prácticas de recursos humanos, la cultura organizacional, la tensión laboral y la estructura organizacional también serán determinantes de la productividad.

Las variables dependientes del comportamiento organizacional son: productividad, ausentismo, rotación de personal, satisfacción en el trabajo, tensión laboral,

innovación, clima, etc. Las variables independientes del comportamiento organizacional dependen: del individuo, del grupo y de la organización, como dijimos antes.

En una organización, el control fundamental radica en sus decisiones referentes al personal puesto que ninguna entidad puede desempeñarse mejor que el personal que posee. El rendimiento de los recursos humanos determina el desempeño de la organización, y a su vez está determinado por las decisiones básicas en materia de personal. La calidad de estas decisiones determina si se dirige seriamente una organización o no.

Los recursos humanos son las personas que ingresan, permanecen y participan en la organización. Constituyen el único recurso vivo y dinámico de la misma y son los que deciden el manejo de los demás que son inertes y estáticos por sí mismos. Aportan a la organización motivación, habilidades, conocimientos, actitudes, comportamientos y percepciones. Son el aporte de trabajo que cada persona hace a la organización con su actividad laboral diaria. Es la suma de energía intelectual y física que el trabajador presta con su actividad diaria, con algún grado de compromiso personal para el cumplimiento de objetivos propios de la organización.

En toda empresa se debe tratar de conectar la estrategia de negocios con la estrategia de recursos humanos:

- \_ Crear, mantener y desarrollar un conjunto de recursos humanos con habilidades y motivación suficiente para conseguir los objetivos de la organización (selección).
- \_ Crear, mantener y desarrollar condiciones organizacionales que permitan el desarrollo y la satisfacción plena de los recursos humanos y el logro de los objetivos individuales (capacitación, administración de salarios, motivación).
- \_ Alcanzar la eficiencia y eficacia con los recursos humanos disponibles (control).

Generalmente la gente es el único elemento que marca las diferencias entre las organizaciones en competencia.

En cuanto a la conformación de redes este tema cobra mayor importancia, ya que se deben tener en cuenta los intereses de cada uno de los numerosos integrantes, sus motivaciones, sus circunstancias particulares, para estimular sus comportamientos hacia el logro de los objetivos de todos.

## **Marketing en salud**

Es al arte – científico del proceso de intercambio entre ofertante y mercado. Es el proceso de percepción, comprensión, estímulo y satisfacción de las necesidades del mercado (35). Se ocupa de las interrelaciones dinámicas entre los productos y servicios de la empresa y los deseos y necesidades del consumidor, así como las actividades de los competidores. Existen diferentes tipos: 1) Externo (acciones para promocionar el producto a los clientes), 2) Interactivo (habilidad del empleado para el contacto con el cliente) y 3) Interno (dirigido al personal, buscando alcanzar una cultura organizativa orientada al mercado), etc.

Lo que convierte en especial el marketing sanitario es la asimetría de información entre el paciente y el médico. En general el desafío para la permanencia de una organización es la atracción y retención de los grupos de usuarios, lo cual depende de la calidad de los servicios prestados, elemento intangible. La misma está determinada generalmente por las cualidades y actitudes de los individuos que se desempeñan en ella. Vale decir que un usuario (cliente externo) solo podrá mostrar conformidad si el personal de la organización (cliente interno) también lo está. Para que ello suceda es necesario establecer una buena política de recursos humanos. Para un directivo de organización de salud su primer foco de atención debe ser las personas que la constituyen.

Temas como motivación, liderazgo, trabajo en equipo, reconocimientos, carrera, evaluación de desempeño, capacitación continua, premios y castigos, deben tenerse en cuenta. Ello permitirá explicar el proceso de “servucción” o cadena cliente – proveedor interno capaz de crear servicios de calidad.

La palabra marketing parece prohibida al referirnos a la tercera edad, donde puede parecer que estimula el consumo de recursos. Todo lo contrario si tenemos en cuenta que tanto prestadores como los mismos pacientes tienen escasa información gerontológica y se maneja una demanda no siempre justificada, por lo que mejorar la comunicación entre los actores es fundamental. Mantener a la población informada sobre su salud y sobre una empresa dispuesta a solucionar todos sus problemas, disminuye la incertidumbre de todos y mejora los procesos. Más aún cuando nos referimos a una red de salud, donde el volumen de prestadores y la demanda requieren ajustes en el camino que deben ser comunicados a todos de inmediato. La comunicación entre demanda y oferta, en la organización de redes, debe ser permanente, fluida y transparente.

## Calidad en salud

Adoptamos la definición de la OMS, para lo cual la calidad es la resultante de ejes concurrentes en un espacio y tiempo determinado, a saber:

- \_ Excelencia profesional (competencia profesional).
- \_ Uso eficiente de los recursos (eficiencia).
- \_ Mínimo riesgo para el paciente (seguridad).
- \_ Satisfacción del usuario (aceptabilidad).
- \_ Mejora en los indicadores de salud (impacto).

La tarea de salud es una tarea que involucra a todos los integrantes de la empresa de salud. Debe planificarse, gestionarse y controlarse.

Calidad es un tema clave cuando nos referimos a grupos etéreos de mayores riesgos potenciales, como los adultos mayores. De hecho es el factor que determina la permanencia de los prestadores; la garantía para dar continuidad a los contratos con el INSSJP seguramente debe pasar por ella, para revertir la histórica mala imagen de las prestaciones que reciben sus afiliados. Y si nos referimos a la organización de redes, la calidad de las mismas depende de que funcionen como tales; sabemos que la mayoría solo son contratos con múltiples prestadores sin comunicación entre ellos.

## Seguros de salud

Las redes de salud se organizan para dar cobertura a los afiliados de las aseguradoras sociales o privada, entre otros usuarios. En los seguros sociales (36), entre ellos el del INSSJP, la atención médica constituye un programa de protección colectiva contra determinadas contingencias que el individuo no puede enfrentar. El concepto de solidaridad es el que oficia como distribuidor de los recursos.

La provisión se puede hacer en forma directa (financiación y provisión están unidas) e indirecta (la financiación y provisión están separadas).

En los modelos de **provisión directa**, los servicios se prestan a través de estructuras propias o contratadas y suelen renumerar al profesional por salario o por cápita que integra como un gasto fijo y previsible. Se caracteriza por una mayor gobernabilidad y coherencia con las políticas de salud. Sin embargo su organización centralista, donde la función de compra está reemplazada por presupuestos, determina falta de incentivos para ser más eficientes. Como respuesta, se originan

variables vinculadas a la descentralización, las modalidades de pago y separación de las funciones de provisión de financiación.

La provisión de servicios en forma *indirecta*, como en el caso del INSSJP, hace que el seguro sea comprador de servicios (pagador) y que los vendedores (profesionales, organizaciones, empresas de insumos, etc) funcionen como un doble agente (se relaciona con el pagador y con el usuario).

El punto crítico es el eventual desequilibrio entre el presupuesto y el mercado proveedor, ya que el gasto es menos predecible. La figura del tercer pagador hace que tanto el que usa como el que presta no estén interesados en gastar bien.

La figura del intermediario genera a su vez nuevas relaciones contractuales y diferentes formas de retribución estableciendo una cadena cuyo último eslabón es el profesional. Cada uno de esos eslabones constituye un punto crítico que puede comprometer los resultados económicos y sanitarios. La función de compra también puede estar a nivel del usuario (no en el caso del Pami) y el seguro hacer reintegros totales o parciales (coseguros o copagos). La participación monetaria del usuario crea desigualdad en la oportunidad de atención. En la mayoría de los casos se los coloca para evitar el uso abusivo de prácticas innecesarias.

Los modelos de asistencia administrada proponen integrar las prestaciones y el financiamiento controlando el gasto a través de regulaciones. Los abordajes regulatorios pueden ser: estudios de carga de enfermedad por persona, regulación y selección de la oferta, incentivos para la utilización de prestadores por cartilla, normas de procedimiento, secuencia por niveles de atención, retribución por unidades agregadas, criterios de control y tasas de uso, corresponsabilidad de los médicos en los riesgos financieros, mayor poder de compra a cambio de concentración de la demanda, equilibrio presupuestario con ajuste de precio de sus componentes, entre otros.

Quienes deciden dar la prestación a un seguro de salud deben considerar:

**1) Población:** debe tenerse en cuenta el estudio demográfico (cantidad, ubicación geográfica, urbana o rural, dispersa o concentrada, edad, sexo, etc.) y epidemiológico de la población

Con respecto al tamaño de la demanda es interesante consignar la importancia de las necesidades percibidas y las expectativas de la población, lo cual se relaciona con el nivel cultural y las tradiciones.

**2) La oferta:** es otro padrón que se debe manejar con la misma minuciosidad que el de la población. Los desequilibrios entre oferta, demanda y necesidades condicionan los resultados económicos y sanitarios.

Para gobernar la oferta las organizaciones tratan de concentrar la demanda.

Las condiciones en el acceso a la oferta (directa o por derivación), la lista de efectores (abierta o cerrada), la libertad de cambio, la libre elección, la existencia de coseguros y la forma de pago a los médicos son variables que pueden beneficiar o desestabilizar.

La cautividad de la población asignada al nivel uno puede compensarse con la elección del profesional y la libertad de cambio. Asimismo pueden determinarse las especialidades que van a tener acceso directo o las requieran derivación. La red de internación requiere la existencia de un cuerpo médico organizado que asegure controles de calidad.

**3) Los beneficios:** El programa de cobertura está asociado con las políticas de salud. Deben especificarse las inclusiones y exclusiones así como la forma de acceder a las prestaciones cubiertas.

Es importante el diseño y gestión del plan de beneficios ya que cuando se apoya en criterios médicos se obtienen mejores resultados que al establecer techos de cobertura, los cuales restan posibilidades a algunos pacientes mientras otros hacen uso abusivo de las prácticas. Pueden contener normas que favorezcan el acceso a ciertas especialidades. Todos los países establecen regulaciones que recaen sobre los productos, los pacientes o el laboratorio. No obstante, la eficacia de las mismas depende de la conducta prescriptiva y compromiso del médico en el uso racional de los medicamentos.

**4) La administración:** Es el agente que media entre la financiación y el modelo proveedor, distribuyendo el recurso económico a través de formas de pago o presupuesto. Se relaciona en tres direcciones: población, financiadores y prestadores.

Un tema no menor es, considerar las **formas de pago a los prestadores:** (37)

Elas pueden ser:

- Por procedimiento: por acto individual, por pool de servicios (consulta integral, consulta vestida, por diagnóstico).
- Por caso: paciente día, por egreso (según tipo de egreso).
- Por presupuesto: cápita, modelo de reintegro, contrato público por programa.

Las formas de pago constituyen un capítulo esencial en cualquier modelo ya que representan incentivos negativos y positivos. Las modalidades de pago son poderosas herramientas de gestión ya que tienen efecto sobre el gasto y las conductas de los prestadores. Las decisiones del médico condicionan el 70 % del gasto asistencial. El comportamiento de los efectores dependerá de los incentivos que se incorporen a través de las formas de retribución.

La secuencia de atención médica es una secuencia de consumir dinero, razón por la cual debemos elegir la modalidad retributiva que mejor sirva a los resultados esperados en cada uno de los segmentos de este proceso. Las modalidades de retribución son instrumentos al servicio de los objetivos del sistema de salud.

Algunas reglas a tener en cuenta son:

- \_ Todas las unidades de pago tienden a maximizarse, aumentando la producción o los inscriptos, según el caso.
- \_ A mayor agregación de la unidad, mayor tendencia a minimizar la atención, evitar insuficiencias administrativas, mejorar la eficiencia médica y a desarrollar tendencias que satisfagan al usuario.
- \_ A mayor agregación, menor variación del valor de la unidad y mejor previsión del gasto.
- \_ Las unidades agregadas ofrecen menos recompensa a la productividad.
- \_ A mayor agregación, mayor interés en el control de calidad.
- \_ Las unidades desagregadas estimulan la eficiencia.
- \_ Las unidades desagregadas determinan menor nivel de responsabilidad y facilitan la selección de prácticas y enfermos.
- \_ Las formas desagregadas son útiles para la fijación de precios internos y en servicios tercerizados siempre que se fijen presupuestos.
- \_ Las retribuciones mixtas (agregadas y desagregadas) suman desventaja.
- \_ Ninguna unidad de pago garantiza el equilibrio óptimo entre incentivos económicos y utilización de los servicios.

**5) Financiación:** Consiste en recaudar fondos para ser distribuidos en condiciones de equidad.

Las fuentes de financiación distinguen tres modelos:

- \_ Sistema nacional: Financiado por impuestos.
- \_ Sistema de Seguro Social: Financiado con aportes y contribuciones de los trabajadores y empleadores. Este es el caso del seguro del INSSJP.

\_ Seguro Privado: Cuyo principal componente financiero es el privado.

La asignación de los recursos puede hacerse de dos formas:

\_ El subsidio a la oferta, propio de los sistemas nacionales, donde se estipula un presupuesto contra metas de producción.

\_ El subsidio a la demanda: Se fortalece la función de compra a través de las distintas formas de pago a los proveedores. La oferta puede competir o funcionar como un mercado al que hay que regular.

Al momento de conformar redes de salud, tener en cuenta las características de la demanda y de la oferta disponible en el medio, las cláusulas contractuales y utilizar correctamente las diferentes formas de pago, son herramientas fundamentales, que permitirán alinear estratégicamente la organización. Es un error pensar que es posible satisfacer los deseos de todos los actores, pero un manejo inteligente de los incentivos, contribuye a adecuar la oferta a los recursos disponibles, sin perjudicar la accesibilidad al sistema.

## **CAPITULO IV**

### **CONOCIENDO AL USUARIO: ¿QUIÉNES SON ADULTOS MAYORES? ¿CUÁNTOS SON? ¿DÓNDE ESTAN? ¿CÓMO VIVEN? ¿QUIÉNES LOS CUIDAN? ¿QUÉ HACEN?**

#### **Anciano, viejo, adulto mayor**

¿Qué es un viejo? ¿Cuándo se es viejo? ¿Cuándo comienza la vejez?

A partir de la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena (1982), se denomina “anciano” a toda persona mayor de 60 años. El INDEC 2001 toma como cifra límite los 65 años, al entender que los fenómenos del envejecimiento comienzan a ponerse en evidencia a partir de esa edad, dado la prolongación de la vida lograda gracias al avance de la ciencia.

De todos modos, es sólo una denominación convencional, pero sirve para establecer comparaciones; la misma puede corresponder a la ancianidad en los países en vías de desarrollo, donde las personas no disfrutaban de condiciones ideales de vida, pero no en los países del Primer Mundo, donde sucede lo contrario. En las comunidades más pobres, a raíz del desgaste de las personas, se considera vieja a edades más tempranas que la indicada.

Los sociólogos rechazan la idea del envejecimiento como algo natural e idéntico en todos los individuos, argumentando que cada experiencia individual está altamente modulada por factores socioculturales. “Vejez” tiene distintas connotaciones de acuerdo con los períodos históricos y las culturas. Igualmente, las condiciones materiales durante la infancia, y las conductas saludables durante la vida personal generan impactos diferentes sobre la longevidad. A su vez, nuestra capacidad para imaginarnos a nosotros mismos como viejos influye e influirá en el rol de viejo que vamos a asumir.

#### **Diagnóstico demográfico de la Tercera Edad en la Argentina (43)**

##### ***1- Tendencias históricas: factores del envejecimiento demográfico***

En el año 2005 hay en el país alrededor de 36 millones de habitantes, de los cuales el 9,9 % son mayores de 65 años (8,3 % varones y 11,5 % mujeres). Cabe consignar que los estudios de hace algunos años, toman como edad límite entre la adultez y la edad mayor 60- 65 años, coincidiendo con la edad de retiro laboral. Sin embargo, los más recientes lo fijan en 65 años, ya que estudios sociodemográficos ponían en evidencia que las prácticas sociales propias de esa edad se percibían recién entonces; lo mismo ocurre con el aspecto biológico dada la mayor esperanza de vida por el avance de la ciencia. Esto para explicar las diferencias que pudieran percibirse en algunos gráficos; lo que interesa es el mensaje que tratan de transmitir. (¿poner esto en pie de página?)

Hacia fines del siglo XIX, la Argentina tenía una estructura de edades con gran proporción de niños y poca población de edad avanzada, conformando una población joven. Alrededor de 1920, comenzó el aumento de la proporción de los adultos mayores que continua en forma ininterrumpida. El proceso fue muy rápido hasta 1970 y luego se hizo más lento hasta nuestros días. Al respecto podemos decir que la ONU clasificó a los países en tres grupos: jóvenes (menos del 4 % de personas de 65 años y más), maduras (entre 4 y 6 %) y envejecidas (7 % y más). Hoy, la Argentina está entre los tres países más envejecidos de América Latina, junto a Cuba y Uruguay. Sin embargo, están mucho más lejos de la mayoría de los países europeos y Japón, con proporciones por encima del 20%. Las proyecciones indican que el proceso se acelerará nuevamente en las próximas décadas y que la proporción de adultos mayores sobrepasará el 20 % en el año 2040.

#### CUADRO

El aumento de la proporción de adultos mayores implica necesariamente que los otros grupos de edad disminuyen, modificando la pirámide de población a lo largo del tiempo.

#### PIRAMIDE

Los factores del envejecimiento demográfico se deben a cambios que se producen en la natalidad, la mortalidad y las migraciones internacionales e internas.

La natalidad descendió al igual que la mortalidad (sobre todo la femenina). Las migraciones desempeñaron un doble papel: Inicialmente, rejuvenecieron la población al incorporar gran cantidad de adultos jóvenes, en especial hombres, pero luego contribuyeron al envejecimiento de la población al reducir la fecundidad porque las migrantes europeas tuvieron menos hijos que las argentinas.

También la PAM (población de adultos mayores) envejece internamente: el número de personas de 60 a 74 años por cada una de 75 y más, pasa de 5,3 en 1920 a 2,6 en 2000.

CUADRO

## **2- Sexo y envejecimiento**

Los procesos de envejecimiento de la población masculina y femenina no son iguales. Ya en 1920, la proporción de adultas mayores (AM), era ligeramente más alta que la de varones y la brecha sigue ampliándose. Mientras la PAM femenina alcanza el 11,5 % la masculina representa el 8,3 %.

CUADRO

## **3- Población urbana y rural**

Existe una asociación lineal entre el tamaño de los aglomerados y proporción de PAM. En América Latina los niveles de mortalidad y fecundidad son más bajos cuanto mayor es el tamaño de la localidad. Hay mayor envejecimiento en los aglomerados más grandes.

CUADRO

## **4- Las regiones**

Las regiones del país se distinguen entre sí por marcadas diferencias socioeconómicas y sociodemográficas. Se destaca la Región Pampeana, por la mayor proporción de PAM y la Patagonia por la menor. En todos los casos, las poblaciones femeninas están más envejecidas que las masculinas.

Todas las diferencias se deben a que la Región Pampeana es históricamente la de menor fecundidad y mortalidad y la recibió el mayor impacto de las migraciones.

En términos regionales, la enorme concentración de población en la Región Pampeana comienza a disminuir lentamente, pero se estima que las tres cuartas partes de la PAM vive en ella, mientras que solo lo hacen las dos terceras partes de la población adulta y el 60 % de los niños.

CUADRO

## **5- Estado conyugal, convivencia y hogar**

Es otra gran diferencia entre la PAM y los adultos jóvenes. El 42 % de la PAM femenina y el 75 % de la PAM masculina estaban casados mientras que dichos porcentajes son del 73 y 83 %, respectivamente, en los adultos jóvenes.

La enorme mayoría de adultos mayores reside en hogares multipersonales, familiares pero nuevamente hay diferencias muy grandes entre la población adulta

joven y la PAM y, en esta última, entre varones y mujeres. Mientras el 93 % de adultos jóvenes vive en hogares multipersonales familiares. Sólo el 88% de los hombres PAM y el 77 % de las mujeres PAM lo hacen.

Hay un 11,5 % de hombres PAM y 21 % de mujeres PAM que viven en hogares unipersonales, o sea, que con la edad aumenta la proporción de personas que viven solas, sobre todo en las mujeres (viudas). La población que vive en hogares multipersonales no familiares es bajísima (menos del 2 %).

CUADRO

### **6- Alfabetismo y educación**

Se observa el aumento en la proporción de PAM menos educados a medida que avanza la edad, lo que refleja que las generaciones más viejas se educaron menos que las recientes

CUADRO

### **7- Trabajo, jubilación, percepción de obra social**

La PAM económicamente activa representa el 15.6 %, la que percibe jubilación el 70.5 %, la que tiene cobertura de obra social el 81.3 %.

También aquí podemos observar diferencias entre las grandes ciudades y las restantes, menos favorecidas.

La PAM femenina, además de ser más numerosa, está más desprotegida económicamente que la masculina: una proporción mayor de la primera no recibe ningún ingreso ni por trabajo ni por beneficio social, y la pensiones que reciben son más bajas que las jubilaciones.

Algunos dijeron que sería el sector de la población menos afectado por la pobreza, si se considera la relación entre los egresos (alimentarios y no alimentarios) y los ingresos (jubilaciones y pensiones) de los adultos mayores.

CUADRO

**En resumen**, podemos decir que:

- \_ La Argentina está entre los cuatro países más envejecidos de América Latina, junto con Cuba, Uruguay y Chile.
- \_ La PAM es el sector de la población que crece más rápidamente en el país y en el que las mujeres constituyen la inmensa mayoría.
- \_ La PAM se diferencia claramente de la población adulta joven en todas las características analizadas: mayor proporción de mujeres que en los adultos jóvenes, mayor concentración en áreas urbanas, mayor proporción viven en hogares

unipersonales, menor nivel de instrucción que en los adultos jóvenes, menor participación en actividades económicas formales (la mayoría de los que trabaja lo hace por cuenta propia o ayuda familiar) y son finalmente menos pobres que la población adulta joven.

Todo esto se debe a que pertenecen a generaciones muy diferentes, con una situación política – social.- económica distinta y a que pertenecen a diferentes ciclos de vida personal y familiar.

\_ La PAM se caracteriza por ser un grupo internamente muy heterogéneo. La PAM más vieja (75 y más años) se diferencia de las más joven (60 a 74 años) de manera semejante a las diferencias encontradas entre PAM y población adulta, en todas las características observadas.

Estamos considerando cinco décadas de edades, en un país que se caracteriza por ser crisol de razas y por su inestabilidad político - social. Hay que esperar, por lo tanto, que las experiencias de vida (niñez, educación, mercado laboral, casamiento, crianza de los hijos, etc.) sean distintas y que exista una gran heterogeneidad interna.

**Todo este enfoque demográfico nos muestra que la PAM se diferencia claramente de la población adulta y a su vez es internamente muy heterogénea, lo cual debe ser tomado en cuenta para el diseño de programas y políticas dirigidos a ella.**

## **Diagnóstico de salud de la tercera edad (43)**

Ofreceremos conceptos claves a portados por la moderna Geriatria y Gerontología para poder responder a las necesidades de los Adultos Mayores.

### **1- Salud y enfermedad**

A medida que se expande la tecnología aumenta la esperanza de vida y el porcentaje de personas de la Tercera Edad. ¿Cómo aumentar la longevidad sin resignar la calidad de vida de los años ganados?.

La atención médica compleja y con tecnologías de máxima es vista como la clave para lograr el objetivo, centrando el foco en la enfermedad y no en la salud. Resulta

interesante cambiar el punto de enfoque y conceptualizar salud al margen de la enfermedad.

Podemos afirmar que la salud es un estado de equilibrio que depende de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales, ambientales, estilos de vida, genéticos, etc. El resultado es una realidad individual e intransferible que llamamos “sentirse bien”.

Clásicamente se considera que el estado de salud está condicionado por cuatro grandes factores.

- \_ Biología o herencia: responsable del 27 % de las enfermedades o muertes.
- \_ Medioambiente (pobreza, educación, saneamiento ambiental, ecología): 19 % de las causas de enfermedades o muertes.
- \_ Estilos de vida: (alimentación tabaco, alcohol, droga, estrés, deportes, etc) 43 % de las causas de enfermedades o muertes.
- \_ El sistema sanitario: 11 % de los casos de enfermedad o muerte.

Curiosamente, aunque la mayoría de las enfermedades están relacionadas con el estilo de vida, el 90 % de los recursos se invierte en los sistemas sanitarios, que sólo son responsables del 11% de los casos.

Cuadro 1.1 Cuadro 13 Intervenientes en la mortalidad según su peso relativo (%)

Causas de muerte	Sistemas de atención médica	Estilos de vida	Medio ambiente	Biología humana
Enfermedades cardíacas	12	54	6	28
Cáncer	10	37	24	29
Enfermedades cerebro vasculares	7	50	22	21
Accidentes automovilísticos	13	70	16	1

Fuente: Deven, 1991, cit Fuente: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación 2000

La identificación de las enfermedades prevalentes en la vejez es importante pero un enfoque centrado en la atención y prevención de las mismas resulta limitado. Por el contrario, abordar los factores ambientales y el estilo de vida reduciría la mayoría de las enfermedades, con externalidades positivas para toda la sociedad, en términos de salud.

Es necesario ubicar otro ámbito donde elaborar las estrategias de salud para la Tercera Edad. Este ámbito interdisciplinario, relacionando familia, sociedad, gobierno, es el de la promoción de la salud, que en la Tercera Edad se encuentra ausente.

## **2- El envejecimiento**

El envejecimiento es un proceso dinámico y multidimensional que opera fisiológicamente a lo largo de la vida de los seres humanos y está influido por factores endógenos y exógenos. Esto implica aceptar que no es ni una enfermedad ni un error evolutivo, sino un proceso con múltiples causas, cuyo resultado, la vejez es tan heterogéneo en sus manifestaciones, como lo son los seres humanos

El proceso del envejecimiento (44) se caracteriza por una progresiva disminución funcional, aumento de la vulnerabilidad y falta de respuesta al stress. Se estima que el proceso de envejecimiento se inicia a los 30 años con una pérdida funcional del 1% anual. Comienza entonces a deteriorarse la respuesta funcional del individuo y según los procesos mórbidos que arrastre o la ejercitación física que haya realizado, se determinará su capacidad funcional en los últimos años.

### Tipos de envejecimiento

Se pueden distinguir cuatro variedades de envejecimiento (Rowe y Kahn, 1987, Luszczyk, 1999):

- \_ Normal o primario: Personas con una vida activa. Tienen un deterioro orgánico gradual, fruto del envejecimiento intrínseco y de algunas enfermedades, pero que no tienen gran impacto en su capacidad funcional cotidiana.
- \_ Envejecimiento exitoso: Solo presentan el deterioro intrínseco del envejecimiento, y sin enfermedades diagnosticadas, por lo que mantienen un alto nivel funcional.
- \_ Envejecimiento patológico o secundario: presencia de enfermedades que acompañan al envejecimiento intrínseco. Incluimos a los que padecen enfermedades crónicas degenerativas, neurológicas, cardiovasculares, fracturas, etc. que los limitan en su funcionalidad.
- \_ Envejecimiento terciario: Puede manifestarse al final de la vida como un deterioro funcional acelerado en los meses que preceden a la muerte.

Al entender el envejecimiento como un proceso fisiológico, diferenciado de la enfermedad, se puede avanzar a un modelo menos complejo y útil en la atención de quienes envejecen, centrado en acciones de promoción y prevención de la salud

La incidencia de las enfermedades aumenta por cierto en la edad avanzada, pero no significa contraerlas necesariamente. La diferenciación entre envejecimiento normal y patológico no solo tiene aplicación asistencial sino que es fundamental para desterrar prejuicios, que identifican la vejez con la enfermedad, la discapacidad y la dependencia. Estos prejuicios acarrearán una cascada de valoraciones negativas en la autovaloración, la atención de la familia, de la sociedad y de los Gobiernos que solo miran la inevitable espiral inflacionaria de los costos médicos.

En las últimas etapas de la vida, ciertamente, los mecanismos de adaptación decrecen y es común que el balance ganancia menos pérdida se torne menos positivo. En concordancia con estos cambios, se deberán modificar la asignación de los recursos disponibles, desde las funciones asociadas al crecimiento (como alcanzar niveles más altos) hacia metas de mantenimiento (mantener este nivel funcional) o regular las pérdidas cuando lo anterior no es posible.

Se deben orientar cada vez más recursos a mantener o minimizar pérdidas en el ámbito físico (gimnasia), intelectual (talleres) y afectivo (aceptación de los límites, autoestima, contención). Se deben diseñar enfoques hacia el envejecimiento aceptando la heterogeneidad ya que cada uno responde adaptándose a sus pérdidas según su biología y circunstancias de vida.

### ***3- Aspectos fisiológicos del envejecimiento.***

Los siguientes procesos forman parte del envejecimiento normal (44):

- \_ Alteración de la regulación homeostática.
- \_ Disminución global de la inmunidad.
- \_ Enlentecimiento motor.
- \_ Deterioro sensorial.
- \_ Marcha senil.
- \_ Pérdida de la estatura.
- \_ Alteración de la composición corporal.

- \_ Disminución de la capacidad vital y volumen espiratorio.
- \_ Envejecimiento del árbol arterial.
- \_ Trastornos de deglución y disfunciones digestivas.
- \_ Disminución de la función renal.
- \_ Dificultades para extraer datos de la memoria.
- \_ Cambios en la función sexual.
- \_ Etc.

En los ancianos normales cualquier función puede ser influida en forma negativa por hábitos insalubres o enfermedades y en forma positiva por actitudes preventivas o planes de reentrenamiento.

#### **4- Modelos de presentación de las enfermedades en los ancianos**

El modelo médico tradicional (síntomas + signos = enfermedad) debe ser cambiado por otro basado en la resolución de problemas clínicos.

El clásico modelo orientado a las etiologías es de limitada relevancia en la Medicina de los ancianos y debe ser reemplazado por un modelo orientado por problemas que se jerarquizan por su importancia funcional (44).

Veamos algunas características de los problemas de salud de los ancianos:

- a) Múltiples enfermedades: 4,6 condiciones por persona. La mayoría son crónicas (artrosis 50%, lumbalgia 33%, deterioro visual 32%, molestias digestivas inespecíficas 29% y disnea 28%). Los mayores de 75 años asocian 5,8 condiciones crónicas y de ellos sólo el 10% no refiere a algún trastorno médico.
- b) Presentación atípica de las enfermedades. Una enfermedad puede ser el desencadenante de muchas otras. Esto se debe a que existe una pérdida funcional de las respuestas adaptativas. Esto se denomina “efecto de cascada”, ya que ocasiona progresivamente un deterioro cada vez mayor.
- c) Los gigantes de la Geriátrica: La inmovilidad, la incontinencia de orina, la inestabilidad postural y el deterioro intelectual (demencias). Son síndromes que no constituyen una patología definida. Son manifestaciones en general de varias enfermedades, no comprometen la vida, no tienen tratamiento clínico o quirúrgico simple y requieren un soporte humano delicado. Son síndromes que generan mucha discapacidad y dependencia, deteriorando la calidad de vida pero que deterioran notoriamente la calidad de vida.

- d) La presentación tardía de enfermedades: Algunas patologías son subconsultadas (trastornos locomotores, depresión, constipación, incontinencia urinaria). Muchas discapacidades encubren enfermedades subyacentes. Ej: La insuficiencia cardiaca puede aparecer tardíamente en un enfermo con inmovilidad por artrosis.
- e) Presentación silenciosa de enfermedades: Ej.: infarto de miocardio, peritonitis o úlceras sin dolor; cuadros infecciosos sin fiebre, etc.
- f) Enfermedades ocultas: Depresión, incontinencia, alcoholismo, sordera, demencia, mal nutrición, disfunción sexual.
- g) Síntomas inespecíficos que puedan corresponder a una enfermedad concreta: Confusión, apatía, anorexia, cansancio.
- h) Interacción de las enfermedades entre sí. Ejemplo: episodios de delirios producidos por enfermedades orgánicas.
- i) Múltiples etiologías para un motivo de consulta. Ejemplo: caídas que pueden ser producidas por arritmias transitorias, trastornos del equilibrio, hipotensión medicamentosa, cambio ambiental.
- j) Todo lo que se refiere a la salud del anciano es generalmente una urgencia. Si un anciano se siente mal el Lunes, las chances de que evolucione desfavorablemente hacia el Miércoles son altas y probablemente el fin de semana esté deshidratado, confuso, incontinente y deba internarse.
- k) Asociación con problemas familiares y sociales: Falta de adecuado soporte familiar y social.
- l) Crisis económica: Muchas familias sobreviven con el aporte jubilatorio de los abuelos, a quienes se los posterga en todo. La falta de correcta alimentación, atención, medicación, unidos a la inmunodepresión, condicionan la evolución tórpida de las enfermedades y repercute indudablemente en el sistema de salud.

### ***5- Vulnerabilidad - Riesgos - Fragilidad.***

Se entiende por vulnerabilidad la susceptibilidad de un tejido u órgano "a enfermar" (44). Es lo que favorece que un sujeto pase de no tener síntomas a tener síntomas funcionales; de tener síntomas funcionales a padecer lesiones fisulares; de tener lesiones benignas a desarrollar lesiones malignas; de la ausencia de complicaciones a tenerlas; de responder bien o mal a un tratamiento (Zukerfeld R.). Es la manera particular de cada individuo de responder ante la enfermedad y está condicionada por sus recursos físicos, psíquicos, emocionales y sociales disponibles.

A su vez el individuo está expuesto a riesgos o noxas de diversos tipos (biológicas, psicológicas, sociales, económicas, entre otras) que pueden agravar su vulnerabilidad llevándolo a un estado de fragilidad.

La misma describe un estado fisiológico en el cual, por los efectos combinados del envejecimiento biológico, la enfermedad y el desuso se puede llegar a un estado de discapacidad, la cual puede ser modificada por intervenciones apropiadas, conforme se conocen mejor los factores de riesgo en juego.

Es un mito que todos los ancianos son frágiles.

Los hay con organismos robustos y equilibrio psicoemocional que prevalecen sobre la enfermedad.

No obstante, la fragilidad es una realidad a tener en cuenta, especialmente a la hora de elaborar políticas de prevención para prevenir las discapacidades.

#### **6- Capacidad funcional: de la autonomía a la dependencia**

El cuerpo central de la Geriátrica es la función: su promoción, su mantenimiento, su pérdida. Se entiende por función la capacidad de la persona para llevar una vida independiente, con el máximo rendimiento físico, intelectual y social posible.

Regla de los tres tercios: En el pasado, gran parte del declinar de los sistemas orgánicos se atribuía al proceso normal del envejecimiento. Hoy se habla de que las enfermedades y el desuso tienen gran participación. Se habla de la regla de los tres tercios, la cual asigna un tercio de la decadencia funcional al proceso normal de envejecimiento, un tercio a la enfermedad y un tercio al desuso: (46)

Cambios del envejecimiento = Enfermedad + Desuso + Envejecimiento normal

El centro de gravedad en el análisis del estado de salud de la PAM es la capacidad funcional real, más que las enfermedades con nombre propio.

Mantener la capacidad funcional es para ellos más importante que verse libre de enfermedades.

Ej.: La diabetes bien controlada permite al enfermo conservar su capacidad funcional, pero, al no ser así, puede derivar en retinopatías, neuropatías severas, amputaciones, a la vez que aumenta el riesgo de accidentes cerebrovasculares.

Es importante considerar que gran parte las enfermedades crónicas que reducen la capacidad funcional son resultado de un modo de vida poco saludable. Ej: alcoholismo, tabaquismo, obesidad, enfermedades cardiovasculares, etc.

Por otro lado, los factores sociales adversos (educación deficiente, pobreza, hacinamiento, desnutrición, desempleo) también afectan la capacidad funcional y actúan como un círculo vicioso sobre las posibilidades de cambio de hábito de vida, hacia opciones más saludables. Todo esto, indudablemente, aumenta los costos para los sistemas de salud, especialmente en cuidados crónicos y de institucionalización.

### **7- Carga global de enfermedad en la Tercera Edad**

Este concepto trata de medir el impacto de las muertes prematuras y las discapacidades mediante un indicador, que son los años de vida ajustados en función de la discapacidad. (43)

Este indicador es el AVAD: Es un año de vida saludable perdido, que permite expresar los años de vida perdidos por muerte prematura y los vividos con discapacidad.

La discapacidad desempeña un papel importante a la hora de estimar el estado de salud global de la Tercera Edad. Se consideran discapacidades severas las psicosis activas, demencias, plejías, depresiones y cegueras.

**Cuadro 2.1. Causas Cuadro 14 ad a nivel mundial, 1990**

Todas las causas	Número de personas afectadas (en millones)	Porcentajes del total
Depresión mayor unipolar	50,8	10,7
Anemia por deficiencia de hierro	22,0	4,7
Caidas	22,0	4,6
Alcoholismo	15,8	3,3
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	14,7	3,1
Desórdenes mentales bipolares	14,1	3,0
Anomalías congénitas	13,5	2,9
Osteoartritis	13,3	2,8
Esquizofrenia	12,1	2,6
Neurosis obsesivo-compulsivas	10,2	2,2
<b>Total</b>	<b>472,7</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Murray y López, 1996

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación 2000

**Agrupando las causas de discapacidad neurológica y psiquiátrica: 28% de los años vividos con discapacidad, mientras representan el 1, 4% de todas las muertes.**

### ***8- Autopercepción de salud***

Se mide indagando cómo la gente valúa su propia salud sobre otra persona de su misma edad o bien con su propio estado anterior habitual. Se ha descubierto que pronostica la muerte en forma mucho más exacta que la morbilidad, por lo tanto, constituye un dato valioso para los programas de salud (46).

Conocer en los adultos mayores la capacidad funcional, posible fragilidad, discapacidades y auto percepción de salud, es fundamental para quienes los asisten y planifican su atención médica. De esa manera, podrán mantenerlos en su mejor estado de autonomía evitando la dependencia.

### ***9- Epidemiología de la Tercera Edad***

Del conocimiento de las características sociodemográficas de la PAM (composición por edad, sexo, nivel socioeconómico, cultural, distribución geográfica, etc.) y de su perfil epidemiológico (morbimortalidad, prevalencia de enfermedades, esperanza de vida, etc.), surgen los elementos básicos para diseñar las políticas de salud de la tercera edad y la gestión de la oferta médico - asistencial.

A partir de los indicadores demográficos y epidemiológicos deben crearse los indicadores de gestión.

De tal modo el monitoreo de los perfiles sociosanitarios (43) es una herramienta imprescindible para gestionar la atención racional, permitiendo ejercer algún grado de predicción, que permita planificar la oferta y el mejor manejo de los costos. El cálculo de la utilización de servicios debe provenir de datos confiables, analizados por períodos de tiempos válidos (no menores de un año) y estar sustentado en un padrón de beneficiarios actualizado permanentemente. Esto se hará no sólo en referencia al número de usuarios, sino también a una distribución por edad, sexo, nivel económico, tasa de dependencia, distribución geográfica, etc.

En la PAM, las enfermedades crónicas y complejas, las degenerativas, las discapacidades y cuadros clínicos terminales, adquieren un perfil protagónico, con una importante presencia de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, mentales, tumores y accidentes.

Se observa un avance de las enfermedades relacionadas con conductas poco saludables: sedentarismo, obesidad, tabaquismo, adicciones, violencia, accidentes.

Debemos destacar, además, que la actual crisis económica – social produjo un gran deterioro de salud en la Tercera Edad observándose un aumento de las enfermedades como sepsis, traumatismos, desnutrición, gangrenas, demencias, etc.

Los problemas ligados a la nutrición merecen una mención especial por estar relacionados con factores sociales (situación económica, soledad, negligencia familiar e institucional) y físicos (dificultades masticatorias, falta de praxias, depresión, etc.). A menudo la mal nutrición subyace enmascarada por otras enfermedades principales, a las que potencia llevando a la muerte. Es por todos conocido que todas estas enfermedades causan más muertes entre los más desfavorecidos. Tomar en cuenta el impacto de la crisis económico social sobre los Adultos Mayores es fundamental a la hora de planificar su atención de salud.

A todo esto debemos agregar las enfermedades relacionadas con el sistema de salud, caracterizado por su falta de políticas apropiadas para la tercera edad, fragmentación de las prestaciones, falta de controles, discontinuidad en la atención, falta de accesibilidad y de atención oportuna.

**Cuadro 2.3. Cincos principales causas de mortalidad en mayores de 65 años, Argentina, 1992-1994**

Grupos de causas	Varones	Grupos de causas	Mujeres
Cardiovasculares	43,4%	Cardiovasculares	48,2%
Tumores	19,3%	Tumores	16,4%
Mal definidas	8,6%	Mal definidas	8,7%
Infecciones	6,4%	Infecciones	6,3%
Otras respiratorias	5,5%	Metabólicas	4,1%

Fuente: elaboración propia. Fuente: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación 2000

**Cuadro 2.4. Perfil de enfermedades crónicas en la población de 65 y más años, Argentina, 1997**

Enfermedades	Números absolutos	Porcentaje de la población
Hipertensión y afecciones cardíacas derivadas	577.642	20,87
Enfermedades cardíacas y problemas circulatorios	441.909	15,97
Enfermedades osteoarticulares	345.490	12,48
Diabetes	183.735	6,64
Respiratorias	191.463	6,92
Parkinson y otras neurológicas	125.907	4,55
Tumores	82.051	2,96
Enfermedades renales	61.752	2,23
Otras	216.150	7,81
<b>Total</b>	<b>1.615.043</b>	<b>58,36</b>

Fuente: elaboración propia basada en datos de la Encuesta de Salud de la Población de 65 y más años. Fuente: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación 2000

Como se puede observar, las enfermedades cardiovasculares coinciden con la principal causa de muerte de este grupo. Las dos siguientes enfermedades crónicas de mayor incidencia (osteoarticulares y diabetes) no aparecen asociadas en el mismo orden a las causas de muerte, pero sí muestran su importante participación en la carga de enfermedad del grupo.

También surge el peso de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares entre las principalmente tratadas por los médicos de cabecera del 1° nivel, sumando 17 %. Las mismas a su vez generan 24,6 % de las consultas a especialistas del 2°

nivel y son responsables del 20 % de las internaciones derivadas por los médicos de cabecera, a lo que deben agregarse las que ingresan por guardia.

**Cuadro 2.6. Principales enfermedades tratadas en el primer nivel de atención del PAMI (porcentaje sobre un total de 772.000 consultas), ciudad de Buenos Aires, 1999**

Diagnósticos	Porcentaje
Hipertensión arterial	11,1
Dislipidemias	7,8
Enfermedad articular	7,6
Diabetes	5,8
Vicios de refracción*	3,8
Insuficiencia coronaria	3,2
Anemia	3,1
Cataratas	3,0
Infección urinaria	2,8
Enfermedad vasculoencefálica	2,6
Hipertrofia prostática benigna	2,0

\* Si bien los vicios de refracción pueden considerarse una expresión de envejecimiento ocular más que una enfermedad asociada, se incluyen a los fines estadísticos para cálculos de tasas de utilización y programación de servicios.

Fuente: Departamento de Sistemas de Atención Integral Privada, ciudad de Buenos Aires

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación 2000

**Cuadro 2.7. Enfermedades que requirieron internación, beneficiarios del PAMI (porcentaje sobre un total de 772,00 consultas), ciudad de Buenos Aires, 1999**

Diagnósticos	Porcentaje
Gastroenterología (otras no hemorrágicas)	5,7
Neumonía	5,7
Insuficiencia cardíaca	5,7
Otras cardiovasculares	5,6
ACV isquémico	5,0
Deshidratación	3,5
Fractura de cadera	3,4
Angor inestable	3,4
Traumatología otras	3,2
Hemorragias digestivas	3,1

Fuente: Departamento de Sistemas de Atención Integral Privada, ciudad de Buenos Aires

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación 2000

Seguramente, la crisis económica que soporta la Argentina modificó algunas tendencias, así la desnutrición y las infecciones cobraron la vida de muchos ancianos.

En general, podemos decir que las estadísticas epidemiológicas de la Tercera Edad son similares a las que se observan internacionalmente, agravadas en Latinoamérica por la crisis económica y, en el caso de Argentina, se observa una gran heterogeneidad propia de nuestro vasto territorio nacional.

El envejecimiento biológico aumenta el riesgo de enfermedades crónicas, a lo que se suma el efecto acumulativo de los malos estilos de vida, los efectos negativos del ambiente social y las fallas de los sistemas de salud reforzando la carga de enfermedad en los adultos mayores.

En el presente trabajo, trataremos de establecer un programa basado no en una epidemiología convencional (de frecuencia de enfermedades) sino en una epidemiología de riesgo de declinación funcional. Trabajaremos no sólo en base a enfermedades prevalentes sino anticipándonos a ellas. Al evaluar el riesgo de declinación funcional será posible prevenir las enfermedades más frecuentes del adulto mayor y su discapacidad.

### ***10- Evaluación de la salud en la tercera edad***

El elemento clave en la evaluación de salud de los adultos mayores es la integralidad. La discapacidad debe agregarse a la simple evaluación de la morbilidad, ya que permite determinar la carga real de enfermedad. No basta tratar las enfermedades aisladas, sino averiguar cómo influyen en el desempeño de su vida diaria.

Los adultos jóvenes enferman de una sola enfermedad, que se instala en un organismo sano y con un buen soporte afectivo. En la PAM sucede al revés., de allí la necesidad de un enfoque biopsicosocial., para detectar los grupos de mayores riesgos, a quienes conviene someter a la Evaluación Geriátrica Multidimensional.

La EGMD (44) es un proceso multidimensional que intenta determinar la capacidad y los problemas funcionales de los ancianos frágiles, que son aquellos más viejos,

enfermos, pobres y/o discapacitados. Se realiza con el objetivo de desarrollar un amplio plan de tratamiento y seguimiento a largo plazo.

Sus objetivos son:

- \_ Evaluación en cuatro áreas: Clínica, Funcional, Psicológica y Social.
- \_ Rastreo de enfermedades tratables.
- \_ Detección de los Gigantes de la Geriatria.
- \_ Facilitar la Atención Primaria y el manejo de los casos.
- \_ Planificación racional del tratamiento.
- \_ Facilitar la rehabilitación del enfermo.
- \_ Determinar la ubicación óptima del paciente.
- \_ Determinar cambios en el tiempo.
- \_ Optimizar el uso de los recursos de salud.
- \_ Educación Geriátrica e Investigación.

Más allá de la disminución de la mortalidad para demostrar el beneficio de estos programas, se ha comprobado que mejoran la calidad de vida y la autoestima.

### **11- Atributos de calidad de atención médica en Geriatria (46)**

- \_ Accesibilidad. –Observación seriada.
- \_ Asistencia integrada. \_Tiempo suficiente.
- \_ Coordinación. \_ Aplazar la dependencia.
- \_ Continuidad. \_Comunicación con paciente,
- \_ Responsabilidad. Flia, otros profesionales.
- \_ Alerta clínica.
- \_ Defensa del paciente.
- \_ Integración del rol de la familia y de los demás cuidadores.
- \_ Énfasis funcional.
- \_ Diagnóstico exacto.

## **Políticas para el envejecimiento y la vejez: Asambleas mundiales y planes para la vejez- Envejecimiento activo**

Ya en 1972-1994, el INSJP presenta un programa de atención integral, con tres niveles de atención médica, en un contexto estado-céntrico, ofreciendo una propuesta bastante completa e inteligente.

En 1982, se realiza la Asamblea Mundial de Viena, donde se comienza con un análisis demográfico remarcando el crecimiento de la población de adultos mayores que se avizora en las próximas décadas. Se sientan los principios que hacen a la calidad de vida de los ancianos: políticas para la tercera edad, adjudicación de recursos económicos, atención integral de salud, derecho a la inserción laboral y a la educación continua, no a la discriminación por edad, etc... Finalmente se sientan recomendaciones para la acción: leyes de protección, presupuesto para planes especiales, nutrición, vivienda protegida, apoyo a la familia, bienestar social, puesto de trabajo, proyectos de investigación, etc.

En la década del 90 surgen los planes Gerontológico Español y los Planes Nacionales de Ancianidad, en Argentina.

En el año 2002 tuvo lugar la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Madrid. A veinte años de la anterior se siguen planteando las mismas necesidades aunque en un enfoque más moderno.

Surge el principio de envejecimiento activo, como proceso para optimizar la salud y calidad de vida. Según la OMS, el envejecimiento activo es el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental, durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y calidad de vida en la vejez.

El vocablo “activo” hace referencia a una consideración permanente en cuestiones sociales, económicas, espirituales, culturales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo. Las personas mayores enfermas o con limitaciones físicas pueden seguir colaborando activamente en sus familias y en la sociedad.

Mantener la autonomía (capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria) es un objetivo primordial para los responsables políticos, y la salud es el factor clave que posibilita dicha experiencia.

El envejecimiento activo postula el reconocimiento de los derechos humanos de los mayores en los principios de independencia, participación, dignidad, cuidado y realización de los propios deseos. Esto sustituye una oferta de servicios “basada en necesidades” a otro “basado en derechos”, que reconoce igualdad de oportunidades al resto de la población.

Las políticas y programas de envejecimiento activo defienden tanto una perspectiva de ciclo vital como una de solidaridad intergeneracional; el niño de hoy es el abuelo del mañana. La calidad de vida como abuelos dependerá de las oportunidades que tengan en los primeros años de vida.

Razones económicas también favorecen el envejecimiento activo, ya que el aumento de productividad traerá como consecuencia el menor costo de los servicios socio-sanitarios.

Los factores determinantes del envejecimiento activo son:

- 1) Género: por las razones previamente enunciadas.
- 2) Factores sociales: contención familiar, educación continua, derechos humanos, apoyo social, prevención de la violencia y el abuso. Todos ellos aumentan los riesgos de discapacidad y muerte prematura en las personas mayores. Es importante fomentar las redes sociales de apoyo a las personas mayores.
- 3) Factores personales: biología y genética, capacidad de adaptación.
- 4) Factores conductuales: actividad física, alimentación sana, abandono del tabaco, abandono del alcohol, evitar la polimedicación.
- 5) Factores ambientales: ámbitos urbanos y rurales, vivienda, prevención de lesiones, seguridad.

El medio físico puede determinar que dichas personas sean dependientes o independientes. Los accidentes en el hogar son las causas de lesiones más frecuentes en los adultos mayores.

Quiénes viven en zonas inseguras están más propensos al aislamiento, la depresión y a tener mal la salud.

6) Factores económicos: ingreso, trabajo, protección social.

Con respecto a la protección social, los países desarrollados han generado planes de pensiones, servicios en especie, incentivación del ahorro, seguros de discapacidad, salud y desempleo, donde se mezcla el apoyo estatal y privado, y se anima a los adultos mayores a trabajar más años y a la jubilación gradual. Solo las sociedades con voluntad de planificación pueden permitirse envejecer.

7) Sanidad y servicios sociales: promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención primaria, cuidados a largo plazo, entre otros.

Sanidad y servicios sociales deben ir integrados y ser equitativos y rentables.

Los cuidados de larga duración incluyen: sistemas de apoyo formales (servicios sanitarios, instituciones geriátricas, centros de día, etc.) e informales (familia, vecinos, centros vecinales, etc.), siendo éste último el principal protagonista.

8) Cultura: los valores y tradiciones culturales son determinantes de su salud, de tal manera que al considerar las diferentes opciones, debemos estimar cómo afectarán al bienestar de las distintas poblaciones.

Quienes tomen el desafío de atender la salud de la tercera edad deberán tener en cuenta este principio, para articular acciones con los sectores que corresponda.

### **El Sistema de Salud Argentino y la atención de salud de la tercera edad**

Recordemos que el Sistema de Salud Argentino consta de tres subsistemas (39):

\_ *Público*: Sus funciones son el diseño de programas, normas y acciones de coordinación entre los distintos subsectores, brindar asistencia técnica-financiera y la regulación de los subsectores que conforman el sector de la salud. Se financia con recursos provenientes de rentas generales, siendo fijados anualmente en los presupuestos nacionales, provinciales y municipales. Su cobertura alcanza al 48% de la población y la brinda principalmente a través de servicios provinciales y municipales, que atienden a los grupos de menores ingresos sin cobertura de seguridad social o del sector privado. En muchos casos deben atender a personas

con coberturas pero con limitaciones de acceso por razones económicas y geográficas.

\_ *Obras sociales*: En total las obras sociales rondan las 319, entre OSN (290), INSSJP y OSP (23). Unas 20 Obras Sociales concentran los dos tercios de los beneficiarios y el otro tercio restante se distribuye entre las 270 obras que quedan. Son reguladas por el Estado. A diferencia de los Seguros Privados, tienen carácter compulsivo de afiliación y una base solidaria en su financiación. La principal fuente de financiamiento de las obras sociales lo constituyen los aportes sobre la nómina salarial. Para las Obras Sociales del régimen nacional están fijados en el 8 % (3 % el empleado y 5 % el empleador). En el caso de las obras sociales provinciales esto se eleva en promedio al 11 % (5 % y 6 % al empleador). En cuanto a los jubilados si sus pensiones son mínimas aportan el 3 % a su obra social; si están por encima del mínimo su cotización es del 6 %. Con respecto a la cobertura que ofrece el sistema de Seguridad Social alcanza el 47,2 %. Aunque resulta difícil definirlo por la gran dinámica de los padrones de afiliados. A partir del PMO su cobertura prestacional es más homogénea aunque las obras más fuertes podrán dar servicios más amplios. Generalmente contratan con prestadores privados para brindar atención médica.

Dentro de ellas está *el INSSJP*.

\_ *Privado*: Se caracteriza por su financiación a partir del aporte voluntario de los usuarios. Generalmente también contratan con prestadores privados para la provisión. Cubren al 7,5% de la población.

### **1- Cobertura**

En cuanto a la cobertura de salud de los adultos mayores, la misma supera la del resto de la población, como puede verse en el siguiente cuadro. CUADRO INDEC 2001 Los mayores porcentajes se dan en el Área Metropolitana del Gran Buenos Aires (91,7 %) y en la Región Pampeana (91,3 %), mientras que el NE exhibe el porcentaje más bajo (75,9 %).

El INSSJP nuclea a 3.405.204 beneficiarios, de los cuales son adultos mayores 2.600.000 aproximadamente. Por lo tanto, en la Seguridad Social, el PAMI es la cobertura médica del 53 % de la PAM y del 71 % de los jubilados y pensionados.

Cabe mencionar que las obras sociales de la Superintendencia de Servicios de Salud pueden elegir si aceptan el ingreso de jubilados y éstos, a su vez, pueden optar por el PAMI u otra Obra Social.

Las obras sociales provinciales, que nuclean empleados públicos provinciales y sus familiares, dan cobertura a sus adultos mayores que tienen permanencia obligatoria.

Finalmente el Programa Federal PROFE comprende un padrón de aproximadamente 450.000 beneficiarios, de los cuales 92.000 son adultos mayores de 60 años, la mayoría en situación de NBI.

Con respecto al sector privado, a pesar de que no permiten el ingreso de personas mayores de 60 años, en Buenos Aires un 11 % refiere tener seguros en empresas prepagas. Los precios de los planes aumentan con la edad del afiliado.

## **2- Provisión**

En lo que respecta a la prestación de la salud, debemos citar:

### *1) Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)*

Fue creado en 1971 para uniformar la oferta de servicios médicos a la clase pasiva. Se trata de un ente público no estatal con personalidad jurídica e individualidad económica y financiera (43).

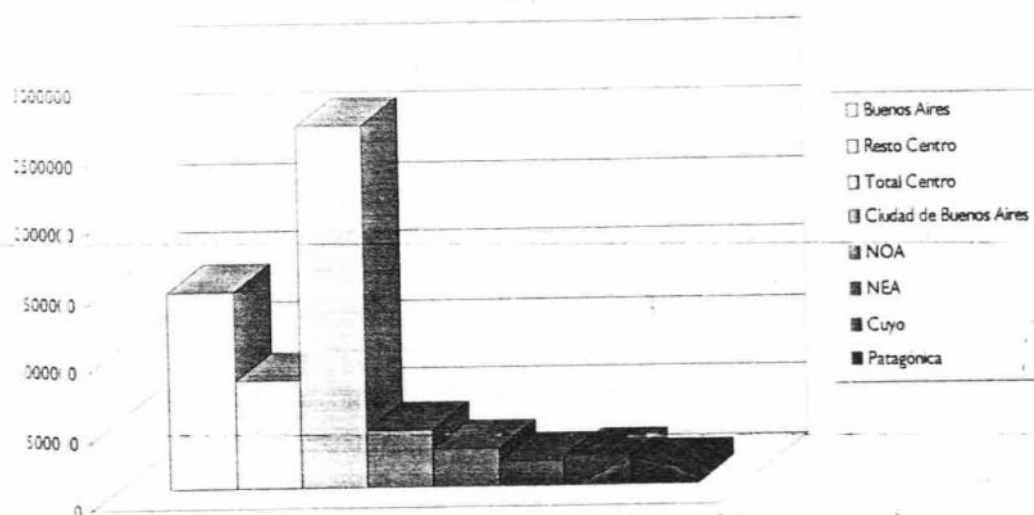
Las funciones sustantivas, entendidas como lo que no puede dejar de hacer, son: asistencia médica integral, asistencia social y prevención y promoción social (subsidio, préstamo, vivienda, gestoría previsional, asesoramiento lega, cultura, recreación, turismo y otros). La oferta está dirigida a los afiliados y a su grupo familiar primario

**Cuadro 5.7. Beneficiarios del INSSJP, por grupos de edad y sexo, 1999**

Tramos de edad	Varones	Mujeres	Total	%
Hasta 19	143.250	143.569	286.819	8,3
20 - 59	142.745	354.485	497.230	14,6
60 a 64	79.958	250.960	330.918	9,7
65 a 69	223.128	352.033	575.161	16,9
70 a 74	255.068	383.322	638.390	18,7
75 a 79	197.004	319.950	516.954	15,2
80 a 84	107.067	208.318	315.385	9,3
85 a 89	53.006	121.840	174.846	5,1
90 y más	10.710	50.788	61.498	1,8
<b>Total 60 y más</b>	<b>933.944</b>	<b>1.687.211</b>	<b>2.621.155</b>	<b>76,9</b>
<b>Beneficiarios totales</b>	<b>1.219.939</b>	<b>2.185.265</b>	<b>3.405.204</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración propia basada en datos del INSSJP, Subgerencia de Informática, junio de 1999.

**Gráfico 5.2. Distribución geográfica de los beneficiarios del INSSJP, según regiones**



Fuente: elaboración propia basada en el padrón del INSSJP actualizado, junio de 1999.

La combinación del menú prestacional médico con el social configura una red de contención y protección para los AM en uno de los períodos más críticos de la Historia Argentina.

La atención médica se configura en tres niveles, de complejidad creciente:

La atención médica se configura en tres niveles, de complejidad creciente:

\_ Primer Nivel:

- \_ Médico de Cabecera
- \_ Servicio de diagnóstico de imágenes de Primer Nivel (Rx, Eco)
- \_ Laboratorio de Primer Nivel
- \_ Kinesioterapia.

\_ Segundo Nivel

- \_ Especialistas
- \_ Prácticas especializadas de diagnóstico y tratamiento
- \_ Internación: Incluye todas las prácticas de diagnóstico, tratamiento con cobertura del 100 %.

\_ Tercer Nivel

\_ Prácticas de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad: TAC, RMN, laboratorio de alta complejidad, ecografías de alta complejidad, cirugía neurológica, cirugía cardiovascular, oftalmología de alta complejidad.

Estos tres niveles funcionan integrados. Hay prestaciones excluidas, que se gestionan directamente a nivel Central: marcapasos, audífonos, transplantes, hemodiálisis, salud mental, drogas oncológicas, odontología, prótesis traumatológicas, programas de medicina preventiva y promoción de salud.

*II) Programa Federal de Salud (PROFE)*

Al reformarse el sistema provisional en 1994, el programa de pensiones no contributivas fue separado del SIJP y pasó a ser administrado por la Secretaría de Desarrollo Social dependiente de la Presidencia de la Nación (43).

Su menú prestacional tiende a la cobertura integral, con convenios capitados, cuya gestión es responsabilidad de las provincias. A partir del PMO se incorporaron prestaciones como hemodiálisis, salud mental internación geriátrica y programas para discapacitados.

Dado que se maneja con un presupuesto no incremental, hay una demanda insatisfecha para acceder al beneficio.

La prestación es realizada por los hospitales públicos.

*III) OBRAS SOCIALES NACIONALES, PROVINCIALES, HOSPITALES:* también dan prestaciones pero en su mayoría sin programas específicos para ese grupo etáreo.

### **3- Financiación**

La mayor parte de la misma la realizan las obras sociales, en especial el INSSJP. El mismo se financia con recursos de los jubilados (2% de sus haberes y 1% del haber anual complementario), de los trabajadores en actividad (1% de sus haberes) y de los empleadores (1% de los haberes de sus trabajadores).

El gasto del Instituto alcanzó 2194 millones de pesos, en 2001, de los cuales el 75% se destinó a la atención médica; el gasto social y administrativo se ubicó entre 20 y 30% del gasto total.

Las obras sociales nacionales y provinciales también destinan una cápita para la atención de sus mayores, aunque la misma es variable según sus recursos y regiones geográficas.

El Programa PROFE tiene un presupuesto desde el MBS, y se maneja con prestaciones capitadas y no capitadas.

La financiación para quienes se asisten en hospitales se realiza por vía de impuestos.

En lo que se refiere al gasto privado, si bien los adultos mayores tienen mayor cobertura de salud que el resto de la población, al aumentar su demanda de servicios, son

quienes mayor porcentaje de sus ingresos destinan a la atención de su salud. INDEC 2001.

Es poca la intervención actual del gobierno federal en el liderazgo del sector. Sus acciones se concentran en la atención formal del INSSJP, PROFE y programas limitados de alimentación (43).

La atención de los adultos mayores en Argentina , refleja la misma imagen del sistema de salud para el resto de la población: acciones múltiples y dispersas sin ninguna coordinación entre sí.

# **METODO DE IMPLEMENTACION**

## **CAPITULO V**

### **CONSTRUYENDO UNA RED DE SALUD PARA LOS AFILADOS DEL INSSJP EN TUCUMÁN: GESTIÓN ESTRATÉGICA**

**¿Cuál sería la misión y visión? ¿Cuáles debían ser los objetivos estratégicos?  
¿Cuál era el diagnóstico de situación de la empresa prestadora? ¿Cuál sería la estrategia a seguir?**

“Hacia el equilibrio entre rumbo, timón y remo”

En la mayoría de las empresas, y esta no era la excepción, casi nadie conoce la visión y mucho menos la misión, los objetivos o la estrategia. Al realizar una encuesta al personal más del 80% no sabían con certeza de qué se trataba. Los que la enunciaron lo hicieron como una mera memorización; algo etéreo sin aplicación en la práctica. En esas condiciones resultaba imposible establecer un enlace entre metas individuales y la misión, y mucho menos entre esta última y la estrategia o el presupuesto.

La misión de la empresa que daba servicio a los afiliados del INSSJP en Tucumán, había sido ofrecer su Menú Prestacional, acorde a la cápita abonada por el mismo. La estrategia consistió en reunir a los principales sanatorios, especialistas, centros de diagnóstico y tratamiento, médicos de cabecera, y otros prestadores, todos ellos del mejor prestigio, para conformar una oferta superadora de cuantas había tenido antes el Instituto. Pero eso indudablemente, ello no fue suficiente, considerando la opinión poco favorable de la comunidad.

Era necesario reformular la misión, visión y objetivos. Y por sobre todo, cambiar la estrategia.

## **¿Cuál era el negocio? ¿Qué necesidades había que satisfacer?**

No fue tarea sencilla decirlo. Se habían estado satisfaciendo las necesidades del INSSJP y su contrato, pero no las de los afiliados. ¿Sabría el propio INSSJP, cuáles eran las necesidades de sus afiliados? ¿Las conocían sus prestadores?

La geriatría nos dice que, a los adultos mayores les interesa más mantener su autonomía que verse libres de enfermedades. El temor a perderla, les angustia por lo que acuden permanentemente a la consulta por motivos relacionados con la misma. Ej. dificultades para la marcha, inestabilidad, mareos, alteraciones de la visión, pérdidas de la memoria, entre otros síntomas que pueden comprometer su funcionalidad.

Al analizar los motivos de consulta a los médicos de cabecera y especialistas, alrededor del 62% se debían a cambios fisiológicos propios de la edad que se confundían con enfermedades y síntomas que podrían ocasionar pérdidas de autonomía. La soledad en que muchos vivían potenciaba ese temor. Podía afirmarse que el perfil de policonsultores que caracterizaba a los adultos mayores, se debía a que necesitan ser reasegurados frecuentemente sobre su estado de salud. Además, los prestadores aducían que sus mayores costos eran producidos por pacientes que habían perdido su funcionalidad. Ej. fracturas de cadera, escaras de decúbito, sepsis en pacientes postrados y desnutridos, etc.

Quienes atendían las necesidades sociales de la tercera edad confirmaban también que los déficit de función eran responsables de la mayor demanda de ayuda. Dado que las condiciones socioeconómicas influían en la vulnerabilidad de los ancianos, era necesario aunar esfuerzos intersectoriales para dar soluciones reales.

Preservar la funcionalidad de los adultos mayores sería la clave para ser eficientes.

## **¿Qué grupos de “consumidores” debían satisfacerse?**

Las quejas provienen sobre todo, de aquellos que presentaban mayor riesgo y de los pacientes postrados; debía darse atención a los pacientes en sus diferentes grados de funcionalidad, sin descuidar a los que representaban mayores riesgos, como los pacientes postrados.

## **¿Con qué tecnologías, cómo hacerlo?**

Se había contado con profesionales, sanatorios y tecnología de última generación pero los resultados no fueron los deseados porque la falta de coordinación diluyó los esfuerzos. Se dilapidaron recursos humanos, materiales y financieros. Costos de mala calidad, dirían algunos.

Cuidar la función significaba alerta médica para percibir lo que no se consulta pero está a la vista. Cuidar la función significaba continuidad, atención integral, integración entre niveles y entre sectores.

Por lo tanto, la articulación de la oferta en redes era la opción más conveniente.

## **Reformular la misión**

La misión de la empresa de salud que atendía a los afiliados del INSSJP en Tucumán, pasó a ser la siguiente:

“Atender la salud de los afiliados del Instituto, procurando mantener su capacidad funcional y retrasar la dependencia, mediante una red prestacional integral e integrada que de respuesta personalizada a los diferentes problemas que plantea la atención de los adultos mayores, con una cobertura prestacional en todos los niveles y en todo el ámbito de la provincia”.

El negocio no consistía solo en cubrir el Menú Prestacional del INSSJP, tarea que podía cumplir cualquier otro grupo médico, sino en integrar y coordinar la oferta, para dar continuidad de cuidados y una respuesta a la medida de cada necesidad. Ese sería el valor agregado de la empresa que decidió aceptar el desafío.

## **La visión**

Ser líderes en la atención de salud de los adultos mayores, lo cual les permitiría lograr nuevos contratos con otras obras sociales que tienen adultos mayores en su población.

## **Los objetivos de resultados**

Debían transformar la declaración de la misión en un conjunto de resultados o compromisos de actuación, por medio de los cuales se pudiera medir el avance de la organización. Solo con esperanzas y buenas intenciones era imposible lograrlo. Ellos fueron:

- Establecer una cultura de cuidados funcionales en todos los prestadores: Lograr que en todos los niveles de la organización se difundieran los conceptos geriátricos sobre la salud de los adultos mayores: autonomía funcional, su prevención, cuidado y rehabilitación. Asimismo, promover permanentes innovaciones en la organización donde se materializara la gestión del conocimiento.
- Desarrollar una red asistencial que a través de la mejora continua de sus procesos, prestaciones en cantidad, en tiempo real y con la continuidad de cuidados que requiere la preservación de la capacidad funcional de los ancianos.
- Incrementar la satisfacción de los afiliados y de los prestadores, al responder mejor a sus necesidades y expectativas.
- Mejorar la imagen de la empresa prestadora de servicios al Pami en el medio: Para obtener garantía de permanencia al evitar posibles competidores
- Obtener mayor rentabilidad en el aspecto financiero al eliminar los costos originados por la disminución de la funcionalidad y la postración.

## **Formular la estrategia**

Ella (Alicia) empezó: “gatito Cheshire, ¿podrías indicarme qué camino tengo que tomar desde aquí?”. El gato contestó: “Eso depende de a dónde quieras llegar”.

Lewis Carroll.

Para formular la estrategia era necesario realizar previamente un diagnóstico de situación de la empresa, tanto hacia adentro como hacia fuera, para analizar sus posibilidades y fijar la dirección.

## **Análisis de situación: ¿Cuáles eran las amenazas, oportunidades, fortalezas y debilidades de los actuales prestadores?**

En Tucumán, desde 1995, la atención de salud de los afiliados del INSSJP estuvo a cargo de una empresa integrada por los principales sanatorios de la capital y del interior (UTE). Ella realizó la planificación, gestión y control de todos los niveles de complejidad.

Las tareas se habían iniciado en el año 1996, en un contexto de aparente estabilidad y luego de un minucioso planeamiento que asegurara una atención médica eficiente.

Les tocaba a los prestadores, hacia el año 2003, vivir las consecuencias que generó la profunda crisis económica, social y sanitaria que afectó a los argentinos en el año 2001 y que en esta provincia alcanzaba particular gravedad. Los beneficiarios de PAMI no escapaban a este contexto y representaron, junto a los niños, el grupo de mayor vulnerabilidad. A sus pluripatologías de base, descompensadas por tratamientos discontinuos, se sumaron los déficit de nutrición, soledad, familias poco continentales (por la desocupación y la pobreza) y el abandono social (por la priorización de otros grupos etáreos). Todo ello colocaba al afiliado en condiciones de máximo riesgo.

Ante este cuadro de situación los prestadores se plantearon qué se debía y podía hacer para colaborar responsablemente a superar esa crisis. Se observó que la Institución PAMI salía decidida a ponerse adelante del problema, pero desde un modelo similar al anterior, donde solo cambiaría los responsables de la gestión. Sin embargo, ello tampoco sería suficiente si no se respondían a las verdaderas necesidades de los afiliados, a quienes no interesaba quién administrara el sistema, sino que se respondieran a sus expectativas.

Los prestadores comprometidos con las políticas del INSSJP, estaban dispuestos a acompañar esa actitud, cuando llegara su implementación, pero alguna respuesta debía darse entonces (año 2003). Por ello se propuso una readecuación del modelo prestacional para los afiliados del Instituto en Tucumán.

Los torbellinos políticos y económicos habían convulsionado toda la sociedad, deteriorando la salud de la población. El sistema prestacional sufrió el impacto de

ello y se imponía un urgente **proceso de reingeniería**, que permitiera responder a las necesidades de los afiliados.

Pero, realizar políticas sanitarias activas dentro de este marco de inseguridad contractual equivalía a sucumbir. Por ello se hacía imprescindible un mayor compromiso de **estabilidad** que sirviera para estimular la creatividad y la inversión. Era necesario un compromiso contractual a mayor plazo.

## ***LA CRISIS FUE LA OPORTUNIDAD***

Fue la oportunidad de revisar lo actuado por cada integrante del sistema de salud y la empresa no podía seguir sola en tamaña tarea. Era necesario incorporar otros factores que aportaran sus fortalezas para afrontar ese nuevo desafío. De allí la necesidad de articular acciones intersectoriales, para responder con un esfuerzo mancomunado a los reclamos de la sociedad tucumana y **conformar una red de contención, no solo médica, sino social.**

Resultó interesante realizar un **análisis FODA** de la situación de la empresa hacia fines del año 2003.

### ***\_Amenazas:***

Diversas situaciones externas podían empañar el contrato con el Instituto, a saber:

\_Política: Tucumán, a tono con el país, había comenzado una onda estatista, luego de haber recibido una provincia devastada por la crisis económica. La premisa era volver al estado . Desde el Ministerio de Salud se avizoraban muchos deseos de innovar para lo cual se necesitarían recursos.

\_Económica: Tucumán no crecía; solo el aumento de la recaudación parecía ser la salvación. El gasto público continuaba en aumento. Los hospitales con gran parte de su presupuesto en personal, veían en el Pami una fuente apetecible de ingresos.

\_Social: El tejido social se estaba destruyendo. La célula básica de la población, la familia, estaba en crisis. Las mujeres ocupaban la mayor parte de su tiempo en atender a sus hijos y realizar trabajos temporarios fuera del hogar para mantenerlos. En muchas familias era difícil cuidar a los ancianos.

\_Condiciones de vida: Como vimos, el número de hogares con privaciones era superior al de otras provincias. Mantener la salud en esas condiciones constituía un desafío.

\_Educación: Escaso porcentaje de la población era analfabera, pero ignoraban la necesidad de cuidar la salud.

\_Trabajo: La pobreza y la desocupación era compartida por la mitad de la población. Muchos hogares vivían con los haberes jubilatorios de los ancianos, a quienes postergaban frente a las necesidades de los otros grupos etáreos.

\_Competidores: La gran virtud del sector público era su distribución en toda la provincia. Ello era de gran valor por la dispersión de la población del INSSJP en todos los departamentos de la misma. Constituían, por lo tanto, un posible adversario.

Al mismo tiempo, en el sector privado, el elevado número de profesionales de la salud , los sanatorios y otros centros que no forman parte de la ACES eran potenciales competidores que ponían en riesgo la continuidad del sistema.

\_Demografía adversa: El avance del envejecimiento con su mayor demanda de servicios se cernía como una amenaza. Además el envejecimiento era mayor en las bandas etáreas superiores y en las mujeres, quienes eran las que más consultaban; de allí la amenaza potencial. A su vez, atender población dispersa era una azaña con la exigua cápita.

\_ Población de riesgo: Por estar discriminados socialmente en una sociedad que les niega su lugar y por su mala situación socioeconómica que los arroja a la pobreza, los adultos mayores incrementan los riesgos de enfermar . La carga de enfermedad de la PAM aumentó ostensiblemente multiplicando el uso de recursos. La demanda de salud se incrementó notablemente y el estado funcional de los ancianos decayó de igual modo.

\_Población sin educación en el cuidado de la salud, lo que también aumentó la demanda de servicios.

\_Población con falta de oportunidades laborales: El exceso de tiempo libre y sedentarismo conducían al deterioro progresivo de su calidad de vida. Los trastornos de la nutrición, la falta de cuidado de factores de riesgo, eran el inicio de una

cascada de deterioro progresivo que incrementaba notablemente el uso de recursos de salud.

\_Gratuidad de la atención: Desafortunadamente, incrementaba sin motivo las consultas. Se trataba, además de una población que no fue educada en el cuidado de los recursos de su obra social; alegando un aporte de 30 años (pocos los realizaron) exigían todo, gratis y sin demoras.

\_La histórica mala imagen de la atención al Pami era una pesada carga, que minimizaba todo deseo de superación. Se criticaba a los prestadores por costumbre, sin conocer los valores exiguos de las cápitas ni los costos crecientes de la salud. A los afiliado se les habla prometido demasiado y responder a sus expectativas era casi imposible con valores de cápita tan deprimidos.

\_Otra amenaza grave era la desactualizada cápita abonada por el Instituto, apenas superior a la que se percibía durante la convertibilidad a lo que debe agregarse la pesificación.

#### ***\_ Oportunidades:***

Sin embargo no todo era negativo y existían algunas ventajas a tener en cuenta:

\_Solo el Sector Público no bastaba: A pesar de sus intenciones el sector público aún no estaba preparado para recibir 90.000 adultos mayores con su gran carga de enfermedad, lo cual ofrecía ventajas a la ACES.

\_El resto de los privados tampoco bastaban para ofrecer prestaciones de calidad.

\_Atender población conocida: El haber atendido 10 años esta población permitía conocer sus tasas de uso y distribuir mejor los recursos.

\_Nuevos mercados: Resolver correctamente la atención de la población de Pami permitiría expandir el mercado hacia los otros adultos mayores de Tucumán.

#### ***\_ Fortalezas:***

Hacia el interior de la organización se descubrían sus valores:

\_La oferta conformada por los principales sanatorios, centros de diagnóstico y profesionales: Era algo nunca logrado en Tucumán y constituía la mayor fortaleza de la ACES.

\_ Experiencia: Obtenida a lo largo de los años, era una gran virtud. Difícilmente se podían encontrar 200 médicos de cabecera con experiencia de tantos años en su tarea; lo mismo ocurría con los especialistas y la mayoría de los sanatorios.

\_ La producción del sistema: Superaba las históricas tasas de uso de Pami, constituyendo otra evidencia del deterioro de la salud de la tercera edad y del apoyo ofrecido por los prestadores para enfrentarla.

\_Continuidad del sistema: Durante 10 años los servicios tuvieron continuidad, garantizando la prestación a pesar de las faltas de pago por parte del Instituto.

***\_Debilidades:***

Algunas falencias debían corregirse:

\_No existía imagen corporativa

\_Falta de trabajo de equipo: A pesar de contar con recursos de infraestructura y de personal era necesario mejorar los procesos y coordinar las tareas.

\_Falta de capacitación geriátrica-gerontológica en los prestadores.

\_Dado que la atención del primer nivel se debía desarrollar con médicos de cabecera distribuidos en el territorio de la provincia, era difícil supervisar su tarea. Muchos pacientes denunciaban inasistencias, turnos prolongados, cobro de plus, trato descortés por parte de sus médicos de cabecera. En algunos casos eran las secretarías quienes confeccionaban recetas y pedidos de estudios a solicitud de los pacientes. Igual situación sucedía con las derivaciones al segundo nivel. Todo ello generaba sobrecarga a los demás servicios y dilapidaba recursos sin beneficios. Los médicos de cabecera estaban capitados, por lo que la tendencia a subprestar y derivar es la regla.

\_También entre los especialistas tenían lugar comportamientos oportunistas: Potenciados por la relación de agencia, el cobro de adicionales, negar prácticas que debían darse, eran algunas de las quejas de los afiliados que concurrían a los especialistas. Algunos de ellos, subcapitados, repetían las conductas de los médicos del primer nivel; otros pagados por horas técnicas, se autogeneraban la demanda para conseguir más hrs de contratación.

\_ Los turnos prolongados para la realización de estudios eran una realidad. Los mismos obedecían a las bajas tasas de uso que maneja el Instituto al momento de

contratar; los prestadores superaban las mismas y aún así era insuficiente. En apariencia el INSSJP transfería el riesgo al prestador, pero éste tenía su límite, por encima del cual no podía prestar sin definanciarse. Por lo tanto el riesgo lo asumía en realidad el afiliado, quien no recibía la prestación oportunamente. A ello agregaba la explosión de la demanda motivada, como dijimos, por la crisis económicasocial.

\_Algunos sanatorios daban altas precoces, con lo que el paciente debía reinternarse en diferentes instituciones, sin encontrar solución a sus problemas.

\_Los servicios de emergencia domiciliaria no cumplían su finalidad, ya que estaban sobrecargados con pacientes que preferían solucionar sus problemas con ellos en vez de acudir a sus médicos de cabecera. Muchas veces eran requeridos para hacer recetas mas que para atender alguna descompensación de salud.

\_Los servicios de internación domiciliaria y extensión sanatorial enconstraban pacientes en estado de abandono familiar. Muchas veces las complicaciones postoperatorias se debían a ello.

\_Al analizar el consumo de algunos pacientes, se observaba duplicación de estudios e interconsultas a especialistas por patologías controlables por los médicos de cabecera. Al no haber relación entre profesionales o por la presión del paciente o fliars, estas prácticas se repetían con frecuencia.

\_Cápita desactualizada: Los bajos sueldos a los prestadores, atrasos en los pagos, deudas con los proveedores, y sobre todo gran disconformidad atentaban contra el clima laboral. Eran motivados por una cápita insuficiente y por la falta de pago del INSSJP durante 7 meses del año 2002. Se hacía difícil lograr colaboración por parte de los prestadores en esas circunstancias.

\_Falta de control de gestión, lo que perpetuaba los errores.

### **Conclusiones:**

Las tasas de uso del sistema superaban ampliamente las sugeridas por PAMI al momento de fijar los valores de la cápita, pero si se realizaba una encuesta de satisfacción al afiliado y prestadores, el resultado era desfavorable. La producción era excelente, pero no bastaba para cubrir las necesidades de la población, que

continuaba experimentando desprotección, falta de contención, inseguridad y temor a perder su autonomía funcional en cualquier momento.

El Menú Prestacional del INSSJP, con sus niveles de complejidades crecientes se cumplía satisfactoriamente desde el punto de vista estadístico, pero cada área funcionaba como un compartimiento estanco. La fragmentación de la atención médica atentaba contra principios básicos de la geritría, tales como la continuidad y el alerta médico, claves para mantener la autonomía funcional de la tercera edad.

### ***¿Cuáles debían ser las estrategias de corrección?***

Ante esa situación...¿Qué medidas de corrección adoptar? ¿Qué caminos a seguir para preservar la funcionalidad de los adultos mayores del instituto? ¿Cómo lograrlo sin desfinanciarse?. No cabía la menor duda de que el entorno de la atención de salud de los adultos mayores se había transformado:

) Los productos y servicios dirigidos hacia el paciente adulto mayor, por las particularidades del proceso del envejecimiento en el que participan tantas variables, debían ser "a medida"; las preferencias del usuario eran primordiales dentro del proceso productivo empresarial.

) La eficiencia era una obligación para permanecer en un contrato de riesgo.

) La mejora continua se estaba convirtiendo en un término no académico y práctico en todas sus dimensiones, que se debía incorporar en toda gestión actualizada.

) El Capital humano estaba tomando la dimensión estratégica necesaria para que aporte valor a la empresa, por lo que no se debía dejar relegado.

) Los procesos debían estar cada vez más consolidados e integrados, para lograr la máxima calidad y eficiencia. Esto se potenciaba tratándose de los adultos mayores cuyas múltiples patologías exigen gran coordinación para ser eficientes y sobre todo no dañar.

) Los proveedores debían estar más integrados en la cadena de producción por lo que era imperioso el trabajo en equipo.

) Todo esto constituía un pilar básico de lo que se llama Business Intelligence.

Era imposible pensar que desde un solo ángulo se podía lograr el éxito. Hasta ese momento el enfoque de resultados había sido solo financiero. El desempeño corporativo se reflejaba en reportes financieros , basados en hechos pasados, colocando énfasis en los resultados a corto plazo.

Esto equivalía a guiar un auto teniendo en cuenta solamente si teníamos combustible. Se debía buscar un complemento a los indicadores financieros si se quería construir el futuro de la empresa. Sin un sistema que conjugara una visión integral de la empresa, era prácticamente imposible manejar la estrategia de forma eficaz. Quizá la empresa había estado mucho más orientada, hacia herramientas y sistemas que contenían una mayor dosis operativa que estratégica.

No cabía la menor duda que la estabilidad y transparencia del entorno no era la misma que hace unas décadas, y los procesos estaban evolucionando ; consiguientemente, los sistemas de gestión debían transformarse para satisfacer las nuevas necesidades.

La atención médica de los gerontes y el cuidado de su capacidad funcional, imponía la necesidad de trabajar en equipos donde financiadores, prestadores en todos los niveles y usuarios, interactuaran permanentemente para garantizar la continuidad de los cuidados. Se trataba de un engranaje, donde cada uno era necesario para crear una cadena de valor. No bastaba que cada uno hiciera bien lo suyo para obtener el mejor resultado.

La Visión, como meta a alcanzar a largo plazo, debía ser el eje de impulso de la propia estrategia (plan de acción a largo plazo).

La Dirección se puso manos a la obra para escoger una estrategia que permitiera traducir su misión y los objetivos generales, en unos objetivos estratégicos concretos.

Teniendo en cuenta el análisis FODA, se debían determinar las áreas críticas de la empresa, que a su vez deberían aportar los factores claves de éxito.

Luego sería preciso apelar a la innovación organizativa y a la participación de todos los actores para formular e implementar la estrategia a seguir.

**Los objetivos estratégicos** para alcanzar la misión, fueron:

- Conocer el contexto político-económico-social de la Provincia de Tucumán, donde tendría lugar la prestación.
- Determinar las características demográficas de la población de los adultos mayores de la provincia.
- Establecer el perfil epidemiológico de la población a cargo.
- Promover una cultura de cuidados funcionales y de trabajo en redes asistenciales en todo el personal.
- Establecer los cambios en la organización para conformar una red asistencial que permita atención integral y cuidados funcionales.
- Establecer mejoras en los procesos internos de la empresa para pasar a constituir una red.
- Implementar un sistema de evaluación integral para controlar el cumplimiento de los procesos y alinear la red con la misión.
- Determinar el impacto en la salud de los pacientes.
- Determinar el impacto en la salud de la red prestadora.
- Determinar el impacto financiero de la nueva propuesta.

Con dichos objetivos se pretendía lograr una **visión integral** de la empresa, lo que permitiría alcanzar la visión.

### ***¿Cuál era el mapa estratégico?***

Los objetivos estratégicos no debían ser luces dispersas en medio del terreno, sino que se agruparon para cubrir las zonas estratégicas y se ordenaron para marcar un camino a seguir. Por ello fueron asignados, según correspondía, a una de las cuatro **perspectivas básicas** que toda empresa debía evaluar para tener una visión integral de lo que sucede: el aprendizaje organizacional- los procesos internos- la satisfacción de los clientes- las finanzas. Luego dichas perspectivas se priorizaron y ordenaron en virtud de la estrategia escogida. Los objetivos estratégicos incluidos en ellas, quedaron de ese modo enlazados por una **relación de causa-efecto**, configurando un mapa estratégico.

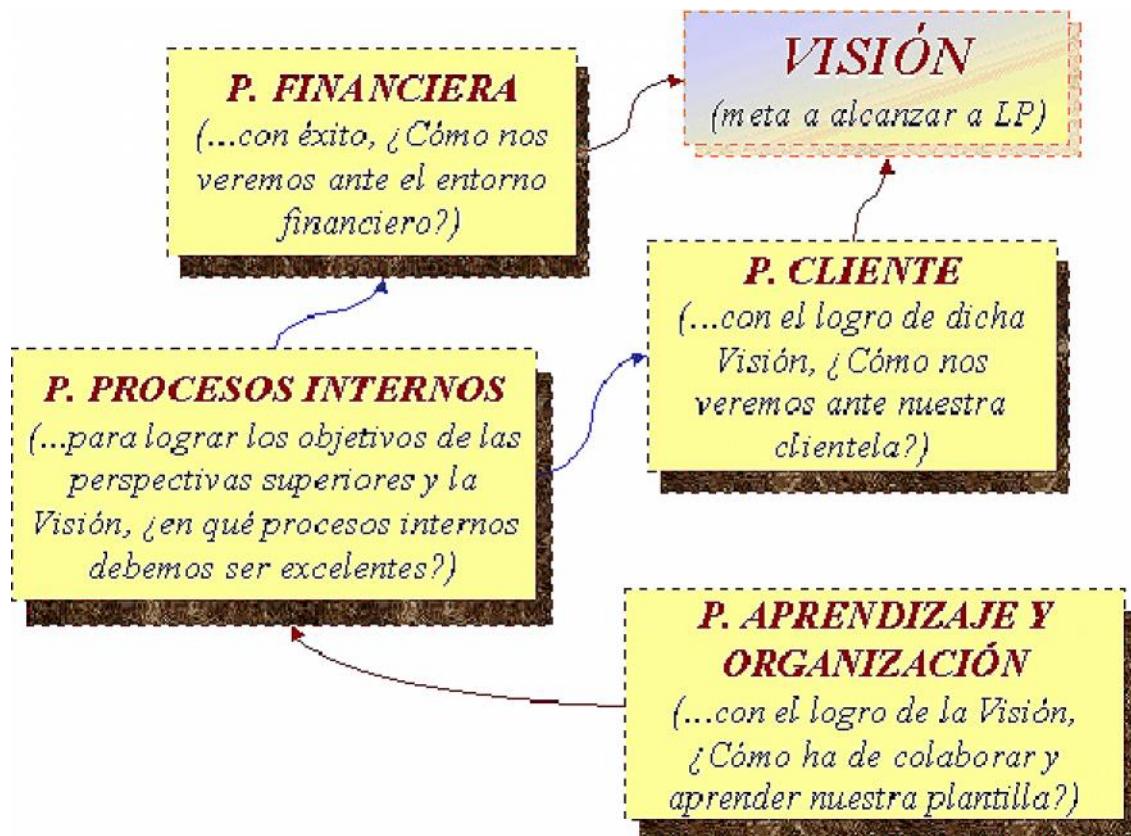
Tener objetivos aislados por áreas, solo conduciría a trabajar en archipiélagos donde cada una buscaría fortalecer su poder. Con toda certeza, el mapa estratégico

constituía uno de los elementos básicos. La configuración del mismo no era fácil, porque requería un buen análisis por parte de la Dirección ya que los objetivos que se pretendían alcanzar debían estar en sintonía con la estrategia. Sería el soporte fundamental para construir luego los indicadores necesarios para medir el funcionamiento de la red.

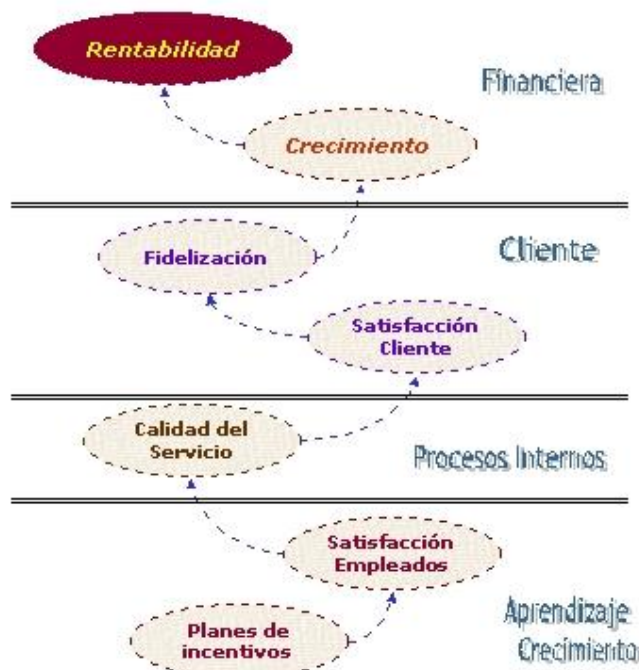
Además se hacía tremendamente importante que existiera un **justo equilibrio** entre **los indicadores de resultados** (outcome measures) ---> perspectivas financiera y de la clientela y entre **los inductores de dichos resultados** (performance drivers) --> perspectivas de procesos internos y de aprendizaje y crecimiento. Así, los objetivos interactuarían en forma equilibrada entre aspectos financieros y de gestión, de resultados como de proceso (impulsores).

El hecho de llevar a cabo un esfuerzo en la preparación del mapa estratégico, proporcionó un aprendizaje para el equipo, y ello favoreció que todos se alinearan y enfocaran hacia la estrategia de la empresa, ya que el mismo permitía de un golpe de vista, conocer la estrategia de la empresa.

*Alineación estratégica y planificación para el cuidado de la funcionalidad de los AM*



Mapa estratégico:  
relaciones **Causa - Efecto**



La estrategia para lograr una red asistencial que proteja la funcionalidad de los adultos mayores, se expresó en el siguiente esquema de relaciones de CAUSA-EFECTO.

Al favorecer el Aprendizaje Organizacional, se obtendrían mejoras

en los Procesos Internos, lo cual incrementaría la satisfacción de los Clientes por recibir servicios que les permitan mantenerse activos a pesar de sus años y enfermedades crónicas. Ello, además de mejorar la imagen de la empresa, permitiría mejorar la perspectiva Financiera al obtener mayor rentabilidad por haber disminuido la demanda de servicios costosos, generados por pacientes complicados y postrados.

Las perspectivas y los objetivos estratégicos a considerar fueron:

### **1- Innovación y aprendizaje organizacional:**

Era la **perspectiva CLAVE** por excelencia. Involucraba, no solo el capital intelectual humano, sino todo el impacto de su saber en la organización. Ciertamente, el Recursos Humano era un elemento clave en la gestión. Esto cobraba mayor importancia si se refería a adultos mayores cuyo cuidado funcional era inédito en una red de salud. Los cimientos organizativos habían de consolidarse en este ámbito; era una de las grandes barreras de la empresa actual y se trataba de la llave a partir de la cual se podía proceder a instaurar cambios en la organización.

También, aspectos como la Tecnología, las Alianzas estratégicas, las competencias de la empresa, la estructura organizativa, etc. eran puntos de alto grado de interés a tener en consideración en esta perspectiva, para suscitar las innovaciones organizativas necesarias.

Los objetivos estratégicos en esta perspectiva, incluían todo lo necesario para aprender a organizar la tarea que se llevaría a cabo. Ellos fueron:

- ***Conocer el contexto político-económico-social de la Provincia de Tucumán, donde tendrá lugar la prestación:*** Primera lección en el aprendizaje organizacional para evitar dilapidar esfuerzos creando algo que no tendrá viabilidad.
- ***Determinar las características demográficas de la población de los adultos mayores de la provincia.***
- ***Establecer el perfil epidemiológico de la población a cargo.***
- ***Promover una cultura de cuidados funcionales y trabajo en redes asistenciales para los adultos mayores, en todo el personal:***

*\_Desarrollar conocimientos y competencias en el tema de la salud de los adultos mayores y redes de salud, para iniciar la gestión del capital intelectual de la empresa.*

*\_ Promover el clima y cultura para dar cuidados funcionales en redes de salud: equipo, comunicación, motivación, etc.*

➤ ***Establecer las innovaciones en la organización de la red asistencial*** de los afiliados de PAMI en Tucumán, para satisfacer sus necesidades y expectativas:

*\_Gestión estratégica de alianzas intersectoriales, interinstitucionales, interniveles de complejidad fundamental para dar la cobertura integral que requiere el cuidado de la funcionalidad de los adultos mayores; la colaboración en red comienza a arrancar con fuerza entre especialistas, instituciones, entre sector público y privado, etc.*

*\_Tecnología y sistemas de información para recoger información y establecer nexos entre diferentes áreas: No era suficiente saber lo que se iba a hacer; sin duda se necesitaba el apoyo tecnológico para llevar a buen fin todas estas buenas intenciones. Tanto el planeamiento como la gestión y control requerían de la información, sobre todo cuando se debía trabajar en el alerta prestacional que requería el cuidado de la capacidad funcional. Ej: comunicaciones en redes de computadoras, sofá propios, internet, entre otros.*

## **2- Procesos internos:**

Era una de las perspectivas elementales, relacionada estrechamente con la cadena de valor por cuanto se habían de identificar los procesos críticos, estratégicos, para el logro de los objetivos planteados en las perspectivas externas: financiera y de clientes; o dicho de otro modo: ¿cuál debía ser el camino a seguir para alcanzar la satisfacción del usuario, prestadores y accionistas de la empresa?.

Se debía recordar la relación existente entre los componentes de la infraestructura de la empresa (recursos materiales, humanos y financieros), los cuales participaban de los procesos internos y debían lograr resultados coherentes con la misión.

se podían determinar las siguientes estrategias y objetivos estratégicos en cuanto a los procesos internos:

➤ ***Establecer mejoras en los procesos internos de la red.***

*\_Diseñar procesos de innovación y desarrollo para los cuidados funcionales:* Permitiría obtener liderazgo de producto.

*\_Mejora continua de procesos operativos* para ofrecer continuidad de cuidados funcionales: Permitiría lograr la excelencia operativa que exigían los clientes.

*\_Establecer procesos de relación con clientes internos y externos para lograr trabajo de equipo:* La mayor intimidad con los usuarios y prestadores permitiría escuchar sus opiniones a fin de corregir desvíos en la estrategia de cuidados funcionales.

➤ **Implementar un sistema de evaluación integral** para monitorear la producción, en cantidad, tiempo y calidad.

### **3- Clientes.**

Si los procesos fueron excelentes y se eliminaron todos aquellos costes superfluos e innecesarios, los Clientes serían la siguiente pieza básica de la cadena de análisis. No cabía duda de que se beneficiaban de todo lo anterior -en muchos aspectos- siendo a corto, medio y largo plazo uno de nuestros objetivos básicos su satisfacción.

En sintonía con la organización y con su visión, se debía analizar muy bien a los clientes (afiliados-proveedores), y las posibilidades; todo había de estar alineado con los objetivos financieros que deseaban conseguir. De algún modo el objetivo principal era la generación o propuesta de Valor para el Cliente, obteniendo la ya conocida Satisfacción del cliente y su consiguiente Fidelidad.

Lo más importante era llevar a cabo una propuesta de valor para el cliente y se traducía en los siguientes objetivos estratégicos:

➤ **Determinar el impacto en la salud de los pacientes:**

*\_Satisfacción del afiliado* al encontrar un sistema que lo contiene y vela por su salud: En la misma se involucraban la calidad del producto (atención especialmente diseñada para el cuidado funcional), la excelencia operativa y en muchos casos la imagen de la empresa que presta el servicio.

*\_ Fidelización de los pacientes* con el sistema prestador.

➤ **Determinar el impacto en la salud de la red prestadora:**

*\_Satisfacción del prestador* al pertenecer a un sistema que le ofrecía continuidad y manejo prudente de los recursos evitando desfases, que pusieran en peligro su patrimonio.

*\_Fidelización de los prestadores con la red.*

Las estrategias implementadas fueron: Liderazgo en el producto (los cuidados funcionales eran tomados en consideración por primera vez en forma práctica), Intimidad con cliente (para resolver sus problemas) y excelencia operativa (para dar calidad a buen costo).

El mercado de la salud de los adultos mayores era muy heterogéneo: los clientes tenían diversas necesidades y distintos grados de preferencias. No todos deseaban lo mismo de las empresas y es por ello que había que ajustar la propuesta de valor con sumo cuidado. Es una perspectiva crucial, que conecta por la parte de arriba del mapa con los objetivos de naturaleza financiera y, por debajo, con la perspectiva de procesos internos.

**4- Financiera.**

Su orientación principal era maximizar el valor de los accionistas (socios que componen la ACES), dentro de lo que la ética médica establecía. De alguna forma, se trataría de medir la creación de valor en la organización, e incorporar la visión de los propios accionistas.

Si los pasos dados habían sido los planificados y adecuados, la empresa obtendría sus beneficios, se generaría un valor que a su vez se traduciría en unos mayores beneficios, en unos menores costes, o ambos... de manera que el último beneficiado sería el Accionista. La perspectiva Financiera (Fin) sería la que al final saldría favorecida. El objetivo estratégico fue:

➤ **Determinar el impacto financiero de la nueva propuesta.**

En el área financiera las estrategias posibles serían: de crecimiento, de mantenimiento o de recolección de lo invertido. En este caso, se escogió una estrategia de mantenimiento por tratarse de una empresa ya instalada desde hace años y en una situación de crisis económicosocial que anulaba momentáneamente el crecimiento. Ya mantenerse sería todo un éxito. Se trataba de:

*\_Lograr la optimización de Costes* al evitar el deterioro funcional de los adultos mayores.

*\_Aumentar la rentabilidad* al evitar los costos ocasionados por falta de coordinación y continuidad de cuidados.

Mediante el cuidado funcional de los afiliados se esperaban evitar los costos de mala calidad generados por la pérdida de autonomía funcional y la postración, con su cadena de complicaciones.

De alguna manera se trataría de FIDELIZAR al ACCIONISTA. Proporcionarle Valor Agregado era un cometido estratégico de primer orden en esta perspectiva.

## CAPITULO VI

### CONSTRUYENDO UNA RED DE SALUD PARA LOS AFILADOS DEL INSSJP EN TUCUMÁN: ANALISIS DE CONTEXTO

¿Cuál era la situación política, económica y social de la Provincia de Tucumán? ¿Cómo se atendía la salud de la población? ¿Qué lugar ocupaban los adultos mayores en los planes de salud? ¿Cuáles era la política del INSSJP?

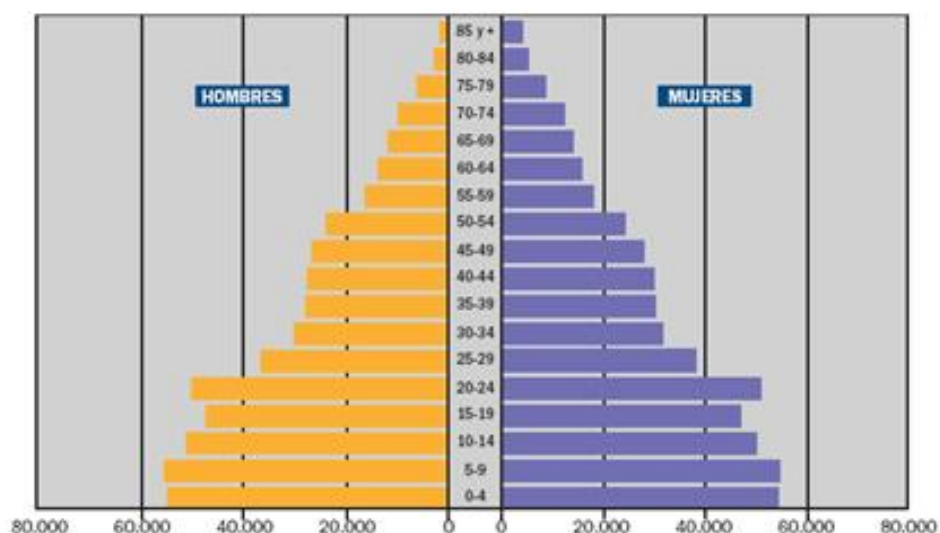
#### La Provincia de Tucumán

*“Es Tucumán un país tropical en donde la naturaleza ha hecho ostentación de sus más pomposas galas”* (Facundo, de Domingo F. Sarmiento)

La Provincia de Tucumán está ubicada, en el centro del noroeste de la República Argentina.

Superficie: 22.524 km<sup>2</sup>.

#### Estructura de población por edad y sexo. Tucumán. Censo 2001.



Fuente: INDEC, Censo Nacional de población, hogares y viviendas 2001

Población: 1.336.664 habitantes\*

Población Urbana:1.060.424 habitantes

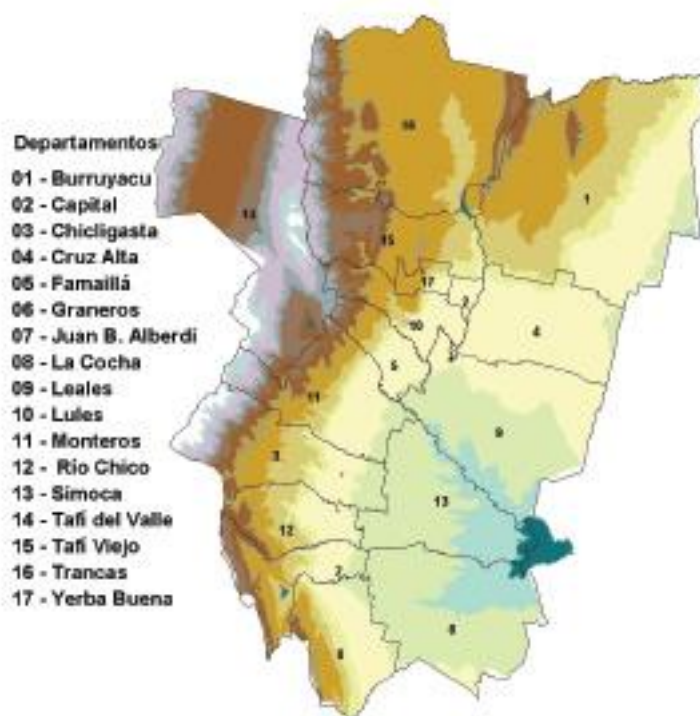
Población Rural:276.240 habitantes

■ Densidad hab/ km2: 59.3

■ Capital de la Provincia: San Miguel de Tucumán, donde reside el 55% del total de la población.

\*Resultados Provisionales INDEC - Censo 2001

División Política



■

El territorio de la provincia está dividido en 17 departamentos, cada uno de ellos tiene municipalidades dependientes o comunas rurales en el caso de pequeñas poblaciones.

En el departamento Capital, se encuentra la ciudad Capital de la Provincia: San Miguel de Tucumán.



Departamento	Distancia	Superficie
Burruyacu	65	3.605
Capital	00	90
Cocha, La	127	917
Cruz Alta	3	1.255
Famaillá	36	427
Graneros	125	1.678
Juan B. Alberdi	102	730
Leales	47	2.027
Lules	20	540
Monteros	53	1.169
Río Chico	91	585
Simoca	51	1.261
Tafí del Valle	108	2.741
Tafí Viejo	16	1.210
Trancas	73	2.862
Yerba Buena	12	160
Chicligasta	75	1.267

- La provincia se caracteriza por la presencia de llanuras en el este, sistemas montañosos de sierras pampeanas al oeste, lo que le confiere gran belleza natural, pero dificulta el acceso a los centros asistenciales de mayor complejidad.
- Tucumán es el principal productor nacional de azúcar y limones. Es un importante centro comercial en el noroeste, donde la actividad bancaria es intensa.

Los indicadores socioeconómicos nos permitían ver una provincia , que a pesar de los prodigios de su naturaleza y el potencial cultural de su población aún lucha por alcanzar los valores promedio del país.

## **El Sistema de Salud de Tucumán**

La atención médica en Tucumán, al igual que en el resto del país, estaba estructurada en tres sectores:

-Sector de Obras Sociales: Constituido por las Obras Sociales, organizadas por ramas de actividad productiva . Las mismas eran de carácter nacional, con excepción de la obra social que nucleaba a los empleados del sector público provincial y municipal (Subsidio de Salud) que, si bien funcionaba de forma similar al resto, se regía por una normativa propia.

La afiliación era compulsiva para los trabajadores en relación de dependencia, extendiéndose su cobertura al grupo familiar. Cerca del 50 % de la población posee cobertura de obras sociales, de la cual el 50 % pertenece a la obra social provincial.

Cumplía una actividad preponderantemente aseguradora, ya que administraba los beneficios de los usuarios y pagaba a los prestadores. La provisión de servicios era contratada con prestadores privados en la mayor parte de los casos, ya que no habían desarrollado capacidad instalada propia.

La financiación se apoyaba en aportes y contribuciones de empleados y empleadores.

-Sector Público: Constituido por el Estado, quién actuaba como un efector natural recibiendo en forma gratuita la consulta espontánea de toda la población, subsidiando a los otros sectores.

Su función predominante era la prestación de servicios a través de su red de hospitales y centros médicos distribuidas por toda la provincia, su mayor fortaleza. A los fines de la política sanitaria, la provincia se encontraba dividida en 4 Areas Programáticas (centro, este, oeste.sut) , que a su vez se subdividían en 36 areas

Operativas, que constituían las células básicas de organización del sistema. Cada una de estas últimas contaba con un hospital cabecera del que dependían los centros de atención primaria del área(CAPS). CUADROS 28...?

Completaba esta estructura el Sistema Provincial de Salud (SIPROSA) , ente autárquico de pendiente del Ministerio de Asuntos Sociales, que tenía a su cargo el diseño y ejecución de la política de salud en toda la provincia.

El objetivo de esta organización piramidal, era avanzar en la descentralización operativa, manteniendo una centralización normativa.CUADROS INFRAESTR. RRHH COBRTURA GASTO?

Era financiado por vía de impuestos que recauda el estado. Se manejaba con un presupuesto anual elaborado con la participación de los hospitales y de las partidas de años anteriores; cualquier ahorro significaría menor presupuesto al año próximo, por lo que no de incentivaba el uso correcto de los recursos.

-Sector Privado: Constituido por quienes efectuaban contratos directos paciente-prestador o seguros voluntarios tomados por los pacientes, los cuales financian al sector.

Su mayor relevancia era la prestación de servicios ya que eran contratados por obras sociales y seguros privados.

### Indicadores generales de la provincia

DEMOGRAFICOS-SOCIOECONOMICOS	
Población Total (2004). INDEC - Proyec. de población en base a resultados definitivos del Censo 2001	1.404.278
Porcentaje población mayor 65 años- INDEC 2001.	7,44
Porcentaje de población urbana 2001 (Censo de Polación y Vivienda 2001) INDEC 2001	79,46

PBI per cápita-INDEC2001-(Argentina 6416\$)	4.536
Porcentaje de población con N.B.I. 2001 - INDEC 2001. (Argentina. 17,7)	23,90
Tasa de Desocupación (en porcentaje) - EPH Continúa (Argentina: 15,4)	14,1
DE SALUD	
Esperanza de vida al nacer: Mujeres (proyec. y estimaciones 2000 - 2005) INDEC (Argentina: 77,54)	75,2
Esperanza de vida al nacer: Varones (proyec. y estimaciones 2000 - 2005) INDEC (Argentina:70,6)	69,18
Tasa bruta de mortalidad (2004) (por 1000 habitantes) Depto. Demografía - Direc. de Estadísticas de la Prov. (Argentina. 8)	6,18
Tasa de mortalidad infantil (2004) (por 1000 nacidos vivos) Depto. Demografía - Direc. de Estadísticas de la Prov. (Argentina: 16,5)	20,73
Total establecimientos subsector oficial – INDEC 2001	329
Total establecimientos subsector oficial con internación – INDEC 2001	35
Total establecimientos subsector oficial sin internación – INDEC 2001	294
Total establecimientos subsector privado – INDEC 2001	373
Total establecimientos subsector privado con internación– INDEC 2001	46

Total establecimientos subsector privado sin internación– INDEC 2001	327
% de población no cubierta por obra social o plan médico – INDEC 2001 (Arg. 48,1 %)	48,2
Gasto en salud total -Tobar 2000- (Arg: 27000 mill\$ - Cap. Fed. 4.064 mill\$)	714
Gasto público en salud per cápita en \$ – Maceira 2000 (Cap. Fed. \$ 286 )	74,76
Gasto público en salud sobre total de erogaciones – Maceira 2000 - (Cap. Fed: 28%)	9,68

### Indicadores Departamentales

En la siguiente tabla se observan algunos indicadores, como NBI- Personas mayores de 10 años (potenciales cuidadores de adultos mayores)- existencia de agua corriente- desagües cloacales, y su variación en los diferentes departamentos, lo cual exige diferentes políticas de salud.

1. Porcentaje de población con NBI (2001). INDEC.
2. Porcentaje de población de 10 y más años en condición de analfabetismo, ambos sexos (2001). Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población y vivienda. INDEC.
3. Porcentaje de población de 10 y más años en condición de analfabetismo, varones (2001). Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población y vivienda. INDEC.
4. Porcentaje de población de 10 y más años en condición de analfabetismo, mujeres (2001). Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población y vivienda. INDEC.

5. Porcentaje de población total con agua corriente (2001) INDEC.

6. Porcentaje de población total con desagües cloacales (2001) INDEC.

\* Fuente: Indicadores básicos. Argentina 2005. OPS y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Jurisdicción	1	2	3	4	5	6
<b>Total país*</b>	17,7	2,6	2,6	2,6	77,0	42,5
<b>Catamarca</b>	21,5	2,9	3,0	2,8	90,9	29,7
<b>Injuy</b>	28,8	4,7	2,8	6,6	92,6	48,0
<b>Salta</b>	31,6	4,7	3,8	5,5	89,9	51,1
<b>Sgo. del Estero</b>	31,3	6,0	6,3	5,8	64,7	13,9
<b>Total Provincia</b>	23,9	3,6	4,0	3,2	93,2	47,9
Buruyacu	37,7	9,7	10,6	8,6	73,6	0,0
<b>Capital</b>	17,5	2,3	2,4	2,1	99,5	78,8
Chicligasta	30,0	4,2	4,8	3,7	93,1	48,6
<b>Cruz Alta</b>	27,8	4,9	5,4	4,4	92,8	13,6
Famailla	31,7	5,1	5,4	4,8	92,6	48,4
<b>Graneros</b>	42,4	5,8	6,7	4,9	74,7	0,0
Juan B. Alberdi	26,9	4,0	4,5	3,4	89,3	59,6
<b>La Cocha</b>	35,8	4,8	5,6	4,0	89,7	0,0
Leales	31,0	6,0	7,0	5,0	74,0	14,6
<b>Lules</b>	28,2	3,6	3,8	3,4	94,1	45,5
Monteros	24,3	3,9	4,2	3,5	91,3	27,3
<b>Rio Chico</b>	28,8	4,2	4,6	3,8	95,7	44,5
Simoca	37,8	8,3	9,8	6,6	47,8	9,5
<b>Tafi del Valle</b>	30,3	6,4	5,4	7,5	68,9	0,0
Tafi Viejo	21,9	2,9	3,1	2,6	94,8	35,6
<b>Trancas</b>	35,1	5,3	5,0	5,6	75,9	0,0
Yerba Buena	14,8	2,1	2,2	2,0	98,3	7,2

## El Sistema de Salud y los Adultos Mayores en Tucumán

De acuerdo a datos del INDEC 2001, el porcentaje de adultos mayores en Tucumán es del 7,44 %. Considerando que el padrón del Pami, alcanza aproximadamente 91.000 afiliados, de los cuales ....son adultos mayores, podemos inferir que el ....% de ellos corresponden al INSSJP.

El resto se encuentra en PROFE y en la Obra Social Provincial.

## **Algunas conclusiones**

Entre las falencias del sistema de salud tucumano se podían citar:

- Falta de función de rectoría, si bién se trabajaba en ese sentido. La impresión general era que desde los ministerios solo se tenía en cuenta al sector público, olvidando el apoyo que ofrecían los otros sectores. El sector privado estaba en una profunda crisis, producto de la falta de pago de las obras sociales, aumento de los costos de la salud, el crecimiento de los costos laborales , entre otras razones.
- Falta de coordinación entre sectores, con lo cual a pesar de la importante infraestructura reinaba la fragmentación y ello atentaba contra la eficiencia. Igual situación se observaba dentro de cada subsector.
- Falta de información completa de la gestión económico-financiera, ya que no se daban a conocer balances de ingresos e ingresos.
- La mayor parte del gasto de salud de la provincia se destinaba a financiar hospitales por vía de presupuestos que subsidiaban la oferta y no la demanda.
- Las erogaciones en personal constituían el 75% de los gastos operativos de los establecimientos hospitalarios, cifra que se elevaba al 80% si se incluían los gastos vinculados con la administración del sistema. En ese sentido el manejo del recurso humano y de los incentivos era clave para lograr un comportamiento eficiente. Sin embargo, la facultad de determinar los planteles permanentes residía en los niveles centrales del sistema existiendo solo descentralización operativa. Esta política desalentaba cualquier intento de racionalizar por parte de las autoridades hospitalarias, ya que tamaño costo político no iría acompañado de un beneficio directo para la institución sino para el tesoro provincial. Así, la descentralización hospitalaria no cumplía totalmente su objetivo.

- El 40% del personal del sector público se desempeñaba en servicios generales y administrativos.
- El subsidio desde los hospitales a las obras sociales, al brindar acceso libre a cualquier persona; esta situación se esperaba revertir con la creación de un padrón único de todo el país, para detectar a quienes tengas obras sociales a las cuales poder facturar las prestaciones.
- Sobredimensionamiento de la infraestructura del sector público en zonas despobladas, si bien su distribución geográfica era una de sus principales virtudes.
- Dotaciones de personal desproporcionadas e inadecuadas (más médicos que enfermeras, más especialistas que generalistas).
- Escasa capacidad de gestión.
- Falta de estadísticas de los sectores no públicos, con lo cual la información hacia los ministerios era parcial.
- Los resultados que daban a conocer desde el ministerio solo correspondían al sector público, con lo que el rol de regulación del estado era incompleto.
- Todo esto atentaba contra el uso eficiente de recursos y el logro de equidad en el sistema, a pesar de lo cual se observaban mayores esfuerzos para corregirlos.

## CAPITULO VII

### CONSTRUYENDO UNA RED DE SALUD PARA LOS AFILADOS DEL INSSJP EN TUCUMÁN: DEMOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN A ATENDER.

¿A quiénes debían cubrir? ¿Cuántos eran? ¿Cómo vivían? ¿Quiénes los  
atendían?

#### Padrón de Afiliados al PAMI de Tucumán - Abril 2004

DPTO	N° AFILIADOS
TRANCAS	699
BURRUYACÚ	1794
CAPITAL	39040
YERBA BUENA	2210
TAFI VIEJO	6166
TAFI DEL VALLE	892
CRUZ ALTA	10276
LEALES	4199
SIMOCA	2108
GRANEROS	1033
LULES	3612
FAMAILLA	2100
MONTEROS	4858
CHICLIGASTA	5097
RIO CHICO	4157
ALBERDI	1647
LA COCHA	839
<b>TOTAL</b>	<b>90727</b>

Elaboración propia en base a datos de ACES

# Distribución geográfica, por edad y sexo



## Situación Social y Calidad de vida

Conocer la situación social y económica de los adultos mayores era imprescindible para quienes pretendían solucionar sus problemas de salud. Numerosos estudios demostraban la relación entre ambas variables.

El INSSJP no había publicado estudios al respecto, por lo que se realizó un análisis en base a los datos del INDEC 2001 para Tucumán. Considerando que la gran mayoría de la PAM de la provincia era afiliada al Instituto, las conclusiones serían bastante cercanas a la realidad.

**Tucumán** tenía, según datos del INDEC 2001, una población de **1.338.523 habitantes**, de los cuales el **7,5 % tenían 65 años o más**, con predominio de mujeres (8,4 %) sobre varones (6,5 %). En el censo de 1991, la población de AM representaba el 6,3 % lo que demuestra el crecimiento de este grupo etáreo. Su Índice de envejecimiento era del 23,4 %, el cual también había crecido con respecto al censo del año 1991. Este avance auguraba un futuro complicado si se analizan quienes cuidarían de los adultos mayores. Era necesario:

**1- Medir la necesidad de soporte funcional** y las posibilidades de quienes podían darlo, se tornaba un deber.

**El Índice de dependencia funcional de padres** (población de 80 años y más / población de 50<sup>a</sup>64 años \* 100) llegaba al 12,5 siendo menor que Ciudad de Buenos Aires ( 27,8) y que la media del país ( 16,2), con predominio de las mujeres por su mayor longevidad.

**La Tasa de actividad económica de 45 a 64 años** (mujeres de 45 a 64 años activas / total de mujeres de 45 a 64 años \*100) era de 41,7, también menor a Ciudad de Buenos Aires (61,4) y a la media del país (49,6). Tenerla en cuenta permitía estudiar la sobrecarga femenina del hogar y de su trabajo.

**El porcentaje de población de 75 años y más que vive en hogares atendidos solo por adultos mayores** era del 34,3 %, igualmente superado por Ciudad de Buenos Aires (65,7 %) y la media del país ( 52,2 %).

Estos tres indicadores traducían la necesidad de diseñar servicios de apoyo formal dirigido a la vejez frágil, ya que los cuidados informales podían ser insuficientes. La

situación de Tucumán no era la más desfavorable para los adultos mayores, pero las tendencias advertían la necesidad de estar en alerta.

**2- Explorar los hogares donde viven** no era tema menor, ya que todas las acciones dirigidas a la población se socializan directa o indirectamente al interior del hogar, donde sus resultados se maximizan o minimizan.

En Tucumán, del total de 99.766 adultos de 65 años o más, solo 1073 (1,07 %) residían en instituciones colectivas; el resto ( 98,93 % ) permanecía en hogares con diferentes características. De ellos el 51,74 % residía en hogares extendidos (constituido por parientes y no parientes). Si consideramos el número de personas y la jefatura del hogar, el 54.88 % residía en hogares multipersonales con jefe adulto mayor. Esto indicaba la existencia de un importante apoyo informal, que podía comprometerse en el cuidado de los AM (adultos mayores).

**-Desde el punto de vista socioeconómico** conocer el nivel de instrucción alcanzado, permitiría adaptar la información a la capacidad de percepción de los afiliados y preveer sus expectativas. En Tucumán, el 38,94 % había completado el ciclo primario y tenía el secundario incompleto; solo el 24,52 % tenía primario incompleto. Esta situación se observaba en ambos sexos.

Fue interesante reflexionar sobre la tenencia de obra social y/o plan médico o mutual y la percepción de jubilación o pensión. Solo el 19,70 % carecía de la primera y el 34,87 % de la segunda. En el caso de las mujeres la carencia de obra social era menor (17,5 %) que en los varones (22,5 %), pero en cuanto a la percepción de jubilación o pensión estaban más desfavorecidas (37,5 % versus 31 %). Sin embargo, a diferencia de otros países latinoamericanos, el estado trataba de apoyar a este grupo etáreo.

**3- Otro tema a considerar era el Índice de privación material de hogares (IPMH).**

Es una variable que identifica la privación material de los hogares en dos dimensiones: recursos corrientes y patrimoniales. La dimensión patrimonial se mide a través de indicador de Condiciones habitacionales (pisos o techos de materiales insuficientes o sin inodoro con descarga de agua) . La dimensión de recursos corrientes se mide a través del indicador de Capacidad Económica, que determina si los hogares pueden adquirir los bienes y servicios básicos para su subsistencia (

considera el n° de ocupados, jubilados, integrantes del hogar, escolaridad, sexo edad, lugar de residencia entre otros).

Del total de AM de Tucumán, el 52,56 % vivía en hogares sin privaciones . El 47,44 % restante lo hacía en hogares con privaciones, de las cuales el 23,1 % obedecía a carencia de recursos corrientes, 43,1 % a carencia de recursos patrimoniales, y el 33,8 % a ambas causas (privación convergente).

Los AM con menos privaciones eran los que residían en hogares multipersonales con todos AM (67,7 %).

Al considerar la edad, no había grandes diferencias en cuanto a privaciones de sus hogares. Con respecto al sexo, el 51,8 % de varones vivía en hogares con privaciones mientras entre las mujeres el porcentaje alcanzaba solo el 44,2 %.

Al relacionar el IPMH con la percepción de jubilación o pensión, el 62.35 % AM sin ella vivía en hogares con privaciones. Asimismo el 79,5 % de AM sin obra social lo hacía en igual situación. Así se comprueba la importancia del soporte social en este grupo poblacional.

Era interesante considerar las características de la vivienda en relación al IPMH. La vivienda precaria se asociaba en un 94,5 % con privación en hogares, mientras en las casas solo alcanzaba el 31 %.

También convenía saber que el 28,8 % no disponía de lugar para cocinar con instalación de agua; de ellos el 63 % usaba gas de garrafas. Si a esto agregaba que más del 80 % no tenían computadora- videoreproductor- horno a microondas, que alrededor del 50 % no tenían tv por cable-teléfono –lavarropas y cerca del 10 % carecen de heladera, el panorama de privaciones en el hogar no podía dejar de considerarse al momento de organizar la atención de la salud de los adultos mayores.

CREAR CUADROS ¿iiii?

### **SITUACION DEPARTAMENTAL**

Al observar la distribución de la población en la provincia según edades, podían construirse algunos indicadores. Relacionar la población de 45 a 64 años con los de 65 años y más, nos permitiría calcular un Indicador de potenciales cuidadores En toda la provincia alcanzaba un valor de 8,16. Existían pocas variaciones entre

departamentos, salvo Simoca-Graneros-Tafí del Valle, con valores inferiores debido probablemente a la mayor longevidad o al éxodo de población activa a la capital por razones laborales.

#### INSERTAR TABLA EXCEL

De acuerdo a informes del Ministerio de Salud Pública de Tucumán (ver cuadros), el porcentaje de población con NBI (23,9 %) era más alto que el de todo el país (17,7 %), pero similar al de provincias vecinas. Hacia el interior de la provincia se observaba que los departamentos del interior eran los más desfavorecidos (Trancas-Burruyacú-Simoca- Graneros-Cocha-Leales-Tafí del Valle).

Con respecto a la población con agua corriente, la situación en Tucumán era similar a las provincias del noroeste, salvo Santiago del Estero que está por debajo de la media. Hacia el interior de la provincia, la situación era aceptable salvo Simoca y Tafí del Valle con valores más deprimidos.

La población con desagües cloacales en la provincia era del 47,9 %, mejor que otras de la región, salvo Salta. Hacia el interior la situación era desfavorable en Cruz Alta-Yerba Buena a pesar de su cercanía a la capital; también lo era en Leales-Simoca.

#### **Conclusiones:**

Hacia el año 2003 Tucumán era una provincia con un índice de envejecimiento en aumento, donde la dependencia potencial de padres superaba el 12 %, mientras sus posibles cuidadores trabajaban en un 41 % y el 35 % vivían en hogares constituidos solamente por AM. A esto debía agregarse, que cerca del 50 % tenía privaciones de recursos económicos-patrimoniales-o mixtas, y un 30 % carecía de agua en la cocina para preparar sus alimentos. Solo el soporte humano en sus hogares-la tenencia de obra social-la percepción de jubilación actuaban como moderador de estas desventuras.

A su vez, las estadísticas alertaban sobre las diferencias entre departamentos, lo cual debía tenerse en cuenta al momento de distribuir recursos. Un paciente AM con una fractura de cadera, de 65 años, que residía en la capital, con su familia y en un hogar sin privaciones, no tendría igual pronóstico que aquel de 85 años, que vivía solo, en zona rural y en un hogar con NBI.

Era necesario considerar estos aspectos si se quiere dar solución real a sus problemas de salud, ya que no bastaría solo con el accionar médico.

## **CAPÍTULO VIII**

### **CONSTRUYENDO UNA RED DE SALUD PARA LOS AFILADOS DEL INSSJP EN TUCUMÁN: ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE SALUD**

**¿De qué enfermaban? ¿Cuáles eran las patologías más frecuentes? ¿Pobreza y enfermedad?**

#### **Epidemiología de los afiliados del PAMI en Tucumán**

Ciertamente de las características sociodemográficas y del perfil epidemiológico surgirían los elementos básicos para diseñar la atención de salud de la población. Ellos permitirían anticipar la demanda y planificar la oferta de servicios acorde a las tasas de uso esperadas.

En el caso de la Tercera edad el estudio epidemiológico era bastante complicado por las particularidades de su salud. Conocido por todos era la pluripatología que los caracteriza y la forma en que las mismas interactúan entre sí, haciendo difícil prever el uso de recursos que conllevan. Asimismo, la influencia de las condiciones socioeconómicas eran otro factor de distorsión a las ya escasas estadísticas de salud sobre la tercera edad.

Por otro lado, no debía olvidarse que el principal parámetro de salud de los AM es su funcionalidad y que la pérdida de la misma multiplica el uso de recursos de salud. De hecho, el ranking de causas de discapacidad era diferente al de causas de muerte, lo que indicaba la necesidad de conocer las primeras.

Dada pues, la multiplicidad de variables que intervienen en el estado de salud de los AM, era necesario contar con estadísticas propias, validadas por un tiempo no menor a un año y sustentado en un padrón de beneficiarios actualizado y completo. Es por ello que los datos a ofrecer provienen de las estadísticas de prestadores privados, que atienden a los afiliados del INSSJP desde hace más de 10 años.

**Principales patologías de afil. PAMI en Tucumán, atendidas por Médicos Cabecera (porcentaje sobre 618.800 consultas anuales, promedio años 2002-2003)**

<b>PAT. AGUDAS</b>	<b>%</b>	<b>PAT. CRONICAS</b>	<b>%</b>
Infec. Respiratorias	4,5	Epoc	1
Infec. Urinarias	2,2	HTA	55,6
Hipertr. Próstata	3,1	Otras cardiopatías	11,2
Vértigo	2,8	Várices	18,5
Caidas	3,6	ACV	4,1
Sínt.del envejec.	23,4	Parkinson	2,5
		Enf, Alzheimer	3,8
		Artrosis	38,8
		Diabetes	25,1
		Dislipemia	33,5
		Desnutrición	8,2
		Tumorales	5,8
		Oftalmológicas	28,3

Elaboración propia en base a datos de ACES TUCUMÁN

Cabía consignar, que del total de consultas del primer nivel de atención solo el 11.5 % correspondía a patologías agudas y el 88,5 % restante a patologías crónicas. Era innegable el peso de la patología vascular, articular y endocrinológica.

Un alto porcentaje de las consultas de médicos de cabecera correspondían a falta de conocimiento del proceso de envejecimiento, asumiendo como enfermedades lo que fisiológicamente correspondía al deterioro normal del organismo.

Las dificultades de adaptación a los cambios que implicaba envejecer (físicos, psíquicos, familiares, abandono del ámbito laboral, aislamiento social, desamparo económico, etc.), determinaban la somatización de los mismos, multiplicando las consultas a los médicos, sobre todo al tener acceso irrestricto.

Era interesante destacar que el número de patologías por paciente era de 2,8 % siendo aproximadamente 2 de ellas crónicas.

**Principales patologías de afiliados del PAMI de Tucumán en Internación  
(porcentaje sobre 14.000 egresos sanatoriales anuales, años 2002-2003)**

<b>DIAGNOSTICOS DE INTERNACIÓN</b>	<b>%</b>
Infecciones respiratorias	33,2
Insuficiencia cardíaca	11,6
Arteriopatías periféricas	10,5
Hemorragias digestivas	11,7
Abdomen Agudo	23,1
Infecciones urinarias-sepsis	18,4
ACV	17,5
Fracturas	13,2
Diabetes descompensada	21,7
Deshidratación	42,8
Desnutrición	21,4
Escaras de decúbito	9,4
Neoplasias	11,5
Quirúrgicos varios	12,1

## Elaboración propia en base a datos de ACES TUCUMÁN

En la mayoría de los casos había más de un motivo de internación, por lo que no correspondía sumar los porcentajes. Ej. Era común la asociación entre diabetes descompensada con infección urinaria y sepsis; en casi el 50 % de los internados se decidía la internación por mal estado general motivado por deshidratación y/o desnutrición. La internación por una sola causa era la excepción.

También se podía apreciar en la internación el peso de la patología vascular y sus complicaciones, así como las infecciones agregadas en pacientes con deficiente estado general.

### **Porcentaje de derivaciones a especialistas de afiliados de PAMI en Tucumán**

**(sobre 132.000 consultas anuales, años 2002-2003)**

<b>Especialidad</b>	<b>% Total</b>
Neumonología	3,60
Cardiología	9,64
Gastroenterología	4,52
Ginecología	4,21
Urología	10,23
Neurología	5,32
Dermatología	2,97
Traumatología	7,74
Infectología	0,33
Alergia	0,60
Reumatología	2,89
Endocrinología	3,19
Hematología	4,71

Flebología	2,22
Oncología	5,46
Cirugía General	1,53
Cirugía Vasculat	2,32
Cirugía Plástica	0,44
Cir. cab. Cuello	0,37
Oftalmología	21,08
Otorrinolaringología	5,88
Otras	0,46
Total	100,00

Elaboración propia en base a datos de ACES TUCUMÁN

Oftalmología era la especialidad de mayor consulta, por amplio margen.

Nuevamente, la patología vascular figuraba entre las especialidades más solicitadas. Estaba seguida por traumatología, neurología, ginecología y urología. En esta instancia las consultas a endocrinología no eran elevadas, por tratarse de patologías manejadas por los médicos de primer nivel.

Un tema a destacar era la desnutrición, que difícilmente se consultaba, pero potenciaba notablemente cualquier patología, siendo determinante de desenlaces fatales por asociarse a cuadros de sepsis.

Justamente, las causas más frecuentes de muerte eran infecciones respiratorias, de partes blandas o urinarias que complicaban la enfermedad de base. Ej infecciones respiratorias sobre ACV, escaras infectadas en pacientes postrados, artroplastias infectadas en pacientes poco cuidados, etc.

No se publicaron desde el INSSJP estadísticas acerca de salud mental, especialidad que no estaba incluida en el menú prestacional. Era una especialidad a cargo del Instituto. Sin embargo se percibía una alta incidencia de patologías mentales o desajustes en la personalidad dados los cambios vertiginosos que trae aparejado el

envejecimiento. Ellos motivaban ,en forma encubierta, un alto porcentaje de las consultas del primer nivel.

## **Vejez, pobreza y enfermedad en Tucumán**

Era necesario considerar el contexto político – económico – social de la provincia, sobre todo en momentos de crisis y su impacto en la salud de la población para cuantificar y distribuir mejor los recursos destinados a su atención. A su vez los financiadores deberían tenerlo en cuenta, a los efectos de realizar cálculos actuariales correctos, que permitan a los prestadores cumplir sus compromisos con los afiliados.

Con la salida de la convertibilidad sobrevino en Argentina y sobre todo en Tucumán, una crisis económico social, que repercutió en toda la población y sobre todo en los sectores de mayor riesgo como los adultos mayores.

Este deterioro de su salud multiplicó la demanda de asistencia sanitaria, poniendo en peligro los sistemas prestacionales que no estaban preparados para ella.

¿Cómo gerenciar esta crisis de la salud? ¿Cuál era la demanda potencial a la que debían enfrentar los prestadores?

Valía la pena realizar una breve reflexión, para comprender la situación de Tucumán con respecto a las demás provincias.

Hacia fines del 2001 Argentina había experimentado una gran reestructuración económica y política. La economía había llegado a niveles ínfimos de inflación y abrió sus puertas al exterior. A su vez, la función del sector público cambió radicalmente por la privatización de empresas estatales. Se había mejorado la administración fiscal la administración pública y el sistema de seguridad social. Se ampliaron los programas sociales tratando de construir redes solidarias.

Para fines de los años noventa el crecimiento había regresado, la economía había duplicado su volumen y la inflación había descendido a menos del 1 % por año.

Sin embargo los mercados competitivos desregulados y con una mayor disciplina fiscal provocaron niveles altos de desempleo, ya que los empleadores no pudieron usar la inflación para bajar los salarios reales. Si bien el programa fue exitoso en restaurar crecimiento y controlar inflación (el PBI per cápita aumento el 30 %), no

pasó lo mismo con la distribución de la riqueza. ¿Quiénes se beneficiaron con ella? Los pobres continuaron siendo más pobres y los ricos más ricos.

A fines del 2001, con la salida de la convertibilidad la situación de pobreza empeoró. Luego de años de recesión económica y de un deterioro progresivo del bienestar social del país, Argentina se sumergió en una grave crisis institucional, marcada por la renuncia de varios presidentes, cesación de pagos de los compromisos externos, caída del crédito, rebrote inflacionario y conmociones sociales generalizadas. Durante el 2002 se agudizó la recesión económica y en el primer semestre la inflación alcanzó el 70 %. Se registró una caída del PBI del orden del 10,9 %, el desempleo creció hasta el 22 % y el 3 % de la población era pobre.

Por lo tanto, a los desajustes de la Economía se sumaron los vaivenes políticos, la falta de políticas serias, el creciente desempleo, la desfinanciación de las obras sociales, la disminución del poder adquisitivo del dinero, situaciones que impactaron en la calidad de vida de los argentinos.

El fantasma de la inflación comenzó a aparecer y los más castigados por ella continuaron siendo los sectores de menores recursos, entre ellos los AM, que destinaban la mayor parte de sus ingresos a la compra de alimentos y medicamentos. Esto significa que ha medida que aumentaban los precios, también aumentaba el porcentaje de población bajo la línea de pobreza.

**Población Pobre en Argentina para Mayo de 2003:** 19,8 millones de personas, es decir el 54,7% de la población. En Octubre de 2001, la población pobre era del 38,3% (13,8 millones de personas). Por lo tanto, en apenas un año y medio, han caído bajo el umbral de pobreza 6.000.000 personas, es decir, 11.000 personas por día.

**Población Indigente en Argentina para Mayo de 2003:** 9,5 millones de personas, es decir el 26,3% del total de la población. En Octubre de 2001, la población indigente representaba el 13,6% de la población (4,9 millones de personas). Por lo tanto, en apenas un año y medio, han caído bajo la línea de indigencia 4.600.000 personas, es decir, 8.400 personas por día.

Fuente: Caritas Octubre de 2003

Las personas que se encontraban en estas situaciones de pobreza se denominaron NUEVOS POBRES, pues por lo general no presentaban ningún tipo de indicador de NBI, pero la falta o merma de sus ingresos los llevaba a caer por debajo de la línea de pobreza.

Este escenario presentó variaciones a lo largo de todo el país. Considerando el Índice de Desarrollo Humano las provincias argentinas se encuentran en las siguientes categorías:

**1- Situaciones favorables**

Santa Fe

Neuquén

Entre Ríos

Chubut

San Luis

**2-Situaciones desfavorables**

Río Negro

San Juan

Santiago del Estero

La Rioja

**3- Situaciones graves**

Tucumán

Catamarca

Salta

Misiones

**4- Situaciones críticas**

Chaco

Corrientes

Jujuy

Formosa

Como puede verse, la provincia de Tucumán se encontraba entre aquellas que revistían situaciones de gravedad.

Por otra parte, según el informe de Help Age Internacional 2004:

**-La principal fuente de ingresos de los adultos mayores estaba brindada por la Seguridad Social.** Sin embargo la cobertura no era homogénea ni en su distribución geográfica, ni por el nivel de cobertura brindado.

**- La no percepción de jubilación estaba asociada a pobreza.**

**-La pobreza era mayor en las mujeres, sobre todo en las viudas.** La información mostraba menor proporción de pobres entre adultas mayores (14%) que entre adultos mayores (17%). La viudez era más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, lo cual las colocaba en mejor situación que cuando hay dos cónyuges, ya que con una jubilación vive un cónyuge en vez de dos.

**-A medida que avanzaba la edad, la cobertura era mayor** y la pobreza menor, por la percepción de jubilaciones por edad avanzada y las pensiones otorgadas por defunción del cónyuge.

-Respecto a la **pobreza por NBI**, sólo uno de los 5 indicadores determina pobreza. En 1991, 7,6% de la PAM se encontraba en esta situación, en tanto que diez años más tarde eran **11,8%**.

-Si se toma como condición de pobreza la capacidad de aprovechar los recursos, se debe tener presente el nivel cultural, en especial el **analfabetismo**, factor que ponen en riesgo de pobreza. Un 6% de la PAM era analfabeta, y existía mayor probabilidad entre las mujeres.

\_ Ante la misma situación, la vulnerabilidad de la PAM variaba según su **autopercepción**. Los varones tenían una mayor percepción negativa mientras las mujeres estaban más enraizadas en los que significa vejez, pobreza y desvalimiento.

\_ Los conceptos de desigualdad, pobreza y bienestar estaban ligados a la **trayectoria de vida** de cada persona. Las desigualdades en los servicios

sociosanitarios distinguían perfiles urbanos y rurales, así como masculinos y femeninos.

\_ Los que se encontraban por debajo de la línea de pobreza no solo estaban en un estilo de vida pauperizado, sino que **restaban años a su trayectoria vital**.

Porcentaje de población de 60 años y más según condición de pobreza por provincia. Mayo 2003

Provincia	Pobres LP %
Ciudad de Buenos Aires	13,6
Buenos Aires	33,9
Catamarca	29,1
Córdoba	35,5
Corrientes	48,8
Chaco	53,1
Chubut	23,5
Entre Ríos	37,2
Formosa	42,4
Jujuy	43,1
La Pampa	26,1
La Rioja	34,8
Mendoza	28,0
Misiones	39,7
Neuquén	22,5
Río Negro	32,3
Salta	44,1
San Juan	39,6
San Luis	31,1
Santa Cruz	9,7
Santa Fe	38,0
Santiago del Estero	33,0
Tierra del Fuego	16,4
Tucumán	43,0
<b>Total país</b>	<b>32,8</b>

Fuente: SIEMPRO, elaboración en base EPH-INDEC, mayo de 2003.

**La pobreza en la vejez no consistía solamente en la falta de bienes materiales.** Podía reflejar también diversas deficiencias en la alimentación, vivienda, cuidado personal, pérdida de la autoestima, sobrecarga y violencia familiar, aislamiento y

discriminación social, incapacidad para participar en la vida política – social, etc. E indudablemente condicionaba el acceso a la salud y la posibilidad de comprar sus medicinas.

***La falta de una buena salud era al mismo tiempo causa y consecuencia de la pobreza.*** En un círculo de retroalimentación negativa, a más pobreza hay más enfermedad, lo que a su vez genera mayor pobreza.

Dada la estrecha relación entre pobreza y salud, la amenaza al patrimonio sanitario en Tucumán, por su situación desfavorable entre las otras provincias, era clara y concreta. El gasto en salud, al pasar a un valor de dólar tres o cuatro veces mayor, se dividió casi en cuatro, por lo que la cápita abonada por el INSSJP llegó a ser completamente insuficiente para mantener un nivel digno en las prestaciones. Las tasas de uso se habían multiplicado en número y en costo. La cadena de pagos del sector se interrumpió así como muchos servicios que debieron cerrar. El INSSJP quedó con una gran deuda con los prestadores, a la que aún no ha dado respuesta.

Los ancianos con un organismo que presentaba disminución de las defensas como parte del envejecimiento biológico, sufrió el impacto de la desnutrición, la falta de medicamentos, el recrudecimiento de las infecciones, la falta de viviendas adecuadas, la carencia de contención familiar, la disminución del poder adquisitivo de sus haberes, entre otros.

***La pobreza es la principal causa de enfermedad (G. G. García y F. Tobar).***

En Tucumán, una provincia donde la crisis económica fue importante, el alto nivel de desempleo y la lucha diaria por la supervivencia hizo que en muchos hogares la dedicación a los ancianos, sobre todo los que tenían algún grado de dependencia, fuera deplorable. Algunas familias sobrevivían con el aporte jubilatorio de los abuelos a quienes se los postergaba en todo (remedios, alimentación, atención y contención).

Se observaba el gran deterioro del estado general de los ancianos, fruto de una crisis que más golpeaba a quienes eran más frágiles. La inmunodepresión era la regla y condicionaba la evolución tórpida de las enfermedades. Testimonio de ello era:

\_El aumento del porcentaje de ***sepsis en pacientes caquéticos***.

\_El aumento del porcentaje de ***gangrenas*** en pacientes que no consultan a tiempo.

- \_ El aumento de ancianos **desnutridos y anémicos**.
- \_ La aparición **de miasis y escaras infectadas**, producto del abandono social.
- \_ Las **múltiples fracturas** de cadera en pacientes mal alimentados.

Confirmación, estadísticas de lo que decimos lo daban también:

- \_ El aumento del número de **internaciones**.
- \_ El aumento de las tasas de **UTI**.
- \_ El aumento de las tasas **de letalidad institucional**.
- \_ El aumento de las **consultas e internaciones de urgencia** que evidencia una población totalmente destruida y en situación límite.

Se percibía que una gran masa de afiliados poseedores de contratos de salud privados, los abandonaban por falta de medios económicos, y se volcaban por completo a los servicios médicos de PAMI. Esto determinó altas tasas de uso, que superaron las sugeridas por el Instituto al momento de los contratos. Los contratos precarios vigentes no tenían referencias de tasas de utilización, lo que era fundamental para dar un marco de referencia serio al contexto prestacional.

**Los afiliados del INSSJP en Tucumán eran aproximadamente 91000 personas** a partir del año 2002, fecha en que comienza este análisis. Su atención de salud estaba a cargo de una red conformada por los principales sanatorios de la provincia y coordinada por un núcleo que organizó la atención en los distintos niveles. Las prestaciones se distribuían geográficamente en toda la provincia.

El primer nivel correspondía a los médicos de cabecera, estudios de primer nivel (laboratorio, radiología y ecografías de primer nivel) y servicios de emergencia domiciliaria.

El segundo nivel correspondía a la internación de agudos, especialidades médicas y estudios de alta complejidad (tomografías, RMN, ecodoppler, medicina nuclear, endoscopias, etc.).

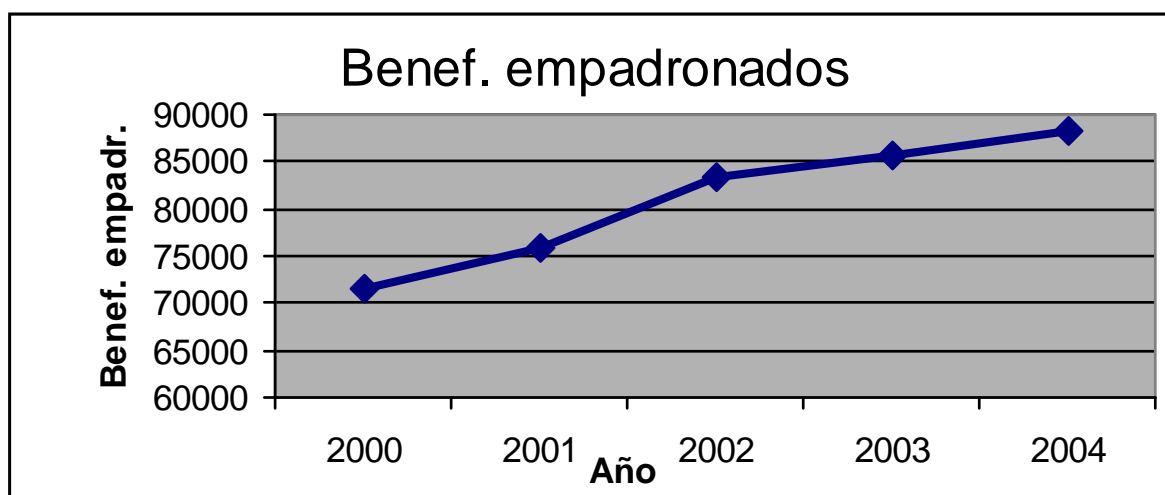
El tercer nivel correspondía a la neurocirugía y cirugía cardiovascular con estudios de alta complejidad correspondiente.

En los siguientes cuadros se presentan estadísticas que demuestran el impacto de la crisis económica en la salud de la población.

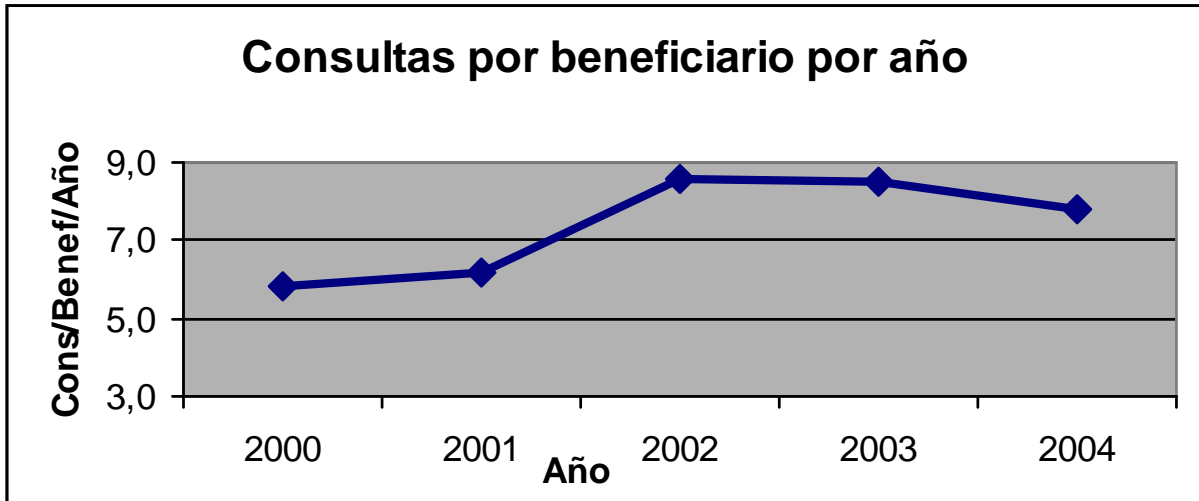
## Producción de Médicos de cabecera años 2000 a 2004

Médicos de cabecera	2000	2001	2002	2003	2004
Benef. empadronados	71547	75821	83234	85537	88235
Consultas anuales	414973	470090	716645	727065	688233
Consultas/benef/año	5.8	6.2	8.6	8,5	7.8
Consultas patol. agudas (%)	21.5	22.8	53.9	45.2	33.8
Patologías agudas infecciosas (%)	14.3	15.2	31.5	29.3	27.8
Patologías agudas traumatol. (%)	3.0	4.3	8.3	7.5	6.8
Consultas de control (%)	78.5	77.2	46.1	54.8	66.2

Elaboración propia en base a datos de ACES TUCUMÁN



Elaboración propia en base a datos de ACES TUCUMÁN



Elaboración propia en base a datos de ACES TUCUMÁN

El número de empadronados, así como las consultas de atención primaria se incrementaron notablemente entre el 2001 y el 2002. Muchos afiliados por estar en peor estado de salud o por tener otras coberturas privadas que debieron abandonar, comenzaron a concurrir al sistema PAMI.

En los consultorios de atención primaria, un gran porcentaje de las consultas se destinaba usualmente al control de patología crónica siendo escasos el número de pacientes que acudían por patología aguda. Sin embargo entre 2001 y 2002 el porcentaje de patologías agudas creció notablemente. Dentro de esa patología aguda se observó el incremento de las infecciones y patologías traumatológicas (caídas, fracturas) como exponentes del deterioro orgánico, consecuencia de la mala alimentación y condiciones socioeconómicas.

#### **Producción de Médicos Especialistas, años 2000 a 2004**

<b>Especialistas</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>Consultas anuales</b>	82995	98365	199230	195241	145230
<b>Neumonología (%)</b>	3.5	4.5	8.3	7.3	6.3
<b>Cardiología (%)</b>	9.6	9.3	15.6	13.5	11.3
<b>Neurología (%)</b>	5.3	6.1	10.3	8.5	6.3

## Traumatología (%)

7.7

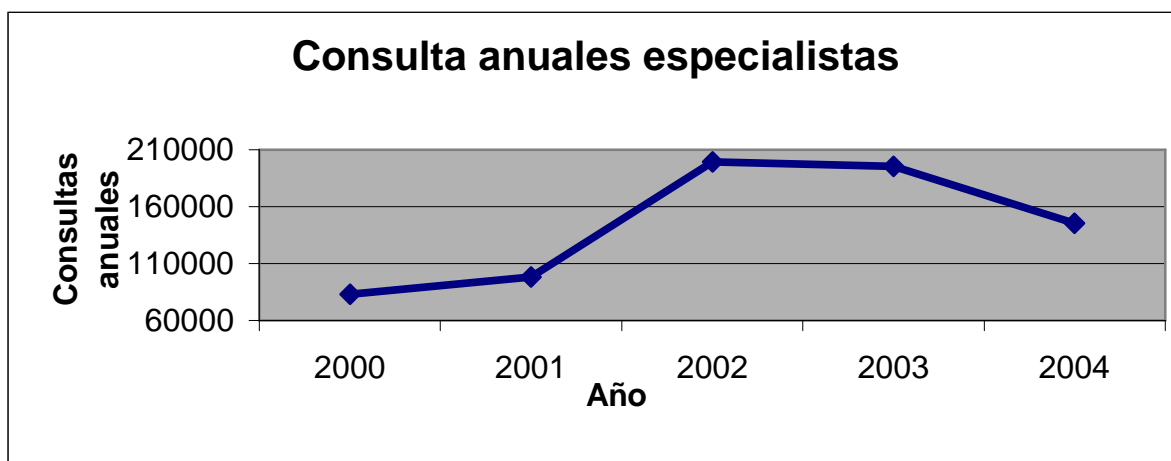
7.5

15.3

13.5

11.2

Elaboración propia en base a datos de ACES TUCUMAN



Elaboración propia en base a datos de ACES TUCUMAN

También se incrementó el aumento de consultas totales en especialistas. Se hace referencia a aquellas en las que dichos instrumentos fueron más notorios. En Neumonología los incrementos se debieron al aumento de las infecciones respiratorias; ello se asoció especialmente al mal estado general de la población y a las deficientes campañas de vacunación de la obra social.

El aumento de consultas en Cardiología se debió sobre todo a pacientes hipertensos, quienes no cumplían su tratamiento por no poder acceder a la medicación.

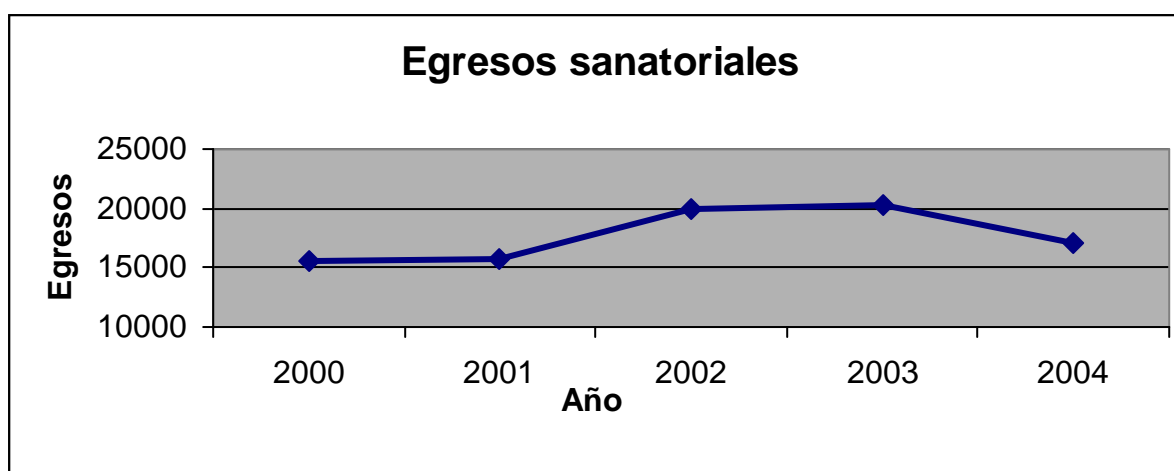
Con respecto a Neurología las derivaciones se efectuaban incorrectamente sin previa evaluación general. La mayoría de los pacientes que aducían mareos, vértigos, síndromes confusionales agudos, se trataban de pacientes deshidratados, anémicos, con infecciones urinarias solapadas, desnutridos, etc.

El rubro traumatológico incrementó las consultas debido al problema de las caídas. Las mismas estuvieron determinadas en la mayor parte por pacientes que vivían solos, mal alimentados o al deambular en barrios inseguros con veredas deterioradas.

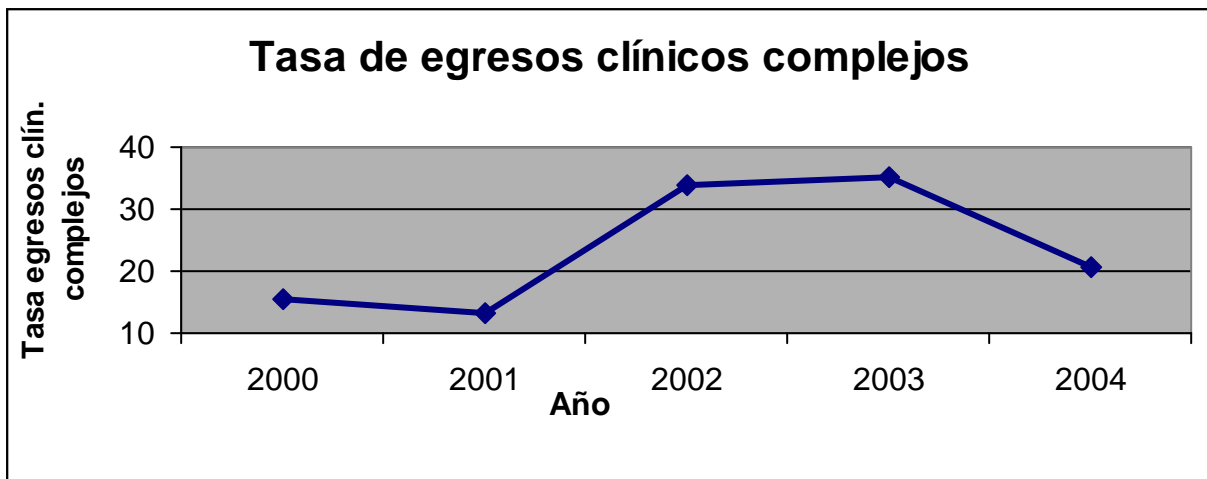
## Producción Sanatorial, años 2000 a 2004

Sanatorios	2000	2001	2002	2003	2004
Egresos totales	15530	15661	20010	20320	17050
Tasa de internación	21.7	20.7	24.0	25.2	19.3
Promedio de estadía	5.3	5.5	9.1	9.3	6.1
Porcentaje días UTI	18.5	20.8	30.23	37.85	25.3
Tasas de letalidad	4.9	5.3	10.04	10.10	6.3
Porcentaje de egresos clínicos complejos	15.6	13.3	33.8	35.3	20.5
Porcentaje de reinternaciones	20.5	19.8	44.04	46.3	31.2

Elaboración propia en base a datos de ACES TUCUMAN



Elaboración propia en base a datos de ACES TUCUMAN



Elaboración propia en base a datos de ACEST

Existió un incremento en los valores de todos los indicadores entre el 2001 y el 2002, a saber:

- La tasa de internación se refería al  $N^{\circ}$  de egresos/ $N^{\circ}$  de empadronados X 100.
- El Porcentaje días UTI expresaba la gravedad de las internaciones atendidas:  $\text{Días de UTI/Egresos Totales X 100}$ .
- El Porcentaje de egresos clínicos complejos se refería al porcentaje de egresos de mayor categoría en cuanto a consumo; estos se obtenían mediante una categorización que se utilizaba para remunerar a los sanatorios; las últimas categorías, como se describirá más adelante, se consideran egresos clínicos o quirúrgicos de mayor complejidad.
- El Porcentaje anual de reinternaciones se consideraba una medida de la carga de enfermedad, más que un indicador de falta de calidad prestacional; esto se concluyó luego de ver que los pacientes crónicos y con patologías de mayor gravedad eran quienes tenían reingresos sanatoriales; si dichas reinternaciones hubieran sido consecuencia de falencias en las prestaciones, se hubieran dado en cualquier tipo de patologías; las mismas aumentaron luego de la crisis del 2001.

### Emergencias domiciliarias, años 2000 a 2004

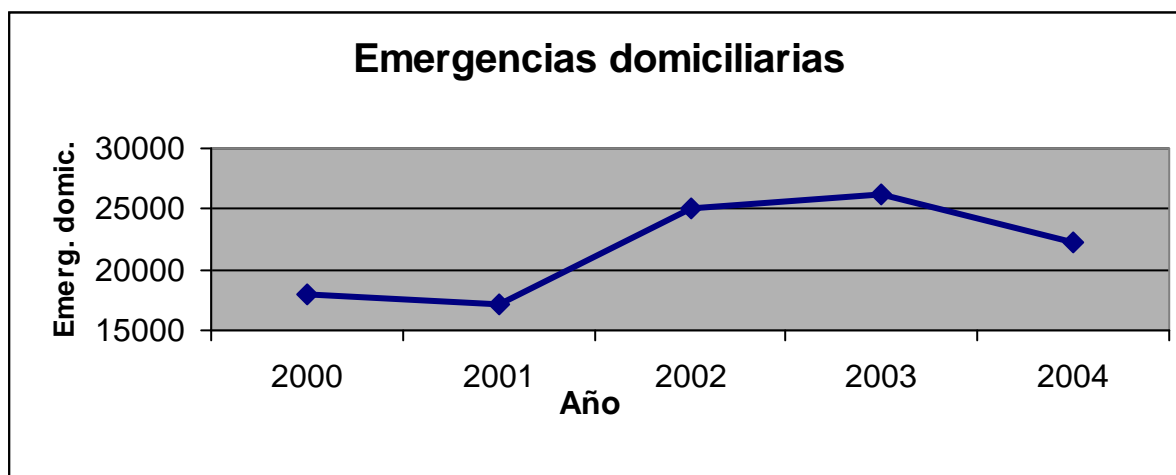
Emergencias domiciliarias	2000	2001	2002	2003	2004
Totales anuales	18002	17203	25120	20250	22230

Elaboración propia en base a datos de ACES TUCUMÁN

### Internación domiciliaria y Extensión Sanatorial, años 2000 a 2004

Internación domiciliaria y ext. sanatorial	2000	2001	2002	2003	2004
Totales anuales	2350	2321	3550	2830	3060

Elaboración propia en base a datos de ACES TUCUMÁN



Elaboración propia en base a datos de ACES TUCUMÁN



Elaboración propia en base a datos de ACES TUCUMÁN

También se constató el incremento en las internaciones domiciliarias, extensión sanatorial y emergencias domiciliarias entre 2001 y 2002.

Cabe consignar que en todos los casos se notaba una tendencia a retornar a los valores previos a la crisis y ello fue debido a medidas de reorganización que debieron tomarse para enfrentarla.

Considerar la población de PAMI como un conjunto de individuos aislados era ponerse anteojeras. La población de PAMI se encontraba inserta en un núcleo familiar y social que luchaba por sobrevivir.

***Brindar atención médica sin tener en cuenta ésta situación socioeconómica y política actual, era navegar teniendo en cuenta solo la embarcación y olvidando las condiciones del mar y de los vientos. No se podía aprender clínica para curar enfermos si no se conocía la anatomía y fisiología de nuestra sociedad.***

La medicina tradicional que muestra catálogos de enfermedades como lo hace un biólogo con los insectos y hojas de los árboles no servía. La enfermedad en los ancianos era individual y social al mismo tiempo.

Gerenciar un sistema de salud para la tercera edad de manera responsable era un contrato de alto riesgo.

## **Conclusión**

***La pasada crisis económica causó estragos en la salud de la tercera edad, incrementando notablemente la demanda de servicios, el consumo de recursos valiosos y el gasto de atención médica, a pesar de lo cuál no se logró revertir la situación. Si no se cambia el enfoque estratégico no alcanzarán las camas de clínicas y geriátricos. Debían, por lo tanto, plantearse urgentes estrategias de corrección.***

## CAPITULO IX

### CONSTRUYENDO LA RED DE SALUD PARA LOS AFILADOS DEL INSSJP EN TUCUMÁN: MENU PRESTACIONAL, MODELO ASISTENCIAL

¿Qué debía darse? ¿Cómo hacerlo?

La tentación de atender a los Adultos Mayor, en un modelo de Adultos Jóvenes, debía desecharse. Se planteó un moderno abordaje en la atención de la Tercera Edad basado en el cuidado de su capacidad funcional e implementado a través de una red de salud capacitada y organizada para ello.

#### Menú prestacional

Son el conjunto de prestaciones que obligatoriamente la empresa brindará a los beneficiarios del Instituto, según las cláusulas contractuales.

Si bien el modelo prestacional del INSSJP incluyó siempre prestaciones sociales y de salud, para recuperar las primeras, a partir del 2005 se dispuso por la Resolución 284/05, establecer el llamado Modelo Sociocomunitario de Atención.

El mismo tenía como finalidad principal, la eliminación de las intermediaciones económicas que fragmentan e impiden la accesibilidad prestacional, con lo que se recuperaría la capacidad de gestión y control de Instituto; asimismo al hablar de un modelo sociocomunitario se privilegiaba la estrategia de atención primaria de la salud.

El esquema propuesto tenía como finalidad otorgar a los jubilados y pensionados y a su grupo familiar primario prestaciones sanitarias integrales , integradas y equitativas, tendientes a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, sobre la base de un equilibrio presupuestario sustentable.

En este nuevo esquema se fortalecía el rol del médico del primer nivel de atención para asegurar la accesibilidad inmediata a al consulta, con éste y desde él a las especialidades de mayor demanda. Exigía para el mismo una sólida capacitación y para su jerarquización priorizaba los fondos destinados a su remuneración.

Con relación al segundo y tercer nivel de atención se proponía optimizar el uso adecuado de los recursos evitando los modelos de intermediación que destinaban mayores fondos a gastos administrativos.

A su vez, el sistema de acreditación y selección de oferentes reposaba en parámetros objetivos de calificación, conforme a la realidad prestacional de cada jurisdicción.

Ello se complementaba con la posibilidad de participación del afiliado a elegir dentro de una opción razonable, a sus prestadores.

Los ofrecimientos se debían adecuar a los precios que fija el Instituto y la contratación, previo llamado abierto a toda la comunidad. La presentación se podía efectuar en forma individual o mediante la constitución de redes prestacionales por nivel de atención o integradas por nivel creciente de complejidad, propiciando siempre que se contratase con efectores directos para evitar gastos administrativos.

Dada la relevancia del sector público en la prestación de servicios de salud, los mismo podían presentarse en forma individual o también integrando redes.

En el anexo I de la citada resolución se incluyen los datos referidos a Inscripciones, Contratos, Menú Prestacional y Régimen de Penalidades.

\_ El reglamento de Registro contenía los requisitos de inscripción, acreditación, selección y contratación, tanto para quienes lo hagan en forma particular o mediante redes prestacionales. Cada uno de ellos debía presentar declaraciones juradas de no estar comprendidos en las prohibiciones previstas en el reglamento, de adhesión o integrantes de redes prestacionales, según corresponda.

En la sección de contratos se estipulaban tanto para los prestadores individuales como para las redes la vigencia, obligaciones a cumplir, la eximición de responsabilidad del Instituto de las acciones judiciales que pudieran sobrevenir, seguro de responsabilidad civil y mala praxis, garantía de cumplimiento de contrato, cláusula de exclusividad, la modalidad de atención, información estadística, historia clínica, capacidad prestacional, los honorarios, facturación, facultades del Instituto, penalidades, marco normativo, jurisdicción y competencia.

La vigencia del contrato se sería de dos años.

Con respecto a los incumplimientos contractuales y penalidades se clasificaban de acuerdo a una escala progresiva y orden de prelación para cada uno de los niveles (apercibimiento, multa y rescisión contractual). Asimismo se establecía el procedimiento interno para la investigación y penalización de irregularidades e incumplimientos contractuales de prestadores o efectores.

El Menu prestacional comprende todos los niveles y no presenta grandes variaciones respecto al enunciado en el marco teórico. La financiación se realizaría mediante una cápita, con la posibilidad de cobrar adicionales por superación de tasas de uso. El tema se ampliará más adelante.

Este sistema, si bien parecía ser lo ideal para evitar la subprestación y garantizar un pago justo a los prestadores, no dejaba de generar dudas.

Costaba pensar que una institución que tenía grandes deudas con los prestadores, pasara a un sistema donde el presupuesto no tiene tope. De hecho la resolución establecía que todo estaba sujeto a disponibilidad financiera del Instituto, y para entonces las prestaciones ya habrían sido brindadas.

Tampoco se aclaraba el modo de valorar todas las prácticas, ni como se las traduciría en unidades monetarias. Si bien aseguraban que todo el cálculo se realizaba en base a las unidades del Nomenclador Nacional, nadie entendía cómo un egreso promedio podía juntar 3800 unidades. En dicho nomenclador no se incluían medicamentos. Todo era poco transparente. Se decía solo parte de la verdad. Era como afirmar que el trabajador no sabía cuántas hrs extras trabajó, ni cuánto de abonaría por cada una de ellas, si es que llegaban a hacerlo. Todo esto en un marco jurídico tal, en que el Instituto estaba libre de todo tipo de responsabilidades.

Y lo más importante de todo, era preguntarse si los montos de cápita resistían un cálculo actuarial. Era sugestivo que las tasas de incentivo se fijaran muy altas para los estudios de mayor costo. Esto último obligaría al prestador a seguir subprestando, ya que superar la tasa de incentivo era imposible de lograr.

Se implementó un software del Pami, para envío de la información. El mismo está en experimentación y tiene sus defectos ( no ofrece garantías de recepción, no permite corregir errores, etc.). Daría la impresión de que se trata de reemplazar la auditoría

de terreno por cruces estadísticos obtenidos por correo electrónico. Esto no dejaba de ser otro error, ya que los controles cruzados son útiles siempre que no haya acuerdo entre todos.

Lo positivo podría ser que el Instituto, previo a las nuevas contrataciones, reconozca las verdaderas tasas de uso de sus afiliados y realice los cálculos actuariales pertinentes para establecer los valores de su cápita. Justamente, el origen de este nuevo convenio fue la disconformidad de los prestadores por la desactualización de la cápita (solo 3 \$ más que la que se abonaba en la época de la convertibilidad).

En realidad no se trataba de un nuevo modelo de prestación sino de una nueva forma de contratación, que trataría de satisfacer las necesidades del afiliado y premiar el buen comportamiento del prestador. El planteo era aceptable, siempre que tanto la cápita como los incentivos otorgaran una retribución justa y oportuna.

### **Nuevo modelo asistencial: principios orientadores**

El Modelo Asistencial, es la forma de organización de los recursos de la oferta prestacional para dar cobertura a los afiliados del Instituto, según el menú prestacional acordado.

Es el instrumento ordenador de los procesos y acciones médicas que se dan en la red, para asegurar integralidad, equidad, homogeneidad de procedimientos, cobertura geográfica, eficacia y eficiencia, para garantizar los servicios comprometidos ante el ente financiador. En este caso se trata de una red asistencial integral e integrada para ofrecer servicios a la medida de las necesidades de cada afiliado, tal como se requiere para preservar la funcionalidad de los adultos mayores.

Sus principios orientadores fueron:

**1) Incorporar la dimensión preventiva en el cuidado de la salud de la PAM y el concepto de autonomía funcional** como indicador de salud de este grupo. En ese sentido evaluar el riesgo de declinación funcional era fundamental. La finalidad sería aplazar la dependencia.

**2) Centrar la acción profesional, institucional y sectorial en salud, prioritariamente en la persona y en su familia, más que en la enfermedad,** para determinar sus necesidades y adecuar a ellas la oferta prestacional.

Con el objeto de orientar la atención a la preservación de la capacidad funcional de los adultos mayores, aspirando a mantenerlos en la máxima situación de autonomía y calidad de vida en el seno de sus hogares, **la familia y la atención primaria** aparecían como dos resortes fundamentales para articular armoniosamente el sistema. Era sabido que la atención en la comunidad resultaba siempre menos costosa que la institucional, por lo que pequeñas inversiones en este campo podrían redundar en beneficios para todos.

La familia sigue era proveedora del 75 y el 85% del cuidado que recibía el anciano. Existía una base de atención informal enraizada en la familia, que más allá de los cambios de roles y fisonomías actuales, representaba una ventaja que podía neutralizar las falencias presupuestarias de la Seguridad Social, la debilidad del sistema prestador y los bajos ingresos económicos del Adulto Mayor.

3) **La atención primaria era el resorte fundamental**, aportando la responsabilidad, alerta clínica, defensa del paciente, diagnóstico exacto, observación seriada, tiempo suficiente y nexo de conexión con otras áreas y sectores.

4) **El trabajo en salud con la PAM debía ser integral**. Este enfoque podía aparecer incompatible con la atención disciplinaria. Sin embargo era todo lo contrario; sólo desde la evaluación integral podrían establecerse las necesidades individuales y facilitar así, el tránsito ordenado y progresivo del Adulto Mayor a través de la red prestacional. Comprendería:

a) Evaluación Geriátrica en las 4 Áreas: **Clínica, Funcional, Psicológica y Social**.

b) Actividades orientadas a:

\_ **Promoción** del bienestar y mantenimiento de la función.

\_ **Prevención** y atención de la enfermedad.

\_ **Rehabilitación** de las capacidades remanentes.

5) **Debía asegurar la continuidad de la atención** entre el domicilio, el centro de salud, las especialidades y sanatorios u hospitales.

6) **La atención médica de la PAM debía ser gradualmente progresiva**: El modelo de atención progresiva comenzaba a trabajar con el adulto mayor desde el riesgo de perder su autonomía funcional en un enfoque preventista. Lo acompañaría luego,

según sus necesidades por los distintos niveles de complejidad que le ofrecía la red prestacional.

En términos sencillos programa tenía como objetivo, lograr un tránsito de los Adultos Mayores, ordenado y progresivo, por los distintos componentes operativos del sistema, según su declinación funcional.

7) **La existencia de un núcleo altamente profesionalizado** encargado de la planificación, implementación, coordinación y control del sistema. Se requería la integración horizontal y vertical con canales de información – comunicación, y coordinación de los diferentes servicios a fin de que estos pudieran actuar sinérgicamente.

8) **La existencia de una red de prestadores** en comunicación permanente para ofrecer atención integrada.

9) **Considerar el contexto de crisis económicosocial vigente, además de las características demoepidemiológicas** de cada departamento.

10) **Sustentarse en una gestión interinstitucional** en el nivel local: Debían coordinarse las acciones médicas con programas sociales, subsidios, iniciativas comunitarias, etc.

11) **Abordaje médico social:** Vinculación de los médicos con asistentes sociales y de salud mental.

12) **Prioritariamente anticipatorio, orientado tanto a la persona que demanda como a la que no lo hace:** Desarrollar estrategias de acercamiento a quienes no consultan y estrategias de focalización de los grupos de mayor riesgo.

13) **Mejorar el acceso y cobertura y especialmente la oportunidad y pertinencia de la atención otorgada.**

14) **Desde el punto de vista de los prestadores, se proponía un programa que anticipaba una demanda real y potencial** al conocer los riesgos de declinación funcional de la población a cargo. Ello les permitirá planificar mejor su atención.

15) **Se proponía un programa donde usuarios, prestadores, financiadores, fliares y toda la sociedad pueden interactuar, para ofrecer la contención médicosocial que requiere la compleja atención de la salud de los mayores.**

# CAPITULO X

## HACIA EL APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL: CAPACITACION GERIATRICAGERONTOLOGICA Y EN REDES DE SALUD

¿Hacia el desarrollo de conocimientos, competencias, clima y cultura de redes? ¿Capacitación o Aprendizaje?

### **Cursos de Capacitación Geriátrica-Gerontológica del Recurso Humano**

Parecía una utopía que en momentos de crisis, se planteara invertir recursos en capacitación del personal. Usualmente es el primer rubro que se recorta. Sin embargo múltiples razones avalaban su priorización entre los cambios a implementar. Ninguna innovación podía darse sin el apoyo del personal; su motivación y compromiso con el mismo eran fundamentales.

Los gerontes eran un grupo etéreo con particularidades que debían tenerse en cuenta para no derrochar los escasos recursos.

Por la creencia general basada en mitos y prejuicios socio-culturales, que la vejez es sinónimo de enfermedad, decrepitud, pérdida de capacidad intelectual, deterioro físico y fragilidad global, los médicos minimizaban o sobreutilizaban los recursos de los sistemas de salud. Muchos de ellos provenían de universidades donde la geriatría no está incluida en la currícula de grado y atendían a los ancianos como a adultos jóvenes. Como se vio la salud de los AM reflejaba la compleja interacción de factores genéticos, personales, demográficos, ambientales y socio-culturales. Por lo tanto, intentar resolver dichos problemas adoptando una sola perspectiva era insuficiente y reduccionista.

El médico de cabecera de ancianos no podía quedarse en lo puramente asistencial; el objeto de su práctica no solo era el enfermo sino también su familia, y condiciones de vida. Más que enfermedades enfrentaba problemas que debía priorizar. El cuidado de la salud de los ancianos consistía en mejorar la calidad de vida, la autonomía, la independencia y cuando corresponde, acompañar una buena muerte.

El principal objetivo era ofrecer a los profesionales del primer nivel una visión amplia acerca de la salud de los ancianos, para que pudieran brindar atención integral, evitar la iatrogenia, saber cuándo derivar a los especialistas, observando siempre una actitud hacia lo clínico-funcional-psicológico-social.

Entre el 15 y 30% de los ancianos no institucionalizados poseía algún trastorno de sus capacidades funcionales y requería asistencia para desarrollar sus actividades diarias. Las comorbilidades, soledad y la polimedicación aceleraban el deterioro funcional. Era fundamental tener presente que, la pérdida de la capacidad funcional podía constituir la única expresión de una enfermedad física o psíquica subyacente.

El médico de cabecera debía **jerarquizar la evaluación funcional** para identificar problemas y organizar estrategias terapéuticas o preventivas que mejoraran la calidad de vida de los mayores.

Por otro lado, no se debía olvidarse que mantener la función significaba tarea de equipo, para brindar continuidad de cuidados. Ello implicaba **aprender cómo funciona una red de salud**. Sin una mirada integral a través del tiempo era imposible que un profesional comprendiera la necesidad de ser un participante activo de la red. No bastó que cada uno hiciera bien lo suyo, sino que todos eran eslabones de una cadena o piezas de un engranaje para obtener el producto final. Un curso donde reunirse para aprender podía servir para comunicar la misión, visión, objetivos y estrategias, además de favorecer la comunicación hacia el interior de la red.

Existe, como en toda empresa, la necesidad de compartir el conocimiento y experiencias, así como manifestar dudas o problemas, por lo que el curso es una valiosa **herramienta de comunicación** hacia adentro y afuera de la red. Muchos malestares desaparecen al ejercer la democracia y participación de todos en reuniones donde se adquieren nuevos conocimientos científicos y se conocen todos los actores.

Un curso serviría para demostrar a todos los actores la decisión de la empresa de mejorar las prestaciones, al revés de lo que suele observarse en los sistemas capitados. De hecho contó con la participación de profesionales de la empresa, del Pami local, del Gobierno Provincial, de la Universidad Nacional de Tucumán, por lo que es una convocatoria para iniciar acciones intersectoriales.

Saber que sus médicos de cabecera se capacitaban permanentemente serviría también para mejorar su imagen frente a una sociedad acostumbrada a la medicina especializada, que no entendía porqué debía pasar antes por los médicos de primer nivel.

Se desarrollaron los siguientes cursos:

***1) Primer Curso de Capacitación Geriátrica-Gerontológica y Atención en Redes de Salud para Médicos de Pami:***

El mismo fue organizado por la empresa prestadora y la Sociedad de Geriátrica y Gerontología de Tucumán. Cuentó con los auspicios de importantes instituciones académicas (Universidad Nacional de Tucumán, Sociedades Científicas), del Colegio Médico de Tucumán, del Pami y del Sistema Provincial de Salud.

Se desarrolló con la presencia de alrededor de 200 médicos de cabecera de la empresa prestadora, pertenecientes a toda la provincia. Si bien inicialmente el temario estaba dirigido a la atención primaria, también se sumaron especialistas y profesionales que estaban relacionados con la temática de la atención de los adultos mayores. Pocos cursos de esta duración tuvieron una acogida tan masiva, causando la sorpresa de sus disertantes.

Los docentes, profesores de la Carrera de Especialización en Geriátrica de UNT, Univ. Nac. de Córdoba y otros centros académicos, contaban con experiencia teórica y asistencial, lo que los hacía más idóneos.

Fue financiado por una reducida cuota a cargo de los profesionales y el aporte de la empresa prestadora, para facilitar la concurrencia de todos. Dado que tenía validez para recertificar en la especialidad y para la categorización de médicos de cabecera que efectuaba la empresa, la concurrencia fue casi del 100%.

La modalidad de jornada intensiva, cada 15 días, permitía mantener un contacto frecuente lo cual favoreció el rendimiento académico. Los almuerzos fueron momentos para el encuentro interpersonal entre colegas y con los niveles gerenciales creando un clima organizacional que favorecería la acción.

Los temas desarrollados abarcaban los Gigantes de la Geriátrica y otras enfermedades prevalentes en la vejez, que eran causa del mayor deterioro

funcional. Ellos se exponían en la primera mitad de la jornada. En la segunda mitad se realizaban generalmente talleres con casos prácticos donde se explicaba el funcionamiento de la red. Era el momento de comunicar la misión, los objetivos, las estrategias, la composición de la red, sus procesos, etc. y de sacar conclusiones que permitirían alinear los comportamientos.

¿ A ANEXO?

# **1<sup>er</sup> CURSO DE CAPACITACIÓN GERIÁTRICA GERONTOLÓGICA Y DE ATENCION EN REDES DE SALUD PARA MÉDICOS DE PAMI**

**“Queremos un sistema de salud y no de enfermedad. Debemos ir en busca de nuestros afiliados. Queremos concentrar nuestros esfuerzos en la atención primaria.”**

**ORGANIZAN**

***“ACES TUCUMÁN”***

# ***“SOCIEDAD DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA DE TUCUMÁN”***

## **AUSPICIAR**

- ***SOCIEDAD ARGENTINA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA***
- ***FEDERACIÓN ARGENTINA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA***
- ***SI.PRO.SA.***
- ***U.N.T.***
- ***ASOCIACIÓN DE MÉDICOS DE CABECERA DE TUCUMÁN***
- ***COLEGIO MÉDICO DE TUCUMÁN***
- ***UNIDAD DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA***

## **OBJETIVOS PRIMARIOS**

- Brindar a los médicos de cabecera y especialistas, conocimientos de los Instrumentos y Estrategias básicas de atención de los Adultos Mayores, a fin de preservar su capacidad funcional y retrasar la dependencia.

## **OBJETIVOS SECUNDARIOS**

- Capacitar en la detección y tratamiento de los problemas bio-psico-sociales mas frecuentes y principales síndromes geriátricos en los ancianos.
- Incentivar la búsqueda de los ancianos mas frágiles a través de la realización de un trabajo de investigación epidemiológica.
- Establecer un diagnóstico de situación de los ancianos mas frágiles, a fin de introducirlos en un programa de prevención mas activo.
- Promover el enfoque Inter y Multidisciplinario que posibilite una visión totalizadora de los problemas en la vejez.
- Comunicar la misión-visión, los objetivos y estrategias de la empresa, así como las características del trabajo en Redes de Salud.
- Crear el clima organizacional que favorezca la acción.
- Incrementar el interés de los profesionales por la necesidad de utilizar la tecnología de la información para crear bases de datos que sirvan a la investigación en el área de la tercera edad.
- Contribuir a la mejora de los procesos internos.
- Introducir la satisfacción del usuario como un objetivo estratégico clave para la permanencia del sistema.
- Mejorar la imagen del médico de cabecera frente a sus pacientes y hacia el interior de la empresa.
- Introducir a los profesionales en los conceptos de Economía de la Salud, como un tópico fundamental para utilizar correctamente los escasos recursos y alcanzar los objetivos financieros sin los cuales ningún programa podría ser viable.

## **PERFIL DE LOS PARTICIPANTES**

- Médicos de cabecera de PAMI.
- Médicos especialistas.

- Médicos Generalistas y Clínicos.
- Médicos Geriatras.

## **ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA**

El curso se implementará a través de dos modalidades de aprendizaje:

### **PRESENCIALES:**

Asistencia a clases teóricas y talleres interactivos con estudios de casos problema dictados por el personal docente de acuerdo con los objetivos y contenidos definidos en cada módulo con evaluación y aprobación final.

### **NO PRESENCIALES:**

Realización de un trabajo de investigación de carácter epidemiológico que tendrá como objetivo evaluar el estado funcional de la población de adultos mayores asignado a cada asistente, bajo la supervisión del equipo docente.

## **CARGA HORARIA**

La modalidad del cursado es intensivo con clases el día Sábado, una vez por mes, en forma de jornada.

El total de carga horaria de las actividades presenciales y no presenciales es de 120 horas.

## **DURACIÓN**

Será de 7 (siete) meses de cursado. Presentación

## **PROGRAMA ANALÍTICO**

*JUNIO*

### **MODULO I:**

SÁBADO 28	<b>9 – 10 HS</b> <b>PRESENTACIÓN DEL CURSO.</b> <b>Dr. Bernardo Silberstein.</b> <b>Dra. Aurora Rueda.</b>
	<b>10 – 12 HS</b> <b>EVALUACIÓN            GERIÁTRICA            GERONTOLÓGICA</b> <b>MULTIDIMENSIONAL.</b> <b>EL ANCIANO FRÁGIL.</b> <b>HISTORIA CLÍNICA GERIÁTRICA.</b> <b>Dra. Aurora Rueda.</b>

	<p><b>14:30 – 15:30 HS</b></p> <p><b>MITOS, PREJUICIOS Y ACTITUDES SOCIALES FRENTE A LA VEJEZ.</b></p> <p><b>Dr. José Luis Rodríguez.</b></p> <p><b>15:30 – 16:30 HS</b></p> <p><b>TALLER: PRESENTACIÓN DE UN MODULO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL DE LOS ANCIANOS EN TUCUMÁN.</b></p> <p><b>ESTUDIO Y DISCUSIÓN DE LA ENCUESTA DE RIESGO FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN COMUNIDAD PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL.</b></p> <p><b>Dra. María Flora Bulacio.</b></p> <p><b>Dra. Aurora Rueda.</b></p>
--	---

*JULIO*

**MODULO II:**

**9 – 9:30 HS.**

**EVALUACIÓN MÓDULO I**

**SABADO 26**

**9:30 – 10:30 HS:**

**PRINCIPALES SÍNDROMES GERIÁTRICOS**

**CAÍDAS**

**CAUSAS Y CONSECUENCIAS.**

**Dra. Aurora Rueda.**

**10:30 - 12 HS:**

**ALTERACIÓN DE LA MARCHA Y EL PIE EN EL ANCIANO.**

**Dr. Luis Olea.**

**14:30 – 15:30 HS:**

**TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO.MAREOS Y VERTIGO.**

**Dr. Pedro Nofal.**

**15:30 – 16:30 HS:**

**REDES DE SALUD: concepto. Dr Bernardo Sílberstein**

*AGOSTO*

**MODULO III:**

**9 – 9:30 HS**

**EVALUACIÓN MÓDULO II**

**SABADO 30**

**9:30 - 12 HS:**

**CAIDAS: PRESIÓN ARTERIAL DEL ANCIANO.**

**HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA.**

**ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ADECUADO, ALGORITMO**

**Dr. Horacio Antoni.**

**14:30 – 15:30 HS:**

**TRASTORNOS METABÓLICOS:**

**HIPO E HIPERGLICEMIA.**

**MANEJO DE LOS HIPOGLUCEMIANTES Y DE INSULINA.**

**MONITOREO DEL PACIENTE DIABÉTICO**

**Dra. Kliver.**

**15:30 – 16:30 HS:**

**TALLER DE CAÍDAS: PROTOCOLO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS. Dra.**

**Aurora Rueda.**

**16:30 – 17:30 HS:**

**REDES DE SALUD: diseño de nuestra red.**

**Dra. María Flora Bulacio.**

*SEPTIEMBRE*

**MODULO IV:**

**9 – 9:30 HS**

**EVALUACIÓN MÓDULO III**

**SABADO 27**

**9:30 - 12 HS:**

**SÍNDROMES DE INESTABILIDAD PSÍQUICA.**

**DELIRIUM: CAUSAS Y CONSECUENCIAS.**

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

**Dra. Lilia Romero**

**14:30 – 15:30 HS:**

**DEMENCIA**

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.**

**VALOR Y ALCANCE DE LOS MÉTODOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO.**

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.**

**Dr. José Luis Rodriguez.**

**15:30 – 16:30 HS:**

**TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DE LA DEMENCIA.**

**ALMA.**

**Lic. Constanza Marcolongo.**

**Dr. Rosario A. Boscarino.**

**16:30-17:30HS:**

**REDES DE SALUD: su funcionamiento, articulaciones.**

**Dr. Raúl Doz Costa.**

**OCTUBRE**

**MODULO V:**

**9 – 9:30 HS**

**EVALUACIÓN MÓDULO IV**

**SABADO 25**

**9:30 - 12 HS:**

**TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS MÁS FRECUENTES EN ANCIANOS.**

**DEPRESIÓN – FOBIAS – PÁNICO – ANSIEDAD.**

**ABORDAJE TERAPEUTICO.**

**Dr. José Luis Rodríguez.**

**14:30 – 15:30 HS:**

**DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EN LA MEMORIA.**

**EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA.**

**Lic. Mariana Rivadeneira.**

**15:30 – 16:30 HS**

**TALLER DE MEMORIA.**

**Lic. Mariana Rivadeneira.**

**Lic. Constanza Barcolongo**

**16:30-17:30HS:**

**REDES DE SALUD: su control.**

**Dra. María Flora Bulacio**

*NOVIEMBRE*

**MODULO VI:**

**9 – 9:30 HS**

**EVALUACIÓN MÓDULO V**

**SABADO 22**

**9:30 – 10:30 HS:**

**INCONTINENCIA URINARIA:**

**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.**

**INDICACIONES Y MANEJO DEL PACIENTE SONDADO.**

**Dr. José Viani.**

**10:30 - 12 HS:**

**INCONTINENCIA URINARIA:**

**TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.**

**Lic. Lily Katz**

**14:30 – 15:30 HS:**

**INMOVILIDAD – DISMOVILIDAD**

**CAUSAS Y CONSECUENCIAS.**

**Dra. Aurora Rueda.** \_\_\_\_\_

	<p><b>15:30 – 16:30 HS</b></p> <p><b>ESCARAS DE DECÚBITO.</b></p> <p><b>PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.</b></p> <p><b>Lic. Gladys C. De Guaráz.</b></p> <p><b>16:30-17:30HS:</b></p> <p><b>REDES DE SALUD: impacto en la salud de los ancianos.</b></p> <p><b>Dr Raúl Doz Costa.</b></p>
--	--

*DICIEMBRE*

**MODULO VII:**

<p><b>9 – 9:30 HS</b></p> <p><b>EVALUACIÓN MÓDULO VI</b></p> <p><b>ENTREGA DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN</b></p>	
<p><b>SABADO 13</b></p>	<p><b>9:30 – 10:30 HS:</b></p> <p><b>CRITERIOS DE INTERNACIÓN Y CRITERIOS DE EXTERNACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS AGUDOS.</b></p> <p><b>Dr. Marcelo Montero.</b></p> <p><b>10:30 - 12 HS</b></p> <p><b>ASISTENCIA DOMICILIARIA DE LA ACES PARA PACIENTES MAYORES CON PATOLOGÍAS SUBAGUDAS Y CRÓNICAS.</b></p> <p><b>Lic. Virginia Hidalgo.</b></p>

	<p><b>14:30 – 15:30 HS:</b></p> <p><b>ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.</b></p> <p><b>ESTRATEGIAS DE APS EN GERIATRÍA.</b></p> <p><b>REDES Y NIVELES DE ATENCIÓN EN APS</b></p> <p><b>Lic. Edhit Castillo</b></p>
	<p><b>15:30 – 16:30 HS:</b></p> <p><b>RECURSOS SOCIALES Y SU APORTES A LA RED ASISTENCIAL:</b></p> <p><b>PLANES Y PROGRAMAS SOCIALES VIGENTES DISPONIBLES EN PAMI PARA LOS ADULTOS MAYORES.</b></p> <p><b>Dra. Emma Luz Ruiz Huidobro.</b></p>

<b>VIERNES 19</b>	<p><b>CIERRE DEL CURSO</b></p> <p><b>PARTICIPACIÓN DE CORO Y BALLETO DE ADULTOS MAYORES Y ORQUESTA DE PAPEL NONOS.</b></p>
-------------------	--

Los resultados del curso fueron alentadores, por la satisfacción de los participantes, al escuchar temas nunca tratados e interiorizarse de los planes de la empresa donde se desempeñaban hace años. Podía decirse que recién comenzaban a sentir pertenencia. Su trabajo era crucial para el éxito del sistema.

Sin embargo eso no fue todo. El gold star del curso fue la realización de un trabajo epidemiológico, condición para certificar la aprobación al mismo y al que luego se hará referencia.

## **2) Primeras Jornadas de Capacitación Comunitaria en Atención Geriátrica-Gerontológica y Redes de Salud**

Sin la participación de todos los actores era imposible lograr el funcionamiento de una empresa y menos de una red de salud. Por ello se decidió iniciar la capacitación de las restantes áreas.

Dado lo urgente de expandir la información al interior de la organización (médicos de internación, especialistas, enfermería, personal administrativo, etc.) y hacia la comunidad (centros de jubilados, ONG que trabajan con la tercera edad, familiares, etc.) se decidió dar comienzo a las Primeras jornadas de Capacitación Geriátrica-Gerontológica Comunitaria y de Atención en Redes de Salud.

Era necesario transmitir a todos los que trabajaban con este grupo etéreo sus particularidades, a fin de orientar la atención hacia el usuario.

Por otro lado muchas falencias del sistema obedecían a desinformación sobre las características de la atención en redes de salud, por lo que las jornadas podrían ser la solución.

Todo ello, sin dejar de lado la posibilidad de profundizar conocimientos en cada área específicamente.

Cabe reiterar, que dicho curso era una oportunidad de gestión del conocimiento y del clima organizacional, fundamentales para lograr la colaboración necesaria en toda red.

¿A ANEXO?

IMPRIMIR A TAMAÑO A 4 EL CARTEL DE LAS JORNADAS

### **OBJETIVO PRIMARIO**

- Conocer la problemática del envejecimiento, sus particularidades individuales, la discriminación del anciano en la sociedad, a fin de diseñar estrategias de atención en sus respectivas áreas.

## **OBJETIVOS SECUNDARIOS**

- Comunicar la misión-visión, objetivos y estrategias de la empresa para lograr el apoyo de todos.
- Conocer el funcionamiento de una red de cuidados funcionales donde cada uno es parte irremplazable.
- Promover el enfoque Inter y Multidisciplinario que posibilite una visión totalizadora de los problemas en la vejez.
- Crear el clima organizacional que favorezca la acción.
  
- Aportar desde los conocimientos impartidos a mejorar los procesos de atención.
- Motivar a la implementación de los cambios necesarios en cada área, para satisfacer al afiliado.
- Contribuir a incrementar a la salud financiera del sistema al trabajar en un sistema ordenado, que evita los costos de la mala administración.

## **PERFIL DE LOS PARTICIPANTES**

- Profesionales y personal administrativo de ACES Tucumán
- Centros de Jubilados de Tucumán
- ONG´s para la 3º Edad
- Periodismo especializado en salud.
- Toda las familias y comunidad de Tucumán.

## **ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA**

Se desarrollarán clases teóricas y talleres interactivos con estudios de casos problema dictados por el personal docente.

### **CARGA HORARIA**

La modalidad del cursado es intensivo con clases el día Sábado, una vez por mes, en forma de media jornada, por la diversidad de las personas a las que está destinado.

### **DURACIÓN**

Será de 7 (siete) meses de cursado. Presentación.

La concurrencia fue masiva, y el desarrollo ameno de las exposiciones mantuvo el interés por temas nunca antes escuchados. Hasta ese momento la atención de los afiliados se hacía ignorando sus características particulares y todo lo expuesto constituyó una novedad.

La financiación se realizó con un mínimo aporte de los participantes y de la empresa prestadora, ya que el elevado número de participantes permitió reducir los costos. Por otro lado la participación otorgaba créditos para las respectivas currículas.

Lo negativo fue la imposibilidad de completar los meses planeados, ya que desde las conducciones del Pami Central comenzaron a anunciar vientos de cambios, prejuzgando que toda intermediación era corrupta. En realidad todo gerenciamiento es una forma de intermediación y puede ser corrupto cualquiera sea el que lo realice. Lo importante es controlar el costo de dicha tarea para evitar desvíos. Sin embargo esto sembró desaliento en todos los organizadores. Lo paradójico fue que los mismos participantes impulsaban la continuidad.

De acuerdo al devenir de las políticas del Instituto, por lo tanto, quedó pendiente la continuidad de diversos cursos específicos para cada área.

## **Categorización de la población del INSSJP de Tucumán, según su funcionalidad: De la Capacitación al Aprendizaje Organizacional**

Parece un juego de palabra pero no lo es. Es poco frecuente analizar la relación entre la capacitación recibida y el mejoramiento del desempeño. Se espera que quien reciba la capacitación, tenga el criterio suficiente para incorporar los conocimientos en el trabajo. Unos meses después es poco lo que se recuerda de la capacitación y menos aún de la contribución de la misma al desempeño.

La capacitación enfatiza en contenidos, el aprendizaje enfatiza en procesos. En capacitación la pregunta más frecuente es qué se enseña. En aprendizaje la pregunta más importante es qué se cambia. En capacitación la actitud suele ser receptiva. En aprendizaje aplicada.

El aprendizaje individual, no garantiza el aprendizaje organizacional. Además, el aprendizaje en las organizaciones no es la sumatoria de los aprendizajes de sus miembros.

Generalmente las evaluaciones de las capacitaciones, cuando las hay, se limitan a temas como: cumplimiento de expectativas, cumplimiento de objetivos, claridad de las presentaciones, adecuación de la metodología y logística. Pocas veces a establecer si la capacitación es o no aplicable al trabajo, más allá de un si o no.

¿Pasaría esto con los cursos implementados? Previendo que esto podría pasar, la empresa y los organizadores del curso determinaron que, nada mejor que implementar un trabajo epidemiológico aplicado a la evaluación de la capacidad funcional, para dar valor agregado a la institución y a quienes lo realizaron.

El mismo permitió que sus actores interactuaran para compartir el conocimiento y retroalimentar el sistema; así el conocimiento individual se convirtió en aprendizaje colectivo.

Crear una red de salud para adultos mayores cuya estrategia fuera el cuidado de la funcionalidad, obligaba a evaluar previamente la capacidad funcional de la población a cargo.

Esta tarea se realizó en tres etapas consecutivas, a saber:

***I- Evaluación del riesgo de declinación funcional en la comunidad.***

***II- Evaluación geriátrica multidimensional a los AM con mayores riesgos.***

***III- Evaluación de quienes habían perdido su funcionalidad y permanecían en su domicilio o estaban institucionalizados.***

***I- Evaluación del riesgo de declinación funcional en la comunidad***

El objetivo era identificar la población adulta mayor en riesgo de perder su capacidad funcional a nivel comunitario. De esa manera sería posible anticipar la demanda y

planificar mejor la oferta de servicios. Por otro lado, evaluar el riesgo individual además del colectivo, era una herramienta de gran valor para el médico de cabecera al permitirle una visión integral del paciente, fundamental para priorizar sus problemas.

Los pasos a seguir fueron:

*\_ Identificar la población a entrevistar:*

El padrón de afiliados del Pami fue la fuente de información a tener en cuenta. El mismo especificaba la distribución geográfica de sus afiliados. Cada afiliado estaba empadronado con un médico de cabecera por elección voluntaria; dichos profesionales también estaban distribuidos en todos los departamentos de la provincia. Solo el 4,1% de los 90.000 afiliados de Tucumán permanecían sin empadronarse. De los empadronados aproximadamente entre 70 y 80% concurrían a sus médicos de cabecera. De ese modo se podía inferir que entrevistando a los pacientes en los consultorios se podría obtener una muestra más que representativa de la realidad.

Aún así, mediante mensajes en los principales medios de comunicación, en los consultorios y centros de estudios se difundió la necesidad de concurrir a sus médicos de cabecera para ser evaluados.

Se realizó durante 7 meses, no pudiendo repetirse los encuestados.

*\_ Encuestadores:* Médicos de cabecera en sus consultorios.

*\_ Cuestionario:* Se trató de un cuestionario estructurado y precodificado que indagaba la presencia de factores de riesgo biomédicos o psicosociales, condicionantes y determinantes de la pérdida de capacidad funcional, que ocasionaría una intervención a corto plazo por parte del sector salud.

*\_ Resultados y categorización de riesgos:* Todas las encuestas fueron procesadas mediante un programa informático diseñado para ello. En base al mismo se clasificaron los afiliados en 4 categorías de riesgo de declinación funcional. Dado el mayor riesgo de los adultos mayores más añosos, se dispuso repetir anualmente la encuesta en los mayores de 75 años y cada dos años en los más jóvenes.

## ***II- Evaluación geriátrica multidimensional a los AM con mayores riesgos***

Aquellos AM que se encontraban en las categorías de mayor riesgo según la encuesta, fueron evaluados con mayor profundidad en las áreas física, cognitiva, afectiva, soporte social, económica, medioambiente, calidad de vida. Era la llamada Evaluación Geriátrica Multidimensional (EGMD).

Esta tarea fue realizada por los mismos médicos de cabecera, entrenados convenientemente en el curso para aplicar los diferentes tests.

La evaluación funcional permitió: \_Objetivar el grado de independencia del paciente.

–Reconocer enfermedades subyacentes: si bien el deterioro funcional no diagnosticaba enfermedades, era el puntapié para realizar un análisis más profundo.

\_Incrementar el valor del interrogatorio y examen físico.

\_Controlar la evolución al tratamiento.

\_Establecer un lenguaje común entre colegas dedicados a atender ancianos.

Basándose en la información recopilada se podía llenar *diagrama del geronte*, que identificaba sus principales problemas. Este formaría parte de *una libreta de control periódico*, que debía portar cada paciente al concurrir a cualquier prestador. La información debía ser dada a conocer al afiliado y su familia, proponiéndose una *Plan de Atención de Salud Personalizado*.

### ***III- Evaluación de quienes habían perdido su funcionalidad y permanecían en sus domicilios o estaban institucionalizados.***

Si solo se evaluaba la capacidad funcional de pacientes ambulatorios se corría el riesgo de dejar de lado a quienes tenían mayor necesidad de cuidados: los pacientes que habían perdido su capacidad funcional y permanecían en sus domicilios o institucionalizados.

No incluirlos, llevaría a hacer cálculos equivocados al momento de planificar los recursos. Precisamente eran ellos quienes requerían más internaciones por sus descompensaciones. De allí la necesidad de censar a quienes estaban en esas circunstancias.

\_Identificación de la población sin capacidad funcional:

Se creó una base de datos de afiliados que respondían a esa característica, a partir de información proporcionada por: médicos de cabecera, especialistas, sanatorios,

familiares, vecinos, ONG, entre otros. Todo ello motivado por una campaña publicitaria, que en el caso de Tucumán solo requirió un mensaje radial o afiches en los consultorios médicos. La mayoría de los adultos mayores pertenecían a Pami y en una provincia pequeña la noticia se difundió con facilidad.

*\_Definir el recurso humano que la pondrá en práctica:*

Creada la base de datos, los médicos de cabecera realizaron la visita domiciliaria. No olvidar que dentro de las obligaciones de los médicos de cabecera está incluida la visita de control domiciliario a los pacientes postrados, por lo que el costo fue nulo.

*\_Implementación de las condiciones biopsicosociales del paciente:*

Los médicos de cabecera, entrenados en el curso confeccionaron una historia clínica que abarcó las áreas física, cognitiva, emocional y social. Trataron de detectar los principales problemas médicos, además de evaluar el soporte socioeconómico del paciente para diseñar un plan adecuado de cuidados.

No fue necesario para ello contar con un equipo de especialistas de cada área; un sencillo cuestionario y la experiencia del médico de cabecera bastaron para aproximar el diagnóstico y sugerir las posibles soluciones en cada caso.

*\_ Resultados y riesgo definitivo:*

Las historias clínicas fueron procesadas a fin de establecer un cálculo global de las necesidades y planificar un seguimiento periódico de dichos pacientes.

De este modo, mediante los cursos de capacitación y el trabajo de campo se contribuyó al aprendizaje organizacional, para agregar valor a la cadena asistencial. Se pretendió poner en práctica a Peter Senge (1992), quién define una organización que aprende, como aquella que expande continuamente su capacidad para construir futuro. Es la integración de talentos y funciones, en una totalidad productiva.

## **CAPITULO XI**

## **HACIA EL APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL: INNOVACIONES ORGANIZATIVAS EN LA RED DE SALUD**

**¿Cuál debe ser el diseño de una red de cuidados funcionales para ancianos?  
¿Qué cambios deben realizarse en la empresa?**

### **Necesidad de atender a los adultos mayores de Tucumán en Redes de Salud**

La complejidad de la atención del Adulto Mayor, en este Tucumán tan afectado por la crisis económicosocial, lleva'ba a visualizar su salud como una red de interacciones. El enfoque desde un punto de vista biológico, psicológico, social y funcional debía estar presente en todo momento, mediante múltiples actores que se interrelacionados permanentemente.

De ese modo, la atención mediante una red de contención médico social pareció ser lo más conveniente, por las siguientes razones:

- \_ El enfoque bio, psico, social y funcional requería la interacción de diferentes sectores.
- \_ Las múltiples patologías por paciente exigían una tarea interdisciplinaria.
- \_ La interacción de las diferentes patologías, el deterioro del organismo, y el desuso determinaban una mayor vulnerabilidad, a lo que se agregaban las enfermedades mentales, el abandono social, la precarización económica, configurando situaciones particulares que requerían soluciones especiales. Tener a mano todos los recursos posibles era fundamental.
- \_ La dispersión geográfica de los afiliados en todo el territorio de la provincia, con zonas de baja densidad poblacional y falta de infraestructura de segundo o tercer nivel en dichas regiones, obligaba a establecer mecanismos de derivación hacia zonas de mayor complejidad, por lo que la creación de redes era fundamental para responder a la equidad en salud.
- \_ En el anciano todo era urgencia, dada la labilidad de su organismo ante situaciones de stress. Un sistema que tuviera delineado los flujos de acción acortaba los tiempos que son fundamentales para preservar la vida.

\_ En el plano de la gestión, teniendo en cuenta el mayor uso de los recursos de salud que hacen los adultos mayores, la comunicación en redes evitaba duplicaciones y confería mayor capacidad resolutoria, lo cual favorecería la costo eficiencia.

\_ La compleja atención de la tercera edad, donde se combinaban múltiples factores, obligaban a dar una solución apropiada para cada paciente. Esto significaba contar con todos los elementos al alcance de la mano, situación que solo se da cuando se trabaja en un esquema de red de mutua colaboración, con fuerte coordinación para dar respuesta en tiempo y forma.

Era sencillo entender la complejidad de la salud de los Adultos Mayores pero no así dar solución a sus problemática. Había que aprender a conducir en la complejidad, en el dinamismo, incorporar nuevas visiones, asumir la imprevisibilidad, responder ágilmente, aceptar la imposibilidad de consensos absolutos, admitir futuros alternativos, hacer en el desorden... todo lo cual requería flexibilidad y tener la posibilidad de ofrecer distintas alternativas.

Estas razones, justificaban ampliamente la creación de redes de salud para la atención de los Adultos Mayores.

## **Estructura orgánica o anatomía de la red: Nodos y enlaces**

El nuevo modelo asistencial pretendía, a partir de la mejor organización u coordinación de los procesos tecno-burocráticos y profesionales, generar un sistema de atención a los beneficiarios del INSSJ,P que asegurara cantidad y calidad de prestaciones, en un contexto de mejoramiento continuo de la eficacia y eficiencia, con el propósito de preservar su capacidad funcional y retrasar al máximo la dependencia.

Para ello se diseñó una red de salud, compuesta por nodos y enlaces , como toda red.

Dos errores que debían evitarse al armar la red:

\_ Pensar que solo los nodos bastarían para construir una red: la fallida experiencia en el funcionamiento de las redes del INSSJP eran ejemplo de ello ya que solo se sumaron prestadores, sin comunicación entre ellos.

\_ Pensar que bastaría agrupar instituciones distribuidas geográficamente, en vez de pensar a la inversa: averiguar qué servicios requiere la población en cada localidad.

Convenía pensar inicialmente la demanda de servicios de cada región, por niveles y especialidades; luego distribuir geográficamente los recursos de cada una, de acuerdo con dicha demanda. De ese modo se podrían compartir recursos entre diferentes lugares, si se trataba de especialidades o poblaciones de poca demanda. Ej: era ineficiente contratar instituciones con todas las especialidades en todos los departamentos de la provincia; se debía contemplar las tasas de uso por zona y especialidad para dar a cada una según su necesidad. Esa era una de las ventajas de trabajar en redes. Así, en realidad se trataba de armar tantas redes como niveles y especialidades se debían dar.

Surge con fuerza, la necesidad de una fuerte coordinación para orientar la demanda y resolver las múltiples situaciones que llegaban a plantearse.

## **Nodos de la Red**

### ***I- Departamento de Promoción y Prevención de la Salud***

#### *Fundamentos*

Con el objeto de involucrar al paciente en el autocuidado de su salud y comprometer a sus familiares en dicha tarea, se puso en marcha un **Programa de Educación en Salud para la Tercera Edad**. El paciente no sería más un espectador frente al médico que decidía por él y al sistema de salud que le tocó en suerte. El era protagonista del sistema de salud y debía saber que sin su apoyo su salud corría riesgos.

Debía conocer términos sustentados en los principios de calidad de vida como:

- \_ Información sobre el envejecimiento.
- \_ Envejecimiento activo.
- \_ Alimentación adecuada.
- \_ Higiene individual.

- \_ Acondicionamiento de la vivienda para el geronte (protecciones especiales).
- \_ Actividades físicas.
- \_ Actividades culturales.
- \_ Recreación.
- \_ Hábitos tóxicos y hábitos saludables.
- \_ Importancia del control periódico de salud.
- \_ Abuso de medicamentos, entre otros.
- \_ Educación continua y capacitación laboral, para acortar la brecha intergeneracional.
- \_ Solidaridad intergeneracional....entre otros.

### *Implementación*

Se creó el **Departamento de Educación para la Salud en la Tercera Edad**. El mismo tenía como responsable principal un médico geriatra con formación en administración de salud, medios de comunicación y experiencia en la empresa, para actuar como nexo entre afiliados, profesionales docentes, periodistas y los niveles gerenciales. Ello no fue difícil de encontrar en los niveles centrales, considerando que esta empresa tenía a su cargo la atención de los afiliados desde hacía varios años, durante los cuales hubo que improvisar tareas similares para llevar información a los afiliados.

Para cumplir su objetivo se apela a los:

- 1) Medios de comunicación social:** Escritos (folletos, revistas), orales (radio) y visuales (TV).
- 2) Informática:** Creación de páginas web para la difusión de la información en red.
- 3) Talleres interactivos** en Centros de Jubilados.
- 4) Cursos de auto cuidados y para cuidadores de adultos mayores.**

La meta final era construir **Unidades de Cuidado Médico – Familiares-Comunitarios**: el ámbito natural del anciano era su hogar donde debía recibir los cuidados de salud que necesitaba. Era necesario instruir a la familia en el manejo del paciente, en el conocimiento de las reglas del sistema de atención médica y

lograr su colaboración para facilitar el cuidado del enfermo. También la familia del geronte debía ser protagonista del sistema de salud.

Se pretendía que los AM se integraran en la sociedad, por lo que era fundamental ocupar su tiempo libre en tareas solidarias que mantuvieran su autoestima.

Desde el punto de vista financiero, este departamento se autofinanciaba mediante la publicidad de los mismos prestadores.

## ***II- Departamento de Diagnóstico Precoz y Curación***

### *Fundamentos*

Desde los conceptos de la moderna Geriátría y con profesionales con capacitación geriátrica se trataría de preservar la capacidad funcional del Adulto Mayor **y gerenciar la crisis de salud de la Tercera Edad**. Se trataba de una batalla contra la miseria, el abandono social y la ignorancia del cuidado de la salud. Por ello se decidió **concentrar los esfuerzos y recursos en la atención primaria**. El puesto de combate estaba en los consultorios de atención primaria, donde la lucha se desarrollaba con mayor fragor. Desde allí se evaluarían los pacientes, se detectarían y priorizarán sus problemas y se diseñaría un plan de cuidados personalizado.

Sin embargo, solo la atención primaria no bastaba. “ Las redes sanitarias funcionarán como acuerdos de colaboración entre los componentes de las organizaciones sanitarias (sanatorios, hospitales, centros de atención primaria, emergencias, centros de diagnóstico, atención domiciliaria, etc.), todas bajo una misma estructura ejecutiva para la promoción y aseguramiento de los cuidados sanitarios en un marco de calidad. Se trata de la modalidad más adecuada para lograr la articulación de los recursos y mejorar la eficiencia de la inversión. Las situaciones de emergencia y desastre son las que ponen en evidencia la necesidad de contar con este tipo de organización y a sus vez, las que someten a prueba su eficiencia organizativa”( Ginés Gonzalez Garcia).

### *Implementación*

Se establecieron de acuerdo al contrato con el INSSJP, tres niveles de atención, por grado de complejidad. Como particularidad estos niveles serían implementados tanto

para los pacientes que conservaban su capacidad funcional, como para los que la perdieron.

No es intención detallar tareas de cada nivel, pues para eso se debería transcribir el pliego de condiciones del Instituto y extender demasiado la exposición . Simplemente, luego de un breve recordatorio, se remarcarán los cambios implementados para responder con la misión de cuidar la capacidad funcional de los afiliados. La autora participó en el diseño, gestión y control de los cambios introducidos.

### **1° NIVEL:**

Estaba constituido por los médicos geriatras, agentes sanitarios, centros de diagnóstico de primer nivel, fisiatría, centros de enfermería y servicio de emergencia-traslados. Todos ellos actuaban en permanente intercomunicación con el médico de cabecera, quién coordinaba la atención de cada paciente.

#### **) Médicos Geriatras:**

\_ Fueron la llave de la atención médica del sistema de cuidados funcionales, coordinando y procurando retrasar al máximo la dependencia de sus pacientes.

\_Se distribuyeron territorialmente en toda la provincia, de acuerdo al número de afiliados. Sin embargo, a pesar de existir zonas rurales con escasa población, se designaron médicos para dar equidad de atención a todos.

De ese modo se contrataron alrededor de 200 médicos de cabecera como vemos en los siguientes cuadros y mapas. (MAPAS Y CUADROS)

\_ Tenían a su cargo un padrón de pacientes que lo habían elegido voluntariamente. En ese sentido, para lograr una excelente relación médico-paciente, se ofreció al afiliado la posibilidad de optar por su médico de cabecera, sin importar su domicilio. Más aún, se les ofreció la posibilidad de cambiarlo cada 3 meses.

\_ Eran requisitos para su admisión su formación científica de excelencia en Atención Primaria de Adultos Mayores e ingresar en un Programa de Educación Médica Continua en Geriatria y Gerontología. De este modo, los antiguos Médicos de Cabecera podían adquirir una Especialidad y ser los artífices de una verdadera **revolución geriátrica** en la Atención de los AM.

\_ Tenían un sólido conocimiento del sistema de salud para informar al paciente y guiarlo a través del mismo.

\_Ofrecían disponibilidad horaria: 3 hrs semanales cada 100 afiliados de su padrón.

\_Atendían en consultorios particulares o en centros médicos distribuidos en la provincia según el número de afiliados..

\_ Eran responsables de la salud de los pacientes de su padrón, procurando preservar su funcionalidad.

\_ Eran los depositarios de la Historia Clínica Única que incluía el Diagrama del geronte, de cada uno de sus pacientes. El mismo se iba realizando a medida que los pacientes concurrían a consultas. Su duplicado, estaría en manos del paciente o familiar que lo acompañe, ya que al circular por los distintos prestadores, los mismos irían anotando sus informes. De ese modo el mismo actuaba como una orden de derivación o interconsulta, con la ventaja que todos podían tener una visión integral de la capacidad funcional del paciente y colaborar en su mantenimiento.

Una de las causas de fragmentación de los sistemas es el fracaso de los sistemas de referencia y contrarreferencia entre niveles; en este caso era el mismo paciente quién exigía a los diferentes profesionales que anotaran sus impresiones. De este modo el paciente sentía pertenencia al sistema, y era custodio de su propia salud.

\_ Realizaban la categorización de riesgo funcional de sus pacientes y la EGMD a través de las sucesivas visitas al consultorio médico.

\_Detectaban los principales problemas, priorizándolos y sugiriendo las posibles soluciones.

\_ Debían ser especialistas en relación médico – paciente, tener experiencia en la solución de problemas prevalentes, conocimiento de epidemiología clínica, visión totalizadora del paciente.

\_ Coordinaban la Atención Médica de sus pacientes a los que ofrecían continuidad en la atención. Ello permitid detectar fallas agudas de función e iniciar de inmediato la búsqueda de soluciones.

\_Puedían solicitar estudios de primer nivel (laboratorio, estudios de imagen), interconsultas a especialistas, internaciones, pedidos de rehabilitación, traslados, informes al centro coordinador, entre otros. Todos ellos exigiendo la correspondiente

respuesta para agregar datos a la Historia Clínica Unica y Diagrama del Geronte. Su relación con los otros prestadores de la red era constante, al asumir su rol de coordinador de la salud de sus pacientes.

\_Mecanismo de contratación y pago: Recordemos que la mayoría de los médicos de cabecera carecían de capacitación geriátrica y su tarea era simplemente asistencial, sin ningún compromiso real con la salud de la población a cargo. Además, de acuerdo a las condiciones del Instituto, atendían en consultorios distribuidos en toda la provincia para facilitar el acceso a los afiliados. Esto hacía difícil su control y acarreaba algunos inconvenientes, también denunciados por los afiliados: incumplimiento de horarios, inasistencias, poco interés por el enfermo, cobro de aranceles diferenciales y otras irregularidades, al saber que son pocas las posibilidades de constatarlas. Muchos no atendían a sus pacientes y dejaban los pedidos de estudios, recetas e interconsultas, en manos de sus secretarias. De más está decir que los mismos no tenían límite y superaban ampliamente las tasas de uso del Instituto, poniendo en riesgo el equilibrio del sistema.

Su remuneración se venía efectuando de la siguiente forma: un haber mínimo cualquiera fuese el número de pacientes (para ayudar en el mantenimiento de la infraestructura básica que requería la instalación de los consultorios) y luego por categorías, de acuerdo al número de pacientes. Sin embargo esto, lejos de incentivar a los profesionales tuvo un efecto contrario; muchos prefirieron quedarse con el haber mínimo y no recibir nuevos pacientes con la excusa de no tener cupo; de ese modo pagaban los gastos del consultorio y disponían de más horas libres para atender otras obras sociales.

Para revertir estas conductas oportunistas, se decidió cambiar la forma de pago. A partir del comienzo del nuevo programa su remuneración dependió estrictamente del número de pacientes a su cargo, lo cual motivó la recepción de nuevos pacientes y un mejor trato al afiliado para lograr su fidelización.

Asimismo, también los médicos serían categorizados según currículums y los informes del departamento de control; ello podrá generar adicionales a su remuneración o por el contrario multas por mal desempeño. No olvidemos que la oferta prestacional en Tucumán es alta por lo que conservar el trabajo era el mejor incentivo.

En el caso de médicos que debían trasladarse a zonas alejadas se les reconocían adicionales por gastos de movilización y tiempo insumido.

\_Debían cumplir con la presentación de estadísticas mensuales, donde se reflejaba su conducta prestacional, como luego veremos al referirnos al control del sistema.

\_Debían participar de reuniones de evaluación del sistema donde sus opiniones eran importantes para corregir errores.

## ) **Introducción de los agentes sanitarios**

\_Para lograr un acercamiento de todos los afiliados al sistema se propuso la introducción de agentes sanitarios, quienes trabajarían en equipo con cada médico de cabecera y su padrón.

\_Serían encargados de detectar aquellos adultos mayores que no concurrían a la consulta médica para comprometerlos en el cuidado de su salud. Participarían de la realización de las encuestas de evaluación de riesgo a los adultos mayores en su domicilio.

\_Podrían participar preferencialmente los estudiantes de Medicina de los últimos años, quienes, además de tener una oportunidad laboral, podrían tomar contacto con la realidad sanitaria de la Tercera Edad. También podrían ser agentes sanitarios aquellos Adultos Mayores que por su estado físico y actitud solidaria quisieran cumplir con dicha tarea; sería para ellos una oportunidad de prestar servicios a la comunidad y recibir ayuda económica.

\_Dado el elevado número de médicos de cabecera, era de esperar que los agentes sanitarios también lo fueran. Ello significaba una erogación de dinero que no se podía afrontar con la actual cápita, por lo que se dejaba a consideración del Instituto incluirlos en la misma. Se propuso como una medida fundamental para mejorar la calidad de vida de los afiliados al promover el autocuidado y control periódico de salud. En cierto modo, mediante los medios de comunicación se procuró suplir esa falencia, al aconsejar a los afiliados a participar del cuidado de su salud e instruirlos en el funcionamiento del sistema.

) **Prácticas de diagnóstico y tratamiento:** Laboratorios, estudios de imágenes del primer nivel, kinesioterapia para pacientes agudos.

\_Se efectuó un convenio con el Colegio de Bioquímicos de Tucumán para la cobertura de laboratorio de toda la provincia. De ese modo se procuró contar con el mayor número de profesionales a disposición de los afiliados, evitando traslados innecesarios. En base a tasas de uso del sistema, obtenidas a lo largo de más de 5 años de atención, se estipuló el número de estudios para cada nivel de prestación, especialidad y para cada profesional en base al número de consultas. ( CUADRO)

\_Con respecto a los centros de estudios de imágenes, se contrataron 4 centros, que trabajan en relación con los 4 sanatorios de mayor complejidad de la capital. En el interior de la provincia se contrataron centros que atendían a los afiliados de los sanatorios de la zona. Se procuró privilegiar aquellos centros que se encontraban en los mismos sanatorios, para favorecer la accesibilidad. (CUADRO). Los estudios contratados dependían también de tasas de uso del sistema, ajustadas permanentemente según el monitoreo del sistema.

\_Los centros de kinesiología contratados fueron 2 en la capital y 3 en el interior, dejando constancia de la necesidad de muchos más. Ello también estaría sujeto a aumentos de la cápita. (CUADRO)

#### ) **Atención de enfermería de primer nivel.**

Dada la necesidad de acercar el sistema al afiliado y considerando la distribución de los principales sanatorios muchas veces alejados de ellos, surgió la necesidad de crear centros de atención de enfermería para evitar traslados costosos a los sanatorios para curaciones y otras prestaciones de enfermería.

Los mismos no estaban considerados en los cálculos de valor de cápita del INSSJP. Sin embargo la ACES consideró que era un costo necesario para favorecer al afiliado y en definitiva a la empresa por evitar sobrecargar los servicios en la capital. (CUADRO)

#### ) **Centros Médicos de Atención Primaria**

Solo a nivel de propuesta se sugiere su conveniencia, pero estarían sujetos sujetos a aumentos de la cápita que permitan la inversión.

Ellos tendrían las siguientes características:

\_Ser el epicentro de la atención médica de la zona.

\_Se ubicarían en lugares geográficos estratégicos, acordes a la densidad de la población. Se planean 5 en la capital y 10 en el interior.

\_ Allí se concentraría la atención de determinados médicos geriatras, agentes sanitarios, las especialidades de mayor consulta, radiología , laboratorios de primer nivel, servicios de enfermería, y de rehabilitación.

\_Sin embargo, para dar una solución a las necesidades del momento, se decidió acordar con los centros de jubilados alquilar sus instalaciones, siempre que fuera posible, para que funcionaran como consultorios de médicos de cabecera, especialistas, y enfermería. Esto fue muy bién acogido por los afiliados y los mismos jubilados comenzaron a participar como agentes sanitarios, al mismo tiempo que percibían una renta para sus centros. (CUADRO)

### ) **Emergencias médicas- Traslados**

\_Su misión era fundamental en los adultos mayores, en quienes cada problema reviste características de urgencia.

\_Se contrató una empresa que cuentbaa con dos bases de operaciones: capital y en la ciudad de Concepción (la segunda de la provincia en densidad poblacional).

\_ Estaban encargados de las consultas que revisten carácter de urgencia, en pacientes que no podían ser trasladados a los servicios de guardia sanatorial. También efectuaban traslados para estudios de diagnóstico y tratamiento en pacientes que no podían deambular.

(CUADRO)

### **2° NIVEL:**

Está constituido por especialistas e internación sanatorial

### ) **Especialistas y prácticas de especialidad**

\_Sabido que la misión era preservar la capacidad funcional se imponía solucionar los problemas que llevan a su deterioro. De allí que la atención estría centrada en problemas, más que en patologías aisladas. Por esa razón, se decidió innovar en la atención de las especialidades.

Lo usual era que ante un problema, el médico de cabecera solicitara derivaciones en cadena, ya que las etiologías pueden ser múltiples. Ello determinaba que los

ancianos deambularan con turnos de espera que prolongaban el diagnóstico final. Cuando al fin se concluían habían transcurrido meses y el paciente había sufrido gran deterioro funcional.

Para evitarlo se listaron los problemas prevalentes y se asociaron las especialidades que debían intervenir para solucionarlos. De ese modo una vez explicitado el problema en el Diagrama del Geronte, el paciente accedía al Centro de especialistas, donde en forma ágil se efectuaban las consultas pertinentes para arribar al diagnóstico en tiempo y forma. Esto era responder con una atención interdisciplinaria y no solo multidisciplinaria, como la que se venía dando. Indudablemente el evitar la deambulación innecesaria fue muy bien acogida. Se trató de una innovación organizativa que no significa mayor erogación de recursos.

Por lo tanto los especialistas se agruparon en unidades que favorecían la atención completa y ágil en las patologías prevalentes de la vejez. Algunos ejemplos son:

- ) Unidad de Cuidados Respiratorios (neumonólogo, cardiólogo, kinesiólogo).
- ) Unidad de Cuidados Cardiológicos (cardiólogo, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta para rehabilitación física).
- ) Unidad de Incontinencia Urinaria (urólogos, ginecólogos).
- ) Unidad de Síndrome Vertiginoso (neurólogo, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, cardiólogo)
- ) Unidad de Deterioro Cognitivo (psiquiatra, psicólogo, neurólogo).
- ) Unidad de Caídas (traumatólogo, reumatólogo, neurólogo, kinesiólogo, podólogo).
- ) Unidad de Cuidados Oncológicos (oncólogo, psicólogo, nutricionista, especialidad de base).

\_Los especialistas se distribuyeron en toda la provincia en función de la demanda. En las localidades del interior se adjudicaron las especialidades críticas según las características demoepidemiológicas de cada departamento.

No fue tarea sencilla, ya que la exigua cápita no permitía dar todas las especialidades en todos los departamentos. Había que priorizar, y además considerar la red vial y posibilidades de acceso a los centros más cercanos.

(CUADRO)

\_Su tarea fue confirmar diagnósticos, solicitar estudios propios de la especialidad y los de alta complejidad. Era imprescindible lograr la tarea de equipo con los médicos de cabecera, para lo cual hubo que cambiar toda una cultura de la especialización, donde todos piensan que la solución pasa por los especialistas. Los cursos de capacitación en común para todo el sistema y para la comunidad lograron revertir esa imagen del médico de cabecera que solo transcribía pedidos y confeccionaba recetas por la del coordinador de la salud de su paciente. La publicidad de los cursos, donde los médicos de primer nivel logran su especialidad en geriatría contribuyeron a ganar el respeto que merecen, por la difícil tarea que realizan. Los especialistas también lo comprendieron así y el mensaje al afiliado fue el mismo, logrando alinear a todos con la estrategia del sistema.

\_ También tenían obligación de presentar estadísticas de su atención y eran evaluados por el departamento de control.

\_Mecanismo de contratación y forma de pago: las especialidades quirúrgicas recibían una subcápita, que solo se trata de un valor fijo que se distribuía entre 3 o 4 profesionales para realizar cierto número de cirugías. Los restantes especialistas eran remunerados por prestación o por hrs técnicas.

Esto indudablemente no motivaba a mejorar la calidad de sus servicios. En algunos casos, atender Pami era la oportunidad de captar pacientes para el cobro de adicionales. al solicitar prácticas que supuestamente no eran cubiertas por la obra social o aduciendo falta de pago.

El elevado número de prestadores que requiere la atención de 90.000 afiliados y su dispersión geográfica hacían difícil manejar el comportamiento oportunista ante tantas relaciones de agencia que se establecían.

Más aún, quienes cobraban por hrs técnicas, preferían atender los mismos pacientes todos los meses, aconsejando al paciente retornar innecesariamente. Al autogenerarse demanda, el sistema se sobrecargaba y los turnos se prolongaban.

Para modificar esta conducta, se decidió trasladar las principales especialidades a centros médicos de la empresa, donde eran mejor controlados y se evitaba el cobro de adicionales. Por otra parte los especialistas con alta rotación de pacientes recibían un incentivo.

### ) **Internación Sanatorial**

\_ Les correspondía la internación de aquellos casos agudos, que para su resolución, solo podían ser asistidos en un sanatorio, por la naturaleza de las prácticas y procedimientos que requieren.

\_ Se formó una red con los principales sanatorios de la provincia, a los cuales se adjudicó una cápita, en base al número de afiliados que estaban dispuestos a recibir. El cuadro adjunto los identifica. (CUADRO)

\_ Debían brindar internación básica, especializada, cuidados intermedios, cuidados intensivos y unidad coronaria. Asimismo, debían realizar todas las actividades para el diagnóstico y tratamiento (clínicas y/o quirúrgicas) del paciente internado; para ello, en el caso de estudios de baja demanda se comparten especialidades. Ej un solo servicio para efectuar papilotomías endoscópicas en todos los sanatorios. También debían brindar servicios de guardia.

\_ Debían presentar estadísticas que reflejan su conducta prestacional, evaluada por el área de control.

**3° NIVEL:** \_ **Alta complejidad diagnóstica:** Tac, Rmn, Medicina Nuclear, etc.

\_ **Alta complejidad terapéutica:** neurocirugía, cirugía cardiovascular, papilotomías endoscópicas, etc.

Las mismas se contrataban teniendo en cuenta tasas de uso del sistema, con las actualizaciones que se requerían, según la marcha del sistema. (CUADRO)

### ***III- Departamento de Rehabilitación***

### *Fundamentos*

La rehabilitación tiene como filosofía la posibilidad de modificar la función. Los temores de muchos ancianos se expresan como miedo a perder la función, depender de su familia o ingresar en una residencia. La promoción de la función es uno de los objetivos esenciales de la asistencia geriátrica. De allí que la rehabilitación cobraba gran importancia al organizar la red.

### *Implementación*

\_La misma se dio en todos los ámbitos (consulta, domicilio, institucionalización) con la colaboración de todos los integrantes del equipo de salud y sobre todo de la familia, que era la principal encargada del cuidado de sus Adultos Mayores.

\_El Departamento de Rehabilitación cumplió su tarea en etapas progresivas: estabilización del problema, prevenir complicaciones, reestablecer la función perdida, facilitar la adaptación de la persona a su entorno, adaptar el medio ambiente a la persona y fomentar la adaptación familiar.

\_En el equipo de rehabilitación participaron fisioterapeutas, logoterapeutas, terapeutas ocupacionales, entre otros.

\_Los mismos ofrecieron atención domiciliaria (pacientes de reciente alta sanatorial, crónicos, etc.), y en centros especializados. (CUADRO)

Era importante considerar la implementación de centros diurnos para ancianos donde pudieran cumplir tareas de recreación, talleres de aprendizaje varios, etc. Esto quedaba sujeto a aumentos de cápita, aunque en ese momento se dieron ayudas económicas a centros de jubilados donde se realizaban algunas actividades similares.

## ***IV- Departamento de Atención Domiciliaria: Pacientes que han perdido su capacidad funcional***

### *Fundamentos*

En la atención progresiva de los ancianos, un punto de inflexión estratégico radicaba en la articulación inteligente de la atención institucional y domiciliaria. Cabe recordar, que la funcionalidad puede perderse no solo en forma transitoria sino definitiva. Un

espacio vacío de prestaciones era el de pacientes que de repente dejaban de concurrir a su médico de cabecera (muchas veces sin que éste conozca los motivos) e iniciaban una etapa de postración definitiva que les impedía salir de su hogar. Generalmente ocurría luego de una o repetidas internaciones, que iban minando su estado general. Los familiares angustiados hacían lo que podían, y manejaban los problemas de salud con los servicios de emergencia domiciliaria. Rápidamente estos pacientes aceleraban su deterioro y eran quienes requerían sucesivas internaciones, cada vez más prolongadas, que ocasionaban las mayores erogaciones por tratarse de egresos de alto costo. De allí la necesidad de implementar un equipo interdisciplinario a modo de eslabón entre las dos instancias.

### *Implementación*

El servicio comprendía un equipo multidisciplinario que se ocupaba del manejo integral del paciente discapacitado o enfermo en su hogar debiendo ofrecerle toda la gama de servicios médicos que recibían los pacientes ambulatorios, en sus tres niveles y en los ámbitos de la prevención-curación-rehabilitación, a saber:

#### **) Médicos de cabecera a domicilio:**

\_ La experiencia de los médicos de cabecera pensados por Pami, para asistir a los pacientes en sus domicilios no dejó de ser una expresión de buenos deseos; sobre todo con médicos que tiene sus consultorios abarrotados de pacientes, a quienes teóricamente deben brindarle no menos de 20 minutos y mal remunerados.

Por otro lado, en Tucumán los afiliados quisieron conservar su derecho a elegir entre los 200 médicos de cabecera; así pacientes de la zona de los valles ponían su confianza en médicos de la capital. En esas circunstancias pretender que fuera visitados por sus médicos de cabecera en el domicilio era una utopía.

De allí que se planea contratar médicos de cabecera para control domiciliario de los pacientes postrados. Acceden al servicio, solo los pacientes que han perdido su función en forma definitiva.

Teniendo en cuenta que el índice de postración en Tucumán no superaba el 2%, se realizó el siguiente cálculo: para aproximadamente 100.000 afiliados, se calculaban 2000 pacientes postrados a quienes evaluar una vez al mes como mínimo; ello significan 100 visitas diarias, que a razón de 2 por hora significaban alrededor de 50

hrs por día; esta tarea podía ser realizada por 6 médicos con guardias de 8 hrs diarias.

\_Cumplían las mismas funciones que en consultorio en cuanto a la prevención, curación y rehabilitación, actuando como coordinador de la salud del paciente. Efectuaban la Historia Clínica Unica con el Diagrama del geronte, para compartir la información con otros profesionales que asistan al paciente. Solicitan estudios, derivaciones, internaciones, traslados, etc.

\_Tenían obligación de presentar estadísticas, siendo evaluados por el departamento de control.

\_Se les exigía movilidad, aunque se les asignaba un área y su remuneración era por número de pacientes atendidos. Realizar 2000 consultas anuales a un mínimo de 20\$ significa disponer de 40.000\$ mensuales, lo cual era muy difícil de afrontar con la actual cápita. De hecho los pacientes postrados eran también los que más erogaciones económicas ocasionaban al área de asistencia social, consumo de medicamentos, prótesis, subsidios, etc.

## ) **Especialistas**

Igual situación se planteó con los pacientes postrados que requerían atención especializada. Era necesario contratar un número de especialistas para atender esos casos, a los que se exige movilidad propia. Se remunerarían por pacientes atendidos.

Se efectuó la misma consideración en cuanto a su remuneración, pero con la cápita de ese momento, fue imposible implementarlo; seían una asignatura pendiente con la cápita vigente.

Hasta ese momento se realizaba el traslado del paciente en ambulancias hasta los centros donde atienden los especialistas. Esto ocasionaba grandes inconvenientes a pacientes, familiares y a los servicios de traslados, quienes se encuentran sobrecargados y con dificultades para coordinar los horarios de todos sus pedidos.

## ) **Internación domiciliaria- Extensión Sanatorial**

\_ La internación domiciliaria estaba indicada en los casos en se necesitan cuidados y vigilancia específica , sin necesidad de llegar a la institucionalización. La extensión sanatorial tiene características similares, pero viene a continuación de una

internación con alta precoz. Casi podría considerarse, en algunos casos el servicio “postventa”.

\_Dentro de sus pacientes estaban: postoperatorios, pacientes con escaras, fracturas de cadera, internaciones clínicas prolongadas en pacientes con gran fragilidad, insuficiencias respiratorias crónicas descompensadas, ACV, oncológicos, etc.

\_Las actividades comprendían la visita médica domiciliaria, incluyendo prácticas mínimas que no necesitaran ambientes asépticos; atención de enfermería con entrenamiento especial, provisión de medicamentos y descartables y apoyo psicosocial en coordinación con la obra social. (CUADRO FLUJOGRAMA)

\_Para la atención de los afiliados del INSSJP en Tucumán el servicio contaba con los siguientes recursos materiales y humanos: (CUADRO DE AREAS Y OTROS)

\_ Certificaban su tarea con la presentación de estadísticas mensuales, que luego veremos.

### ) **Estudios de diagnóstico y tratamiento de primer nivel y traslados para los de mayor complejidad**

Era conveniente acordar la posibilidad de efectuar laboratorio y radiología simple en domicilio; no llegó a efectivizarse por razones de presupuesto.

Sí existían, traslados para la realización de estudios de mayor complejidad o internaciones sanatoriales en casos de descompensaciones.

### ) **Rehabilitación**

Cierra el círculo de atención que el adulto mayor postrado requiere para conservar sus restantes capacidades. No olvidemos que un pequeño logro es de gran valor para quién tiene disminuidas sus capacidades y puede abrirle un universo de posibilidades.

En ese momento, los servicios de kinesiología realizaron asistencia domiciliaria pero solo como apoyo postsanatorial en la convalecencia de algunas patologías, ej ACV, por un período no mayor a 60 días.

## **Enlaces de la Red**

La condición necesaria para que existiera una red, no eran los nodos, sino los enlaces. Las limitaciones a la integración, no eran solo la extensión geográfica o el elevado número de afiliados y prestadores, sino sobre todo, la falta de criterios de conexión, articulación y comunicación.

Todo intento de crear lazos, debía iniciarse con la motivación del recurso humano. Nada mejor para ello, que explicar las ventajas de pasar de la fragmentación a la colaboración. Se utilizaron todos los medios de comunicación para que todos los efectores estuvieran permanentemente informados de la marcha del sistema.

Dichos medios fueron:

\_ Personal: De persona a persona, mediante instancias que favorezcan el encuentro y el diálogo.

\_ Oral: Telefonía fija o móvil.

\_ Escrito: Revistas, folletos, comunicaciones.

\_ Visual: Fax , video, internet.

Cada integrante de la Red se relacionaba con los restantes nodos de la misma, mediante uno o más tipo de comunicación.

Sin embargo su creación no bastaba para que funcionaran como tales. Era necesario su permanente dinamización para que los vínculos maduraran y se fortalecieran. El monitoreo de dichos enlaces mediante adecuados sistemas de control, permitió el planeamiento estratégico, la innovación en los procesos y la toma de decisión.

Esta tarea estuvo a cargo de un centro estratégico, que se describe a continuación.

### ***Centro Estratégico de la Red***

Para que la red tuviera estabilidad y coherencia , que le permitiera operar con eficacia y eficiencia, debía poseer un centro organizacional que actuara como un ente dinamizador y regulador de los nodos, sin que por ello la red perdiese la flexibilidad y horizontalidad.

Su tarea de enlace, se cumplió en tres niveles:

## ***I- Nivel de Conducción de la Red***

Era el máximo nivel de decisión. Estaba a cargo del Consejo de Administración formado por los integrantes de la ACES, quien junto a los representantes del nivel de gestión, se reunían semanalmente para decidir cuestiones prestacionales y económicas del contrato.

## ***II- Nivel de Gestión***

Se trataba de una instancia o nivel central encargada del diseño, implementación y control del programa, teniendo especial cuidado en la coordinación y motivación de los diferentes actores. De allí, que inició sus tareas desde la educación del recurso humano, como clave para avanzar en el aprendizaje organizacional, que permitiría dar valor a la cadena asistencial. Se trataba de una unidad que concentraba la información para la gestión proveniente de todos los componentes de la red y la utilizaba para los procesos decisorios. Es por ello que esa información era fundamental para implementar mejoras de calidad, que aseguraran la fidelización de los clientes internos y externos. De esa forma el “feed-back” entre el comportamiento de la red y las decisiones sirvieron para corregir desvíos. Estaba formada por las siguientes áreas:

### **1- Area de Planeamiento**

En base al contexto, demanda prestacional y comportamiento de la red, planificaba estratégicamente las acciones a seguir.

- Determinaba la distribución del padrón entre los prestadores.
- Proponía modificaciones en la capacidad prestacional, de acuerdo a las necesidades observadas y al comportamiento de los prestadores.
- Evaluaba los informes del Dpto de Calidad en sus encuestas, estadísticas e informes de los auditores, verificando la confiabilidad de los datos, proponiendo medidas de corrección.
- Participaba en reuniones del Consejo de Administración mediante informes de planificación y control prestacional.

### **2- Area de Gestión y Articulación**

- Designaba los efectores de la red y su distribución geográfica.

- Efectuaba los contratos con los prestadores. Negociaba con el financiador contratos integrados.
- Manejaba el Recurso Humano para motivarlo permanentemente, a fin de pasar de la competencia a la colaboración.
- Diseñaba los procesos asistenciales más convenientes.
- Realizaba la gestión clínica, de patología, de alianzas.
- Introducía los criterios de Medicina Basada en Evidencia.
- Articulaba los diferentes niveles, regiones, sectores, que intervienen en la salud de los afiliados.
- Resolvía derivaciones de afiliados a otras provincias.
- Coordinaba con el INSSJP las cuestiones prestacionales inherentes al convenio, integrando la comisión mixta.
- Resolvía las quejas y denuncias.
- Intervenia en las sanciones que se aplicaban a los prestadores por incumplimiento de contrato.
- Autorizaba débitos sobre liquidaciones a los prestadores.
- Mantenia reuniones con el Concejo Asesor de Jubilados sobre temas prestacionales.
- Participaba en reuniones del Consejo de Administración mediante informes sobre la oferta prestacional y cobertura de la demanda.

Su principal función era la **articulación de la red:**

\_ **Interna:** Trabajo en equipo dentro de la red estableciendo vínculos concretos entre los prestadores.

\_ **Externa:** *Con la red personal del paciente:* Es fundamental incluir en la red asistencial a los cuidadores informales (familiares, amigos, vecinos) como base de sustentación de los sistemas formales creados.

*Con la red comunitaria:* Centros de Jubilados, parroquias, talleres de Adultos Mayores, ONG's, voluntariados, que trabajen con adultos mayores.

*Con la red de salud de la región:* Sistema provincial de salud. Articulaba con el sector público la atención de pacientes, especialmente en las zonas de menor densidad poblacional, aprovechando la infraestructura del mismo a lo largo de toda la provincia.

*Con la red intersectorial:* Educación (Sociedades científicas de Geriatría y Gerontología, universidades), Economía (fondo nacional para la vivienda, subsidios, jubilaciones), Derecho (apoyo jurídico, discriminación al anciano), Turismo y actividades recreativas, etc.

## **5- Area de Control y Mejora Continua de Calidad**

Tenía como misión lograr atención médica de calidad con calidez, atributo muy importante tratándose de adultos mayores. Para ello, entre sus funciones:

- Mantener viva la pasión por la misión y la calidad, para lo cual tenía un espacio en los cursos de capacitación, donde realizaba breves charlas para introducir los conceptos de calidad en la empresa.
- Se trataba de lograr la participación de cada uno de los integrantes del equipo de salud en la construcción de la calidad a fin de alcanzar los objetivos propuestos y mantener viva la misión.
- El campo de atención de la tercera edad era complejo, riesgoso y desgastante anímicamente para quienes trabajaban en contacto con los pacientes, cuando sino se contaba con el respaldo suficiente para ser efectivos. Un cable a tierra útil era el debate en talleres interdisciplinarios.
- Se trabajaba activamente en mejorar los procesos de atención médica monitoreando las conexiones entre los distintos niveles de complejidad. Para ello las reuniones de evaluación entre áreas, eran motivo de escuchar las opciones de todos.
- Debía mantenerse una presencia preventiva mediante tableros de control operativos con el objeto de prevenir desvíos a tiempo. Era importante el manejo de la información (informatización del sistema) y el diseño de tableros de mando con indicadores adecuados para el monitoreo de las acciones y toma de decisiones.

Finalmente, un cuadro de mando integral que observe el sistema desde cuatro perspectivas:

- \_ Innovación y aprendizaje organizacional.
- \_ Satisfacción del paciente.
- \_ Mejora de los procesos.
- \_ Mejora financiera.

#### **4- Area de Administración y Finanzas**

- Intervinía en la determinación de los valores asignados a los efectores del sistema.
- Elaboraba presupuestos mensuales, controla su ejecución y analiza los desvíos.
- Autorizaba las liquidaciones por obligaciones monetarias asumidas.
- Diseñaba, conjuntamente con las otras gerencias, los sistemas administrativos e informáticos de la empresa.
- Participaba en reuniones del Consejo de Administración mediante informes económico-financieros.

#### **5- Area de Docencia e Investigación**

La capacitación de los recursos humanos, profesionales y no profesionales, así como el incentivar a la investigación debían ser los motores de la tarea prestacional, en un marco de la mejora continua de calidad.

Asimismo la evaluación económica de tecnologías médica debía ser un soporte importante para la gestión de la atención médica.

Esta área se incluyó como medio de enlace, por la fuerte convocatoria que logra a través de los cursos de educación continua, que sirven como medio de comunicación entre los prestadores. Son la oportunidad de reafirmar la visión, misión y objetivos, fundamentales para alinear a todos con la estrategia del sistema.

### ***III- Nivel ejecutivo***

Incluía las áreas que tenían contacto directo y permanente con los afiliados y prestadores, así como las que administraban la información que generaba el sistema. Ellas eran:

#### **1- Atención al afiliado**

A cargo de personal administrativo y auditor central. Sus funciones eran:

- Informar y orientar al afiliado en forma personal y telefónica sobre las prestaciones.
- Autorizar pedidos de alta complejidad.
- Tramitar pedidos de turnos, en caso de demoras.
- Gestión de casos.
- Atender quejas y denuncias.
- Efectuar cambios de médicos de cabecera.

## **2- Centro Coordinador de Emergencias**

Ubicado como un anexo a la unidad central, esta equipado con:

\_ Una computadora que tiene cargado el padrón de afiliados , un programa de disponibilidad de camas en los distintos sanatorios del sistema y un programa de control y seguimiento de emergencias.

\_ Un sistema telefónico rotativo de tres líneas para recibir llamados de afiliados y prestadores. Tiene comunicación directa con todos los sanatorios, centros de estudios, y bases de ambulancia.

Se encontraba bajo responsabilidad de un médico coordinador y operadores (estudiantes avanzados de medicina, entrenados).

Funciona 24 hrs y 365 días del año.

Entre sus funciones:

- Recepción de pedidos de traslados programados, de urgencia y emergencias.
- Recepción de pedidos de consultas domiciliarias.
- Recepción de pedidos de internación. Control de disponibilidad de camas on-line.
- Recepción de pedidos de extensión sanatorial.
- Estadísticas de cada tarea, diaria y mensual.

Una vez recibido el llamado: identificaba al afiliado, grababa la solicitud con registro de horario y categorizaba el llamado actuando en consecuencia.

Era un nexo telefónico entre todos los niveles, regiones, afiliados, con el agregado de estar disponible en forma permanente.

### **3- Atención al Prestador**

A cargo de personal administrativo y auditor central. Entre sus funciones:

Informar sobre procedimientos y dudas del prestador.

Entrega de planillas y documentación a llenar.

Coordinación y supervisión de la atención en el I; II y III nivel de atención.

### **4- Sistema de auditores y coordinadores**

Funcionaban como nexos entre el nivel central y los otros niveles. Se trataba de médicos con formación en auditoría médica, pero sobre todo con formación asistencial que sirva de apoyo a sus decisiones. Ellos eran:

- Coordinador de médicos de cabecera: se agruparon los médicos de cabecera y se les adjudicó un coordinador, escogido entre sus pares. Actuaban llevando y trayendo inquietudes entre médicos de cabecera y el nivel central. Manejaban la producción de cada uno de sus médicos. Participaban de reuniones con el área de calidad.
- Coordinador de especialistas: igual tarea entre los especialistas.
- Auditores de terreno en los sanatorios: verificaban el censo diario, categorizaban los egresos, confeccionaban informes para el nivel central.
- Auditores de Centros de Diagnóstico y Tratamiento: igual tarea.

### **5- Estadísticas**

- Asegurar la entrega de estadísticas de todo el sistema, con el correspondiente respaldo, en tiempo acordado.
- Recepción y procesamiento de las estadísticas de todo el sistema.
- Informe al Dpto de Calidad , para su análisis.

### **6- Informática**

A cargo de un ingeniero informático, con orientación a salud.

Area de soporte, en relación directa con planeamiento, gestión y control de calidad para el diseño de programas propios, a medida de las necesidades del sistema.

Como vemos, desde la Unidad Central, nacían no solo la conducción sino casi todos los vínculos necesarios para que la red funcione como tal.

**Otros enlaces entre prestadores son:**

**- Sistemas de Referencias y Contrarreferencias**

Con el objeto de asegurar a todos equidad la red comparte sus recursos, derivando al paciente hacia lugares de mayor complejidad, cuando así lo requiera. Para ello utiliza los pedidos de:

**Referencia:** Transferencia formal mediante un instrumento uniforme y oficializado para la atención del usuario con una necesidad de salud que supera la capacidad de resolución del proveedor a otro proveedor de un nivel de mayor complejidad.

**Contrarreferencia:** Transferencia formal del proveedor de un mayor nivel de complejidad a un proveedor de menor complejidad para el seguimiento del caso, cuando ya no se requiere atención en el nivel de mayor complejidad.

**Causas de referencia:** Interconsulta con especialistas, Pedido de procedimiento diagnóstico, Procedimiento terapéutico, Solicitud de internación , Pase a un servicio de mayor complejidad, entre otros.

**Causas de contrarreferencia:** Respuesta al pedido del emisor, Solicitud de seguimiento de casos, por ejemplo, control de hipertensión arterial a los centros de enfermería, Solicitud para procedimientos, por ejemplo, retiro de yeso o de puntos de cirugía, entre otros.

Era la herramienta formal de comunicación entre profesionales. Se daban entre todos los niveles: ej. desde el médico de cabecera al especialista / sanatorio/ centro de estudios/ traslados/ extensión sanatorial y debía generar una respuesta del que la recibe.

Para su implementación se diseñaban formularios especiales, que debían ser correctamente llenados. Dado que en muchas ocasiones, el médico estaba poco dispuesto a responder, la implementación de una libreta de control periódico con el Diagrama del Geronte en manos del propio paciente, podía ser una solución.

Sin embargo, esa no era su principal dificultad. Lo que más impedía su correcta aplicación era la necesidad de normalizar perfectamente los criterios de derivación, ya que todos estaban motivados para derivar y no para recibir los pacientes. Una fuerte regulación en ese sentido era necesaria.

- **Internet:** Se generó un software propio, con la participación de los responsables de planeamiento, gestión, control, estadísticas, dpto de calidad, entre otros, para envío de información diaria, vía internet.

- **Fax entre instituciones:** era un recurso importante cuando se necesitaba respuesta inmediata, con respaldo de información.

## **CAPITULO XII**

### **HACIA LA MEJORA DE LOS PROCESOS INTERNOS: AREAS DE RESPONSABILIDAD SANITARIA, SISTEMAS DE REFERENCIA-CONTRAREFERENCIAS, ESPACIOS DE DIALOGO**

**¿Cómo mejorar los procesos? ¿Qué cambios deben realizarse en la empresa?**

#### **1- Areas operativas de cuidados funcionales**

Diseñar e implementar las partes de la red era solo el comienzo de la historia. Tratar que funcionase como tal, era lo fundamental pero difícil de lograr. Quedar en su arquitectura era igualar una casa vacía con un hogar; las personas que la habitan e interactúan entre sí, determinarán que lo sea.

Ciertamente, lo más conveniente hubiera sido contar con instituciones distribuidas por todo el territorio de la provincia, donde se integrasen todos los niveles, para favorecer la accesibilidad de los afiliados a los servicios. Sin embargo en Tucumán, con la infraestructura existente, ello era imposible. Los departamentos del interior de la provincia no contaban con los mismos recursos (ni materiales ni humanos) que los de la capital. Dar equidad a todos los afiliados era un desafío. Por otro lado, el contrato con el instituto estipulaba que los médicos de cabecera estuvieran distribuidos por todo el territorio de la provincia, para evitar traslados que en este grupo etáreo son difíciles.

Igualmente, en zonas de la capital la demanda se distribuía en forma heterogénea, concentrándose en algunos sanatorios en detrimento de otros. El afiliado podía ser atendido en cualquier sanatorio de la red, lo cual provocaba congestión y turnos prolongados, mientras en otros centros había capacidad ociosa. Esta situación beneficiaba económicamente a algunos prestadores en detrimento de otros y además diluía la responsabilidad sobre la atención a los afiliados.

Por lo tanto, para que la red ofreciera continuidad de cuidados y equidad a todos los afiliados de la provincia, era necesario ordenar la demanda. Ello contribuiría además, a transparentar el trabajo de todos los prestadores. Se trataría de integrar

la oferta disponible por zonas geográficas creando **AREAS OPERATIVAS DE CUIDADOS FUNCIONALES**.

**\_Areas operativas de cuidados funcionales:** Correspondía a un área geográfica delimitada, **con un determinado padrón** de beneficiarios **y un conjunto de efectores con vértice en un sanatorio de referencia**, cuya misión sería cuidar la funcionalidad de la población a su cargo. Para su diagramación se tuvieron en cuenta muchos factores: número de afiliados del padrón en la zona, características físicas de la región geográfica, medios de transporte, hábitos de los habitantes de la región, epidemiología, etc.

**El padrón de beneficiarios:** Estaba constituido por la suma de los padrones de los médicos de cabecera que eran efectores de esa zona y por aquellos beneficiarios no empadronados que tenían domicilio en la misma.

**El conjunto de efectores del área:** Eran los médicos de cabecera, especialistas, servicios auxiliares de diagnóstico de 1ª nivel, el sanatorio de referencia y un centro de alta complejidad cardiovascular.

Los otros efectores, de 3ª nivel, prestaban servicios a todo el conjunto de los beneficiarios.

**Los médicos de cabecera del área,** eran los responsables del programa de atención de 1ª nivel, según lo establecía el anexo prestacional del convenio y quienes evaluarían funcionalmente al afiliado de acuerdo al nuevo programa. Según el estado funcional y necesidades de cada paciente, podían solicitar estudios-interconsultas a especialistas-internaciones, para lo cual el paciente debería acudir a los efectores de su área. De ese modo se manejaba una historia clínica única y existía permanente comunicación entre los efectores, condición fundamental para dar continuidad de cuidados. En caso de requerir atención de urgencia, en horarios que no atendía el médico de cabecera, los afiliados podían concurrir al servicio de guardia del sanatorio de referencia, donde serían asistidos de inmediato.

**Existían tres niveles de complejidad en las áreas operativas:**

**\_ Las áreas operativas de nivel I:** Eran las que tenían como cabecera a los cuatro sanatorios de mayor complejidad y funcionan como unidades terminales. Esto significaba que si ellas no pueden resolver el problema del afiliado, correspondería derivar fuera de la provincia.

Estaban constituidas por una zona delimitada de la capital, mas uno o mas departamentos del interior, del área norte y este de la provincia, cuyos beneficiarios habitualmente concurrían a la capital para la atención del 2º o 3ª nivel de atención.

Los sanatorios de referencia de las áreas operativas de nivel eran: Sanatorio 9 de Julio, Rivadavia, Modelo y Regional.

***Las áreas operativas de nivel II:*** Estaban situadas en el interior de la provincia, en los departamentos de Tafí Viejo, Famaillá, Monteros, Simoca y Concepción. Tenían también asignado un padrón determinado, pero cuando la complejidad del problema del paciente excedía la capacidad resolutive del área operativa, el paciente sería derivado al sanatorio de nivel I o al centro de alta complejidad cardiovascular de referencia que cada unidad tenía establecido.

Los sanatorios de referencia de las áreas operativas de nivel 2ª eran: Clínica SAMA, Clínica Famaillá, Sanatorio Racedo, Sanatorio Rosario, Clínica Privada y Cardiosur.

***Las áreas operativas de nivel III:*** Correspondía a los departamentos de Aguijares, Alberdi, Graneros y La Cocha.

Los sanatorios de referencia de las áreas operativas de nivel 3ª eran: Sanatorio San Luis y el Sanatorio Alberdi. Tenían un nivel de complejidad menor que los de nivel 2ª, a los cuales derivarán en caso de exceder su capacidad de resolución.

Se normatizó en forma consensuada con cada área operativa de nivel 2ª y 3ª su capacidad de resolución y por ende cuándo correspondía la derivación protocolizada del paciente. En caso de producirse derivación de pacientes con afecciones que debieron ser resueltas en el nivel 2º y 3º, correspondería el débito a la unidad de origen.

Con el objeto de organizar las derivaciones a las áreas de mayor complejidad, cada área operativa de nivel I tenía a su cargo su padrón propio o principal y otro secundario, que correspondía al padrón del área de nivel 2ª que la tendrá como referente. Igual sucede entre las áreas de nivel 3ª y 2º.

Desde el punto de vista económico, para cumplir con la tarea de recibir pacientes de áreas de menor complejidad, los sanatorios de nivel I recibían un porcentaje de la cápita de los sanatorios de nivel 2ª y 3ª, en función del porcentaje de pacientes que fueran derivados o se autoderiven.

En la capital los sanatorios Pasquini, Sur y Sarmiento, actuaban como sanatorios auxiliares para las internaciones de urgencia por centro coordinador. No tenían padrón propio y alcanzaban a 150 egresos mensuales. Actuaban también como ayuda en casos de falta de cama en los sanatorios cabecera; la posibilidad de derivar pacientes a sanatorios auxiliares por falta de disponibilidad, estaba establecida en un número máximo para cada sanatorio, a fin de evitar conductas oportunistas (no recibir pacientes en sanatorios propios para ahorrar costos y derivar a los auxiliares que son pagados por todo el sistema).

Cuando se solicitaba una internación, el centro de coordinador de emergencias con sus telefonistas de guardia permanente, confirmaba el área de cada paciente en caso de dudas; en el caso de pacientes no empadronados con un médico de cabecera se adjudicaba el área provisoriamente por domicilio. Igual sucedía en caso de pacientes en tránsito.

Si algún paciente fuera rechazado por su área, esta debía emitir un rechazo conformado, para que el centro coordinador de emergencias lo derivaría a otro prestador del sistema con cargo al área operativa de origen. Esta situación podía darse con médicos de cabecera, especialistas, centros de estudios o sanatorios que no atiendan en tiempo y forma al afiliado, generando denuncias ante el Instituto que luego se transformaban en débitos al prestador. En caso de no querer emitir rechazo el área de origen, dada la intervención del centro coordinador, éste podría otorgarlo para enviar al afiliado a otro prestador y evitar multas por incumplimiento prestacional.

Durante los primeros meses, existió la denominada “continuidad de tratamiento”, para aquellos pacientes con turnos pendientes, quienes pudieron completar sus tratamientos (generalmente quirúrgicos) y ser atendidos en su área primitiva.

También se recibía a diario un censo con los pacientes que estaban en hospitales públicos, a fin de ser retirados hacia los sanatorios de referencia. Si el sanatorio no podía atenderlo, era derivado a otro sanatorio, con débito a su cargo.

Mensualmente la gerencia médica realizaba las compensaciones de créditos y débitos de todo el sistema prestacional .

Sanatorios	Padrón Capital aprox.	Dptos incluídos	Padrón dptos aprox.	Padr total aprox.	Poblac. Aprox. atender	Sanatorios Aférentes	Egresos		Egresos totales esperados
							propios esperados	p/derivac esperados	
9 de Julio	9275	Cruz Alta (70%) Yerba Buena	5670 1625	16175	19400	Sama Privada Cardiosaur	238	10	248
Rivadavia	9979	Cruz Alta(30%) Inles	2430 2864	16729	19400	Racedo Rosario	238	10	248
Modelo	8858	Leales Tafi del Valle Trancas	3017 689 552	12758	15300	Famaillá	190	7	197
Regional	7320	Tafi Viejo 25%	1203	8523	10000	San Luis Alberdi	135	5	140
Sama		Tafi Viejo 75%	3400	3400	4000		60	0	60
Pasquini							55	0	55
Sur							44	0	44
Sarmiento							53	0	53
<b>Total</b>	<b>35432</b>				<b>68100</b>		<b>1013</b>	<b>32</b>	<b>1045</b>
Fuente: Elaboración propia en base a los datos de UTE Modelo									
Comentarios									
El padrón capital está dividido en cuatro secciones. Los departamentos del Interior derivan a los anteriores los casos de el número de beneficiarios empadronados corresponde al 85 % del total. Cada sanatoria Nivel I y II tiene responsabilidad número aproximado figura en la columna "Población aproximada a atender" Cuando un beneficiario solicita emergencia domic al Centro Coordinador de Emergencias y este al sanatorio correspondiente para su traslado, evaluación e internación. Si no empadronado, el CCE tendrá en cuenta su domicilio y lo asignará al sanatorio de la zona.									

Todo este sistema estaba estructurado principalmente, con el objeto de ordenar la demanda y establecer áreas de responsabilidad sanitaria para lograr la continuidad de cuidados necesaria para el cuidado funcional. Asimismo, se evitaba que los beneficiarios deambulaban sin que hubiera efectores responsables de su atención. En todos los casos los efectores de todos los niveles debían trabajar en equipo procurando el tránsito ordenado en la red. El concepto clave era que formaban parte de un sistema integrado y no fraccionado. Los beneficiarios debían percibir que ese ordenamiento favorecía su atención y no limitaba su capacidad de elección; de hecho elegir en medio del caos era una utopía. Trabajando en red, todas las situaciones especiales podrían ser resueltas adecuadamente.

## **2- Mejoras en los sistemas de referencia y contrareferencia**

Para optimizar el funcionamiento de la red, maximizando su eficiencia y equidad en el acceso a la salud, era fundamental asegurar la coordinación entre los actores. Se pretendía proveer atención a las distintas necesidades de salud, en el establecimiento correspondiente a su grado de complejidad. Ej una infección respiratoria alta no complicada, podía resolverse en el consultorio del médico de cabecera, sin necesidad de internación en un sanatorio; una pancreatometomía no podía efectuarse en localidades del interior y debía ser derivada a la capital.

Era común ver que muchos pacientes acudían a las guardias sanatoriales, sin haber consultado a sus médicos de cabecera. Muchas internaciones podrían evitarse si los enfermos consultaran a tiempo al primer nivel. Por otro lado, ello saturaba los servicios de segundo nivel, quitándoles disponibilidad de camas para los pacientes que realmente las necesitaran. Esta actitud iba en contra de la productividad de todos los niveles; se observaba subocupación en los niveles inferiores y sobreocupación en los superiores.

Desde el punto de vista económico, los costos generados eran mayores ya que los pacientes internados tenían mayor consumo que los del primer nivel. Podía decirse que se atentaba contra la accesibilidad vertical, ya que se privaban de servicios de mayor complejidad al ocuparlos con pacientes que no los necesitan. También se afectaba la accesibilidad horizontal, ya que, a igual necesidad de internación en

servicios complejos, los pacientes de zonas rurales no podían acceder, por estar alejados de la capital.

Era necesario mejorar los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia, por tratarse de una herramienta de gestión clave para asegurar continuidad de cuidados y controlar los costos. De ese modo aseguran la eficiencia, equidad y satisfacción del usuario.

Hasta ese momento el sistema de derivaciones funcionaba en informalmente, solo como expresión de colaboración entre socios, con las irregularidades que antes citáramos.

¿Qué mejoras se implementaron en las derivaciones?

- Listado de todos los prestadores de la red y su distribución a todo el personal.
- Protocolo de los criterios de derivación: listado de los servicios que ofrecía cada prestador de la red y su distribución a todo el personal de salud. Incluía los criterios de admisión, para evitar derivaciones injustificadas.
- Formularios de Referencia y Contrarreferencia: consignando en la referencia datos personales, historia clínica incluyendo estudios y tratamientos, diagnóstico presuntivo, motivo de derivación, datos del profesional que deriva, entre otros. En la contrarreferencia se consignaban datos similares informando los procedimientos realizados y conclusiones a las que se arribó. Se realizaron por duplicado, en papel químico para facilitar la tarea del profesional; el destinatario quedaría con el original para presentar al centro coordinador como respaldo estadístico, entregando al afiliado el duplicado que será devuelto al área de origen.
- Informatización: en un programa especialmente diseñado se cargaba la información vertida en los formularios originales.
- Análisis: médicos auditores analizan la pertinencia de las derivaciones, cantidad, prestadores, etc.
- Incentivos: normalizar los procesos no bastaba para que se cumplieran. Habían intereses contrapuestos que determinaban que los niveles inferiores

quisieran derivar y a la inversa. Los costos lo pagaban los usuarios (pérdida de tiempo) y el sistema (uso innecesario de los recursos).

Era necesario conocer los intereses de los prestadores para crear incentivos que alinearan a todos con la estrategia. Se trataría de desincentivar la demanda espontánea (Ej: no atender consultas que no son urgencias en las guardias), o inducida (Ej: categorizar los médicos cabecera según cantidad de interconsultas/ padrón, para evitar derivaciones innecesarias; exigir la presentación de la referencia como respaldo de la prestación ofrecida; debitar el costo de internaciones mal derivadas a los sanatorios de origen; no abonar extracápita los servicios que se dieron a los afiliados de otras áreas o de nivel inferior, etc).

➤ Participación del afiliado: al exigir al servicio destino la contrarreferencia, como cierre de su atención, y condición indispensable para nuevas prestaciones.

### **3- Espacios de diálogo**

El haber establecido la estructura orgánica y funcional de la red no garantiza su funcionamiento como tal. Sería ingenuo pensar que basta normalizar para lograr el trabajo de una red. Tampoco basta establecer los criterios de referencia y contrarreferencia para que cumplan su cometido. Son las personas que trabajan en la organización las que deben ponerlo todo en práctica si están convencidas de su beneficio.

De allí la necesidad de crear espacios de diálogo y negociación para crecer en reciprocidad, solidaridad y confianza. Solo así se logrará la colaboración , cooperación y asociación, fundamentales para mantener la estabilidad de la red.

Con ese motivo se tomaron algunas medidas como:

➤ Reuniones del sanatorio de referencia con sus médicos de cabecera y servicios de diagnóstico para resolver problemas.

➤ Reuniones de sanatorios de alta y mediana complejidad: para determinar criterios de derivación.

- Reuniones de sanatorios con los servicios de emergencia e internación domiciliaria: para establecer criterios de internación y externación de los pacientes.
- Atención de médicos de cabecera en centros de jubilados, con servicios de enfermería agregados y charlas de autocuidados.
- Cursos dictados por la Universidad y la Sociedad de Geriátría para la capacitación de los profesionales: uniformar criterios de atención médica.
- Reuniones de coordinación con las obras sociales para optimizar el sistema (actualizar tasas de uso, costo de los servicios).
- Reuniones con ONG's, voluntariados, atención espiritual para pacientes postrados o intrnados.

... entre muchos vínculos que pueden crearse para que la articulación no sea solo de forma sino de fondo.

Las reuniones se programaron con el área de calidad, pero servían para mejorar la relación interpersonal, conocer detalles de la marcha del sistema, despejar dudas de la actuación y postura de los demás evitando murmuraciones, conocer datos concretos de los resultados obtenidos, todo lo cual hacía a la transparencia e incrementaba la confianza, claves del funcionamiento de una red.

## **CAPITULO XIII**

### **HACIA LA EVALUACION DE LOS PROCESOS INTERNOS : CONTROL DE GESTION**

**¿Cómo asegurar el cumplimiento de los objetivos? ¿Cómo tener una presencia preventiva en la red?**

“Sólo tendrán éxito en los próximos años las organizaciones capaces de diagnosticar su salud global”  
Peter Drucker

#### **Su necesidad**

Hasta aquí, se avanzó en el aprendizaje organizacional y en diseñar nuevos procesos. Detenerse significaría caer en el error de crear cosas nuevas todos los días, sin evaluar sus resultados.

No debe olvidarse en ningún momento, que las organizaciones están movilizadas por personas que tienen sus propios intereses y manejan información diferente. Esa diferencia de objetivos e información determinan una doble asimetría y traen como consecuencia la “relación de agencia” toda vez que se establece una relación entre alguien que contrata (principal) a otro (agente) para realizar un servicio: Ej. entre paciente-médico, financiador-médico, financiador-sanatorios, médicos-sanatorios, servicios de diagnóstico-sanatorios, etc.

Tratándose de una red de salud, estas conductas se multiplicaban, por lo que se requirió gran conocimiento de los intereses de la oferta y de la demanda, para evitar que esas conductas oportunistas interfirieran con las estrategias y misión de la misma.

En ese contexto surgió la necesidad del Control de Gestión para monitorear el sistema, incentivando convenientemente a los actores a cumplir los objetivos de la red. Por lo tanto el control no sería “a posteriori”, sino durante la marcha de los procesos para corregir los desvíos.

#### **Implementación del Control de Gestión**

Lo primero a realizar era determinar los **centros de responsabilidad** y los **objetivos** de la red que les corresponden; en base a ellos se crearon los **indicadores** e **incentivos** convenientes y se procedió a su **seguimiento y retroalimentación** para corregir los desvíos.

En ese sentido, el **Sistema de Información Gerencial** (conjunto de datos estructurados sistemáticamente con un fin determinado) era clave para ofrecer una visión estratégica de la red.

El SIG se plasmó en un **Tablero o Cuadro de Mando** (batería de indicadores que proporcionaron información básica para detectar desvíos con respecto a los objetivos estratégicos), que permitía una rápida visualización del desempeño de la red.

Al realizar el análisis de situación de la organización (FODA) se dijo que, los resultados estadísticos eran buenos, no así la satisfacción del usuario. Era evidente la existencia de **brechas**: Ej. entre demanda potencial-demanda revelada, demanda revelada- oferta de servicios, entre producto-insumos, entre otras. Se imponía controlar todos los eslabones de la cadena de servicios, escogiendo indicadores estratégicos, para detectar las brechas y establecer medidas de corrección.

**Tratándose de una red, el control adoptó características especiales.** Como se dijo, las redes están constituidas por nodos relacionados por vínculos. Por lo tanto, debían analizarse no solo los diferentes actores o nodos, sino sobre todo las relaciones de reciprocidad o vínculos que se establecían entre ellos. Interesaba el análisis integral para detectar los desvíos y también el desempeño de cada nivel, para comprender las posibles causas de los mismos.

En el control de gestión de la red se consideraron:

**Centro de Responsabilidad:** Cada nodo era un Centro de Responsabilidad y sería evaluado, tanto en forma particular como en su relación con los demás.

**Variables:** En cada Centro de responsabilidad se consideraron las siguientes variables: alineación con la estrategia de la red, demanda, oferta, proceso individual y de vínculos con los restantes centros, resultado e impacto en la salud de los afiliados.

**Indicadores:** En cuanto a los indicadores, se escogieron aquellos considerados claves para evaluar las áreas críticas. La idea era evitar la dispersión y "olvidar del bosque por mirar el arbusto", si se tomaban demasiados. Los mismos se escogieron considerando las relaciones de agencia detectadas, para poder combatir las.

Con respecto a los valores considerados normales, dada la característica especial de los adultos mayores y la situación socioeconómica de Tucumán, era difícil guiarse por estándares de otras regiones. Mas bien se decidió tomar los promedios del sistema en el área correspondiente y comparar a los prestadores con dichos valores. Esta fue una forma de evitar quejas en los colegas, pues al verse comparados con sus pares (ej. urólogos entre sí) no tenían muchos argumentos para defender desvíos.

Fue de gran utilidad analizar los valores a través del tiempo, porque permitió descubrir las tendencias y prevenir desfasajes, además de evaluar la marcha del sistema.

La necesidad de contar con controles en tiempo real fue fundamental en una red de mayores para dar soluciones oportunas. De allí que se implementaron tableros para el "día a día", además de los mensuales y anuales.

**Técnica:** Si comparamos la red con un paciente, había que interrogarlo mediante *encuestas*, examinarlo mediante la *supervisión*, solicitarle estudios o *datos estadísticos*, entre otras técnicas ,para tener una visión global de su funcionamiento.

**Recolección:** Encuestadores (entre los mismos jubilados), supervisores ( tarea llevada a cabo por los coordinadores de cada nivel, al concurrir a los consultorios para llevar materiales o dialogar con los profesionales).

**Procesamiento:** Personal entrenado en manejo de los programas.

**Análisis, Estrategias de corrección, Informes a gerencia, Entrevista con los prestadores:** A cargo del médico auditor a cargo del área de control y calidad.

**Recursos humanos del Dpto de Control de Calidad:** Médico auditor con formación en calidad, encargado de recepción y procesamiento estadístico, encuestadores, supervisores, a lo que debe agregarse el ingeniero informático, con quién se diseñaron los programas internos acorde a las necesidades de la red.

## Diseño de los Cuadros de Mando

Se construyeron de “arriba hacia abajo”, de acuerdo a las posibilidades de recoger la información. Luego se fueron abriendo a las subvariables que permitían profundizar el análisis.

Se sugieren a continuación algunos indicadores escogidos para construir dichos cuadros de mando, con el objeto de monitorear la red de adultos mayores.

### **1- Médicos de cabecera**

Al trabajar en red era mayor aún, la tentación de la subprestación al pensar que otro podía efectuar la tarea que uno rechazaba. En el caso de los médicos de cabecera, era frecuente el incumplimiento de horarios dejando estudios- derivaciones- recetas en manos de personal administrativo. No se conocía la red y menos se cuidarían sus recursos. Los indicadores utilizados son los que enuncia el siguiente cuadro.

#### **Cuadro de Mando 1er Nivel de Atención: Médicos de Cabecera**

Variable	Indicador	Cálculo	Meta	Técnica	Fuente
Alineación estratégica	Asistencia a Curso de Capacitación	% del total de módulos	80 %	Estadística	Planilla asistencia
	Asistencia a Reuniones de Coordinación	% total de reuniones	80 %	Estadística	Planilla asistencia
Demanda	N <sup>a</sup> afiliados a su padrón	Verificar padron del médico.	Hasta 700	Estadística	Registro informático
	Epidemiología ambulatoria	%10 patologías > frecuentes	Media del sistema	Estadística	Planillas de atención
Oferta	Afiliados/ Hr	Cociente	100afil/3hrs semanales	Estadística	Registro informático
Proceso	Turnos	% del total	50 %	Encuestas	Afiliado o

	p/control periódico				fliares
	Turnos p/pat. aguda	% del total	50 %	Encuestas	Afiliado o fliares
	Cobro plus	Nª denuncias	0	Encuestas	Afiliado o fliares
	Consultas/Hr	Cociente	4cons./ Hr	Estadística	Registro informático
	Actualización Encuesta Riesgo Funcional	Nª encuestas / padrón *100	10 % de padrón mes encuestado	Estadística	Registro informático
	Estudios dx / cons.	Cociente	Media del sistema	Estadística	Registro informático
	Interconsultas/ consulta	% del total de consultas	Hasta 20 % consultas	Estadística	Registro informático
Resultado	Consulta / beneficiario/año	Cociente	0.5 / ben /año	Estadística	Registro informático
	Estudios Dx / beneficiario/año	Cociente	Media del sistema	Estadística	Registro informático
	Interconsultas/ benef./año	Cociente	0.1 / ben/ año	Estadística	Registro informático
	Costo/consulta	Cápita*Padrón /nª consultas mes	5	Estadística	Registro informático
Impacto	Satisfacción del usuario	% sobre muestra encuestada	80 %	Encuesta	Afiliado o fliares
	Pases a otro	% de su padrón	Hasta 3 %	Estadística	Registro

	med.cab.				informático
	Quejas o denuncias	N <sup>a</sup>	0	Estadísticas	Libro quejas
	Pacientes en dependencia	N <sup>a</sup> Pac.postrados /total padrón *100	4 %	Estadísticas	Censo anual

Elaboración propia

## **2- Especialistas**

Constituían el grupo con menor motivación. Inicialmente atendían en sus domicilios, pero ante los turnos prolongados y cobro de adicionales, se creó un Centro de Especialidades médicas para su mayor control. Allí se nuclearon las especialidades no quirúrgicas, dejando las quirúrgicas en los sanatorios.

Se observaba además, que la mayoría no daba alta definitiva a los pacientes, transformándose en su médico de cabecera, y relegando a éste último en hacedor de derivaciones o recetas; esto se debía a que deseaban minimizar esfuerzos atendiendo siempre los mismos pacientes. Esta actitud de autogenerarse demanda, sobrecargaba los turnos con riesgo de denuncias. Lo que se pretendía era que los especialistas actuaran reasegurando diagnósticos o realizando las prácticas de su especialidad; en lo restante el paciente debía ser contrareferido al 1er nivel.

Los indicadores escogidos fueron los siguientes:

### **Cuadro de Mando 2<sup>a</sup> Nivel de Atención: Médicos especialistas (por especialidad)**

Variable	Indicador	Cálculo	Meta	Técnica	Fuente
Alineación estratégica	Asistencia a Curso de Capacitación	% del total de módulos	80 %	Estadística	Planilla asistencia

	Asistencia a Reuniones de Coordinación	% total de reuniones	80 %	Estadística	Planilla asistencia
Demanda	Nº afiliados Derivados	Total de agenda turnos	Media de su especialidad	Estadística	Registro informático
	Epidemiología ambulatoria	% 5 patologías > frecuentes por especialidad	Media del sistema	Estadística	Planillas de atención
Oferta	Afiliados/ Hr	Cociente	4 Afiliados/ Hr	Estadística	Registro informático
Proceso	Turnos 1ra vez	% del total	50 %	Estadística	Registro informático
	Cobro plus	Nº denuncias	0	Encuestas	Afiliado o filiales
	Cons. atendidas/ Cons. solicitadas (derivaciones de Mcabecera)	Nº consultas atendidas/consultas solicitadas *100	95 %	Estadística	Registro informático
	Estudios dx II-III nivel solicitado/ cons.	Cociente	Media del sistema por especialidad	Estadística	Registro informático
	Contrarreferencias respondidas	% del total de consultas	Hasta 80 % consultas	Estadística	Registro informático
Resultado	Consulta/ beneficiario/año	Cociente	Media del sistema por especialidad	Estadística	Registro informático
	Estudios Dx Ii-III nivel/	Cociente	Media del sistema	Estadística	Registro informático

	beneficiario/año				
	Prácticade especialidad/ Afil.	Cociente	Mediadelsist. por espec.	Estadística	Registro informático
	Costo/ consulta	Salario/ nº consultas	10	Estadística	Registro informático
Impacto	Satisfacción del usuario	% de muestra encuestada	80 %	Encuesta	Afiliado o fliares
	Quejas o denuncias	Nª	0	Estadísticas	Libro quejas

Elaboración propia

### 3- Sanatorios

Inicialmente, cuando comenzó la atención al Pami, los afiliados eran internados en cualquier sanatorio que tuviera camas disponibles. Esto generaba una conducta oportunista por parte de algunos sanatorios, al rechazar pacientes complicados por los costos que insumirían; igualmente, otro sanatorio lo internaría. Esto, lógicamente creaba un ambiente de tensión en los restantes sanatorios que debían recibir tales pacientes, poniendo en peligro la continuidad de la red. Para evitarlo se establecieron las áreas de responsabilidad sanitaria, sin desmedro de la reciprocidad entre ellas.

Se escogieron los siguientes indicadores:

#### Cuadro de Mando 2ª Nivel de Atención: Sanatorios (total o por áreas)

Variable	Indicador	Cálculo	Meta	Técnica	Fuente
Alineación estratégica	Asistencia a Curso de Capacitación	% del total de módulos	80 %	Estadística	Planilla asistencia
	Asistencia a Reuniones de Coordinación	% total de reuniones	80 %	Estadística	Planilla asistencia

Demanda	Pedidos de internación	Nª total	1,8*padrón asignado/100	Estadística	Registro Centro coordinador
Oferta	Afiliados / Cama disponible (piso-uti-uce-uco)	Cociente	1 cama/400 afiliados	Estadística	Registro informático
Proceso	Demora en conseguir internación	Promedio muestra encuestada	2 Hr	Encuesta	Afiliados o fliares
	Pacientes derivados a san auxiliar	% de egresos esperados	5 % de sus egresos	Estadística	Registro informático
	Pacientes recibidos de san.< complejo	% meta	5 % de egresos sanatorio origen	Estadística	Registro informático
	Cobro plus	Promedio muestra encuestada	0	Encuesta	Afiliados o fliares
	Promedio estadía	Días totales/ Egresos totales	5 - 6,5	Estadística	Registro informático
	Porcentaje ocupacional	Díastotales/ Diascama disponibles *100	75-85 %	Estadística	Registro informático
	Giro de camas	Egresos totales/ Promedio camas disp.	4 – 5	Estadística	Registro informático

Resultados	Egresos sanatoriales Realizados	Nº Egresos totales	<b>Nªcamas*</b> <b>80%deporcent. ocupac.*giro camas</b> (es lo esperado para su capacidad)	Estadística	Registro informático
	Egresos realizados/Egr. esperados	Cociente*100	95 %	Estadística	Registro informático
	Tasa de internación	Nªinternados/ Padrón *100	1,8 mes	Estadística	Registro informático
	%Egresos Quirúrgicos	EgresosQ/ EgresosTotales *100	30-35 %	Estadística	Registro informático
	% Días UTI	DiasUti/ DiasTotales *100	25 – 30 %	Estadística	Registro informático
	%Egresos Complejos(Clin, Q, totales)	Egresos C4 o Q 4/ total egresos *100	Media sistema	Estadística	Registro Informático
	Atenciones en guardia	Nº total	10% padrón a cargo	Estadística	Registro Informático
	Costo / egreso	Cápita del sanatorio/ Nº egresos	Valor egreso tipo por complejidad	Estadística	Registro Informático
Impacto	Tasa mortalidad	Defunciones/ Egresos totales	0 -20	Estadística	Registro informático

	Satisfacción del usuario	% del total de la muestra	80%	Encuesta	Afiliado o fliares
	Variación de padrón por cambio sanatorio	% de padrón	Media del sistema	Estadística	Registro Informático
	Porcentaje de reinternaciones	% de reingresos del total de egresos	Media del sistema	Estadística	Registro Informático
	Porcentaje de infecciones postquirúrgicas	% de infecciones postquirúrgicas del total de egresos	Media del sistema	Estadística	Registro Informático

Elaboración propia

El **número de egresos esperados** estaba condicionado por: el número de camas que el sanatorio ofrecía, el giro de camas del sistema y el porcentaje ocupacional adecuado. De acuerdo a eso se elaboró el indicador con la siguiente fórmula, que se obtuvo luego de aplicar las reglas de tres correspondientes:

Egresos esperados:  $N^a$  de camas ofrecidas \* Giro de camas \* Porcentaje ocupacional (80%) / 100. Luego se calcularía el cumplimiento del sanatorio con la meta, al comparar lo realizado con lo esperado.

Medir el producto sanatorial era algo complejo, sobre todo en la vejez, por la presencia de múltiples enfermedades y la repercusión de las mismas en el estado general. Era importante evaluar la cantidad de egresos, pero también la calidad de los mismos. El promedio de estadía, el porcentaje ocupacional y el giro de cama eran importantes, pero no reflejaban completamente el costo afrontado por el sanatorio; de hecho, retener enfermos para justificar días de internación (en un sanatorio que no tuviera necesidad de camas para otras obras sociales), solía darse. De allí que se creó un indicador: **Tasa de egresos complejos**, en el cual se relacionan los mismos con el total de egresos del sanatorio. Se consideraban

egresos complejos los que representan los mayores costos, de una escala creada especialmente y que se explicará en el capítulo de costos.

En cuanto a los costos sanatoriales, se describe en el próximo capítulo un nomenclador propio para medir el producto sanitario, el cual permitió sacar un promedio de costos de cada institución; el mismo sería comparado con el de los otros sanatorios de igual complejidad.

En cuanto al impacto de la actividad sanatorial en la salud de los pacientes, se tomó como indicador la tasa de reinternaciones y la de complicaciones postoperatorias; sin embargo solo son señales que deben tomarse con cautela, ya que pueden estar influenciadas por otras situaciones externas Ej pacientes sin soporte familiar para su cuidado al alta. Tampoco se debía olvidar que al trabajar con áreas operativas era común que los pacientes reingresaran a los mismos sanatorios ante complicaciones, de modo que no siempre tener tasas altas de reinternación se debía a mala calidad prestacional; por ello que se consideraron las reinternaciones dentro de las 48 hrs como las de valor para el indicador. Entre los adultos mayores, por otro lado es común esperar reingresos en el último período de la vida. O sea que tener altas tasas de reinternaciones podían deberse a: causas relacionadas con el sanatorio (padrón más enfermo, mala calidad prestacional) o con el enfermo (edad, falta de soporte familiar, etc), entre otras.

Con todo esto se puede concluir que no hay un indicador estipulado internacionalmente para todos. Cada sistema debe crear y analizar sus indicadores de acuerdo a su forma de organización y a lo que trata de prevenir (relaciones de agencia). En cuanto a sus estándares, en muchos casos la guía es la media del sistema y el análisis de las tendencias a lo largo del tiempo.

#### ***4- Internaciones y prácticas de III Nivel***

#### ***5- Centros de diagnóstico y tratamiento***

#### ***6- Extensión Sanatorial- Internación domiciliaria***

#### ***7- Emergencias domiciliarias***

Estas áreas también fueron monitoreadas con cuadros de mando que contemplaron las variables antes citadas.

## **8- Cuadros de mando generales**

### **a- Tablero de control operativo de consulta diaria o semanal en el Centro Coordinador**

Debía servir para captar de una mirada los indicadores clave para la tarea diaria o de los días siguientes. Al tratarse de una red, los indicadores seleccionados debían analizar no solo los nodos sino también los vínculos entre los prestadores. “¿Cuánto deriva el 1er nivel al 2do? ¿Cuántos de esos pacientes derivados fueron atendidos? ¿Cuántos estudios se solicitaron y de ellos cuántos se realizaron? ¿Cuántas internaciones se derivaron desde el interior a la capital? ¿Cuántas de ellas fueron recibidas?”. Era justamente en los tableros operativos donde más debían monitorearse los vínculos, ya que indicaban la marcha del proceso de atención que debía solucionar los problemas del paciente.

En el caso de los Médicos de Cabecera, interesaba monitorear constantemente los estudios y derivaciones que efectuaban, cuyo exceso podría sobrecargar los otros servicios. No se trataba de dejar de dar servicios, sino de evitar dilapidar los escasos recursos. Para favorecer el acceso directo a las prestaciones, teniendo en cuenta la dificultad propia de la edad, los estudios de 1er nivel se realizaban sin autorización previa, con los pedidos extendidos por los profesionales. Los formularios correspondientes eran entregados a los médicos cabecera por sus coordinadores, según el número de afiliados de sus padrones. En caso de necesidad de reposición los coordinadores los proveían, controlando los pedidos de cada profesional. Se evaluaba su conducta comparándola con sus colegas y a través del tiempo. Es probable que algunos meses las necesidades sean mayores, pero a lo largo del año todo llegaba a compensarse.

Con respecto a los especialistas, interesaba conocer la demora de turnos, para cubrir la demanda real y evitar multas.

Con respecto a los centros de estudio se debía conocer su producción diaria, al menos en los estudios de mayor complejidad ( Tac, RMN, gammagrafías, ecodoppler, entre otros). Ciertamente, las autorizaciones en el nivel central daban una idea de la demanda, pero no aseguraban la realización de los estudios. Eran los informes de

los auditores de terreno quienes confirman a diario estos datos; era difícil falsear datos si la presencia de los supervisores es continuada en el tiempo.

Lo realizado se comparaba con las metas de producción para el mes, expresándolo como un porcentaje, para tener rápida visión de la marcha de la red.

### **Tablero Operativo Semanal Red de Salud**

<b>Mes/Semana</b>	<b>1ra semana</b>	<b>2da semana</b>	<b>3ra semana</b>	<b>4ta semana</b>
Derivaciones solicitadas a especialistas (%de la meta)				
Consultas atendidas por especial. (%de la meta)				
Turno más de 2 días: nombrar especialidades				
Estudios Dx solíc. I-II-III nivel (%de la meta)				
Estudios realizados a la fecha por centro diagnóstico (%de la meta)				
Pacientes internados por sanatorio				
Pacientes internados en sanat. auxiliares (%de la meta)				
Pacientes internados hospitales (N°)				
Pacientes derivados por sanatorios de menor complejidad (%de la meta)				
Egresos sanatoriales				

(%de la meta)				
Egresos alta complejidad (%de la meta)				
Pacientes con atención domiciliaria (%de la meta)				
Visitas de Emergencia domiciliarias (%de la meta)				

Elaboración propia

Con un tablero como el anterior, se pudo monitorear la producción de todos los nodos y sus vínculos, diaria o semanalmente, para anticipar y prevenir posibles problemas. Ellos eran la causa de denuncias y multas que determinaban costos evitables. Conocerlos al finalizar el mes, sería demasiado tarde.

Cabe consignar, que en el caso de los estudios de complejidad II y III, se contaba con un **registro informatizado de las autorizaciones, por día, práctica, solicitante, prestador**, que se cruzaba con lo realizado por los centros. Al finalizar el mes, con la presentación estadística de respaldo que realizan los centros de diagnóstico, se realizaba además análisis de los resultados que pudieron haber cambiado una conducta prestacional. No bastaba saber cuántos resultados fueron positivo, sino si ello determinó cambios en el tratamiento del paciente. Ej las RMN de columna siempre tienen algo anormal, por las artrosis en la vejez, por lo que Medicina Basada en Evidencia para gerontes las indica cuando se sospecha hernia de disco intervertebral y existen posibilidades de cirugía.

Toda esta tarea, aparentemente solo estadística no lo era, sino que permitiría avanzar en el terreno de la efectividad clínica, para redistribuir los recursos con mayor efectividad.

Los tableros semanales, fueron de gran importancia al constituir el soporte objetivo para las reuniones semanales de los socios de la red. Era allí donde cobraba mayor importancia la necesidad de luces de alarma, que permitían conducir estratégicamente la institución.

### ***b- Cuadro de mando integral de la red (a)***

Era fundamental contar con un conjunto de indicadores que permitieran al centro coordinador de la red, tener una visión global de la misma.

Se presenta un ejemplo que tiene la ventaja de contener las variables clave del análisis de una empresa del sector de la salud.

Se diseñaron indicadores específicos para el monitoreo de una red, considerando sus principios, tales como:

**-Indicadores de reciprocidad:** para analizar el comportamiento de los mecanismos de referencia y contrareferencia. Ej derivaciones desde los médicos de cabecera hacia los especialistas y viceversa, derivaciones de pacientes internados desde sanatorios de menor a mayor complejidad y viceversa, etc.

**-Indicadores de flexibilidad y adaptabilidad:** para analizar el comportamiento de la red ante situaciones de mayores demanda. Ej derivaciones de sanatorios de área a los auxiliares, atención a pacientes en tránsito, respuesta a pedidos de urgencia desde centro coordinador, etc.

**-Indicadores de resolutivez:** para analizar la capacidad de dar respuesta a la demanda. Ej derivaciones a centros de mayor complejidad fuera de la provincia, etc.

**-Indicadores de articulación externa:** para analizar la comunicación de la red con otros sectores. Ej reuniones con Pami, con centros de jubilados, con centros académicos, etc.

Muchos otros podrían crearse, pero depende de las posibilidades concretas de realizar las mediciones.

### **Cuadro de Mando Integral Red de Salud**

Variable	Indicador	Cálculo	Meta	Técnica	Fuente
Alineación estratégica	Asistencia a Curso de Capacitación	% del total de módulos	80 %	Estadística	Planilla asistencia
	Asistencia a Reuniones de Coordinación	% total de reuniones	80 %	Estadística	Planilla asistencia

Demanda	Padrón actual	Nº total	Estipulado en cápita a abonar	Estadística	Padrón del INSSJP actual
	Diferencia padrón mes anterior	Diferencia	Análisis de tendencia	Estadística	Padrón del INSSJP actual
Oferta	Estructura orgánica y funcional	Normas <b>básicas</b> de funcionamiento	100% de las áreas	Manuales de func. de la red	Planeamiento
	Nºafiliados /MCabecera	Cociente	Hasta 700	Estadística	Registro Informático
	Nº afiliados / Cama	Cociente	400 afil. /Cama	Estadística	Registro Informático
	Cobertura geográfica por nivel	% del territorio	100%Mcab y centros enfermería; 2do nivel principales ciudades; 3er nivel en Capital y Concepción	Estadística	Registro Informático
Proceso	<b>Reciprocidades</b>				
	Derivaciones de MC a especialistas	Derivaciones /Consultas *100	<20%decons	Estadística	Registro Informático
	Contrareferencias de espec. a MC	Contrareferencias /Consultas espec.	80 %	Estadística	Registro Informático

		*100			
	Pacientes derivados por sanatorio de < complejidad a sanat. de área	% de sus egresos esperados	5 %	Estadística	Registro Informático
	Pacientes recibidos por sanatorio de área desde san.< complejidad	% de la meta	5 % de egresos del sanatorio origen	Estadística	Registro Informático
	Pacientes deriv. De sanatorios a Extensión Sanatorial	% de sus egresos realizados	Media del sistema en el mes	Estadística	Registro Informático
	Contrareferencia de Sanatorio a MCabecera	% de egresos realizados	80 %	Estadística	Registro Informático
	Contrareferencia de Ext.Sanatorial a MCabecera	% de sus egresos	80%	Estadística	Registro Informático
	Pacientes alta complejidad cardiológica recibido por su área.	% de la meta	100%	Estadística	Registro Informático
	Contrareferencia de centro cardiológico a MCabecera	% de egresos realizados	80 %	Estadística	Registro Informático
	<b><i>Flexibilidad y adaptabilidad</i></b>				
	Pacientes derivados por sanatorio de área a sanatorio auxiliar	% de sus egresos esperados	5 %	Estadística	Registro Informático

	Atención a pacientes en tránsito	Nª consultas, prácticas, internaciones	Tendencia a lo largo del año	Estadística	Registro Informático
	Colaboración ante situaciones de urgencia	% del total de pedidos desde Centro coordinador	Media del sistema	Estadística	Registro Informático
	Variaciones estacionales de la demanda atendida	% de diferencia con mes anterior	Media del sistema	Estadística	Registro Informático
	Pacientes derivados a Hospitales por falta de camas	Nº registrado	Tendencia en el tiempo	Estadística	Registro Informático
<b>Resolutividad</b>					
	Pacientes derivados a otros centros fuera de la provincia, por mayor complejidad	Nª registrado	Tendencia en el tiempo	Estadística	Registro Informático
<b>Articulación externa</b>					
	Asistencia Reuniones Comisión Mixta con Pami	% del total de módulos	80 %	Estadística	Planilla asistencia
	Asistencia Reuniones Centros Jubilados	% del total de módulos	80 %	Estadística	Planilla asistencia
	Asistencia Reuniones con Siprosa (MBS)	% del total de módulos	80 %	Estadística	Planilla asistencia
	Asistencia Reuniones con UNT,	% del total de módulos	80 %	Estadística	Planilla asistencia

	Soc. científicas				
	<b>Demora de turnos</b>	Promedio de encuestas	Según nivel, acorde contrato	Encuestas	Afiliados o afiliarias
Resultados	Consultas/ ben/año en MCabecera	Consultas año /Padrón	6	Estadística	Registro Informático
	Consultas/ ben/año de especialistas	Consultas año especialistas / Padrón	1,2	Estadística	Registro Informático
	Egresos Sanatoriales realizados/ben/año (tasa de internación)	Egresos sanatoriales anuales/Padrón *100	1.8	Estadística	Registro Informático
	% de egresos Quirúrgicos	% de total egresos	30%	Estadística	Registro Informático
	% de días UTI	% del total de días ocupados	25%	Estadística	Registro Informático
	% de egresos complejos	% del total egresos	14 %	Estadística	Registro Informático
	Egresos Cardiológicos de 3er nivel/ben/año	Egresos anuales 3er nivel /Padrón		Estadística	Registro Informático
	Estudios I-II-III nivel/ben/año	Total por tipo anual/ Padrón		Estadística	Registro Informático
	Pacientes en atención domiciliaria (postrados, extensión sanatorial, etc)	Total por rubro	Tendencias	Estadística	Registro Informático

	Pacientes atendidos por emergencia domiciliaria	Total y por beneficiario/ año	Medias del sistema	Estadística	Registro Informático
	Evolución gasto por área mensual	Total por área, por mes, durante un año	Tendencia	Estadística	Registro Informático
	Costo por producto final(consulta o egreso) y productos intermedios	Cápita/ nº producto	Monto establecido en cálculo cápita	Estadística	Registro Informático
Impacto	Satisfacción del afiliado	% encuestas	80 %	Encuestas	Pacientes o fliares
	Pacientes con Evaluación de Riesgo Funcional	% padrón	80 %	Encuestas	Pacientes o fliares
	%afil. Cambia MC	% padrón	Media del sistema	Estadística	Registro Informático
	%afil.cambia sanatorio	% padrón	Media del sistema	Estadística	Registro Informático
	%descompesaciones generales en internación	%total egresos	Media del sistema	Estadística	Registro Informático
	% crisis HTA complicada	% total egresos	Media del sistema	Estadística	Registro Informático
	% DBT descomp.complicada	% total egresos	Media del sistema	Estadística	Registro Informático
	%ACV en internación	% total egresos	Media del sistema	Estadística	Registro Informático

	%sepsis	% total egresos	Media del sistema	Estadística	Registro Informático
	% gangrenas	% total egresos	Media del sistema	Estadística	Registro Informático
	Satisfacción del prestador	% encuestas	80 %	Encuestas	Pacientes o fliares

Elaboración propia

**c- Cuadro de mando integral de una red de salud capitada (b)**

Disponer de un tablero con información sobre la marcha de la red era importante, pero no suficiente. Se debía ligar sus resultados a incentivos concretos para motivar a su cumplimiento.

Esto significaba medir dichos resultados y para ello se creó una escala de tres rangos que fueron calificados de 1 a 3.

Dado que no todos los indicadores tenían el mismo peso dentro de la valoración que hace la empresa, era necesario ponderar dichos valores y para ello se adjudicó un valor entre 0,1 a 1.

Finalmente el producto entre la calificación del rango y la ponderación del indicador, permitiría obtener la calificación ponderada de cada uno de ellos.

La suma final de dichas calificaciones ponderadas, daría la medida del funcionamiento de la red. El mismo se monitorearía a lo largo del tiempo, para prevenir desvíos. Las causas de los mismos se determinarían al analizar el comportamiento de cada área. La evaluación de cada área permitiría ligar resultados con incentivos, como se pretendía.

Este proceso podía aplicarse a cada uno de los tableros que se creen, salvo el operativo o del día, ya que medir significaba observar un comportamiento a lo largo de cierto tiempo.

Se diseñó un nuevo tablero integral donde se aplicaba lo dicho. Se lo llamó Balanced Score Card, por alusión al diseñado por Kaplan y Norton, aunque podrían

agregarse nuevas perspectivas acordes a las características de la empresa a evaluar.

### Cuadro de Mando Integral o BSC- Evaluación Red de Salud

Indicadores	Rango verde 3	Rango amarillo 2	Rango rojo 1	Ponderación según perspectiva Total: 1	Calificación de la perspectiva
<b>Perspectiva del aprendizaje organizacional</b>					
Asistencia a Curso de Capacitación	>80%	60-80%	<60%	0,5	
Asistencia a Reuniones de Coordinación	>80%	60-80%	<60%	0,5	
<b>Perspectiva de mejora de procesos internos</b>					
<b><i>Productividad</i></b>					
Consultas/ben/año en MCabecera	>6	4-6	<4	0,04	
Consultas/ben/año de especialistas	>1.2	0.8-1.2	<0.8	0,04	
Egresos Sanatoriales realizados	>80% de la meta	60-80% de la meta	<60% de la meta	0,05	
Porcentaje de egresos Quirúrgicos	>30% de egresos	20-30%de egresos	<20%de egresos	0,02	
Porcentaje	>25%dedías	15-25%dias	>15%dlas	0,02	

de días UTI	totales	totales	totales		
Porcentaje de egresos complejos	>14 % egresos	10-14%egresos	<10% egresos	0,02	
Egresos 3er nivel realizados	>80% de la meta	60-80% de la meta	<60% de la meta	0,05	
Pacientes postrados atendidos en domicilio	>6 % Padrón	4-6% Padrón	<4 % Padrón	0,05	
Pacientes atendidos por emergencia domiciliaria	<10% Padrón	10-12 % Padrón	>12 % Padrón	0,05	
Prácticas de especialidad/ consulta	100%media sistema	80-100% media sistema	80% media del sistema	0,03	
Estudios I, II y III solicitados / Realizados	1-1,2	1,2-1,5	> 1,5	I - 0,02 II- 0,02 III- 0,03	
<b>Reciprocidades</b>					
Referencias / Contraref. 1er - 2do nivel especialistas	1-1,2	1,2-1,5	> 1,5	0,05	
Referencias / Contraref.	1-1,2	1,2-1,5	> 1,5	0,05	

1er a 2do nivel internación					
Referencias / Contraref. 1er y 2do nivel a 3er nivel	1-1,2	1,2-1,5	> 1,5	0,05	
<b>Flexibilidad y adaptabilidad</b>					
Pacientes derivados a Hospitales por falta de camas	6/1000 afiliados	6-12/1000 afiliados	>12/1000 afiliados	0,04	
<b>Resolutividad</b>					
Pacientes derivados a otros centros fuera de la provincia, por mayor complejidad	<6 anuales	6-12 anuales	>12 anuales	0,03	
<b>Articulación Externa</b>					
Asistencia Reuniones Comisión Mixta con Pami	>80% de la meta	60-80% de la meta	<60% de la meta	0,03	
Asistencia Reuniones Centros	>80% de la meta	60-80% de la meta	<60% de la meta	0,02	

Jubilados					
Asistencia Reuniones con Siprosa (MBS)	>80% de la meta	60-80% de la meta	<60% de la meta	0,01	
<b>Turnos</b>					
Demora de turnos por nivel	80-100% meta	60-80 % meta	<60% meta	I- 0,10 II- 0,10 III- 0,15	
<b>Perspectiva de los clientes</b>					
Satisfacción del afiliado	80-100%	60-80 %	<60%	0.3	
Satisfacción del prestador	80-100%	60-80 %	<60%	0.3	
%afil. Cambia MC	<5% Padrón	5-10% Padrón	>10% Padrón	0.1	
%afil.cambia sanatorio	<5% Padrón	5-10% Padrón	>10% Padrón	0.1	
Pacientes con Eval Riesfo Fucional	80-100%	60-80 %	<60%	0.2	
<b>Perspectiva financiera</b>					
Cumplimiento Presupuesto	80-100%	60-80 %	<60%	0,2	
Débitos varios	Hasta0,1% cápita	0,1-0,5% cápita	>0,5% cápita	0,2	
Costo por	>80% de	100-150%	>150%	0,1 nivel I	

producto final(consulta o egreso) y productos intermedios	estipulado en cálculo cápita	estipulado en cálculo cápita	estipulado en cálculo cápita	0,2 nivel II 0,3 nivel III	
---	------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------	--

Elaboración propia

### Integración de todas las perspectivas

<b>Integración de todas las perspectivas</b>	<b>Calificación de la perspectiva</b>	<b>Ponderación según BSC</b>	<b>Calificación ponderada Según BSC</b>
Perspectiva del aprendizaje organizacional		0,2	
Perspectiva de mejora de procesos internos		0,4	
Perspectiva de los clientes		0,2	
Perspectiva financiera		0,4	
Total		<b>1</b>	

Elaboración propia

Un tablero operativo para uso diario y semanal, un tablero integral de análisis mensual y un BSC trimestral para ajustar la participación de cada área en la distribución de la cápita, eran opciones que convenientes.

Muchos tableros más pueden diseñarse, por lo que no es intención dejar cerrado el tema, sino todo lo contrario; es un simple aporte que podrá ser enriquecido por muchos.

Cabe remarcar que nada de esto puede realizarse, sin un soporte informático y personal capacitado y entrenado para aplicar los programas diseñados

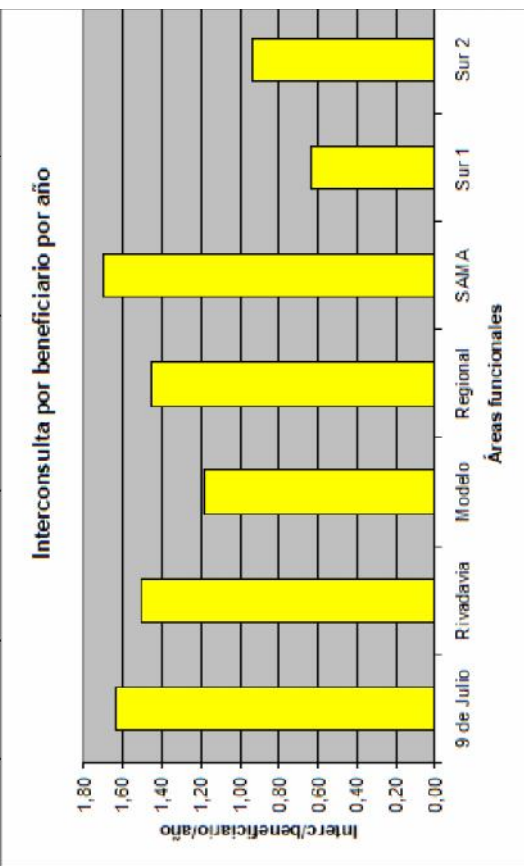
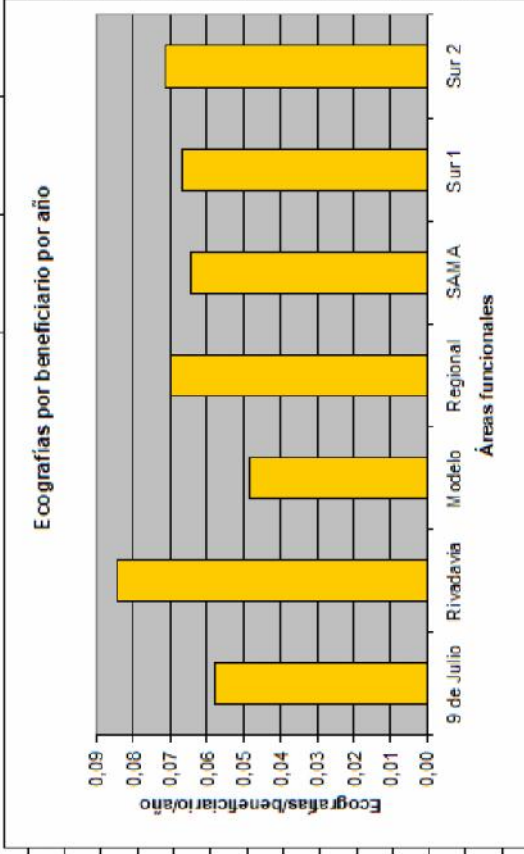
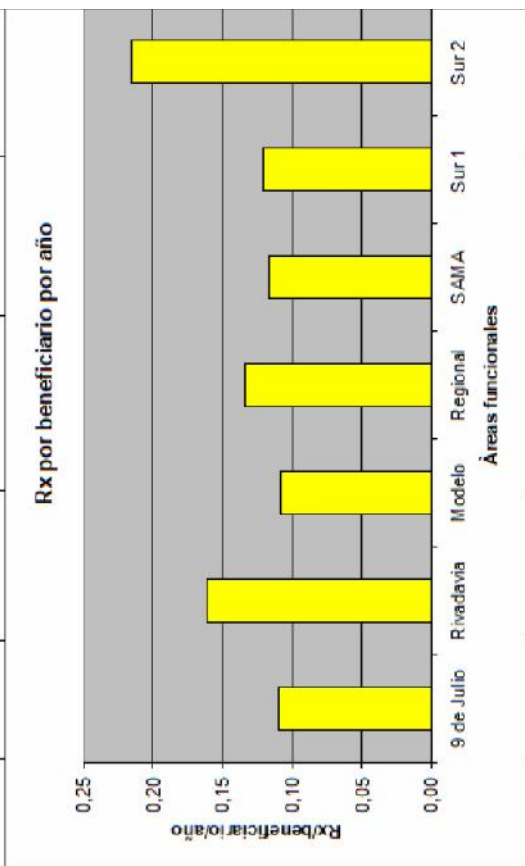
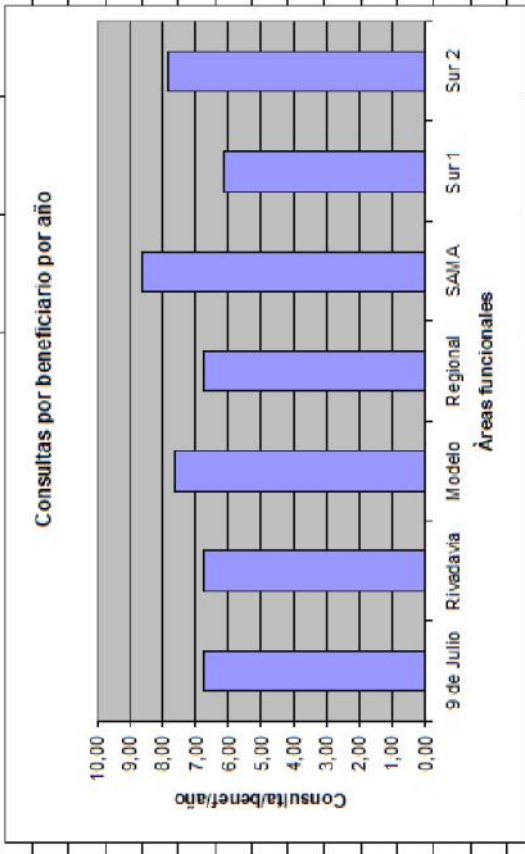
especialmente para obtener los datos que necesita la empresa para la toma de decisiones.

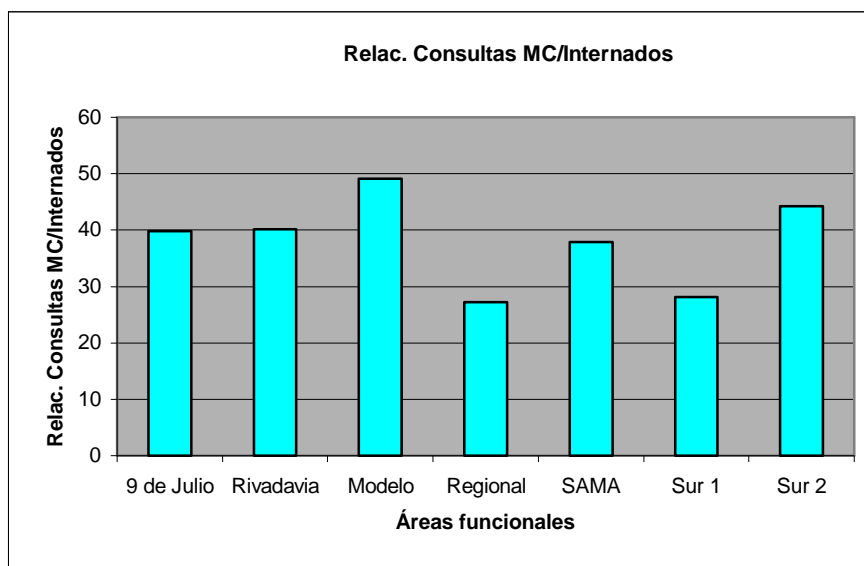
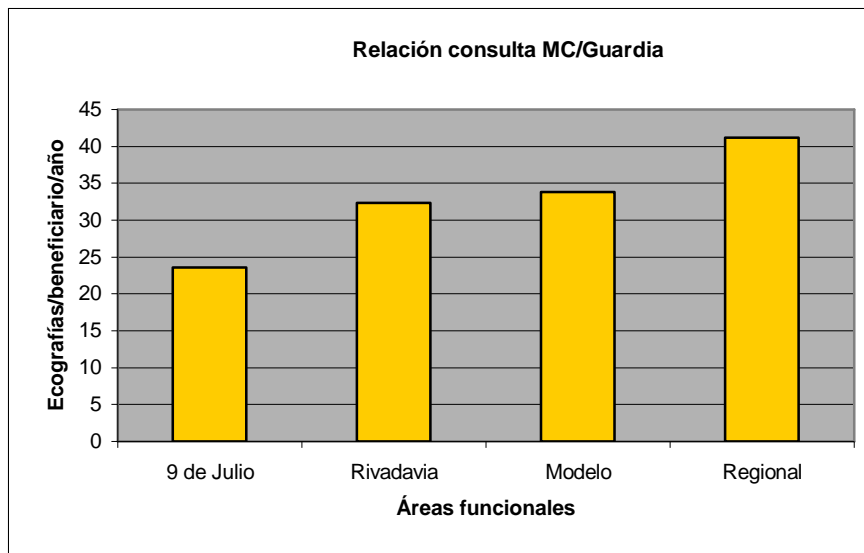
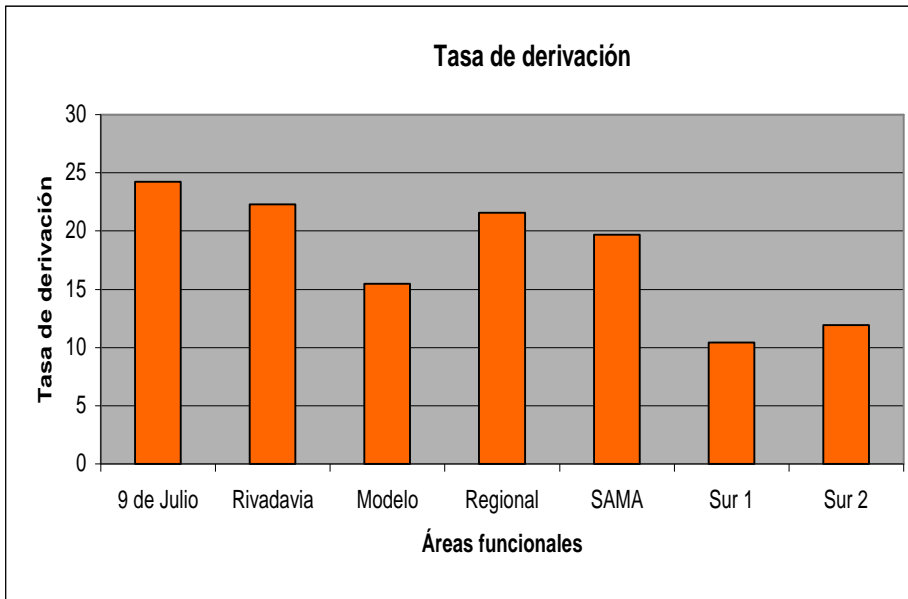
Tan importante como los que diseñan los programas y trabajan con ellos son quienes recogen información fidedigna de las diferentes áreas y las envían al nivel central. Coordinadores de médicos de cabecera y especialistas, auditores sanatoriales y de los centros de diagnóstico – tratamiento, encuestadores, auditores jubilados, etc. son tan importantes como los softwares adónde verter la información.

De ese modo los cuadros de mando permitirán el análisis, las conclusiones y recomendaciones estratégicas convenientes. Ellas serán motivo de discusión en las reuniones de los socios de la red, en quienes recáen las decisiones finales, para implementar los cambios que permitan avanzar en la mejora continua de calidad.

## Algunos resultados de la Red de Adultos Mayores en Tucumán

Sanatorio Modelo y Otros UTE		Dpto Mejora Continua						
Red de Salud		Médicos de Cabecera			de Calidad			
Año 2005								
Área	9 de Julio	Rivadavia	Modelo	Regional	SAMA	Sur 1	Sur 2	TOTALES
Padrón ben.	17874	18439	13466	8580	3674	13240	8450	83722
Cons anual	120459	124419	102551	57952	31616	81121	66372	584491
Cons. Mes	10038	10368	8546	4829	2635	6760	5531	48708
Cons/ben/año (N: 5,8)	6,74	6,75	7,62	6,75	8,61	6,13	7,85	6,98
Rx anual	1944	2973	1455	1147	429	1600	1821	11369
Rx/ben/año	0,11	0,16	0,11	0,13	0,12	0,12	0,22	0,14
Eco anual	1031	1556	655	598	237	880	603	5559
Eco/ben/año	0,06	0,08	0,05	0,07	0,06	0,07	0,07	0,07
Interc anual	29185	27719	15839	12491	6224	8468	7915	107840
Int/ben/año	1,63	1,50	1,18	1,46	1,69	0,64	0,94	1,29
Tasa deriv. % (inter/cons*100) (N: 20 %)	24	22	15	22	20	10	12	18
Rebac consulta MC/guardia N:	24	32	34 *	34 *	41 *		*	33
Relación consulta/internados (N: 38)	40	40	49	27	38	28	44	38
* Sin datos								
Elaboración propia en base a datos de UTE Modelo								
En las filas se encuentran datos de producción e indicadores de conducta prestacional. En las columnas se encuentran las diferentes áreas. Sur 1 agrupa Famaillá, Monteros, Simoca, parte de Concepción. Sur 2: resto de Concepción, Río Chico, Alberdi, La Cocha y Grameros. En la columna final se dan valores generales de todo el sistema.								
La Cons/ben/año supera los valores esperados. La tasa de derivación es muy satisfactoria pero debemos aclarar que, en el área Sur, la estadística no se ha recibido con el correspondiente respaldo de los especialistas								
La relación entre consultas y pacientes que acuden a guardias es excelente, lo cual habla de la contención del primer nivel.								
El número de consultas en especialistas es superior a las tasas de derivación, ya que cada una de ellas permite al paciente acceder todas las veces necesarias en el mes a los especialistas. Se estima que aproximadamente un tercio del total de derivaciones acude por segunda vez dentro del mismo mes.								

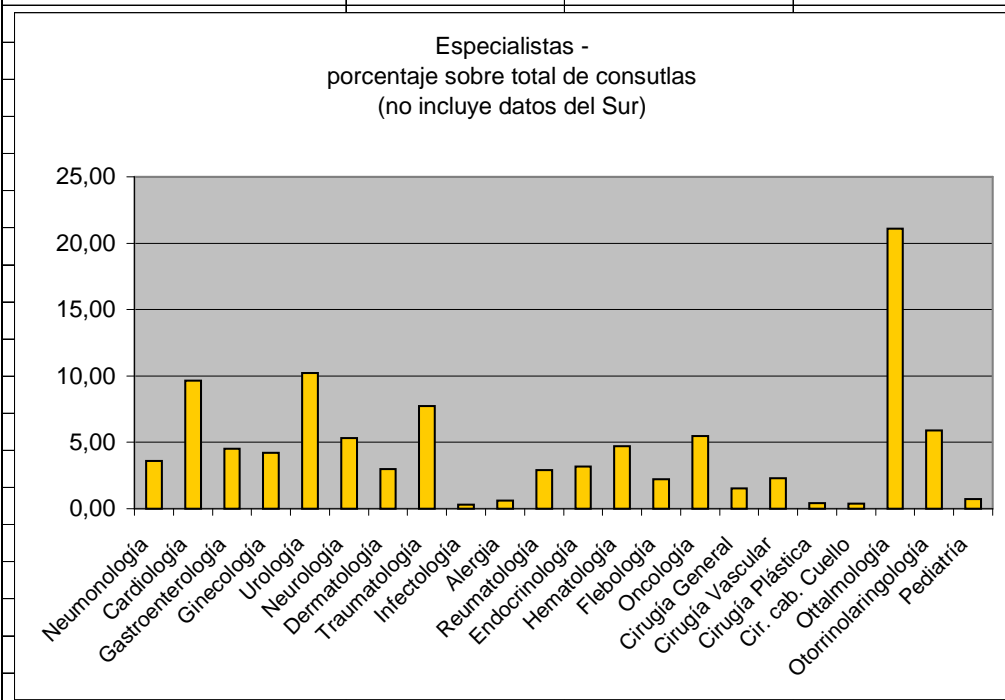




## Consultas de especialistas

Especialidad	Anuales	Mensuales	% Total
Neumonología	4551	379	3,60
Cardiología	12192	1016	9,64
Gastroenterología	5720	477	4,52
Ginecología	5318	443	4,21
Urología	12935	1078	10,23
Neurología	6724	560	5,32
Dermatología	3755	313	2,97
Traumatología	9782	815	7,74
Infectología	411	34	0,33
Alergia	755	63	0,60
Reumatología	3659	305	2,89
Endocrinología	4037	367	3,19
Hematología	5953	496	4,71
Flebología	2812	256	2,22
Oncología	6902	575	5,46
Cirugía General	1932	161	1,53
Cirugía Vascul ar	2927	244	2,32
Cirugía Plástica	555	46	0,44
Cir. cab. Cuello	473	39	0,37
Ottalmología	26653	2221	21,08
Otorrinolaringología	7436	620	5,88
Pediatría	926	77	0,73
<b>TOTALES</b>	<b>126409</b>	<b>10586</b>	<b>100</b>

Elaboración propia en base a datos de UTE Modelo 2005



Consultas y estudios diagnósticos (totales del sistema y por especialidades correspondientes) 2005		Espero		Holler		EEG		EMG		Rx Simp		Rx Cond		Mamo		Eco		Ecodop		Tac		RMN		Embosc		DMO			
		Cons	O	Solic	C/Sol	Solic	C/Sol	Solic	C/Sol	Solic	C/Sol	Solic	C/Sol	Solic	C/Sol	Solic	C/Sol	Solic	C/Sol	Solic	C/Sol	Solic	C/Sol	Solic	C/Sol	Solic	C/Sol	Solic	C/Sol
datos anuales)																													
MC																													
Cap	38418,4																												
Sur	12291,4																												
Total	48707,5																												
Espec. Cardiol	375			50,3	7,5																								
Neumología	1016			30,0	33,9																								
Cardiología	477																												
Gastroenter	443																												
Ginecología	1078																												
Urología	580																												
Neurología	313																												
Neumología	815																												
Traumatol	63																												
Infectología	34																												
Alergia	63																												
Reumatolog	305																												
Endocrinol	367																												
Hematología	496																												
Flebotomía	256																												
Oncología	575																												
Cirugía	161																												
Cirugía vaso	244																												
Cir. Cab. Cuel	35																												
Ciruj. Plást	46																												
Podiatría	77																												
Oftalmología	222																												
Otorrinolaring	626																												
Total	10585																												
Sur	1000																												
Sanal Cap	100																												
Inferior	100																												
Genkos Cardiol	100																												
TOTAL EST. SOLIC. MES				50,3	7,54	30,0	33,9	57,5	9,7	25,0	71,3	2674	12,4	98	29,6	219	10,5	1258	30,2	142	31,4	357	123	61	149	76,0	36,7	19	91,7
Elaboración propia en base a datos UTE Mudeku																													
Comentarios																													
En la primera columna se consignaron los solicitantes por niveles (Médicos de Cabecera, Especialistas, Sanatorios).																													
En la segunda columna se consignaron las consultas de los profesionales y los egresos de los servicios de internación.																													
En las columnas siguientes se encuentran los principales estudios consignando solicitudes mensuales y la relación																													
consulta/solicitud de dicho estudio																													
Cabe destacar que las tasas de uso en algunos estudios merecen recomendarse debido al incremento de empadronados																													
respecto al año anterior. Hoy podemos decir que solo quedan aproximadamente 4000 afiliados. sin empadronarse.																													
Esto se observa especialmente en ecografías y tomografías, por la gran cantidad de especialidades que las utilizan y de ecodo-																													
doppler por la patología vascular prevalente en la tercera edad.																													



### Comentarios

\_ El **padrón general** ha crecido un 12 % a expensas de las nuevas altas y bajas casi exclusivamente.

El **porcentaje de cambios por médico de cabecera** es casi nulo (se compensan los recibidos con los perdidos), con las variaciones propias de cada sanatorio.

\_ El **promedio de estadía** es bastante aceptable para adultos mayores, aunque en algunos sanatorios, como en la Clínica Alberdi, es muy bajo (¿altas prematuras por falta de camas?)

\_ La **tasa de internación** es aceptable en la mayoría, aunque muy alta en el Sanatorio Regional, SAMA, Clínica Famaillá y Rosario (¿poca contención del primer nivel?)

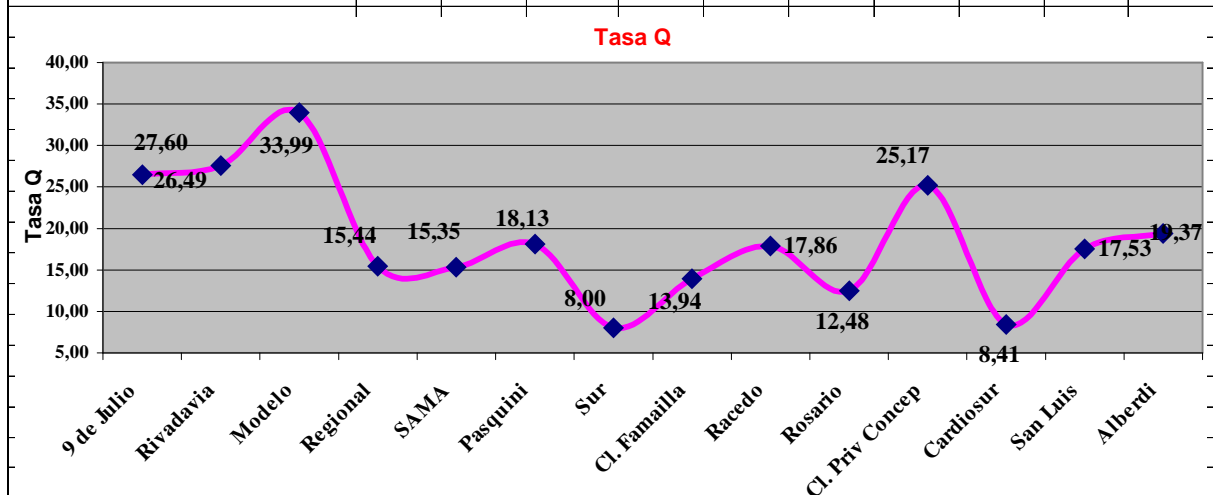
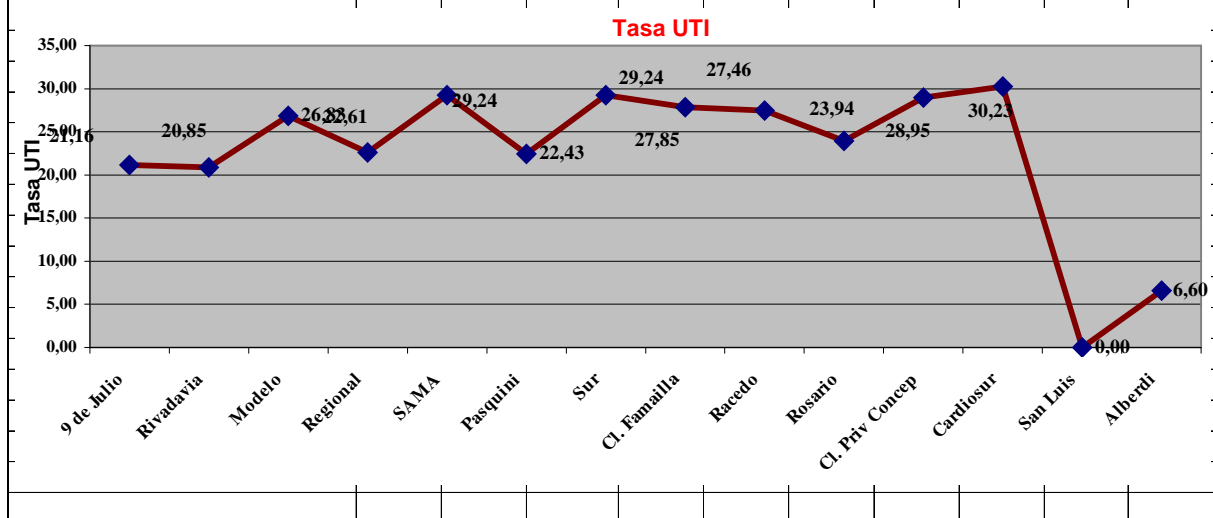
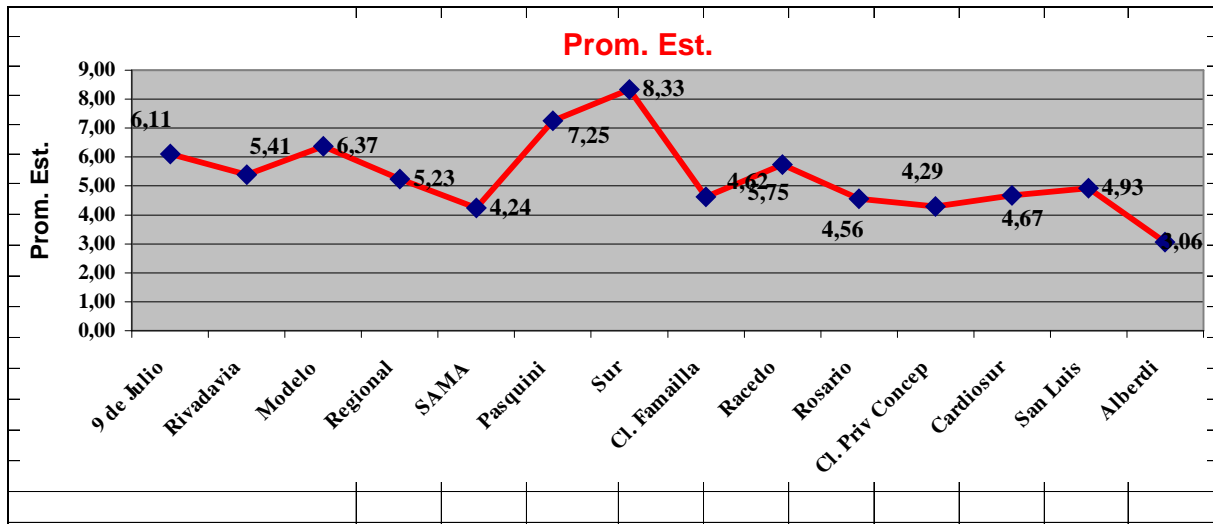
\_ La **tasa quirúrgica** es mayor, lógicamente, en los sanatorios de primer nivel y particularmente en Sanatorio Modelo, reafirmando el excelente plantel profesional que lo caracteriza.

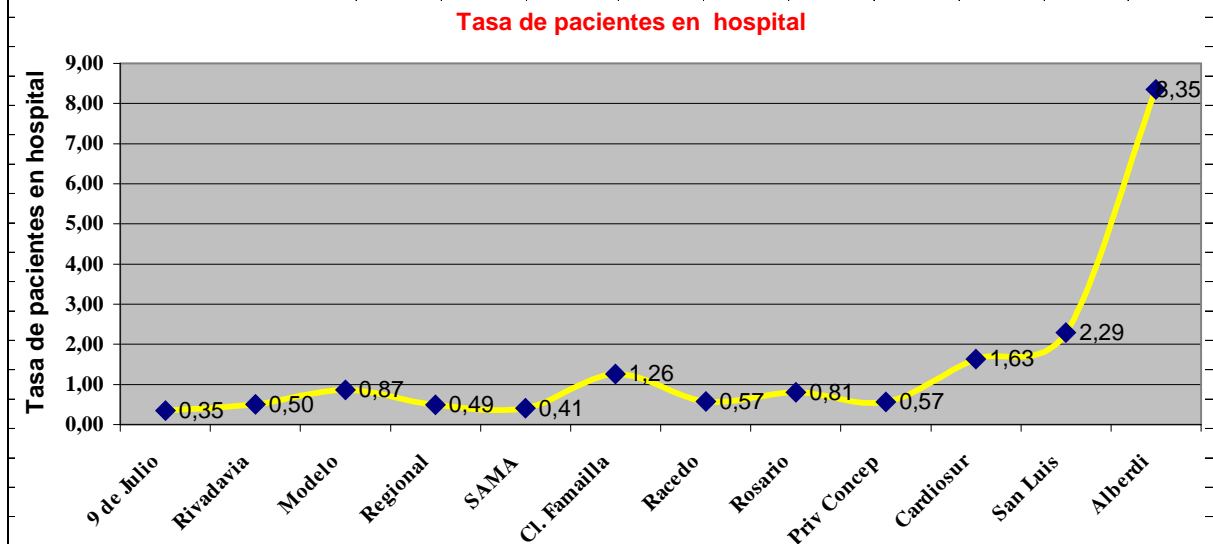
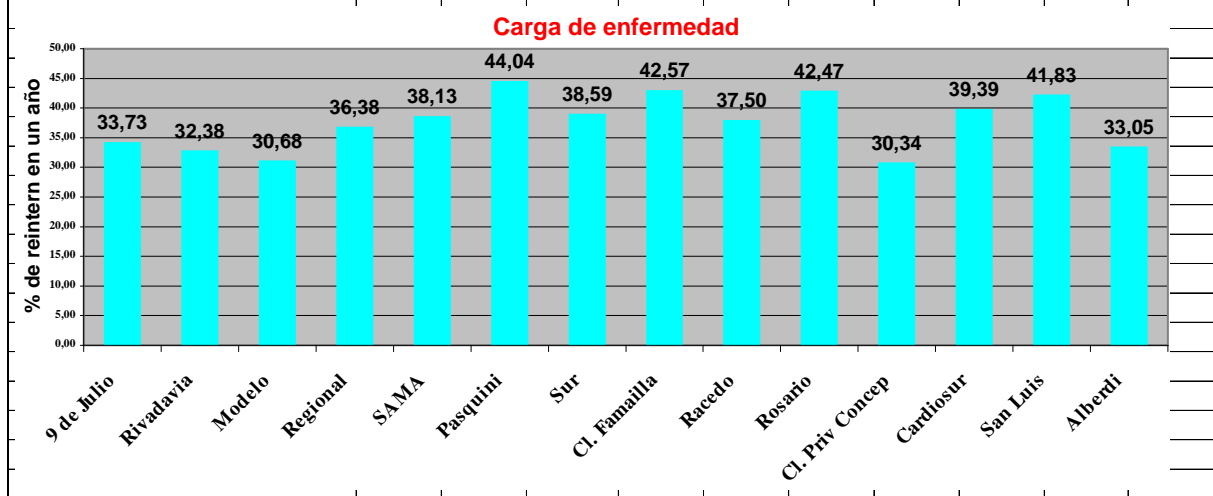
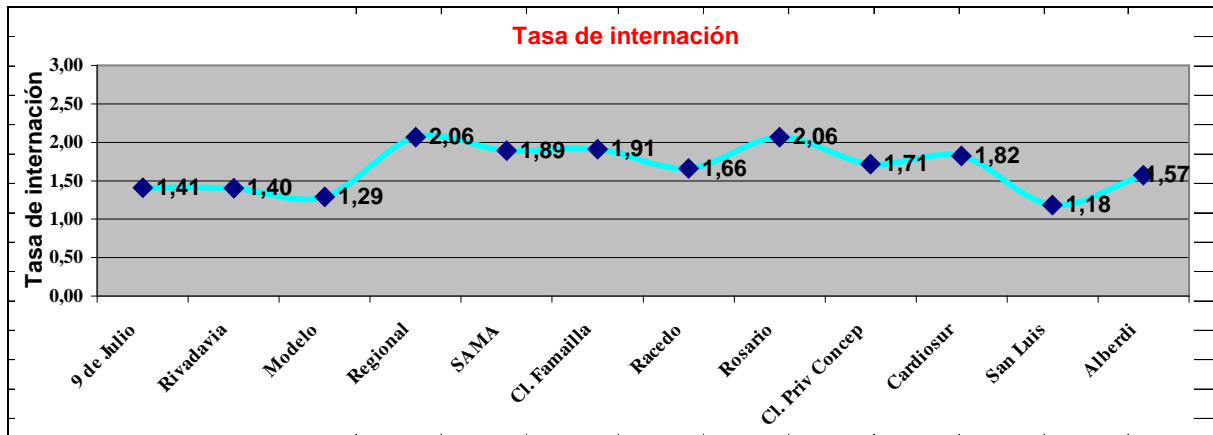
\_ La **complejidad clínica** (egresos C4/egresos clínicos totales) es alta en la Capital, con marcado predominio del Sanatorio Modelo. En el Interior es alta en Clínica Famaillá y baja en SAMA y San Luis. Extremadamente baja en Sanatorio Alberdi (sin UTI?). La **complejidad quirúrgica** (Q4/Qtotales) en la Capital es alta en Sanatorio Modelo y Regional y baja en Sanatorio 9 de Julio, para su nivel. En el Interior es baja en SAMA, Clínica Famaillá, San Luis y Alberdi. En resumen, en áreas de capital, Sanatorio Modelo lidera la mayor complejidad; en el Interior, lo hace el Sanatorio Racedo.

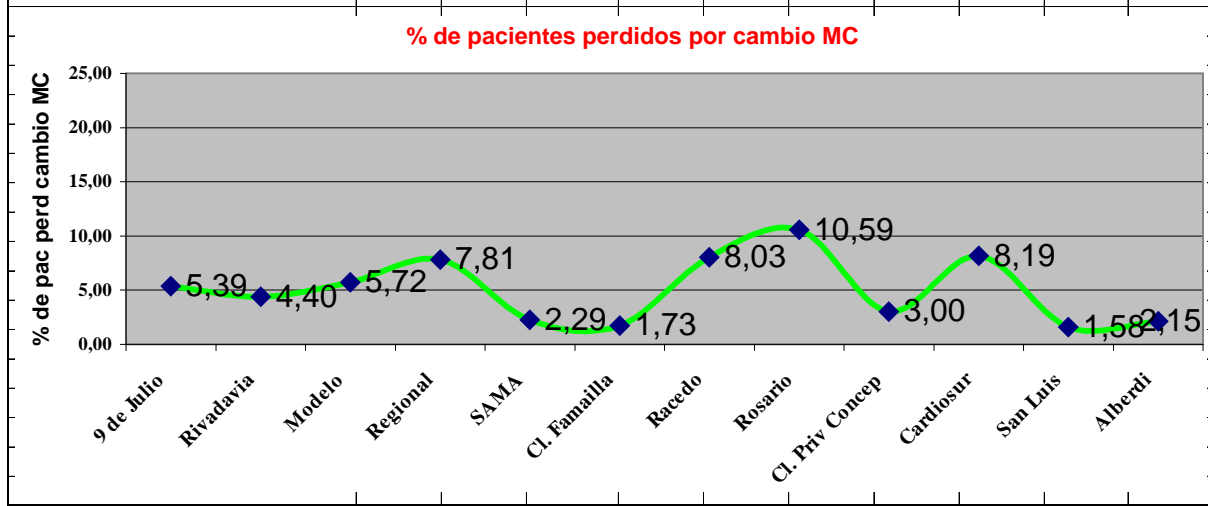
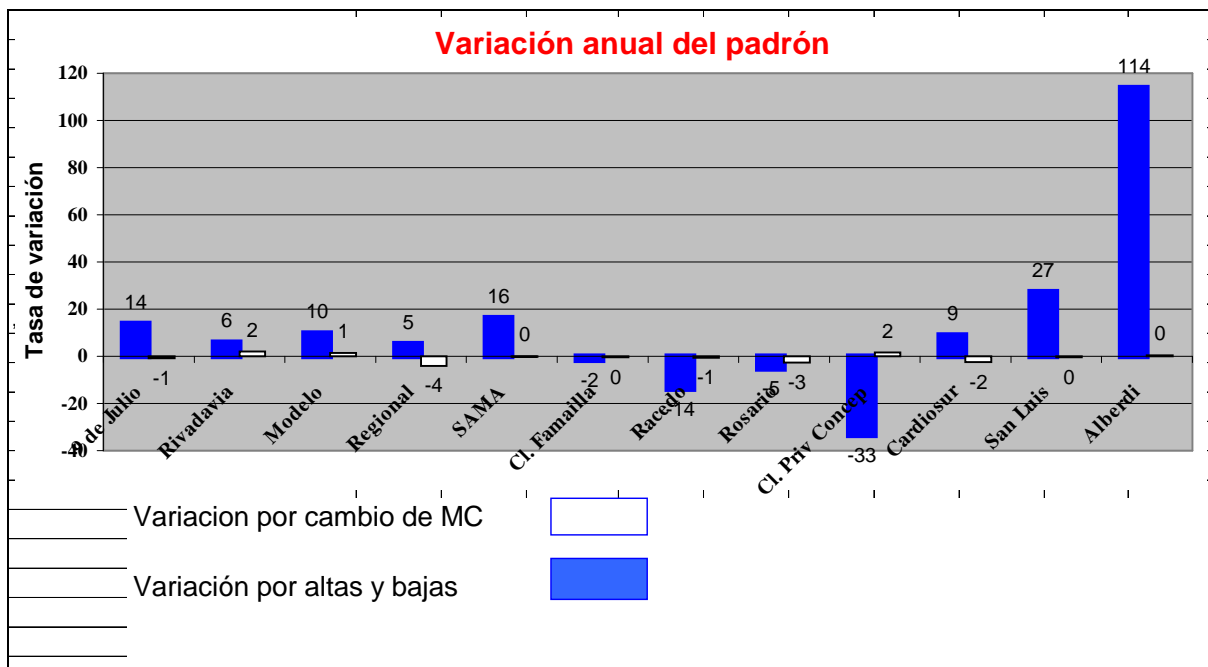
\_ La **carga de enfermedad** (% de pacientes reinternados en el mismo año) es bastante homogénea con ligero aumento en las áreas del Interior, donde la crisis socioeconómica es mayor.

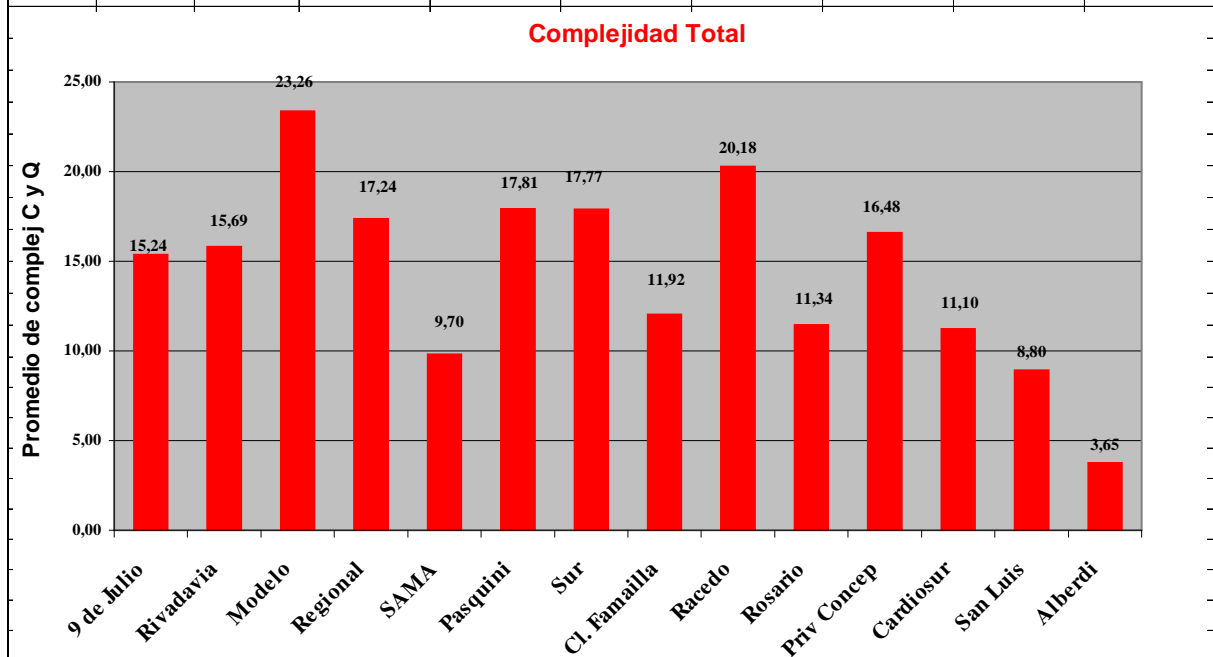
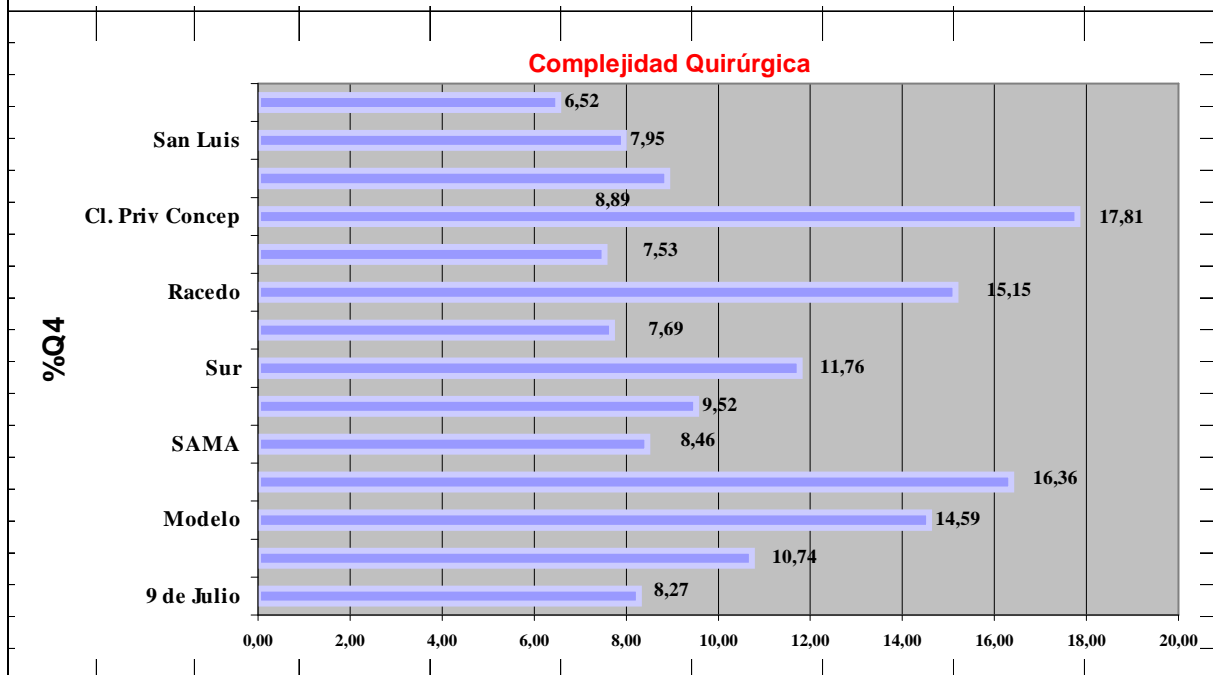
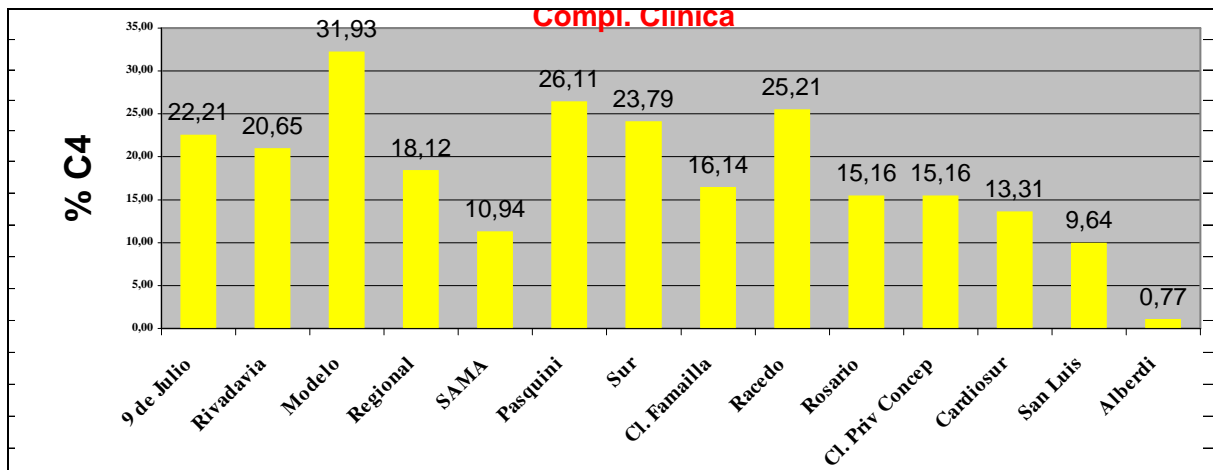
\_ La **tasa de pacientes de cada área que fueron hospitalizados** es homogénea en la Capital pero muy alta en el área Sur, en especial Río Chico y Alberdi (¿falta de sanatorios?)

\_ La **tasa de pacientes perdidos por cambio de médico de cabecera** expresa, generalmente, la disconformidad del afiliado con su área, por lo que se considera un indicador de la satisfacción del afiliado.

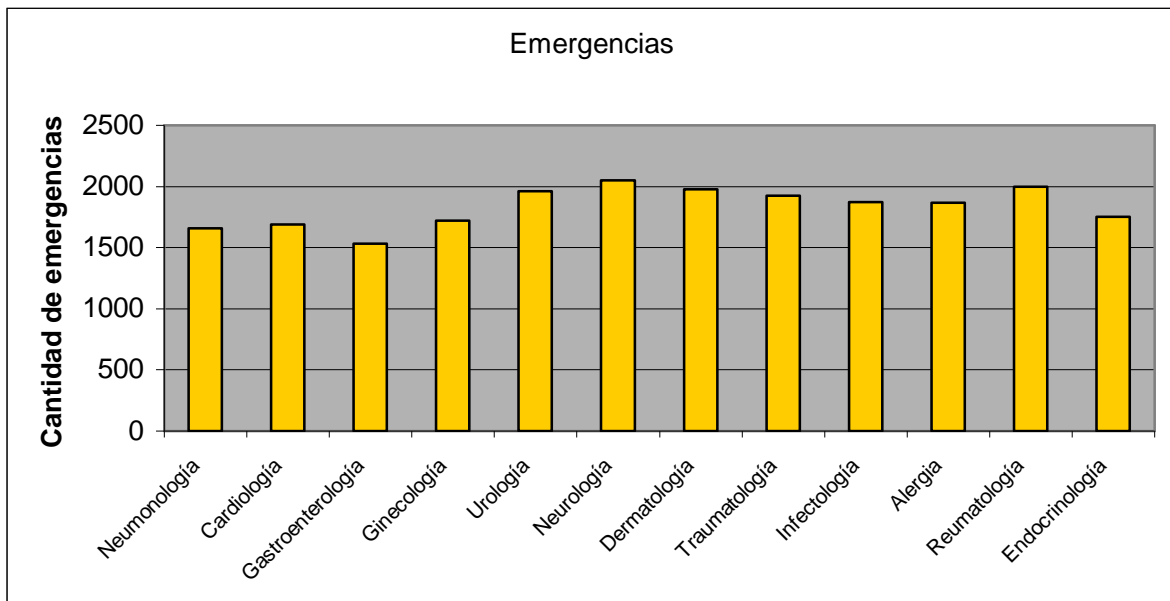






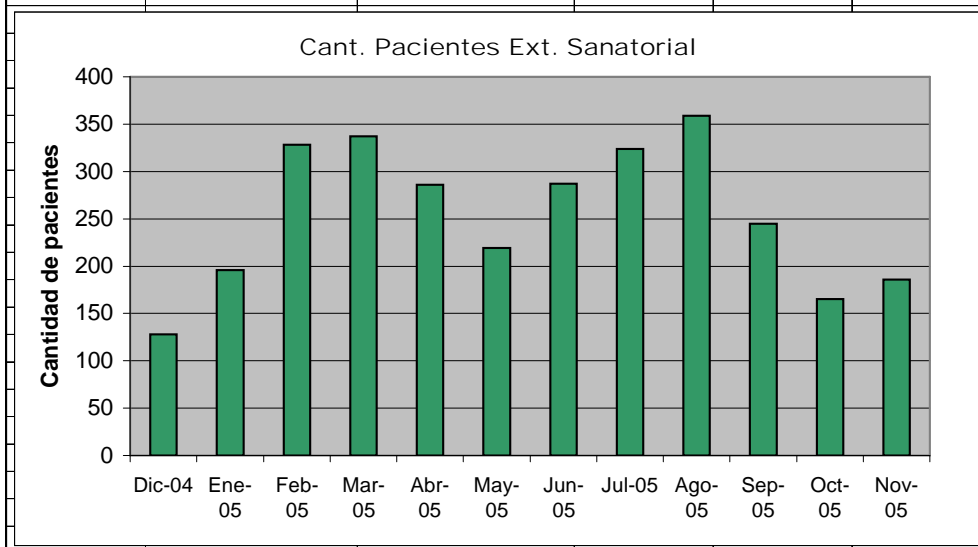
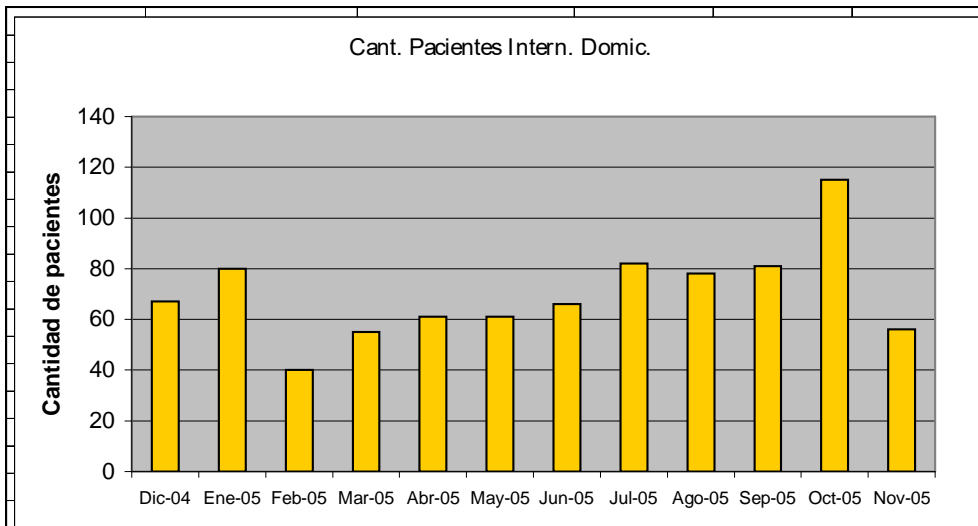


<b>Emergencias</b>	
<b>Mes</b>	<b>Pedido</b>
Dic-04	1657
Ene-05	1688
Feb-05	1533
Mar-05	1722
Abr-05	1959
May-05	2048
Jun-05	1979
Jul-05	1925
Ago-05	1873
Sep-05	1867
Oct-05	1997
Nov-05	1754
<b>TOTAL</b>	<b>22002</b>
Promedio mensual	1835
Promedio diario	<b>61</b>
Traslados: aprox <b>50</b> diarios	
Elaboración propia en base a	
datos de UTE Modelo 2005	



Internaciones domiciliarias y extensión sa

Mes	Pac. Int. Domic.	Pac. Ext. Sanat.
Dic-04	67	128
Ene-05	80	196
Feb-05	40	328
Mar-05	55	337
Abr-05	61	286
May-05	61	219
Jun-05	66	287
Jul-05	82	324
Ago-05	78	359
Sep-05	81	245
Oct-05	115	165
Nov-05	56	186
<b>TOTAL</b>	<b>842</b>	<b>3060</b>
Fuente: Elaboración propia en base a datos de UTE Modelo 2005		



PRODUCCIÓN SANATORIAL ABRIL 2006												
Sanatorio/Padrón	Egr. Espe	Egr. realiza	Dif ER-EE	% Diferen	Días total	Días piso	Días UTI	Prom. Est	% UTI	N'Egr.Q	% Egr.Q	
9 de Julio	13008	187	218	31	1179	705	474	5,41	40,20	46	21,1	
Rivadavia	13008	187	182	-5	1016	826	190	5,58	18,70	38	20,9	
Modelo	9310	134	121	-13	548	435	113	4,53	20,62	41	33,9	
Regional	8352	120	169	49	1214	977	237	7,18	19,52	36	21,3	
Sarmiento	6189	89	86	-3	454	274	180	5,28	39,65	11	12,8	
Pasquini	3669	53	71	18	313	232	81	4,41	25,88	14	19,7	
SAMA	4127	59	55	-4	269	211	58	4,89	21,56	6	10,9	
Cl Familiar	2364	34	39	5	153	103	50	3,92	32,68	5	12,8	
Racedo	2860	41	59	18	373	261	112	6,32	30,03	11	18,6	
Rosario	2428	35	40	5	240	181	59	6,00	24,58	7	17,5	
Cl. Privad	1826	26	51	25	175	135	40	3,43	22,86	7	13,7	
<b>Totales</b>	<b>67141</b>	<b>967</b>	<b>1091</b>	<b>124</b>	<b>5934</b>	<b>4340</b>	<b>1594</b>	<b>5,44</b>	<b>26,86</b>	<b>222</b>	<b>20,3</b>	
<b>Fuente: Elaboración propia en base a datos de UTE Modelo</b>												
<b>Los Centros Cardiológicos cargan su producción junto al sanatorio de área Capital.</b>												
<b>Los días de cuidados intermedios se computan por dos y se agregan a días piso.</b>												

*Nunca hay vientos favorables si no sabemos a donde vamos*

## CAPITULO XIV

### CONSIDERANDO LA PERSPECTIVA FINANCIERA: INGRESOS Y COSTOS

¿Cómo garantizar la continuidad de la red? ¿Cómo distribuir la cápita?  
¿Cuáles eran los costos?

#### La cápita del INSSJP y su composición

Como es sabido, el INSSJP abona una cápita por la atención médica de sus afiliados. La misma, luego de haber salido de la convertibilidad, no había sufrido ninguna actualización significativa hasta fines el año 2005. El monto de la misma se fijó recién entonces en 32\$, con posibilidades de cobrar tasas de incentivo, si se superaban los topes estipulados. Justamente, esto sería lo difícil, por haberse fijado dichos límites a valores casi inalcanzables con el monto de la actual cápita.

#### Principios de distribución

Al tratarse de un sistema capitado, como criterio general, la distribución se llevó a cabo pretendiendo alcanzar los mejores índices prestacionales, por rubro. Al no existir fines de lucro en los niveles centrales de la red, la cápita se distribuyó totalmente entre los efectores y acotados costos de coordinación. De allí que el ingreso recibido del INSSJP se consideró un costo que pagaba la red, para obtener los productos intermedios y finales.

Ciertamente, existían luego los costos de cada prestador que serían analizados hacia el interior de sus instituciones. Era de esperar que cada uno trataría de maximizar sus beneficios, actitud que debía monitorizarse para evitar mala calidad en las prestaciones. Para ello debemos recordar que:

Ingreso recibido por cada efector = Precio \* Cantidad y Calidad.

Ingreso recibido por cada efector = Costo + Beneficio

El ingreso que recibe cada efector era fijo. La cantidad - calidad del producto de la red, se monitoreaba desde los niveles centrales para exigir su cumplimiento. Los precios se habían mantenido estables hasta la salida de la convertibilidad, pero el

aumento de los factores de producción era un alerta constante, tanto en insumos como en los salarios. Era necesario un monitoreo permanente para lograr que los prestadores cumplieran sus compromisos en cantidad y calidad, y demostrar al INSSJP la necesidad de actualizar la cápita. La misma se había mantenido en valores similares a pesar de haber salido de la convertibilidad (24 \$ aproximadamente) y se llevó a 32 \$ recién a fines del año 2006. Cada prestador debía mejorar su eficiencia para obtener mayores beneficios. Solo disminuyendo el costo de los factores de producción y mejorando sus procesos lo lograría. Pero ello era cada vez más difícil; si los ingresos eran bajos no podía hablarse de calidad; cualquier forma de organización sería mala con ingresos insuficientes.

La distribución de la cápita tuvo siempre las siguientes características:

**1- Costos capitados y por montos fijos:** Aproximadamente el 97% de los costos de funcionamiento de la red, respondían a este criterio, garantizando el equilibrio económico y el cumplimiento de los compromisos de pago con los efectores de la misma.

La aplicación de valores prefijados posibilitaba una rápida distribución de los recursos financieros. Ello se traducía en ventajas para los efectores, al conformar menores costos, por pago en tiempo y forma, lo cual fortalecía el sistema.

**2- Variabilidad de las asignaciones en términos relativos:** Dentro del esquema de costo fijo y capitado, la información registrada en el sistema, generaba datos cualicuantitativos que permiten actualizar las asignaciones a los diversos prestadores. En los casos necesarios se efectuaba el ajuste respectivo, sin peligro de mantener la ecuación global del contrato. La misma permanecía fija, a pesar de que los costos de los ítems que la componían eran dinámicos.

Dado que el ingreso de cada componente de la cápita, estaba sujeto al cumplimiento de los estándares establecidos, los efectores colaboraban con los objetivos de la red.

El análisis por períodos vencidos del comportamiento prestacional, motivaba ajustes en los valores a cobrar, lo cual constituía una herramienta o incentivo para mantener el equilibrio de la demanda y oferta, evitando la subprestación.

**3- Determinación de un porcentaje de reserva sobre el valor de la cápita,** que sin cercenar la distribución indicada en el punto 1, constituía un fondo que

equilibrase el sistema ante los picos restacionales o conductas prestacionales no esperadas. Ello resolvería situaciones puntuales y evitaría la caída parcial del sistema.

**4- Designación de un monto fijo a los costos administrativos**, garantizando no avanzar sobre el costo asistencial, y tergiversar la ecuación económica natural que debía tener este sistema.

Se explica , a continuación **a modo de ejemplo**, la modalidad de distribución de recursos económicos del área que mayor incidencia tiene en la cápita, los sanatorios:

a) Se había establecido un porcentaje de asignación de fondos entre los sanatorios integrantes de este ítem, en función de la capacidad prestacional ofrecida y esperada.

b) Se evaluaba esa capacidad ajustándola por el grado de complejidad prestacional de cada establecimiento.

c) Los auditores, supervisaban y calificaban los egresos sanatoriales, determinándose la producción de cada establecimiento, en cantidad y calidad de acuerdo a la complejidad que les correspondía. Los cuadros de mando cuyos indicadores fueron calificados y ponderados según los criterios de la red, permitieron obtener un score que facilitaba la objetividad de la evaluación.

d) Bimestralmente se comparaba la producción realizada con la esperada del establecimiento y del sistema en general, efectuándose los aumentos o disminuciones de la remuneración correspondiente. Así, se modificaba la participación relativa dentro del rubro "internación" para el bimestre siguiente.

En resumen, dentro del mismo porcentaje de cápita asignado al área sanatorios, se modificaba su participación, de acuerdo a la producción. Esto actuó como un fuerte incentivo para mejorar su gestión y su costo no afectaba el manejo financiero del resto del sistema. Este esquema trató de repetirse en las otras áreas.

El mecanismo redistributivo previsto, permitió una permanente evaluación de la cantidad y calidad prestacional como paso previo a determinar su compensación monetaria. Se evitaba la sobreprestación del pago por actividad realizada y la subprestación típica de los sistemas capitados.

El modelo asistencial implementado posibilitaba servicios de alta calidad y capacidad resolutoria, según la exigencia de la racionalidad económica a riesgo.

El mecanismo redistributivo previsto permitió una permanente evaluación de los niveles de participación, para asegurar una compensación relacionada con la contribución de cada prestador en calidad y cantidad de servicios ofrecidos.

### **Costos de la red: Distribución de la cápita (para 91.000 afiliados)**

Los costos que debía afrontar la red para cumplir las exigencias contractuales se agruparon en centros de costos, que correspondían a las diferentes áreas. Unas eran responsables del producto final (consultas, egresos) y otras de los productos intermedios (laboratorio, radiología, anatomía patológica, endoscopías, etc.).

Para la distribución de la cápita se tuvieron en cuenta: la **población** a cubrir, las **tasas de uso** anuales del sistema y el **precio** de las prestaciones en la provincia.

En base a ello se obtenía el **monto anual** y **mensual** asignado a cada área. Finalmente, se determinaba el **monto por afiliado**, para considerar qué parte de la cápita le corresponde a cada área.

Se trataba de una estimación sugerida para las necesidades de la provincia de Tucumán . Cabe consignar que, se había incluido la atención de pacientes domiciliarios, tarea que antes fue cumplida parcialmente por los médicos de cabecera; de allí que estos últimos declinaron parte de sus haberes para dicha área. Igualmente el contrato con Pami solo consideraba en el cálculo contractual los grandes ítems y no detallaba las prácticas de las casi 20 especialidades que requiere la atención de la salud Ej espirometrías, endoscopías, anatomía patológica, etc. Esto era una falla que debía revertirse, pues debe privilegiarse al prestador que da prestaciones; aparentemente en el rubro especialistas podían o no incluirse prácticas, ya que todos los prestadores serían evaluados por igual.

En ese sentido, la obra social nunca tuvo con los afiliados un sinceramiento acerca de sus posibilidades financieras, del monto abonado a los prestadores, del costo de la salud, temas que evade para evitar quejas. El mensaje hacia los afiliados fue siempre que todo se abonaba al día y las culpas eran de los prestadores y sus formas corruptas de gerenciar. Colocar a todos en un saco común era algo que

desilusionaba a cuantos creían que una correcta administración era una salida a los problemas de la atención de la salud. Mientras en las universidades capacitaban médicos para la noble tarea de distribuir los recursos con equidad, otros solo veían en ello intermediación corrupta. Todo esto para explicar lo difícil que fue evitar la escalada de los costos, en un sistema donde la población estaba mal educada y desinformada desde su misma obra social.

A propósito de lo anterior, los prestadores nunca entendieron cómo se podían generar débitos por turnos prolongados ante una producción que superaba ampliamente las tasas sugeridas al momento de firmar los contratos. En esos casos resultaba obvio que la demanda de la población era mucho mayor que lo supuesto por el INSSJP y era necesario actualizar los montos de las cápitas.

Hoy, aparentemente se habla de pagar un adicional por superar la producción esperada, pero las unidades de medida nadie las conoce con seguridad, están sujetas a las disponibilidades del instituto, y las tasa de incentivo son muy altas para las prácticas más caras, con lo que en definitiva todo sigue igual.

Quienes prestan servicios al INSSJP, lo hacen por tener grandes necesidades económicas, y están en una incertidumbre constante acerca de la percepción de sus haberes. Ello se transmite al afiliado, que no entiende porqué es discriminado frente a otros pacientes, cuando aportó a la obra social tres décadas como mínimo. Una falla más del mercado de la salud, que entorpece su gerenciamiento.

Administrar en esas condiciones, donde ni la obra social, ni los efectores , ni los afiliados están dispuestos a cuidar los recursos, fue y será algo muy difícil.

**COSTOS POR CENTROS OPERATIVOS: distribución de la cápita para 91000 afiliados de Pami Tucumán- años 2002-2005**

Detalle	Nivel	Pob.a ción	TU. Ben/año	Practicax mes	Practicax x año	Valor práctica	Costo x mes	Costo x año	Valor cápita		
Médicos de Cabecera	I Nivel	91000	5,9341	45000	540000	3,75	168750	2025000	1,8544		
Enfermería comunitaria	I Nivel	91000	3,5565	26970	323640	0,9	24273	291276	0,2667		
Radiología directa	I Nivel	91000	0,4503	3415	40980	9	30735	368820	0,3377		
Radiología contrastadas	I Nivel	91000	0,0204	155	1860	45	6975	83700	0,0766		
Ecografía	I Nivel	91000	0,1952	1480	17760	9	13320	159840	0,1464		
Bioquímicos análisis	I Nivel	91000	4,2290	32070	384840	2,25	72157,5	865890	0,7929		
Kinesiología	I Nivel	91000	0,3956	3000	36000	3,75	11250	135000	0,1236		
Fonoaudiología	I Nivel	91000	0,0538	408	4896	3,75	1530	18360	0,0168		
										<b>3,6153</b>	<b>3,6153</b>
Consultas especialistas	II Nivel	91000	1,7995	13646	163752	7,5	102345	1228140	1,1247		
Cardiología Practica	II Nivel	91000	0,0947	718	8616	3,75	2692,5	32310	0,0296		
Mamografía	II Nivel	91000	0,0297	225	2700	33	7425	89100	0,0816		
Cirugía vascular periférica	II Nivel	91000	0,0007	5	60	1500	7500	90000	0,0824		
Ginecología y Obstetricia cirugía	II Nivel	91000	0,0059	45	540	131,25	5906,25	70875	0,0649		
Traumatología y Ortopedia practica	II Nivel	91000	0,0105	80	960	11,25	900	10800	0,0099		
Traumatología cirugía baja Complejidad	II Nivel	91000	0,0069	52	624	112,5	5850	70200	0,0643		
Traumatología cirugía	II Nivel	91000	0,0033	22	300	187,5	4687,5	56250	0,0515		
Traumatologia cirugía alta complejidad	II Nivel	91000		2	24	1500	3000	36000	0,0330		
Procedimientos artroscópicos	II Nivel	91000	0,0003	2	24	375	750	9000	0,0082		
Neurología y Neurocirugía practica	II Nivel	91000	0,0105	80	960	18,75	1500	18000	0,0165		
Neurologia practicas especiales	II Nivel	91000	0,0007	5	60	75	375	4500	0,0041		
Neurocirugía 2do. Nivel	II Nivel	91000	0,0004	3	36	300	900	10800	0,0099		
Neurologia interconsulta en internación	II Nivel	91000	0,0119	90	1080	11,25	1012,5	12150	0,0111		
Reumatología Práctica	II Nivel	91000	0,0105	80	960	11,25	900	10800	0,0099		
Gastroenterología Práctica	II Nivel	91000	0,0145	110	1320	60	6600	79200	0,0725		
Gastroenterología papilotomia endoscópica	II Nivel	91000	0,0004	3	36	600	1800	21600	0,0198		
Gastroenterología interconsulta en internación	II Nivel	91000	0,0066	50	600	11,25	562,5	6750	0,0062		
Cirugía General-Complejidad media	II Nivel	91000	0,0115	87	1044	262,5	22837,5	274050	0,2510		
Cirugía general-Complejidad baja	II Nivel	91000	0,0111	84	1008	150	12600	151200	0,1385		
Cirugia General-Complejidad alta	II Nivel	91000	0,0003	2	24	1500	3000	36000	0,0330		
Hematología práctica	II Nivel	91000	0,0158	120	1440	7,5	900	10800	0,0099		

Hemoterapia ambulatoria	Nivel II	91000	0,0042	32	384	90	2880	34560	0,0316	
Neumonología Práctica-Complejidad baja	Nivel II	91000	0,0061	46	552	18,75	862,5	10350	0,0095	
Neumonología Práctica-Complejidad alta	Nivel II	91000	0,0009	7	84	75	525	6300	0,0058	
Neumonología interconsulta en internación	Nivel II	91000	0,0073	55	660	11,25	618,75	7425	0,0068	
Cirugía toracica	Nivel II	91000	0,0003	2	24	1500	3000	36000	0,0330	
Urología Interconsulta en internación	Nivel II	91000	0,0029	22	264	11,25	247,5	2970	0,0027	
Urología y Nefrología práctica	Nivel II	91000	0,0040	30	360	33,75	1012,5	12150	0,0111	
Urología Cirugía	Nivel II	91000	0,0026	20	240	150	3000	36000	0,0330	
Urologia RTU y endourologia	Nivel II	91000	0,0011	8	96	525	4200	50400	0,0462	
Dermatología Práctica	Nivel II	91000	0,0059	45	540	11,25	506,25	6075	0,0056	
Cirugía reparadora	Nivel II	91000	0,0008	6	72	375	2250	27000	0,0247	
Nutrición interconsulta en internación	Nivel II	91000	0,0026	20	240	11,25	225	2700	0,0025	
Oftalmología prácticas-Complejidad baja	Nivel II	91000	0,0105	80	960	11,25	900	10800	0,0099	
Oftalmología prácticas-Complejidad alta	Nivel II	91000	0,0011	8	96	75	600	7200	0,0066	
Otorrino Práctica	Nivel II	91000	0,0008	6	72	26,25	157,5	1890	0,0017	
Otorrino interconsulta en internación	Nivel II	91000	0,0026	20	240	11,25	225	2700	0,0025	
Otorrinolaringología / Cirugía	Nivel II	91000	0,0007	5	60	150	750	9000	0,0082	
Oncología - practicas	Nivel II	91000	0,0152	115	1380	22,5	2587,5	31050	0,0284	
Oncología interconsulta en internación	Nivel II	91000	0,0044	33	396	11,25	371,25	4455	0,0041	
Bioquimicos Internación	Nivel II	91000	1,9201	14561	174732	2,25	32762,25	393147	0,3600	
Anestesiología	Nivel II	91000	0,0425	322	3864	112,5	36225	434700	0,3981	
Patología Practica	Nivel II	91000	0,0541	410	4920	11,25	4612,5	55350	0,0507	
	Nivel						0			3,2150
Internación Clínica	Nivel II	91000	0,1497	1135	13620	660	749100	8989200	8,2319	
Internación Quirurgica	Nivel II	91000	0,0489	371	4452	937,5	347812,5	4173750	3,8221	
	Nivel					0	0	0		12,0540
Traslados y Emergencias	Nivel II	91000	0,5577	4229	50748	22,5	95152,5	1141830	1,0456	
Extension sanatorial	Nivel II	91000	0,0352	267	3204	75	20025	240300	0,2201	
	Nivel									1,2657

16,5346

Bioquimicos III Nivel alta complejidad Ecodoppler/Holter	III Nivel	91000	0,0985	747	8964	12	8964	107568	0,0985		
	III Nivel	91000	0,0237	180	2160	56,25	10125	121500	0,1113		
Hemodinamia	III Nivel	91000	0,0050	38	456	450	17100	205200	0,1879		
CCV Central	III Nivel	91000	0,0012	9	108	9000	81000	972000	0,8901		
Angioplastias	III Nivel	91000	0,0012	9	108	2475	22275	267300	0,2448		
Colocacion de marcapasos	III Nivel	91000	0,0016	12	144	600	7200	86400	0,0791		
Neurocirugía 3er. Nivel	III Nivel	91000	0,0003	2	24	2625	5250	63000	0,0577		
Neumonología- estudio del sueno	III Nivel	91000	0,0003	2	24	375	750	9000	0,0041		
Nefrología- Hemodiálisis aguda	III Nivel	91000	0,0003	2	24	562,5	1125	13500	0,0124		
Litotricia Renal	III Nivel	91000	0,0007	5	60	1050	5250	63000	0,0577		
LIO y Vitrectomia c/ mat. Descartable	III Nivel	91000	0,0099	75	900	337,5	25312,5	303750	0,2782		
Fotocoagulación con Laser	III Nivel	91000	0,0020	15	180	187,5	2812,5	33750	0,0309		
Patología- marcadores tumorales	III Nivel	91000	0,0013	10	120	75	750	9000	0,0082		
TAC	III Nivel	91000	0,0396	300	3600	90	27000	324000	0,2967		
RMN	III Nivel	91000	0,0092	70	840	165	11550	138600	0,1269		
Densitometría osea	III Nivel	91000	0,0066	50	600	37,5	1875	22500	0,0206		
Medicina Nuclear Práctica	III Nivel	91000	0,0178	135	1620	112,5	15187,5	182250	0,1669		
Tratamiento con Yodo 131	III Nivel	91000	0,0003	2	24	600	1200	14400	0,0132		
Telecobalto terapia	III Nivel	91000	0,1055	800	9600	27	21600	259200	0,2374		
Acelerador lineal	III Nivel	91000	0,0185	140	1680	54,75	7665	91980	0,0842		
										<b>3,0068</b>	<b>3,0068</b>
											<b>23,1567</b>
gastos administrativos									0,9263		
gastos bancarios									0,2316		
										1,1578	1,1578
										<b>Total</b>	<b>24,3145</b>
										<b>cápita</b>	

**SANATORIOS**

NIVEL

Población

egresos x

egresos x

Valor

Costo x

Costo x

Cápita

			mes	año	egreso	mes	año	
<b>rivadavia,modelo,9 de julio regional,sama,racedo ,privada alternativos,famailla,c ardiosur,san luis,alberdi UCO</b>	A	91000	693	8316	915,75	634615	7615377	6,9738
	B	91000	380	4560	570	216600	2599200	2,3802
	C	91000	327	3924	427,5	139793	1677510	1,5362
		91000	115	1380 0	581,25	66844	802125	0,7345 11,6247

## **Mecanismos de contratación y formas de pago**

Se sabe que las modalidades de pago son poderosas herramientas de gestión, ya que influyen en la conducta de los prestadores y por ende en el gasto. El médico es un actor decisivo en el gasto y en la calidad asistencial; además actúa como doble agente entre el paciente y quién lo contrató. Su comportamiento dependerá en gran medida de los incentivos que se incorporen a través de su retribución, además del clima organizacional y otros que suelen considerarse.

De allí que *“la modalidad de retribución es un instrumento al servicio de los objetivos del sistema de salud”* (A. Reale).

Básicamente existen tres formas de pago al profesional que se aplicaron (cápita-salario por hora-por prestación), si bien la capitación cubrió el 97 % de los pagos. No detallaremos el pago al personal administrativo, que se realizó por acuerdos de ley a los trabajadores del comercio.

Debe aceptarse que no existe ninguna modalidad ideal, que satisfaga los intereses de todos. Se trata de buscar el mejor equilibrio posible entre costo y satisfacción de los clientes internos y externos.

Además se debe ajustar la teoría al contexto de cada región, de modo que los lineamientos generales solo son eso, y hay que dar soluciones con la oferta disponible en cada caso. Ej puedo capitar mientras tenga muchos prestadores, no así cuando solo hay uno y exige ser pagado por prestación.

Dicho esto, se explican las formas de pago de las principales áreas.

### **1- Médicos de cabecera**

Los médicos de cabecera reciben un valor capitado por su atención a los afiliados inscriptos en su padrón. Como se vió anteriormente, al comienzo los médicos de cabecera recibían un monto fijo inicial cualquiera fuera la cantidad de pacientes que tuvieran en sus padrón para ayudarles en los gastos de consultorio; a partir de allí se establecían categorías por el número de pacientes. Ello determinó que muchos no quieran recibir más enfermos y se conformaban con lo recibido, que les cubría los gastos fijos y se dedicaban a atender las otras obras sociales.

Al readecuar el modelo prestacional, se decidió pagarles estrictamente de acuerdo al número de afiliados a su padrón. Esto determinó una competencia feroz y diaria

por los pacientes, por lo que se estipularon 4 fechas anuales para los pases de médico de cabecera.

Sin embargo esto no aseguraba la calidad de la atención. Muchos actuaban como expendedores de derivaciones, recetas o estudios, para terminar cuanto antes su labor. Para revertirlo se establecen mediante los tableros de control, los perfiles de cada profesional ( padrón, derivaciones, estudios solicitados, etc) y se los compara con el de sus pares. En caso de desvíos los coordinadores tratan de alinear su conducta, suspendiéndole mientras tanto la posibilidad de inscribir nuevos pacientes, con lo que su remuneración seguramente comenzaría a bajar. De ese modo se evitan conductas más agresivas como los despidos y se mantenía el clima laboral en la red.

## **2- Especialistas**

Inicialmente recibían una cápita para atender consultas en sus consultorios, urgencias, interconsultas a internados y la realización de las prácticas de la especialidad. La gran descentralización impedía su control adecuado; eran frecuentes las quejas de los pacientes por el cobro de adicionales, por lo que se decidió crear un Centro Médico de especialistas, donde se les abonaba por hora técnica; las mismas se iban actualizando según la demanda de cada profesional. De ese modo se suspendió en gran parte el cobro de adicionales.

Sin embargo esto también generó un comportamiento oportunista al demorar la atención de cada paciente, llamar al mismo paciente indefinidas veces para simplificar su tarea y exigir más horas de atención, entre otras.

Para evitarlo se construyó también mediante tableros de control el perfil de dicho profesional para compararlo con el de sus pares en la especialidad. Los indicadores como consultas por primera vez o consultas/hora, antes citados ayudan en ello.

Las especialidades quirúrgicas atienden en los sanatorios, y deben presentar estadísticas en respaldo de su atención.

La distribución de los especialistas en toda la provincia no es tan sencilla como la de los médicos de cabecera, ya que la oferta de profesionales es menor y la mayoría reside en las principales ciudades. Por otra parte, la demanda por especialidad es escasa, de modo que lo ideal es compartir el recurso disponible entre localidades y/o instituciones. Esa fue una de las ventajas principales del trabajo en red. Se debn

construir redes por especialidad, de modo que se cubran las necesidades de todo el territorio. En esta tarea, lo fundamental es responder a las necesidades de la población y no hay normas estrictas, ya que la demanda tiene perfiles particulares según los distintos departamentos de la provincia. El monitoreo permanente de la demanda, a través del registro informático de las derivaciones de los médicos de cabecera, las demoras en los turnos de las especialidades, entre otros indicadores permiten evaluarla.

Con respecto a la remuneración, al compartir especialistas entre varias áreas se debe tener en cuenta el costo de traslado en tiempo y movilidad, para remunerar apropiadamente.

### ***3- Sanatorios: Hacia una correcta evaluación del producto sanitario***

¿Cómo medir adecuadamente el producto de los sanatorios de la red? ¿Bastan los datos estadísticos tradicionales? Sería sencillo considerar el nº de egresos y abonar en función del mismo. Sin embargo, cada uno de ellos engloba situaciones muy dispares que deben considerarse para ser equitativos.

No es lo mismo un egreso de 10 días en UTI que otro en piso. No es igual un egreso quirúrgico que otro clínico. No considerar eso significa perder la oportunidad de comenzar a evaluar la eficiencia técnica y calidad prestacional.

Debe tenerse en cuenta además, la complejidad que cada sanatorio ha ofrecido y no solo la que declaró poseer de acuerdo a sus recursos físicos y humanos, para remunerar con justicia.

Además debe incentivarse la innovación organizacional para ofrecer más eficiencia; si vale más un egreso donde al paciente se lo tuvo internado 15 días sin necesidad, que otro donde se estudió y trató al paciente en 5 días solucionando su problema, se estaría pagando la ineficiencia. Asociar cantidad de egresos y solo días de estada con eficiencia es un error.

Tener en cuenta solo los datos de letalidad, en una población geronte, no indica la calidad prestacional ofrecida. Que un sanatorio tenga mayores cifras de mortalidad no significa que brinde atención de calidad menor, sino justamente que atendió los casos mas complejos.

Por lo tanto, tener en cuenta solo las estadísticas tradicionales convierte al núcleo de la red en un comprador pasivo de servicios, ya que no conoce lo que compra (especificidad del producto), ni su valor por unidad (costo), como tampoco las características del proceso de atención (calidad, eficacia). Esto generaría asimetría de información a favor de los efectores donde cada uno busca maximizar los beneficios, ofreciendo menos y de mala calidad.

Hay quienes proponen como alternativa evaluar por GRD, lo cual es difícil tratándose de adultos mayores con múltiples patologías combinadas, aunque no puede desaconsejarse su uso. En la empresa se elaboró como alternativa más adecuada a la realidad de los ancianos de Tucumán, por su mayor deterioro ante la crisis económica, un nomenclador propio considerando los costos promedio de los egresos tipo que combinaban diversas patologías de este grupo etéreo. Recordemos además que en los gerontes es muy frecuente el “ efecto cascada”, donde una patología arrastra a otra provocando la descompensación del paciente; un solo diagnóstico es poco frecuente.

Ciertamente el considerar los días como unidad de medida puede determinar que se prolonguen internaciones innecesariamente, pero ningún sistema es perfecto y se requiere la supervisión de los auditores de terreno, aceptados por toda la red, para certificar la calidad prestacional de cada institución.

Para el diseño del ***Nomenclador de la UTE*** se requirió un acopio de información durante años para determinar los egresos tipo, sus costos de facturación y su correcta asociación. En base a los mismos se obtuvo un valor promedio, que serían las unidades monetarias a considerar. Los egresos más costosos se compensan con los de costo inferior; todo ajustado por la frecuencia en que se presentan.

Tiene como ventaja facilitar la tarea de evaluación al agrupar los egresos en bandas, de modo que su categorización es inmediata, evitando pérdida de tiempo en largas facturaciones.

El Nomenclador de la Red Provincial de Salud (ver anexos) clasifica los egresos en :

\_ *Clinicos* : con o sin días de UTI, estipulando diferentes subgrupos de acuerdo al nº de días. Así existen: C2 (con o sin UTI), C3 ( con o sin UTI), C4 (a, b, d). Cada uno de ellos con un puntaje de unidades que corresponden al costo promedio estipulado.

\_Quirúrgico: se determinan cuatro grupos según el gasto quirúrgico, a saber: Q1, Q2, Q3 y Q4, también con unidades crecientes que corresponden a los costos promedio de los egresos quirúrgicos tipo.

En cada egreso se contempla el gasto, honorarios de médicos generalistas o terapistas, prácticas de laboratorio- radiología –ecografías, además de medicamentos y descartables. No están incluidos los especialistas que se comparten y pagan desde el nivel central.

Estos egresos son categorizados por auditores de terreno y los coordinadores de cada sanatorio; luego se procesan en el centro de coordinación, donde se analizan en cantidad y calidad, y son presentados mensualmente a los diferentes sanatorios. De esa manera se obtiene un perfil de cada institución, se la compara con las restantes de su complejidad y se la evalúa para ajustar sus valores capitados.

#### **4- Centros de diagnóstico y tratamiento**

La contratación de los centros de diagnóstico y tratamiento, se realiza en forma capitada teniendo en cuenta las tasas de uso del sistema anuales.

Estos valores se actualizan permanentemente para evitar desfasajes entre demanda y oferta, que pueden generar denuncias y posteriores multas.

Es necesario tener cautela al efectuar pagos por prestaciones fuera de la cápita, ya que en esos casos se estimula el consumo desde los mismos centros de estudio. En esos casos el perfil del médico solicitante, el tener prestadores alternativos para desalentar al primero, el pago inferior por el segundos estudios pueden ayudar a prevenir la autogeneración de la demanda.

**Por fuera de la cápita** se presentan algunos egresos de alto costo, cuya normatización debe cumplirse estrictamente, para ser abonados con el fondo de reserva general para situaciones de emergencia o catástrofe. De este modo la red cumple su función de solidarizarse con aquel sanatorio que debe afrontar situaciones de costos excesivos. En igual situación se encuentra la sección de *medicamentos de alto costo*, con los que la red actúa en forma.

También fuera de cápita se encuentran algunos *prestadores, que no aceptaron ser capitados* Ej Sociedad de Anestesiología, que funciona como un grupo monopólico que cobra por prestación.

Los *débitos* del sistema también son un monto variable, y se trata de que sean trasladados a sus responsables, no en forma individual (por su excesivo valor, ej 20.000 a médicos cabecera por no cumplir horarios) sino grupal. De ese modo se mantiene la tarea de equipo, se evitan tensiones aunque en cada área se discute tal situación con su responsable y su castigo.

Tampoco debemos olvidar que el análisis de desempeño puede modificar la participación de cada área en el valor de la cápita; podemos decir entonces, que *a pesar de tener capitada la casi totalidad del sistema, los costos son variables por estar sujetos al análisis de desempeño de los efectores.*

## **Monitoreo de los costos**

Los principales registros e indicadores de la perspectiva financiera han sido nombrados en el capítulo anterior e incluidos en los cuadros de mando; los mismos deben evolucionarse a través del tiempo para observar las tendencias. ***Gastos por área, costos por consulta , costos por egresos, costos por productos intermedios, costos por niveles , costos por pacientes postrados, y muchos otros*** pueden calcularse si se cuenta con el soporte informático adecuado.

Toda la cápita, salvo un monto mínimo que aportan los sanatorios para que las situaciones de emergencia (egresos de alto costo, medicamentos de alto costo, superación del n<sup>a</sup> de estudio por variaciones estacionales, etc) está distribuida. De modo que todo adicional (debitos) debe sustraerse a alguien y exige una ***presencia constante*** de los ámbitos decisorios para dar soluciones en tiempo y forma, evitando paralizar el sistema.

Los costos totales deben analizarse ***mensualmente y observar su evolución a través del tiempo.*** De ese modo se preserva la salud financiera del sistema, ya que una cápita desactualizada puede comprometer el futuro de todos.

Para ello debe efectuarse un cuidadoso monitoreo de : ***variaciones del padrón de beneficiarios, de las tasas de uso del sistema y de los precios de las prestaciones*** en la provincia. Las variaciones en cualquiera de estos factores determina modificaciones en el costo unitario de cada centro de costo y por ende de la cápita total.

Esta situación debe atenderse de inmediato, pues de no hacerlo, los efectores trasladan los costos al afiliado (turnos prolongados, aranceles diferenciales, etc.) si se encuentran mal remunerados. Si se da la situación opuesta, el núcleo de la red debe ajustar los valores a la producción realizada y no simplemente a la contratada; seguramente quién subpresta, trae como consecuencias débitos que deben trasladarse al área responsable. En realidad, conociendo las reglas de juego del sistema la subprestación no se dio casi nunca; por el contrario el mantener las prestaciones con valores deprimidos de la cápita exigió un gran esfuerzo para mantener a todos aliados con la red.

Además como es sabido, en economía todo se resuelve por precio o cantidad ( $P \cdot Q = I$ ); los ingresos se mantuvieron deprimidos durante 10 años, por lo que el precio de las prestaciones, también lo estuvo; la única alternativa de mantener la ecuación en lo inmediato es controlar la cantidad de prestaciones mediante una correcta gestión de la demanda y oferta de servicios. De allí, que ***en un sistema capitado el tablero operativo con los indicadores de gestión es el que indirectamente nos marca los costos.***

Los cuadros de mando operativos, actualizados semanalmente (ver tablero operativo semanal en capítulo anterior), van informando la producción y serán la herramienta clave para prevenir desfasajes con sus consecuencias económicas entre otras. Toda caída o ascenso de producción debe ser una alarma que obligue a investigar las posibles causas, antes que se traduzcan en aumentos desmedidos de los costos. Guiarse solo por indicadores financieros pone a todos frente a hechos consumados. Monitorear la gestión es tener una actitud preventiva.

De ese modo costos es una herramienta importante pero no la única para gerenciar una red capitada.

## CAPITULO XV

### CONSIDERANDO LA PERSPECTIVA DEL CLIENTE: EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA RED EN LA SALUD DEL AFILIADO Y DE LA RED

**¿Basta solo evaluar la efectividad clínica? ¿Es suficiente controlar los costos?  
¿La red fue salutogénica para si misma?¿Cuál fue el impacto en la salud de los afiliados?**

#### **Necesidad de evaluar la red**

Hasta aquí se ha diseñado, implementado y controlado la red para los afiliados del INSSJP en Tucumán, sin embargo la propuesta quedaria incompleta si no se evalúan sus resultados y consecuencias sobre la salud de la población. Las mismas no solo deben favorecer a los efectores, sino sobre todo a los afiliados del Instituto, razón de ser de la misma. Ello ofrecerá más garantías de seguridad a quienes intentan continuar el contrato con la obra social.

***Es necesario volver al comienzo de esta historia: satisfacer a los afiliados, prestadores, financiadores.***

#### **Existen dos alternativas:**

- 1) Atender a los adultos mayores mediante un amplio conjunto de efectores ,que cubran la demanda espontánea.
- 2) Hacerlo mediante una red que integre la oferta, con todas las características de reciprocidad, flexibilidad y resolutividad que las caracteriza, para poder ofrecer continuidad de cuidados y preservar la funcionalidad de los adultos mayores.

Se deben analizar los costos y las consecuencias de ambas alternativas, para tomar partido por la más conveniente.

#### **Costos de la red**

Se consideraron anteriormente los costos por áreas, estipulándose la participación de cada área en la cápita, de acuerdo a la población-tasas de uso-precio de las prestaciones en la provincia.

A pesar de haber capitado casi toda la red se adoptaron medidas para evaluar el desempeño y asegurar una remuneración justa a cada uno de acuerdo a su producción.

Sin embargo lograr que el presupuesto se cumpla o remunerar adecuadamente no son garantía de estar ofreciendo buenos servicios. Es necesario relacionar los costos con los resultados y las consecuencias (impacto) de la implementación de la red, para evaluar su conveniencia como alternativa en la gestión de salud de la tercera edad.

Dado que la cápita del INSSJP no presentó grandes variaciones entre los años 2002 y 2005, tomaremos un valor fijo. El mismo alcanzaba los 24,41 pesos por afiliado. Dicho ingreso se desagregó para el pago de los diferentes prestadores, como vimos en el capítulo anterior.

## **Costos y resultados de la implementación de la red**

Se consideran resultados los productos finales e intermedios de la red. Entre los primero: consultas de médicos de cabecera y especialistas, egresos de los diferentes sanatorios y unidades cardiológicas. Entre los segundos: estudios de laboratorio, imágenes (radiología simple y contrastada, ecografías, TAC, RMN, Medicina Nuclear, etc).

A continuación se presentan los resultados del promedio de dos años de la gestión de la red (2004 y 2005) y se comparan con el de los dos años previos (2004 y 2005) de la agrupación de prestadores que existía anteriormente.

Se trata de un cuadro donde se relaciona Producción y Costos, en dichos períodos. La población se toma con un valor fijo, dado que las variaciones de padrón fueron poco significativas.

En la primera columna se describen las distintas prestaciones por niveles de complejidad; algunas de ellas solo se implementaron en la red (ej enfermería comunitaria, procedimientos artroscópicos, alta complejidad traumatológica). En la

segunda columna se consigna el nivel de complejidad de las mismas. En cada una de las siguientes columnas se diferencian los dos períodos que se van a comparar.

Las tercera y cuarta columna muestran las tasas de uso en ambos períodos; las columnas quinta y sexta indican la producción de dichos períodos; las séptima y octava determinan los valores de las prestaciones; la columna novena nos muestra el costo anual, que es el mismo para ambos períodos dado que la cápita no varió.

Finalmente, la décima columna indica el beneficio potencial o costo de oportunidad que obtiene cada área, al haber disminuido la demanda por la innovación organizativa del sistema. La misma se calcula de la siguiente forma: la diferencia de producción entre ambos períodos se multiplica por su costo unitario para obtener el valor ahorrado.

Como puede verse en el cuadro, las tasas de uso del primer período fueron más elevadas, especialmente en el primer nivel, confirmando el impacto de la crisis económicosocial en la salud de los adultos mayores durante los años 2002 y 2003. Esto determinó un valor deprimido de los costos unitarios ya que los ingresos totales no habían variado. Así, el valor de la consulta del médico de cabecera alcanzaba solo 3,26 pesos en el 2002-2003 por la explosión de la demanda, y ascendió a 3,75 pesos en 2004-2005 como consecuencia del reordenamiento de la empresa.

En los niveles II y III también ocurrió lo mismo, pero los datos estadísticos no lo evidenciaban porque los prestadores utilizaban listas de espera una vez que superaban su tasa de uso estimativa. No resignaron nunca el valor de las prestaciones salvo situaciones de excepción. Los turnos prolongados fueron motivo de denuncias y posteriores débitos a los prestadores, pero ese es otro tema.

Luego de implementar la red, al direccionar la demanda y reorganizar la oferta, las tasas de uso bajaron. Esto significó un gran alivio para los prestadores, quienes incrementaron su confianza en el sistema.

En realidad el ingreso fue igual, pero la disminución de prácticas, sin haber disminuido la calidad como se verá más adelante, se tradujo en reducción de los costos monetarios. El mismo fue bastante elevado y confirmó las ventajas del trabajo en redes. No solo se consiguió contener la demanda sino lograr mayores márgenes de ganancia.

Asimismo se observa que el ahorro obtenido por evitar costos de mala calidad, permitió dar otras prestaciones que crearon valor para la empresa. Ej enfermería comunitaria, cirugía endourológica, cirugía de columna vertebral, entre otras.

Además, el disponer de tiempo libre permitió destinarlo a la atención de las otras obras sociales (costo de oportunidad).

De ese modo el beneficio fue múltiple. Los afiliados se beneficiaron con prestaciones inmediatas y un menú prestacional más amplio. Los prestadores fueron favorecidos con el ahorro de tiempo, dinero y esfuerzos al evitar duplicaciones y prestaciones innecesarias.

**PRODUCCIÓN-COSTOS - Red de salud para Pami Tucumán- años 2002-2005**

Producto final o intermedio	Nivel	TU.	TU.	Practicax	Practicax	Valor práctica	Valor práctica	Costo x año	Benef(DifPráct.
		Ben/año	Ben/año	año	año	2002-2003	2004-2005		*Valoractual)
		2002-2003	2004-2005	2002-2203	2004-2205	2002-2003	2004-2005		
<b>Médicos de Cabecera</b>	I Nivel	6,8312	5,9341	621639	540000	3,26	3,75	2025000	306147
<b>Enfermería comunitaria</b>	I Nivel		3,5565		323640		0,9	291276	-291276
<b>Radiología directa</b>	I Nivel	0,5301	0,4503	48239	40980	7,65	9	368820	65331,9
<b>Radiología contrastadas</b>	I Nivel	0,0302	0,0204	2748	1860	30,46	45	83700	39969
<b>Ecografia</b>	I Nivel	0,2123	0,1952	19319	17760	8,27	9	159840	14033,7
<b>Bioquímicos análisis</b>	I Nivel	6,0123	4,2290	547119	384840	1,58	2,25	865890	365128,425
<b>Kinesiología</b>	I Nivel	0,4502	0,3956	40968	36000	3,30	3,75	135000	18630,75
<b>Fonoaudiología</b>	I Nivel	0,0612	0,0538	5569	4896	3,30	3,75	18360	2524,5
<b>Consultas especialistas</b>	II Nivel	2,3147	1,7995	210638	163752	5,83	7,5	1228140	351642,75
<b>Cardiología Practica</b>	II Nivel	0,1018	0,0947	9264	8616	3,49	3,75	32310	2429,25
<b>Mamografía</b>	II Nivel	0,0301	0,0297	2739	2700	32,53	33	89100	1290,3
<b>Cirugía vascular periférica</b>	II Nivel	0,0087	0,0007	792	60	113,68	1500	90000	1097550
<b>Ginecología y Obstetricia cirugía</b>	II Nivel	0,0081	0,0059	737	540	96,15	131,25	70875	25869,375
<b>Traumatología y Ortopedia practica</b>	II Nivel	0,0211	0,0105	1920	960	5,62	11,25	10800	10801,125
<b>Traumatología cirugía baja Complejidad</b>	II Nivel	0,0172	0,0069	1565	624	44,85	112,5	70200	105885
<b>Traumatología cirugía media Compl</b>	II Nivel	0,0135	0,0033	1229	300	45,79	187,5	56250	174093,75
<b>Traumatologia cirugía alta complejidad</b>	II Nivel		0,0030		24		1500	36000	-36000
<b>Procedimientos artroscópicos</b>	II Nivel		0,0003		24		375	9000	-9000
<b>Neurología y Neurocirugía practica</b>	II Nivel	0,0125	0,0105	1138	960	15,82	18,75	18000	3328,125
<b>Neurologia practicas especiales</b>	II Nivel	0,0008	0,0007	73	60	61,81	75	4500	960
<b>Neurocirugía 2do. Nivel</b>	II	0,0028	0,0004	255	36	42,39	300	10800	65640

	Nivel								
	II								
<b>Neurología interconsulta en internación</b>	Nivel	0,0311	0,0119	2830	1080	4,29	11,25	12150	19688,625
	II								
<b>Reumatología Práctica</b>	Nivel	0,0315	0,0105	2867	960	3,77	11,25	10800	21448,125
	II								
<b>Gastroenterología Práctica</b>	Nivel	0,0253	0,0145	2302	1320	34,40	60	79200	58938
	II								
<b>Gastroenterología papilotomía endoscópica</b>	Nivel	0,0004	0,0004	36	36	593,41	600	21600	240
<b>Gastroenterología interconsulta en internación</b>	Nivel	0,0171	0,0066	1556	600	4,34	11,25	6750	10756,125
	II								
<b>Cirugía General- Complejidad media</b>	Nivel	0,0208	0,0115	1893	1044	144,79	262,5	274050	222810
	II								
<b>Cirugía general-Complejidad baja</b>	Nivel	0,0185	0,0111	1684	1008	89,81	150	151200	101325
	II								
<b>Cirugía General- Complejidad alta</b>	Nivel	0,0015	0,0003	137	24	263,74	1500	36000	168750
	II								
<b>Hematología práctica</b>	Nivel	0,0163	0,0158	1483	1440	7,28	7,5	10800	324,75
	II								
<b>Hemoterapia ambulatoria</b>	Nivel	0,0075	0,0042	683	384	50,64	90	34560	26865
	II								
<b>Neumonología Práctica- Complejidad baja</b>	Nivel	0,0161	0,0061	1465	552	7,06	18,75	10350	17120,625
	II								
<b>Neumonología Práctica-Complejidad alta</b>	Nivel	0,019	0,0009	1729	84	3,64	75	6300	123375
	II								
<b>Neumonología interconsulta en internación</b>	Nivel	0,016	0,0073	1456	660	5,10	11,25	7425	8955
	II								
<b>Cirugía torácica</b>	Nivel	0,0004	0,0003	36	24	989,01	1500	36000	18600
	II								
<b>Urología Interconsulta en internación</b>	Nivel	0,0041	0,0029	373	264	7,96	11,25	2970	1227,375
	II								
<b>Urología y Nefrología práctica</b>	Nivel	0,0061	0,0040	555	360	21,89	33,75	12150	6584,625
	II								
<b>Urología Cirugía</b>	Nivel	0,0031	0,0026	282	240	127,61	150	36000	6315
	II								
<b>Urología RTU y endourología</b>	Nivel		0,0011		96		525	50400	-50400
	II								
<b>Dermatología Práctica</b>	Nivel	0,0151	0,0059	1374	540	4,42	11,25	6075	9383,625
	II								
<b>Cirugía reparadora</b>	Nivel	0,0016	0,0008	146	72	185,44	375	27000	27600
	II								
<b>Nutrición interconsulta en internación</b>	Nivel	0,0031	0,0026	282	240	9,57	11,25	2700	473,625
	II								
<b>Oftalmología prácticas- Complejidad baja</b>	Nivel	0,0208	0,0105	1893	960	5,71	11,25	10800	10494
	II								
<b>Oftalmología prácticas-Complejidad alta</b>	Nivel	0,0023	0,0011	209	96	34,40	75	7200	8497,5
<b>Otorrino Práctica</b>	II	0,0009	0,0008	82	72	23,08	26,25	1890	259,875

	Nivel								
	II								
<b>Otorrino interconsulta en internación</b>	Nivel	0,003	0,0026	273	240	9,89	11,25	2700	371,25
	II								
<b>Otorrinolaringología / Cirugía</b>	Nivel	0,0008	0,0007	73	60	123,63	150	9000	1920
	II								
<b>Oncología - practicas</b>	Nivel	0,0185	0,0152	1684	1380	18,44	22,5	31050	6828,75
	II								
<b>Oncología interconsulta en internación</b>	Nivel	0,0053	0,0044	482	396	9,24	11,25	4455	970,875
	II								
<b>Bioquímicos Internación</b>	Nivel	2,3201	1,9201	211129	174732	1,86	2,25	393147	81893,475
	II								
<b>Anestesiología</b>	Nivel	0,0521	0,0425	4741	3864	91,69	112,5	434700	98673,75
	II								
<b>Patología Practica</b>	Nivel	0,0602	0,0541	5478	4920	10,10	11,25	55350	6279,75
	II								
<b>Internación Clínica</b>	Nivel	0,1893	0,1497	17226	13620	521,83	660	8989200	2380158
	II								
<b>Internación Quirurgica</b>	Nivel	0,0531	0,0489	4832	4452	863,75	937,5	4173750	356343,75
	II								
<b>Traslados y Emergencias</b>	Nivel	0,7521	0,5577	68441	50748	16,68	22,5	1141830	398094,75
	II								
<b>Extension sanatorial</b>	Nivel	0,0532	0,0352	4841	3204	49,64	75	240300	122790
	III								
<b>Bioquímicos III Nivel alta complejidad</b>	Nivel	0,101	0,0985	9191	8964	11,70	12	107568	2724
	III								
<b>Ecodoppler/Holter</b>	Nivel	0,0351	0,0237	3194	2160	38,04	56,25	121500	58168,125
	III								
<b>Hemodinamia</b>	Nivel	0,006	0,0050	546	456	375,82	450	205200	40500
	III								
<b>CCV Central</b>	Nivel	0,0013	0,0012	118	108	8216,40	9000	972000	92700
	III								
<b>Angioplastias</b>	Nivel	0,0013	0,0012	118	108	2259,51	2475	267300	25492,5
	III								
<b>Colocacion de marcapasos</b>	Nivel	0,0017	0,0016	155	144	558,50	600	86400	6420
	III								
<b>Neurocirugía 3er. Nivel</b>	Nivel	0,0004	0,0003	36	24	1730,77	2625	63000	32550
	III								
<b>Neumonologia- estudio del sueno</b>	Nivel	0,0004	0,0003	36	24	123,63	375	4500	4650
	III								
<b>Nefrología- Hemodiálisis aguda</b>	Nivel	0,0004	0,0003	36	24	370,88	562,5	13500	6975
	III								
<b>Litotricia Renal</b>	Nivel	0,0008	0,0007	73	60	865,38	1050	63000	13440
	III								
<b>LIO y Vitrectomia c/ mat. Descartable</b>	III	0,0101	0,0099	919	900	330,49	337,5	303750	6446,25



## **Consecuencias o impacto de la atención ofrecida**

Desde el comienzo se aplicaron diversas técnicas para comprobar los resultados estadísticos de la red. Pero ¿solo eso basta? ¿es suficiente analizar la estructura, los procesos o los resultados para asegurar que la atención de los ancianos es buena?

Los indicadores estructurales suelen ser fáciles de medir, pero tener una excelente estructura no garantiza que sea utilizada para dar buena prestación. Igualmente el cumplimiento de las normas de procedimientos favorece la buena atención, pero en este grupo etéreo las variables en juego son tantas que no cabrían en los distintos manuales. Si se controlan solo los resultados se cae en el peligro de calificar mal a los prestadores; ej: tener tasas de letalidad mayores que otros grupos etéreos es común en los ancianos. Conviene recordar que las estadísticas del sistema fueron siempre buenas, pero la población no se sentía satisfecha con la misma. No se puede gerenciar salud detrás de un escritorio y leyendo solo números generados por los mismos prestadores. Es necesario prestar oídos a la opinión de los que reciben el servicio. Se deben escuchar todas las campanas.

La complejidad de los problemas de salud de una población vieja hace difícil controlar solo con los indicadores tradicionales; ellos más bien sirven para monitorizar a los efectores. Ej tener alto porcentaje de reinternaciones es muy malo en la población joven, pero en los adultos mayores es de esperar tenerlas.

### ***No es lo mismo resultados que consecuencias de la atención médica***

Buenos parámetros para medir las consecuencias o impacto de las prestaciones en la salud de los ancianos son: satisfacción, nivel de funcionalidad, autopercepción del estado de salud y las medidas de cuidados clínicos.

La evaluación de un reducido número de trazadores, relacionados con las necesidades básicas y problemas inherentes a la vejez ( alimentación- vivienda- aseo- actividades sociales- soledad- etc), condiciones médicas, adaptación y otros permitirán tener un cuadro completo del estado de la población.

En ese sentido la herramienta utilizada por la red para **evaluar el riesgo de declinación funcional** (Encuesta de Evaluación de Riesgo de Declinación Funcional), resume gran parte de esos trazadores.

Con respecto a las condiciones médicas se escogen algunas **enfermedades llamadas trazadoras** para cuantificar el impacto de la red. Ellas pasaron a formar parte de la encuesta citada, cuya aplicación es anual. Cabe consignar que un trazador es una condición . problema o enfermedad, identificable, fácil de diagnosticar, relevante y de alta prevalencia relacionada significativamente con la capacidad funcional y el bienestar del anciano. En la encuesta se incluyen: deterioro cognitivo, incontinencia urinaria, caídas, trastornos de la marcha; se agregan como patologías prevalentes: HTA, diabetes, demencia senil, Parkinson, EPOC, infecciones urinarias, ACV, artrosis, neoplasias, entre otras.

Es necesario escoger los trazadores, normatizar el procedimiento correcto para su manejo y darlo a conocer a todos. Luego, establecer el o los criterios positivos a tomar en cuenta ( o los negativos que deben evitarse), los rangos de resultados que se puedan dar, la escala de calificación para cada rango y los niveles de satisfacción o estándares esperados.

A continuación se establecerá lo pertinente para la recolección, procesamiento y análisis de los datos obtenidos.

En resumen: las medidas de cuidado clínico (trazadores), la evaluación del riesgo de declinación funcional y la satisfacción del anciano son parámetros que permiten medir el impacto de la atención médica en los adultos mayores.

#### **- Enfermedades trazadoras**

En el siguiente cuadro se resumen las enfermedades escogidas y las unidades de efectividad. Las enfermedades escogidas fueron: hipertensión arterial, diabetes, artrosis y trastornos alimentario, por ser las que más afectaban a la población en esos años. Las unidades de efectividad se refieren a aspectos: prevención, adhesión al tratamiento, efectos positivos logrados y negativos evitados.

Dado que estamos evaluando múltiples efectos se los ha **calificado de 0,1 a 0,4 y se los multiplica por el nº de encuestados** que cumplan ese criterio; así se obtiene una **calificación parcial**; posteriormente se **pondera dicha calificación en función de la frecuencia de la enfermedad entre la población** de adultos

mayores, para tener un dato más real del peso de dicha enfermedad en la salud de la población.

***Impacto de la red en la salud de los afiliados del Pami en Tucumán***

<b>Prevención</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>Efectos positivos</b>	<b>Sin efectos negativos</b>	<b>Pond. por frecuencia</b>	<b>Unidad de efectividad</b>
<i>Hipertensión Arterial</i>					
Control cada 2 meses * <b>0,1</b>	Dieta, medicación * <b>0,2</b>	T arterial: <120/80mmhg * <b>0,3</b>	Sin crisis, IAM, ACV * <b>0,4</b>	0,55	
<i>Diabetes</i>					
Glucemia anual * <b>0,1</b>	Dieta, actividad física, medicación * <b>0,2</b>	Glucemia < 120 mg % * <b>0,3</b>	Sin crisis hiper o hipoglucemia Retinopatía Arteriopatía Nefropatía * <b>0,4</b>	0,25	
<i>Artrosis</i>					
Actividad física * <b>0,1</b>	Actividad física FKT Analgésicos uso cauteloso * <b>0,2</b>	Actividad física Socialmente Involucrado * <b>0,3</b>	Sin disminución capacidad funcional * <b>0,4</b>	0,41	

<i>Malnutrición</i>					
Peso cada 4 Meses *	Dieta hipo o hipercalórica Suplementos *	Índice masa Corporal <20% *	Sin obesidad Caquexia *	0,35	
<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>		
				1,76*	

Elaboración propia

\* No suma 1 por la superposición de patologías en un mismo paciente.

**- Riesgo de declinación funcional,**

Riesgo según encuesta	Nº de encuestados	Ponderación	Unidades de Utilidad (Nºencuestados*P)
No vulnerable		0,4	
Vulnerable, riesgo 0		0,3	
Vulnerable, riesgo 1		0,2	
Vulnerable, riesgo 2		0,06	
Vulnerable, riesgo 3		0,04	
	Totales	1	

Elaboración propia

**Costo y consecuencias: Evaluación Económica del Impacto de la red en la salud de los afiliados del INSSJP- Indicadores**

### **- Costo-efectividad del impacto de la red**

Las alternativas de atender o no en redes ocurren en este caso dentro de un sistema capitado, por lo que los costos de contratar las prestaciones desde el núcleo de la red son los mismos.

La efectividad en la salud de la población se mide por las enfermedades trazadoras escogidas y evaluadas como se explicó. Los datos se obtuvieron de preguntas agregadas a la Encuesta de Evaluación de Riesgo Funcional, realizada en el año 2003 en los consultorios de los médicos de cabecera, como un requisito para aprobar el Curso de Capacitación Anual, como antes se explicó. Cada profesional debía realizar la encuesta a todos los afiliados que concurrían en un período de 6 meses. La muestra alcanzó casi 10.000 afiliados correspondientes a los aproximadamente 200 médicos de cabecera; los mismos ingresaron a una base de datos desde donde se extrajo la información que sirvió para evaluar la situación anterior a la implementación de la red. En el años siguientes los datos se obtuvieron de dicha encuestas realizadas por supervisores de atención médica de la empresa en distintos consultorios y centros de atención al público, tomando una muestra similar en cantidad y durante igual período de tiempo; las planillas estadística presentadas mensualmente por los médicos de cabecera en el departamento de estadísticas de la red, sirvieron para obtener algunos datos.

No es intención aplicar el rigor científico de un estudio epidemiológico, sino solo mostrar una tendencia favorable o desfavorable para la toma de decisiones de la empresa. Es sabido que en las evaluaciones económicas los datos de efectividad se obtienen de trabajos randomizados y controlados para tener mayor validez; en este caso tales datos no existen en literatura disponible, ya que es escasa la investigación en el campo de la tercera edad. Además es necesario averiguar lo que pasa en la realidad de la provincia de Tucumán.

### **Efectividad de la Red medida por Enfermedades Trazadoras- año 2003**

<b>Trazadora</b>	<b>Población contesta afirmativo</b>	<b>Factor efectividad unitario</b>	<b>Efectividad parcial</b>	<b>Ponderación por frecuencia</b>	<b>Efectividad total</b>
------------------	--	--	--------------------------------	---	------------------------------

<b>HTA</b>					
Control c/2meses	1587	0,1	158,7	0,55	87,3
Dieta y medicación	1385	0,2	277	0,55	152,4
Tarterial < 120/80mmhg	851	0,3	255,3	0,55	140,4
Sin crisis, IAM, ACV	374	0,4	149,6	0,55	82,3
<b>DBT</b>					
Glucemia anual	5612	0,1	561,2	0,25	140,3
Dieta, actividad física, medicación	741	0,2	148,2	0,25	37,1
Glucemia < 120 mg %	421	0,3	126,3	0,25	31,6
Sin crisis hiper o hipoglucemia Retinopatía Arteriopatía Nefropatía	251	0,4	100,4	0,25	25,1
<b>Artrosis</b>					
Actividad física	1288	0,1	128,8	0,41	52,8

Actividad física FKT Analgésicos uso	1245	0,2	249	0,41	102,1
Actividad física Socialmente activo	548	0,3	164,4	0,41	67,4
Sin disminución capacidad funcional	345	0,4	138	0,41	56,6
<b>Malnutrición</b>					
Peso cada 4 Meses	789	0,1	78,9	0,35	27,6
Dieta hipo o hipercalórica Suplementos	358	0,2	71,6	0,35	25,1
Indice masa Corporal <20%	3599	0,3	1079,7	0,35	377,9
Sin obesidad O caquexia	3224	0,4	1293,6	0,35	452,8
				<b>Totales</b>	<b>1858,6</b>

Elaboración propia en base datos Aces Tucumán

**Efectividad de la Red medida por Enfermedades Trazadoras-Promedio años 2004- 2005**

<b>Trazadora</b>	<b>Población contesta afirmativo</b>	<b>Factor efectividad unitario</b>	<b>Efectividad total</b>	<b>Ponderación por frecuencia</b>	<b>Efectividad total</b>
<b>HTA</b>					
Control c/2meses	2689	0,1	268,9	0,55	147,9
Dieta y medicación	1968	0,2	393,6	0,55	216,5
Tarterial < 120/80mmhg	1289	0,3	386,7	0,55	212,7
Sin crisis, IAM, ACV	502	0,4	200,8	0,55	110,4
<b>DBT</b>					
Glucemia anual	7589	0,1	758,9	0,25	189,7
Dieta, actividad física, medicación	1157	0,2	231,4	0,25	57,9
Glucemia < 120 mg %	689	0,3	206,7	0,25	51,7
Sin crisis hiper o hipoglucemia Retinopatía	345	0,4	138	0,25	34,5

Arteriopatía					
Nefropatía					
<b>Artrosis</b>					
Actividad física	1987	0,1	198,7	0,41	81,5
Actividad física FKT Analgésicos uso	1746	0,2	349,2	0,41	143,2
Actividad física Socialmente activo	754	0,3	226,2	0,41	92,7
Sin disminución capacidad funcional	510	0,4	204	0,41	83,6
<b>Malnutrición</b>					
Peso cada 2 Meses	1254	0,1	125,4	0,35	43,9
Dieta hipo o hipercalórica Suplementos	689	0,2	137,8	0,35	48,2
Indice masa Corporal <20%	5412	0,3	1623,6	0,35	568,3

Sin obesidad	4251	0,4	1700,4	0,35	595,1
Caquexia					
				<b>Totales</b>	<b>2677,8</b>

Elaboración propia en base datos Aces Tucumán

### **Costo-Efectividad de la red en la salud de los afiliados del INSSJP de Tucumán**

<b>Alternativas</b>	<b>Costo</b>	<b>Efectividad</b>	<b>Costo/Efectividad</b>
<b>1º Sin Red</b>	2.212.619	1858,6	1190,5
<b>2ª Con Red</b>	2.212.619	2677,8	<b>826,3</b>

Elaboración propia en base datos Aces Tucumán

La costo-efectividad obtenida en el año 2005 con el trabajo en red supera aproximadamente en 30 % la correspondiente al año 2003 cuando la articulación de la oferta era débil.

Esto se debió al aumento de efectividad obtenido gracias a una mayor prevención, adhesión al tratamiento, control de la enfermedad y haber evitado eventos adversos. Esto se dio en todas las enfermedades escogidas.

Como puede observarse, la alternativa en red es la que implica menores costos por unidad de efectividad, por lo que parece ser la más conveniente.

### **- Costo-Utilidad de la red en la salud de los afiliados del INSSJP**

Como es sabido, los estudios de costo-utilidad tratan de evaluar el costo de mejorar la calidad de vida de la población. La Encuesta de Evaluación de Riesgo Funcional, permite conocer el riesgo, no solo individual sino global del sistema, para prevenirlo mediante acciones estratégicas. De ese modo, su estudio a través del tiempo mide el avance o retroceso de dichos riesgos e indirectamente de la calidad de vida de la población. Riesgo y calidad de vida son inversamente proporcionales.

Con esa consideración se realiza un estudio de costo-utilidad, obteniéndose los siguientes datos desde la anterior base de datos. La encuesta permitió la clasificación de la población.

### Riesgo de declinación funcional- año 2003

Riesgo según encuesta	Nº de encuestados	Factor de utilidad	Unidades de Utilidad (Nºencuestados*P)
No vulnerable	124	0,4	49,6
Vulnerable, riesgo 0	3225	0,3	967,5
Vulnerable, riesgo 1	4105	0,2	821
Vulnerable, riesgo 2	1689	0,06	101,3
Vulnerable, riesgo 3	857	0,04	34,2
	Totales	1	<b>2282,2</b>

Elaboración propia

### Riesgo de declinación funcional- Promedio años 2004-2005

Riesgo según encuesta	Nº de encuestados	Ponderación	Unidades de Utilidad (Nºencuestados*P)
No vulnerable	134	0,4	53,6
Vulnerable, riesgo 0	7310	0,3	2193
Vulnerable, riesgo 1	1854	0,2	370,8
Vulnerable, riesgo 2	458	0,06	27,48

<b>Vulnerable, riesgo 3</b>	254	0,04	10,16
	Totales	1	<b>2655,1</b>

Elaboración propia en base datos Aces Tucumán

### **Costo-Utilidad de la red en la salud de los afiliados del INSSJP**

<b>Alternativas</b>	<b>Costo</b>	<b>Utilidad</b>	<b>Costo/Utilidad</b>
<b>1º Sin Red</b>	2.212.619	2282,2	969,5
<b>2º Con Red</b>	2.212.619	2655,1	<b>833,34</b>

Elaboración propia en base datos Aces Tucumán

Como puede apreciarse, la costo-utilidad es mayor en la 2º alternativa. Con la red se redujo el riesgo en aproximadamente 14%. Esta cifra es menor a la reducción de costo-efectividad, que alcanzó el 30 %; esto puede deberse a que ésta última fue medida con algunas enfermedades, no así el riesgo funcional que involucra a casi todas las patologías y a otros aspectos determinantes de la salud (económico, social, etc).

La disminución del riesgo funcional fue un gran logro, fruto de la capacitación geriátrica-gerontológica de prestadores y de la comunidad que determinó la necesidad de una visión integradora y del autocuidado de la salud de los ancianos .

### **Cuadro de Mando Integral : BSC de la Red de Salud**

No se puede dar por concluido este análisis sin ofrecer una mirada integradora de todo lo acontecido en estos años en la red de salud de los afiliados del Pami en Tucumán.

### **BSC- Red de Salud para Pami Tucumán- año 2003**

<b>Indicadores</b>	<b>Rango verde</b>	<b>Rango amarillo</b>	<b>Rango rojo</b>	<b>Ponderación según perspectiva</b>	<b>Calificación de la perspectiva</b>
	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		

				<b>Total: 1</b>	
<b>Perspectiva del aprendizaje organizacional</b>					
Asistencia a Curso de Capacitación	>80%	60-80%	<60% 1	0,5	0,5
Asistencia a Reuniones de Coordinación	>80%	60-80%	<60% 1	0,5	0,5
<b>Perspectiva de mejora de procesos internos</b>					
<b><i>Productividad</i></b>					
Consultas/ben/año en MCabecera	>6 3	4-6	<4	0,04	0,12
Consultas/ben/año de especialistas	>1.2 3	0.8-1.2	<0.8	0,04	0,12
Egresos Sanatoriales realizados	>80% de la meta 3	60-80% de la meta	<60% de la meta	0,05	0,15
Porcentaje de egresos Quirúrgicos	>30% de egresos	20-30%de egresos 2	<20%de egresos	0,02	0,04
Porcentaje de días UTI	>25%dedías totales 3	15-25%dias totales	>15%dlas totales	0,02	0,06
Porcentaje de egresos complejos	>14 % egresos 3	10-14%egresos	<10% egresos	0,02	0,06

Egresos 3er nivel realizados	>80% de la meta 3	60-80% de la meta	<60% de la meta	0,05	0,15
Pacientes postrados atendidos en domicilio	>6 % Padrón 3	4-6% Padrón	<4 % Padrón	0,05	0,15
Pacientes atendidos por emergencia domiciliaria	<10% Padrón 3	10-12 % Padrón	>12 % Padrón	0,05	0,15
Prácticas de especialidad/ consulta	100%media sistema	80-100% media sistema	80% media del sistema 1	0,03	0,03
Estudios I, II y III solicitados / Realizados	1-1,2	1,2-1,5	> 1,5 1	I - 0,02 II- 0,02 III- 0,03	0,02 0,02 0,03
<b>Reciprocidades</b>					
Referencias / Contraref. 1er - 2do nivel especialistas	1-1,2	1,2-1,5	> 1,5 1	0,05	0,05
Referencias / Contraref. 1er a 2do nivel	1-1,2	1,2-1,5	> 1,5 1	0,05	0,05

internación					
Referencias / Contraref. 1er y 2do nivel a 3er nivel	1-1,2	1,2-1,5	> 1,5  1	0,05	0,05
<b>Flexibilidad y adaptabilidad</b>					
Pacientes derivados a Hospitales por falta de camas	6/1000 afiliados	6-12/1000 afiliados	>12/1000 afiliados  1	0,04	0,04
<b>Resolutividad</b>					
Pacientes derivados a otros centros fuera de la provincia, por mayor complejidad	<6 anuales	6-12 anuales	>12 anuales  1	0,03	0,03
<b>Articulación Externa</b>					
Asistencia Reuniones Comisión Mixta con Pami	>80% de la meta	60-80% de la meta	<60% de la meta  1	0,03	0,03
Asistencia Reuniones Centros Jubilados	>80% de la meta	60-80% de la meta	<60% de la meta  1	0,02	0,02

Asistencia Reuniones con Siprosa (MBS)	>80% de la meta	60-80% de la meta	<60% de la meta 1	0,01	0,01
<b>Turnos</b>					
Demora de turnos por nivel	80-100% meta	60-80 % meta	<60% meta 1	I- 0,10 II- 0,10 III- 0,15	0,10 0,10 0,15
<b>Perspectiva de los clientes</b>					
Satisfacción del afiliado	80-100%	60-80 %	<60% 1	0.3	0,3
Satisfacción del prestador	80-100%	60-80 %	<60% 1	0.3	0,3
%afil. Cambia MC	<5% Padrón	5-10% Padrón	>10% Padrón 1	0.1	0,3
%afil.cambia sanatorio	<5% Padrón	5-10% Padrón	>10% Padrón 1	0.1	0,1
Pacientes con Eval Riesgo Funcional	80-100%	60-80 %	<60% 1	0.2	0,2
<b>Perspectiva financiera</b>					
Cumplimiento Presupuesto	80-100%	60-80 %	<60% 1	0,2	0,2
Débitos	Hasta0,1%	0,1-0,5%	>0,5%	0,2	0,2

varios	cápita	cápita	cápita 1		
Costo por producto final(consulta o egreso) y productos intermedios	>80% de estipulado en cálculo cápita	100-150% estipulado en cálculo cápita 2	>150% estipulado en cálculo cápita	0,1 nivel I 0,2 nivel II 0,3 nivel III	0,2 0,4 0,6

Elaboración propia en base datos ACES TUCUMAN

### BSC- Red de Salud para Pami Tucumán- Promedio años 2004-2005

Indicadores	Rango verde 3	Rango amarillo 2	Rango rojo 1	Ponderación según perspectiva Total: 1	Calificación de la perspectiva
<b>Perspectiva del aprendizaje organizacional</b>					
Asistencia a Curso de Capacitación	>80% 3	60-80%	<60%	0,5	1.5
Asistencia a Reuniones de Coordinación	>80% 3	60-80%	<60%	0,5	1,5
<b>Perspectiva de mejora de procesos internos</b>					
<b><i>Productividad</i></b>					
Consultas/ben/año en MCabecera	>6 3	4-6	<4	0,04	0,12
Consultas/ben/año de	>1.2	0.8-1.2	<0.8	0,04	0,12

especialistas	3				
Egresos Sanatoriales realizados	>80% de la meta 3	60-80% de la meta	<60% de la meta	0,05	0,15
Porcentaje de egresos Quirúrgicos	>30% de egresos 3	20-30%de egresos	<20%de egresos	0,02	0,06
Porcentaje de días UTI	>25%dedías totales 3	15-25%días totales	>15%días totales	0,02	0,06
Porcentaje de egresos complejos	>14 % egresos 3	10-14%egresos	<10% egresos	0,02	0,06
Egresos 3er nivel realizados	>80% de la meta 3	60-80% de la meta	<60% de la meta	0,05	0,15
Pacientes postrados atendidos en domicilio	>6 % Padrón 3	4-6% Padrón	<4 % Padrón	0,05	0,15
Pacientes atendidos por emergencia domiciliaria	<10% Padrón 3	10-12 % Padrón	>12 % Padrón	0,05	0,15
Prácticas de especialidad/ consulta	100%media sistema	80-100% media sistema 2	80% media del sistema	0,03	0,06

Estudios I, II y III solicitados / Realizados	1-1,2	1,2-1,5 2	> 1,5	I - 0,02 II- 0,02 III- 0,03	0,04 0,04 0,06
<b>Reciprocidades</b>					0,10
Referencias / Contraref. 1er - 2do nivel especialistas	1-1,2	1,2-1,5 2	> 1,5	0,05	
Referencias / Contraref. 1er a 2do nivel internación	1-1,2	1,2-1,5 2	> 1,5	0,05	
Referencias / Contraref. 1er y 2do nivel a 3er nivel	1-1,2	1,2-1,5 2	> 1,5	0,05	0,10
<b>Flexibilidad y adaptabilidad</b>					
Pacientes derivados a Hospitales por falta de camas	6/1000 afiliados 3	6-12/1000 afiliados	>12/1000 afiliados	0,04	0,12
<b>Resolutividad</b>					
Pacientes derivados a otros centros	<6 anuales 3	6-12 anuales	>12 anuales	0,03	0,09

fuera de la provincia, por mayor complejidad					
<b>Articulación Externa</b>					
Asistencia Reuniones Comisión Mixta con Pami	>80% de la meta 3	60-80% de la meta	<60% de la meta	0,03	0,09
Asistencia Reuniones Centros Jubilados	>80% de la meta 3	60-80% de la meta	<60% de la meta	0,02	0,06
Asistencia Reuniones con Siprosa (MBS)	>80% de la meta 3	60-80% de la meta	<60% de la meta	0,01	0,03
<b>Turnos</b>					
Demora de turnos por nivel	80-100% meta 3	60-80 % meta	<60% meta	I- 0,10 II- 0,10 III- 0,15	0,30 0,30 0,45
<b>Perspectiva de los clientes</b>					
Satisfacción del afiliado	80-100% 3	60-80 %	<60%	0.3	0,9
Satisfacción del prestador	80-100% 3	60-80 %	<60%	0.3	0,9
%afil. Cambia MC	<5% Padrón	5-10% Padrón	>10% Padrón	0.1	0,3

	3				
%afil.cambia sanatorio	<5% Padrón 3	5-10% Padrón	>10% Padrón	0.1	0,3
Pacientes con Eval Riesgo Funcional	80-100% 3	60-80 %	<60%	0.2	0,6
<b>Perspectiva financiera</b>					
Cumplimiento Presupuesto	80-100% 3	60-80 %	<60%	0,2	0,6
Débitos varios	Hasta0,1% Cápita	0,1-0,5% cápita 2	>0,5% cápita	0,2	0,4
Costo por producto final(consulta o egreso) y productos intermedios	>80% de estipulado en cálculo cápita 3	100-150% estipulado en cálculo cápita	>150% estipulado en cálculo cápita	0,1 nivel I 0,2 nivel II 0,3 nivel III	0,3 0,6 0,9

Elaboración propia en base datos ACES TUCUMAN

Integración de todas las perspectivas	Calificación de la perspectiva		Ponderación según BSC	Calificación ponderada Según BSC	
	2003	2004-05		2003	2004-05
Perspectiva del aprendizaje organizacional	1	3	0,2	0,2	0,6

Perspectiva de mejora de procesos internos	1,73	2,96	0,4	0,69	1,18
Perspectiva de los clientes	1,2	3	0,2	0,24	0,6
Perspectiva financiera	1,6	2,8	0,4	0,64	1,12
			Total	<b>1,77</b>	<b>3,50</b>

Elaboración propia en base datos ACES TUCUMAN

En la perspectiva del aprendizaje organizacional se obtienen mejores resultados por la mayor asistencia a los cursos de capacitación y a las reuniones de coordinación. Lejos estaban aquellas épocas donde la comunicación entre prestadores y los niveles centrales se realizaban mediante notas escritas.

En la perspectiva de mejora de procesos internos la productividad fue siempre buena, lográndose aceptables indicadores de los productos finales e intermedios (consultas, egresos, prácticas de especialidades, estudios, etc). La diferencia se observa en los indicadores de reciprocidad, donde mejoraron notoriamente los sistemas de referencias y contrareferencias entre niveles. Igualmente disminuyeron las internaciones en hospitales por falta de camas y las derivaciones fuera de la provincia, demostrando mayor flexibilidad para adaptarse a las variaciones de la demanda y capacidad de resolutivead. La articulación con otros sectores fue otro logro como lo demuestran las continuas reuniones con el INSSJP, SIPROSA, UNT, etc.

En la perspectiva de los clientes, se observa incremento en la satisfacción de los clientes internos y externos con la implementación de la red. Los afiliados no cambiaban sus médicos de cabecera ni sus sanatorios de área.

En la perspectiva financiera la red permitió tranquilidad dado que el presupuesto se cumplía sin mayores variaciones; los débitos por multas disminuyeron y como se vió el costo por producto final se mantuvo evitando desfasajes. Al haber implementado la división por áreas funcionales, los sanatorios lograron conocer el estado de su población y cuidarla porque sabía que de no hacerlo los costos serían asumidos solo

por él. Los pacientes que revestían mayores cuidados eran conocidos, internados de inmediato si lo necesitaban y ya estaban completamente estudiados. Así, en pocos meses los sanatorios disminuyeron los costos por egreso.

Por lo tanto se concluye, que la implementación de la red de salud permitió lograr una mejoría significativa en la gestión estratégica del sistema.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- DABAS, Elina. 1998. *Redes: el lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- 2- DABAS, Elina y PERRONE, Néstor. *Redes en salud*. FUNCER. Publicación electrónica. Noviembre 1999.
- 3- YAÑEZ, Paulina. *Estudio evaluativo de la red de prevención del consumo de drogas a nivel comunitario de la comuna de Peñalolen*. Revista electrónica del Dpto. de Psicología de la Universidad de Chile. Año 2. Nro 2. 1999.
- 4- MOTTA, Raúl. *“Nodos y Flujos. La utilización de la arquitectura de redes en los espacios públicos y en los sistemas de producción”*. Universidad del Salvador/ Instituto Internacional para el Pensamiento Complejo. Buenos Aires. Mayo de 2000. Pág. 11 y 12.
- 5- ROVERE, Mario. *“Redes, hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. La salud en el municipio de Rosario”*. Instituto de la salud Juan Lazarte. Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario. Rosario, República de Argentina, Agosto de 1998.
- 6- MARRACINO, Camilo et. al. 1992. *“Redes de Servicios”*. Informe de Gerencia Técnica. CONFELISA, Bs. As.
- 7- OTERO, Ricardo A. 2001. *“Acreditación de Redes de Servicios de atención Médica”*. Revista Gestión en Salud, N° 1: 46-51, julio.
- 8- BÁSCOLO, Ernesto; SÁNCHEZ DE LEÓN, Adolfo. 2001. *“La medición del producto sanitario y la gestión de redes”*. Revista Gestión en Salud, N° 2: 6-18, noviembre.
- 9- ORTUN RUBIO, Vicente. *Análisis de los mercados y del marco regulatorio del sector salud*. IV Uornadas Internacionales de Economía de laSalud, Asociación de Economía de la Salud (AES). Buenos Aires. 1995.
- 10 - ORTUN RUBIO, Vicente. 1996. *Las innovaciones organizativas en salud. Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*. Barcelona. Asociación de Economía de la Salud, España.

- 11 - ARROW, Kenneth J. 1981. *“La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas”*. Información Comercial Española., N° 574: 47-63, junio.
- 12 - MARTIN, José María. *Eficiencia, instituciones y organización sanitaria. III Jornadas Internacionales de la Economía de la Salud*. AES Argentina. Octubre 1993.
- 13 - MARTIN, José Martín. 1994. *Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- 14 - AES. *Tendencias económicas de los sistemas de salud. III Jornadas Internacionales de la Economía de la Salud*. AES Argentina. Octubre 1993.
- 15- BASCOLO, Ernesto y VASSALLO, Carlos. *Un análisis económico institucional del sector salud en Argentina. Mención especial Premio CADIME*. 1999.
- 16- BASCOLO, Ernesto y VASSALLO, Carlos. 2001. *De la fragmentación a la integración del sector salud*. Centro de documentación ISALUD.
- 17 - SCHWEIGER, Arturo. *El control de gestión y sistema de información gerencial (SIG) en sistemas y organizaciones del sector de salud*. AES, Cadiz , España. 2003.
- 18 - DRUMOND, M.; OBRIEN, B.; STODDART, G.; TORRANCE, G. 2001. *Metodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria*. Madrid, España. Edit. Diaz de Santos.
- 19 - MONSERRAT CODORNIU, Julia. 1997. *Técnicas de gestión económica para entidades sin ánimo de lucro*. Barcelona. Ec. Hacer.
- 20 - KAPLAN, R. y NORTON,D. 2000. *Cuadro de mando Integral*. Ed. Gestión 2000.
- 21 - KAPLAN, R. y NORTON,D. 2000. *Cómo utilizar el cuadro de mando integral*. Ed. Gestión 2000.
- 22 - BALLVÈ, A. M. 2000. *Tablero de control*. Argentina. Edit. Macchi.
- 23 - MALAGÓN LONDOÑO, GALAN MORERA, PONTÓN LAVERDE. 1996. *Administración hospitalaria*. Edit. Panamericana.
- 24 - MALAGÓN LONDOÑO, GALAN MORERA, PONTÓN LAVERDE. 1998. *Auditoría en salud para una gestión eficiente*. Edit. Panamericana.

- 25 - PERRONE, Nestor. 2000. *El proceso de evaluación de sistemas de salud. Calidad en sistemas y servicios de salud, fascículo 1. Medicina y sociedad.*
- 26 - MARRACINO, Camilo y otros. 2000. *Indicadores para minitreo de sistemas de salud. Calidad en sistemas y servicios de salud, fascículo 3. Medicina y sociedad.*
- 27 - BARQUÍN, Manuel. 1987. *Dirección de hospitales y sistemas de atención médica.* México. Edit. Interamericana.
- 28 - BARRIONUEVO, H. y otros. 2000. *Atención gerenciada de la salud.* Buenos Aires. Edit. Ediser.
- 29 - CRISTOFOL ALLUÉ, R.; MORAGAS MORAGAS, R.. 2003. *El coste de la dependencia al envejecer.* España. Edit. Herder.
- 30 - THOMPSON, A. A. jr. y STRICKLAND A. J. 1995. *Dirección y administración estratégicas.* University of Alabama. Edit. Irwin.
- 31 - LORINO, Philippe. 1993. *El control de gestión estratégico.* Barcelona, España. Edit. Marcombo.
- 32- AMAT, Joan. 2000. *El control de gestión: una perspectiva de dirección.* Barcelona, España. Gestión 2000.
- 33 - DÍAZ, Carlos Alberto. 2004. *Desafíos y claves de una gestión participativa hospitalaria.* Cátedra Gestión Estratégica de Servicios de Salud.
- 34- ABRAMSON, Mónica y otros. 2001. *Recursos humanos en salud en Argentina.* Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud.
- 35 - REALE, Armando. 2003. *La atención médica en los seguros sociales.* Cátedra Seguros de Salud, ISALUD.
- 36 - LAMATA, F.; CONDE, J.; Martínez, b.; HORNO, M. 1994. *Marketing Sanitario.* Madrid, España. Edit. Diaz de Santos.
- 37 - REALE, Armando. 2003. *Modalidades de pago en servicios de salud.* Cátedra Seguros de Salud, ISALUD.
- 38 - TOBAR, Federico; ROSENFELD, Nicolás y REALE, Armando.1998. *Modelos de pago en servicios de salud.* Cuadernos Médicosociales. Rosario. Nª 74.

- 39 - GONZÁLEZ GARCÍA, G. y TOBAR, F. 2004. *Salud para los argentinos*. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- 40 - TORRES , R. 2004. *Mitos y realidades de las obras sociales*. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- 41 - FIEL; FUNDACIÓN BANCO EMPRESARIO DE TUCUMÁN. 1995. *El rol del sector público en el sistema de saluda de Tucumán*. Buenos Aires. Fiel.
- 42 - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE TUCUMÁN. 2004. *Estadísticas de salud públic en Tucumán*.
- 43 - SECRETARÍA DE LA TERCERA EDAD. 2000. *Informe de la tercera edad en argentina*. Argentina.
- 44 - PROFAM. 2005. *Salud del anciano*. Argentina. Hospital Italiano de Buenos Aires.
- 45 - MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, 1995. *Programa de salud para el adulto mayor*. MinSalCL.
- 46 - HAM, R. 2006. *Primary Care Geriatrics*.
- 47 - PAMI. 2003. *Pliegos de contratación*. Buenos Aires. INSSJP.
- 48 - VIEYTES, Rut. 2004. *Metodología de la investigación*. Editorial de las Ciencias.
- 49 - ROMANO YALOUR, Margor y TOBAR, Federico. 1998. *¿Cómo hacer tesis y monografías sobre políticas , servicios y sistemas de salud?*. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.