

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

TESIS

Estudio del efecto de las patologías crónicas en el  
Gasto para Fortalecimiento del Modelo de Gestión:  
Estudio de caso de la OBRA SOCIAL O.S.S.I.M.R.A.

Alumno: Lic. Cingolani Diego

Dni: 26.468.372

Director de Tesis: Mag. Arturo Schweiger

Promoción: 2010 -2011

Buenos Aires

Diciembre 2013

## Índice de contenido

1. Introducción.....	4
1.1. Presentación.....	4
1.2. Descripción del Problema.....	5
1.3. Contexto.....	6
1.4. Utilidad.....	6
1.5. Relevancia y Justificación.....	6
2. Planteamiento del Problema.....	7
2.1. Formulación del Problema de la Tesis.....	7
2.2. Objetivos: General y Específicos.....	8
2.2.1. Objetivo general.....	8
2.2.2. Objetivos específicos.....	8
3. Marco Teórico.....	9
4. Metodología.....	35
4.1. Tipo de estudio.....	35
4.2. Fuentes de datos/Herramientas de recolección utilizadas.....	35
4.3. Universo, muestra y unidad de análisis.....	35
4.4. Definición de variables.....	35
4.4.1. Variables relacionadas con la Descripción del modelo prestacional actual.....	35
4.4.2. Variables relacionadas con las necesidades de salud de la población beneficiaria de la obra social seleccionada para el estudio y su componente de gasto prestacional según modelo de MACC.....	36
4.4.3. Variables relacionadas con el efecto económico de patologías crónicas.....	36
4.4.4. Variables de resultados necesidades de salud de la población según la interpretación del modelo de MACC y el análisis de patologías crónicas específicas.....	37
5. Desarrollo y descripción del caso de análisis.....	38
5.1. Descripción del modelo prestacional actual.....	38
5.2. Variables relacionadas con el efecto económico de patologías crónicas.....	40
5.3. Variables de resultados necesidades de salud de la población según la interpretación del modelo de MACC y el análisis de patologías crónicas específicas.....	43
6. Conclusiones.....	45
7. Reflexiones finales.....	47
8. Bibliografía.....	63
9. Anexos.....	65
9.1. Anexo I : Modelos de Gestión.....	65
9.2. Anexo II. Desarrollo y descripción del caso de análisis.....	66

9.2.1. Demarcación geográfica de centros de costos de la población beneficiaria .....	66
9.2.2. Distribución geográfica de los beneficiarios establecida por centro de costos de la obra social. Cantidad de beneficiarios por centro de costos: .....	67
9.2.3. Distribución etaria. Edad: medida en grupos etarios .....	68
9.2.4. Distribución por Sexo: Masculino o Femenino. Por seccional .....	69
9.2.5. Gasto total: Gasto total utilizado por la obra social durante el periodo seleccionado. ....	70
9.2.6. Gasto total por periodo: Gasto total utilizado por la obra social dividida por periodo .....	71
9.2.7. Gasto total por seccional: Gasto total utilizado por la obra social dividida por periodo y seccional del afiliado. ....	72
9.2.8. Gasto per cápita: mensual y anual distribuido por seccional del afiliado.....	73
9.3. Variables relacionadas con las necesidades de salud de la población beneficiaria de la obra social seleccionada para el estudio. ....	74
9.3.1 Segmentación de la población por Riesgo Poblacional: nominalización y gasto de la población según modelo de pirámide de riesgo. : Enfoque Individualista.....	74
9.3.2. Segmentación de la población nominalización y gasto según modelo de determinaste sociales de la salud: Enfoque Estructuralista .....	79
9.3.3. Segmentación de la población nominalización y gasto según posibilidad de auto cuidado de enfermedades por parte de la población.....	81
9.3.4. Total de la población por nivel de atención: nominalización de beneficiario según Modelo de Atención de Crónicos: Enfoque Sistémico organizacional .....	83
9.4. Anexo IV. Resultado del modelo de análisis MACC.....	85
10.Índice de tablas y Figuras: .....	86
10.1. Índice de tablas .....	86
10.2.Índice de Figuras:.....	87

## 1. Introducción.

### 1.1. Presentación.

En la actualidad se modificaron las condiciones epidemiológicas poblacionales con respecto a las últimas décadas. Los cambios epidemiológicos demarcados por el incremento en la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional, los cambios de conductas y de alimentación de los individuos y de sus familias y de los avances en la lucha contra enfermedades determinadas (p.e.= HIV SIDA), traen aparejados el aumento de la "cronicidad" de las principales patologías de la carga de enfermedad a nivel mundial (Bengoa & Nuño Solinis, 2008).

La transformación de las condiciones epidemiológicas generan variaciones en las necesidades de salud de la población y producen una asimetría entre estas y los mecanismos organizacionales de prestación de salud existentes, estando estos últimos actualmente orientados a necesidades de atención de salud de carácter episódico y no de atención continua requerida por los pacientes con patologías crónicas.

Este estudio se enmarcará dentro del enfoque de Economía de la Salud aplicado a la gestión sanitaria, con la finalidad de medir los efectos del auge de patologías crónicas sobre los gastos de una Obra Social Sindical.

Para ello, se realizará un estudio de los consumos de los beneficiarios intentando conocer cuál es el porcentaje de gasto relacionado con las patologías crónicas y en que afiliados se produce. Se analizarán las variables de consumo y se observará si existe una tendencia creciente a concentrar el gasto en un porcentaje limitado de la población de beneficiarios. Posteriormente, se dividirán las categorías por las cuales el gasto se produce, para analizar si existe un cambio de composición del mismo orientado a beneficiarios que presentan patologías crónicas.

Para poder tener una línea guía de interpretación de la problemática se ha orientado el estudio según el análisis desarrollado por Eugenio Vilaca Mendes en su libro sobre "Cuidados de las condiciones crónicas en la atención primaria de la salud" (Mendes, 2012), y se ha realizado una ampliación del diseño del **Modelo de Atención de Condiciones Crónicas (MACC)** mediante un análisis sistematizado de la información de consumos de pacientes con patologías crónicas de la muestra de la Obra Social seleccionada, que permite lograr la segmentación y estratificación de la población en distintos niveles de atención, apoyando el mismo en otros modelos de análisis complementarios. Esta estratificación tiene por finalidad lograr establecer los parámetros

necesarios orientados a la construcción de un modelo de atención específico para fortalecer la gestión de la Obra Social Sindical Nacional (OSSIMRA).

A los fines de la evaluación del gasto de la Obra Social Sindical Nacional mediante la selección de una muestra de beneficiarios de la misma, se utilizará el modelo teórico-conceptual del **Modelo de Atención de Condiciones Crónicas (MACC)**, que se integran mediante cuatro tipos de segmentaciones poblacionales: Modelo de Atención de Crónicos, Modelo de Pirámide de Riesgo, Modelo de Determinantes Sociales de la Salud y Modelo de Capacidad de Auto-cuidado.<sup>1</sup>

## 1.2. Descripción del Problema.

Según recientes análisis internacionales de las gasto del tratamiento de las patologías crónicas su efecto en el gasto sanitario total de los sistemas de salud es de aproximadamente un 75 % del gasto en salud, a su vez el 50 % de los cuidados de pacientes con patologías crónicas es inadecuado, y el 60 % de los ingresos hospitalarios está relacionado con pacientes con patologías crónicas (Bengoia & Nuño Solinis, 2008).

La existencia de esta significatividad presupuestaria del gasto de los tratamientos de las patologías crónicas implica una evolución creciente en la demanda de servicios sociales y sanitarios en las próximas décadas.

Este análisis específico se posiciona en las implicancias de esta problemática en las obras sociales sindicales nacionales como uno de los principales subsectores del Sistema de Salud de Argentina. Y es por ello necesario realizar un análisis continuo y sistemático sobre la concentración del componente de gasto en prestaciones sanitarias de la obra social sindical seleccionada, para poder medir los efectos en los consumos de prestaciones y por ende en el gasto de este cambio en la carga de enfermedad hacia las patologías crónicas en su sustentabilidad futura.

Los porcentajes mencionados indican la necesidad de definir y enumerar cuales son los efectos socio económico de la atención de afiliados con las patologías crónicas, como se desarrolla su actual modelo de atención de salud y que características podría presentar la aplicación del MACC.

---

<sup>1</sup> Estos modelos fueron desarrollados inicialmente para poder comprender e implementar la estrategia para enfrentar la epidemia de patologías crónicas en Brasil denominada "Estrategia de Salud de Familiar"

### **1.3. Contexto.**

Este análisis se realizó durante el periodo de un año, tomando como inicio el mes de enero de 2011 y finalizando en diciembre del mismo año. Se analizaron los consumos de un grupo de 34.539 beneficiarios de la obra social O.S.S.I.M.R.A, los cuales se encontraban distribuidos en 27 seccionales de la obra social. La muestra se realizó por condiciones de disponibilidad de la información acerca de los consumos y gasto de los beneficiarios en la región analizada.

### **1.4. Utilidad.**

La finalidad del presente trabajo es la de efectuar un análisis comparativo, entre el modelo de gestión actual de los beneficiarios de la O.S.S.I.M.R.A y el modelo de gestión que surge del MACC. Para ello se efectuara una muestra de beneficiarios de la Obra Social y se identificarán sus necesidades de salud y los mecanismos organizacionales existentes para brindar la atención necesaria y sus niveles de gastos asociados. A continuación se estimaron los valores de gasto generados por la aplicación del MACC y las correspondientes ventajas asociadas.

### **1.5. Relevancia y Justificación.**

El análisis de MACC permitirá conocer desde un enfoque distinto la distribución de los consumos de los servicios asistenciales y del gasto sanitario, así como también evaluar estrategias de implementación de soluciones alternativas, que están siendo desarrolladas en otros sistemas de salud a nivel regional y que pueden ser provechosas para enfrentar el desafío de las poblaciones de beneficiarios con niveles crecientes de patologías crónicas.

Una vez analizado la muestra de beneficiarios seleccionados con la identificación del modelo de gestión de consumos y de gastos actuales y las ventajas y desventajas de la aplicación del MACC, se podrán evaluar la conveniencia de implementar estrategias similares, que sean adaptables a otras regiones de la Obra Social Sindical Nacional (O.S.S.I.M.R.A) y que sirvan de marco de referencia para los modelos de gestión de otras Obras Sociales Sindicales Nacionales.

## **2. Planteamiento del Problema.**

### **2.1. Formulación del Problema de la Tesis.**

#### **Incidencia del gasto en patologías crónicas. Fragmentación del modelo de atención.**

En la medida en que el patrón epidemiológico evidencia un aumento de la cronicidad de las enfermedades es necesario replantearse el modelo de atención vigente, que está orientado hacia otro tipo de patologías con manifestación episódica y aguda.

Ante la situación de que los cambios epidemiológicos no son aún vislumbrados en Argentina por la mayoría de los distintos actores del Sistema de Obras Sociales y que en este país uno de los subsectores con mayores niveles de coberturas está formado por dicho sector, el presente estudio contribuye como "caso testigo" para el dimensionamiento de esta problemática y de sus posibles soluciones.

El problema que este trabajo enfrenta es analizar los efectos que produce el cambio epidemiológico de la población beneficiaria de la obra social hacia la cronicidad de sus enfermedades, cómo esto influye en el gasto de la obra social, y cuáles serían las alternativas posibles para enfrentar dicho cambio.

Se establecerá como necesario diferenciar cuales son las causas que producen dichos gastos, y en qué medida es posible que se esté produciendo un cambio en las necesidades sanitarias de la población usuaria, mediante el incremento de casos de pacientes con patologías crónicas, las cuales no solo se reproducen cuantitativamente sino que a su vez desafían los modelos vigentes, ya que estarían generando un elevado porcentaje del gasto de la obra social y además con una fuerte concentración en pocos beneficiarios. Por ello, será necesario en primera instancia confirmar dicha transformación para luego buscar alternativas de solución viables, que permitan lograr un manejo adecuado de estas condiciones crónicas y establecer a su vez una eficiente utilización de recursos.

El problema específico al cual este trabajo intenta aportar respuestas puede enunciarse mediante el interrogante siguiente:

**¿Cuál es el modelo de atención necesario para afrontar el efecto económico de la cronicidad en una de las principales obras sociales de la República Argentina?**

## **2.2. Objetivos: General y Específicos.**

### **2.2.1. Objetivo general**

Estimar los efectos económicos de las enfermedades crónicas en el gasto de salud de una la Obra Social de Supervisores de la Industria Metalmeccánica de la República Argentina (O.S.S.I.M.R.A.) y sus implicancias en la sustentabilidad económico financiera de la organización.

### **2.2.2. Objetivos específicos**

- a. Describir** las características de la muestra de la población seleccionada de beneficiarios de la Obra Social Sindical Nacional y del gasto prestacional generado por la misma para O.S.S.I.M.R.A.
- b. Identificar,** mediante la metodología de análisis de Modelo de Atención de Condiciones Crónicas (**MACC**) los niveles de gasto requerido para la población de la muestra en general y de sus pacientes crónicos en particular.
- c. Analizar comparativamente** el gasto en la atención de beneficiarios con Patologías Crónicas y sus efectos en el sistema de atención de salud de O.S.S.I.M.R.A entre ambas alternativas.

### **3. Marco Teórico.**

Este análisis tiene como prioridad la necesidad de medir el grado y la severidad del problema para poder confrontar la emergencia de la epidemia de patologías crónicas.

El efecto que produce este tipo de enfermedad afecta profundamente la calidad de vida y es una de las principales causas por las cuales se suceden muertes prematuras y evitables lo que a su vez produce efectos económicos negativos para la familia y la comunidad.

Argentina es el segundo país en extensión de Sudamérica y el octavo del mundo. Posee una superficie continental de 2.791.810 Km<sup>2</sup>.y está situada en el extremo meridional de América del Sur. Es un Estado soberano, organizado como república representativa y federal. Su territorio está dividido en 24 jurisdicciones, 23 provincias y una ciudad autónoma, Buenos Aires, capital de la Nación y sede del gobierno federal.

El país cuenta a su vez con una población de 40,9 millones de habitantes (2010), con una relación varón/mujer de 49 a 51, el 92% de la población es urbana y tiene un decrecimiento anual de 1,05%.

Este proceso se debe a la confluencia de varios factores: el descenso sostenido de la tasa de fecundidad, que pasó de siete hijos por mujer a finales del siglo XIX a 2,2 hijos en 2008; el descenso de la mortalidad general, que pasó de 17 a 7,6 defunciones por 1000 habitantes entre 1947 y 2008, y el incremento de la esperanza de vida al nacer, que pasó de 40 años en 1947 a 75 años en 2008.

Los menores de 15 años representan el 25,4% de su población y los mayores de 65 años representan el 10,8 % con un rango que se distribuye entre 15,6 % para el distrito más envejecido y 7,3% para el menos envejecido. La tasa de fecundidad es de 2,23 por mujer en edad fértil, la tasa de mortalidad infantil se ubica en 11,4 por 1000 nacidos vivos.

El perfil epidemiológico se caracteriza por un creciente predominio de los padecimientos no transmisibles. Sin embargo, las infecciones comunes y los problemas reproductivos siguen afectando a las poblaciones más marginadas.

En el 2005 la mortalidad materna fue de 4,4 por 10.000. La esperanza de vida en 2009 era de 75,2 años, 71,6 para varones y 79,1 para mujeres. La transición demo-epidemiológica se caracteriza por un aumento de las enfermedades no trasmisibles. Para dar una idea de esto el primer tercio de causas de mortalidad en mujeres estaría constituido por insuficiencia cardiaca, patología cerebro-vascular, cáncer de mama y patología isquémica del corazón, le siguen en importancia fuera del primer tercio, las infecciones respiratorias agudas, septicemias y diabetes. Entre los hombres son la insuficiencia cardiaca, la patología isquémica del corazón y la patología cerebro vascular las primeras causas de muerte, siguiendo las infecciones respiratorias agudas, el

cáncer de tráquea, bronquios y pulmón y las septicemias. Para el rango de edad entre los 18 y los 45 años figuran los accidentes de tránsito como una de las principales causa de muerte.

Da cuenta de esta situación el hecho que en 2008 casi 70% de las defunciones que se presentaron en Argentina se produjeron en mayores de 65 años y 50% se debieron a padecimientos no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Cabe recalcar, sin embargo, la enorme brecha existente entre provincias, ya que mientras en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la mortalidad materna en el año 2008 fue de 9 por cada 100 000 nacidos vivos, en las provincias de Formosa y Jujuy esta misma tasa se ubicó por arriba de 100. La mortalidad infantil, por su parte, descendió de 25.8 por 1000 nacidos vivos en 1985 a 12.5 en 2008. Sin embargo, también aquí hay diferencias importantes entre regiones. Las jurisdicciones con mayor ingreso per cápita presentan una tasa de mortalidad infantil de 8 por 1000 nacidos vivos contra 19 en las jurisdicciones más pobres. Las principales causas de muerte infantil en Argentina son la desnutrición, las diarreas, las dificultades respiratorias del recién nacido y las malformaciones congénitas del corazón. Dos terceras partes de las muertes infantiles son neonatales. Se calcula que seis de cada 10 muertes de recién nacidos podrían evitarse con un buen control del embarazo, una atención adecuada del parto, y un diagnóstico y tratamiento tempranos de las patologías neonatales.

Es de vital importancia comprender que el efecto de las patologías crónicas en nuestro contexto esta signado por un alta prevalencia de muertes vinculadas a este tipo de enfermedad.

Siguiendo el informe publicado en 2005 por la organización mundial de la salud, denominado *Preventing Chronic Disease: A Vital Investment* (OMS, 2005) podemos decir que 4 de 5 muertes por patología crónica ocurren en países de bajos y medios ingresos, con una correlación de efecto en forma igualitaria entre mujeres y hombre.

Siguiendo este informe el 60 % de las muertes están relacionadas a patologías crónicas. A su vez se puede visualizar el cambio hacia la cronicidad de las enfermedades teniendo en cuenta que las muertes por enfermedades infecciosas, enfermedades maternas y perinatales y deficiencias nutricionales se espera que disminuyan un 3%, mientras que las muertes por patología crónica se calcula que crecerán un 17% para 2015. Por ello en 2015 de las 64 millones de personas que se estima que fallezcan, el 41% de las mismas será por patologías crónicas.

Hay que destacar que el 45% de las muertes por enfermedades crónicas y el 86% de la carga de enfermedad ocurren en personas con edades menores a los 70 años, y un cuarto de dichas enfermedades se da en menores de 60 años, lo cual permite visualizar que dicha incidencia no está solamente relacionada con la vejez sino que al contrario tiene efecto directo en todos los grupos etarios poblacionales.

Si bien es cierto que la incidencia en personas con edad mayor es fuerte, debemos tener en cuenta que esta variabilidad en la incidencia por grupos etarios nos obliga a repensar el tema de las patologías crónicas aislándolo de cuestiones de vejez y dependencia y ampliándolo a toda la población en general.

Los factores de riesgo primarios están asociados a la dieta inadecuada, la inactividad física y el uso de tabaco, cuestiones de una aparente simpleza y costo mínimo para resolver si no fuera porque para lograrlo hay que lograr cambios en los comportamientos de las personas. Es en este punto en el que se puede descubrir la importancia y complejidad de generar un cambio conductual, con implicancias en los estilos de vida que las poblaciones tienen, y su conformación psico social. Teniendo esto en cuenta como clave para cualquier transformación del sistema sanitario, será necesario la utilización de tecnologías psicosociales y conductuales, lo cual transforma los distintos niveles de complejidad de las prestaciones médicas, posicionando a la capacidad de lograr cambios en los comportamientos por encima de las otras técnicas de atención.

Según cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) si se eliminan los factores de riesgo mediante programas de prevención ampliamente conocidos se evitarían por lo menos el 80 % de las muertes por enfermedades cardiovasculares y diabetes y el 40 % de los cánceres.

Un determinado nivel de inclusión sanitario en una sociedad es el resultado de lo que esa sociedad se establece a sí misma como prioritario. Por ello el debate político en torno a que se quiere como sociedad para la salud es un debate que no se puede dar sin la participación de todos los actores de la sociedad.

Hay que tener en cuenta que este trabajo tiene un enfoque global de la cronicidad como un constructo social evolutivo en el cual cada paciente tiene patologías y necesidades heterogéneas, pero que mantienen como rasgos comunes los siguientes factores diferenciales:

Características De las Patologías Crónicas
Larga duración
Progresión lenta y continua
Afecta al paciente disminuyendo su calidad de vida
Tiene altos niveles de comorbilidad
Tiene fuerte presencia en muertes prematuras y evitables
Causa fuerte efectos económicos en la familia y en la sociedad

**Tabla 1. Características De las Patologías Crónicas**

Si bien no existe una lista definitiva con patologías crónicas las principales enfermedades crónicas con mayor incidencia en la población están dentro de las siguientes:

Principales Enfermedades Crónicas
Diabetes
Enfermedades cardiacas
Patologías osteo articulares
Epoc
Asma
Demencia neurodegenerativa
Cáncer

**Tabla 2. Principales Enfermedades Crónicas**

En la actualidad los modelos de atención tienen un enfoque orientado a intervenciones agudas, curativas, episódicas, lo cual no concuerda con las necesidades del cambio epidemiológico actual. El cambio de modelo necesario tendrá que ser sustituido hacia un enfoque de cuidado mediante el diagnóstico adecuado de la situación de cada enfermo tanto individual como social, convirtiendo en una interrelación proactiva con fuerte componente de prevención.

La relación entre los enfermos y los profesionales encargados de cuidarlos se deberá repositionar en el centro de la escena, y ser planificada en el continuo de la enfermedad por un largo periodo de tiempo.

La atención tendrá que ser coordinada entre todos los niveles de atención a lo largo del continuo de la enfermedad; dirigida y gestionada por la implementación de la Atención Primaria de la Salud como unificadora y reguladora del sistema mediante la utilización de Redes Integradas de Servicios de Salud.

Siempre el foco estará centrado en las necesidades y prioridades de los personas. Estos cambios, derivan en la necesidad de un modelo de atención diferente.

Este análisis está enmarcado dentro de la visión actual de la economía de la salud, entendida a la economía como una ciencia social que tiene por objetivo mostrar las mejores alternativas por la cuales se puede satisfacer las necesidades de las personas utilizando de la mejor manera la los recursos disponibles. La economía es la ciencia de la elección en la cual las personas buscan dentro de distintas alternativas la elección más conveniente. En la mayoría de los casos las acciones de las personas presenta el problema de enfrentarse a recursos escasos y de uso alternativo con necesidades múltiples y jerarquizables. Por ello en condiciones de escasez la economía es la ciencia de la elección de las mejores alternativas posibles.

Como la economía es el estudio de la forma en que la sociedad decide que se va a producir, como se va a producir y para quien se va a producir, al analizar la salud bajo esa óptica debemos tomar

en la definición sobre esta sub disciplina de economía de la salud como aquella que se ocupa del estudio de los procesos económicos y sociales vinculados a la producción y distribución de bienes y servicios destinados a la preservación y mejora de la salud de la población identificando alternativas económicas, sociales, organizacionales y administrativas. Abarca un campo temático muy amplio, comprendiendo las cuestiones microeconómicas referidas a las decisiones individuales de producción, distribución y consumo de bienes y servicios de la salud, y los temas globales relativos al financiamiento de sistemas y al nivel y composición del gasto (Asociación Económica de la Salud).

El verdadero coste de la atención de salud no es el gasto en sí mismo, sino que son los beneficios sanitarios que podrían haberse conseguido si ese dinero se hubiera utilizado en la mejor alternativa posible

Para poder establecer, conocer y estimar las consecuencias sobre los precios, cantidades y gastos totales de las políticas de salud deberemos utilizar los instrumentos de optimización que nos manifestaran cual es el criterio apropiado para distribuir los recursos escasos en pos de los objetivos deseados, y en segunda instancia utilizaremos la determinación de la situación de equilibrio que se refiere al análisis de la demanda y oferta para atender a las necesidades sanitarias. Se debe remarcar la diferencia entre demanda y necesidad dentro de la cual la demanda es entendida como la disposición a pagar a los diferentes precios por un determinado bien o servicio, mientras que la necesidad es la capacidad de beneficiarse por un determinado bien o servicio. Por lo cual se dice que demanda es la cantidad y calidad de un bien que desean adquirir los consumidores compradores a determinados precios, mientras que necesidad es el beneficio que esto genera.

Estos instrumentos nos permitirán responder a preguntas relacionadas con la salud, como cuanto gastar, en que prestaciones, a que beneficiarios, con qué financiación, que método de distribución y que metodología de gestión utilizar.

Ciertas particularidades del mercado sanitario lo diferencian de otros tipos de mercado, siguiendo a Kenneth Arrow podemos describir los siguientes comportamientos:

- Debido a que las mayorías de las personas no saben en qué momento necesitarán de atención médica la demanda de servicio de salud es irregular e imprevisibles.
- La mayoría de las personas pueden estar siendo influenciadas por situaciones anormales lo cual puede orientarlas a tomar decisiones no racionales.
- Las experiencias de los pacientes son particulares a las situaciones en las que se encuentra sin experiencia previa lo cual no le permite disipar riesgos asociados a la provisión del servicio en particular.
- Se genera una relación de confianza entre médico y paciente

- Hay una notable existencia de información asimétrica entre los enfermos; los médicos y los financiadores de la salud: por un lado el médico sabe más que los pacientes sobre el cuidado de la salud; por esto la demanda de los servicios puede ser inducida; los pacientes no pueden evaluar correctamente los servicios de salud recibidos; por otra parte los pacientes pueden a su vez tener conductas oportunistas.

Entre médico, paciente y financiador, existe una relación de principal agente como interacción social. Esta surge cuando una o más personas (el principal) encarga a otro (el agente) a realizar un determinado cometido en su nombre. La existencia de una relación de agencia entre individuos se da cuando el agente es autorizado por el principal a suscribir, modificar o cancelar contratos con terceros en su nombre.

Esta asimetría de información, incertidumbre en el cuidado, el riesgo moral y el papel de los mercados competitivos genera una situación específica en el mercado de la salud haciendo de su provisión un bien muy especial. Solamente se dará una situación distributiva óptima en sentido de Pareto cuando no sea posible mejorar el bienestar de un grupo sin empeorar el bienestar de otras personas. Para lograr ello se debe llegar a una distribución eficiente de los recursos tanto en el consumo como en la producción de aquellos bienes y servicios relacionados con la salud.

En esta relación el paciente se convierte en un principal que delega en el médico, convertido en agente, la decisión sobre el tratamiento más adecuado para su persona. A su vez en esta relación intervienen un tercero financiador el cual reproduce esta relación principal-agente para con el afiliado y con el médico. Por ello existe una doble información asimétrica porque cada una de las partes debe confiar en la información que la otra parte dispone. Esta relación de agencia puede convertirse en relación de agencia imperfecta cuando el agente toma decisiones por incentivos propios contrarias a las que el principal hubiera decidido si hubiera contado con la misma información que el agente tiene. En el sistema actual el que necesita la prestación no decide, el que decide no paga y el que paga no decide.

Teniendo en cuenta estos conceptos de economía de la salud y vinculándolos a las realidades actuales los problemas se vuelven más complejos. El crecimiento en la prevalencia de las personas con enfermedades crónicas, con la posibilidad de sumar más de una patológica en una sola persona y con la incidencia en la utilización de los recursos, siendo su financiación insuficiente nos posiciona frente una difícil situación.

Alguna de las alternativas para enfrentar estas situaciones podemos visualizarla en las aportaciones de Bengoa (Bengoa & Nuño Solinis, 2008) en las cual nos manifiesta que es necesario detectar en el radar del sistema sanitario el ingreso de las enfermedades crónicas y poder seguir su monitoreo lo largo de toda su enfermedad. Actualmente el proceso orientado a la

atención de eventos agudos en base a la lógica de rescate o salvar vidas, deja de lado esta visión de cuidado y solo se base en el curado del enfermo.

Esta nueva forma de organizar la prestaciones de atención sanitaria deberá ser llevada adelante teniendo en cuenta el efecto en todas las dimensiones del sistema. Dicho efecto múltiple debe estar orientado a resolver las condiciones limitantes que generan las enfermedades crónicas, dentro de las cuales se destacan fuertemente la disminución de la calidad de vida, la productividad y estado funcional de las personas, con una alta carga de morbilidad y comorbilidad y que genera los mayores costos sanitarios y sociales.

Todo este proceso debe estar centrado en un cambio por medio del cual el foco debe ser la persona y la familia, dejando de ser como es actualmente en la enfermedad.

Las patologías crónicas desarrollan sobre las personas un fuerte componente incapacitante, en el cual se generan lazos estrechos entre cronicidad y dependencia. Para poder enfrentar este desafío se tendrá que desarrollar acciones para aumentar la calidad, con fuerte injerencia de la prevención y la promoción de la salud, para anticiparse y actuar sobre los determinantes de la salud, comenzando siempre por una buena evaluación de las condiciones estructurales, estilos de vida y necesidades sanitarias de la población, y generando intervenciones a lo largo de todo el ciclo de vida priorizando los procesos de atención, convalecencia y rehabilitación.

El objetivo primario debe ser reducir la incidencia y el efecto de las patologías crónicas tendiendo siempre a mejorar la salud y bienestar de la población.

Será necesaria la utilización de la tecnología de la información y la reestructuración de la organización de los servicios para poder enfrentar la epidemia de patologías crónicas.

Encontrar formas colaborativas y coordinadas entre los profesionales, los usuarios y la red de apoyo en pos de aumentar los márgenes de eficiencia. Fortalecer el liderazgo mediante el cual los directivos centrales puedan descentralizar las capacidades y generar las condiciones de potenciar las innovaciones a nivel local para lograr una transformación que solo será posible si se piensa a mediano plazo.

Según el trabajo de *Innovative Care For Chronic Conditions* (Pan American Health Organization , 2013) de la Organización Panamericana de la Salud, podemos afirmar que las patologías crónicas se han convertido en un problema global, en el cual la gran mayoría de población con patologías crónicas no recibe los cuidados apropiados. Según este análisis solo la mitad de la población con patología crónicas son correctamente diagnosticadas, a su vez sobre este porcentaje solo la mitad son tratados por profesional médico, y por último sobre este porcentaje de personas tratadas solo la mitad recibe los cuidados apropiados. Por lo cual se infiere en este análisis que solo 1 de cada 10 personas con patologías crónicas son tratadas adecuadamente.

Las principales causas que se manifiestan son las barreras financieras a la accesibilidad y el manejo inadecuado de las patologías. Por lo cual *Pan American Health Organization* describe a esta epidemia como el desafío más grande del siglo XXI y que para poder enfrentarlo es necesario tomar acciones rápidamente.

Para ello propone un tratamiento holístico de las patologías crónicas entendiendo que las mismas tienen tres características que pueden compatibilizar su forma de resolución. En primera instancia las mayorías de las personas con patologías crónicas tienen más de un factor de riesgo, seguido a eso las demandas son similares para las distintas patologías tanto para los trabajadores como para el sistema y necesitan de formas similares de organización y por último la mayoría de patologías crónicas comparten los mismos factores de riesgo. Este tratamiento holístico considera que no es necesario generar un sistema nuevo sino preparar el existente para que incluya el concepto de la atención centrado en las necesidades de los pacientes.

Según este estudio para el año 2008 las patologías crónicas no transmisibles causaron 36 millones de muertes lo cual representa un 63% de todas las muertes registradas. Analizando la distribución de las mismas se encuentra que sobresalen las patologías cardiovasculares con un 48%, cáncer en un 21 %, condiciones respiratorias en un 12% y diabetes en un 3%.

A su vez este estudio coincide con la idea que los principales factores de riesgo están relacionados, con la dieta no saludable, la inactividad física, el sobrepeso y obesidad, el uso de tabaco, y el abuso de alcohol.

La preocupación constante sobre esta temática se consolida al estar adentrados en un contexto de crecimiento poblacional alto, con grados extremos de urbanización y pobreza, factores que colaboran a la diseminación de la ineficacia en la atención.

Los datos que arroja este estudio para la región de las Américas identifican que por estas causas mueren 4 millones de personas, o sea el 76% de todas las muertes, y se estima que más de un tercio de esas muertes podrían haber sido prematuras por lo que se considera que podrían ser prevenibles, pospuestas y evitables. Según datos de este estudio el 90% de los adultos requiere algún tipo de tratamiento relacionado con patologías crónicas no transmisibles. Alrededor del 40 por ciento de los adultos son diagnosticados con patologías crónicas no transmisibles, el 30% de tienen condiciones no diagnosticadas. A su vez el 15% de la población tiene conductas que incrementan el riesgo de padecer patologías crónicas. Solo el 10% de la población adulta son considerados de bajo riesgo (Barcelo).

La propuesta de Barcelo establece necesario planificar la mejora en la calidad de servicios para las personas con enfermedades crónicas no transmisibles plantean 10 recomendaciones claves. A saber:

1. Implementar un modelo de cuidados crónicos

2. Posicionar al paciente en el centro de la escena
3. Crear o revisar las políticas multisectoriales para el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, orientado al acceso universal, alineando los mecanismos de pago y mediante la utilización de las mejores prácticas.
4. Crear un sistema de información clínica que permita monitorear y evaluar la calidad.
5. Fortalecer las capacidades de los pacientes mediante programas de auto cuidado apoyado
6. Fortalecer la prevención, promoción y participación comunitaria
7. Cambio de la estructura física y organizacional para enfrentar las patologías crónicas no transmisibles
8. -Dotar a la atención primaria de la salud como nodo focal desde el cual se coordine la red de soporte de cuidados continuos
9. Cambiar la atención siendo proactivo en el cuidado.
10. Cambios en la fuerza laboral en equipos multi profesionales con entrenamiento continuo orientado a las patologías crónicas.

Este análisis presupone que para poder enfrentar el reto de la cronicidad se necesita un modelo de atención diferente. Es aquí donde el enfoque poblacional utilizado por la estrategia de salud familiar llevada adelante en Brasil nos permitirá tener un marco teórico específico para poder realizar la investigación aplicada a nuestro universo de análisis. Y será Eugenio Vilaca Mendes (Mendes, 2012) en su libro sobre Cuidados de las Condiciones Crónicas en la Atención Primaria de la Salud, quien orientará este estudio para poder definir el modelo de atención de condiciones crónicas, sistematizando en un solo diagrama tres teorías o modelos de atención que se encuentran interrelacionados, y que han tenido distintas experiencias en diferentes sistemas de salud a nivel mundial. La integración de estas tres perspectivas de entendimiento de la salud pública contemporánea permite vislumbrar claramente una nueva forma de modelo de atención de cuidados crónicos.

Se utilizara una primera perspectiva (*Chronic Care Model*) asociada a la integración de un enfoque sistémico que busca comunicar horizontalmente las organizaciones del sector salud. Una segunda (Pirámide de Káiser) que permite ver acciones específicas sobre las condiciones singulares de salud de la población a través de la intervención de programas verticales y la tercera perspectiva (Determinantes Sociales de Salud) que considera que la mejor manera de obtener resultados positivos en la salud es por medio de transformaciones a largo plazo entre las estructuras de relaciones de la sociedad.

El primer modelo de atención al cual se refiere es el Modelo de Atención Crónica, basado en el *Chronic Care Model*, realizado por el *MacColl Institute for Healthcare Innovation* de los Estados Unidos.

Dicho modelo plantea la necesidad de resolver el problema complejo de la atención de patologías crónicas por medio de una solución multidimensional. Fue diseñado para dar respuesta a situaciones de salud con alta prevalencia de condiciones crónicas y para modificar las falencias de un sistema de salud fragmentado.

La aplicación de dicho modelo tiene como premisa básica que se puede mejorar en la calidad de atención de las personas y consecuentemente lograr un beneficio en las condiciones de salud de las mismas, logrando paralelamente bajar los costos de atención en salud.

Para poder desarrollar este modelo debemos fijar nuestra atención a seis elementos divididos en dos grandes campos:

Campo	Elemento
Sistema de atención de salud	Organizaciones de salud
	Diseño de sistemas de prestación de servicios
	Soporte de las decisiones
	Sistemas de información clínica
	Auto cuidado apoyado
Comunidad	Recursos de la comunidad

**Tabla 3. Elementos de Modelo de Atención Crónica**

Estos seis elementos se interrelacionan buscando desarrollar interacciones productivas entre:

- personas usuarias informadas y activas,
- equipo de salud preparado y proactivo

Fin: lograr mejores resultados sanitarios.

## Modelo de atención de enfermedades crónicas



**Figura 1. Modelo de Atención Crónica, basado en el *Chronic Care Model*, realizado por el *MacColl Institute for Healthcare Innovation* de los Estados Unidos.**

El segundo modelo presente en la construcción de la MACC es el Modelo de Pirámide de Riesgo o Kaiser Permanente. Según ese modelo para poder definir las necesidades de las personas portadoras de alguna condición crónica se necesita analizar las siguientes variables:

Variables Condiciones Crónicas
Duración de la condición
Urgencia de la intervención
Servicios requeridos o capacidad de auto cuidado

**Tabla 4. Variables Condiciones Crónicas**

Utilizando estos criterios se permite identificar a las personas en tres grupos:

Un primer grupo que aglutina a portadores de condición leve, con fuerte capacidad de auto cuidado o con una sólida red social de apoyo, un segundo grupo que son portadores de condición moderada y un tercer grupo que son aquellos portadores de condición severa, inestable y con baja capacidad de auto cuidado.

Básicamente el Modelo de Pirámide de Riesgo establece la estratificación de la población en función de los riesgos que la misma tiene, constituyendo distintos niveles de intervención a saber:

- El primer nivel de estratificación estará dado por las personas con condiciones crónicas simples, bien controladas y que presentan un bajo perfil de riesgo general, estas personas tienen una alta capacidad de auto cuidado y constituyen la gran mayoría de la población total con

condiciones crónicas de salud, que representan entre un 70% a un 80 % de la misma, y serán enfrentadas mediante técnicas de gestión de auto cuidado apoyado.

- En el segundo nivel de estratificación podemos encontrar las personas con condiciones de salud que presentan un riesgo mayor porque tienen un factor de riesgo biopsicológico o una condición crónica, o más de una con cierto grado de inestabilidad o un potencial deterioro de la salud, a menos que tenga la adecuada atención de un equipo profesional. Representan entre un 20 a un 30 por ciento de la población, y serán tratadas mediante técnicas de gestión de condiciones de salud.

La mayor parte de los cuidados de este nivel será provista por un equipo de APS con apoyo de especialistas. El auto cuidado apoyado sigue siendo importante para esa población pero es más concentrada la necesidad de atención por parte del equipo profesional de salud. Es característico de este nivel la concentración y utilización exponencial de los recursos de salud.

- En el tercer nivel de estratificación podemos encontrar las personas con condiciones de salud con necesidades altamente complejas y por personas usuarias que frecuentemente utilizan la atención de emergencia en ambulatorio o internación no programadas y que necesitan un gerenciamiento activo por parte de metodología de gestión de casos. Representan entre un 1% y 5% de la población, y deberán ser resueltas mediante técnicas de gestión de caso con un uso muy intensivo de los recursos de salud

Para poder desarrollar este modelo se establecen como necesidades y estrategia primaria la utilización de técnicas de estratificar la población según riesgos. A su vez será necesario lograr la integración de sistema de atención de salud mediante la utilización del apoyo en tecnología de gestión clínica. Este tipo de intervención se fundamentara en un fuerte desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud teniendo un énfasis en técnicas y capacitación de auto cuidado apoyado. Este desarrollo del modelo de intervención es pensado siempre teniendo en cuenta la forma en la cual lograr el alineamiento de la atención con las necesidades de salud de la población. Para ello se establece como necesidad primaria la estrategia de fortalecimiento de Atención Primaria de la Salud.

Tiene como base los siguientes principios generales:

- Alineamiento de atención con las necesidades de salud de la población situada en los diferentes estratos de riesgo

- Las personas usuarias son socios en la atención de salud, son consideradas auto prestadoras de cuidado.

- La información de salud es esencial

-La mejoría de la salud se da por la colaboración conjunta entre los equipos de salud, y las personas usuarias. Por ello las personas usuarias son consideradas miembros de los equipos de salud.

-La APS es fundamental pero debe integrarse con los distintos niveles de atención

-El uso no programado de los cuidados especializados y de las internaciones hospitalarias es considerado una falla sistémica, por ello un evento centinela.

Las estrategias claves para lograr este cambio son:

- Educación de las personas usuarias
  - Foco en las personas según riesgo
  - Sistema proactivo y con atención integral
  - El plan de cuidado se debe hacer según directrices clínicas basadas en evidencia que normatice el flujo de las personas dentro del sistema y la cooperación entre los equipos y las personas usuarias.
- La atención debe ser soportada por tecnología de información potente, con historia clínica integrada.

La importancia de llevar adelante la estratificación de una población determinada está dada en la necesidad de poder dotar de un manejo diferenciado de personas o grupos que presentan riesgos similares. Por ello el proceso de estratificación poblacional es clave para poder diseñar un correcto modelo de intervención, logrando identificar personas o grupos con necesidades específicas que deben ser atendidos según dichas necesidades.

La estratificación según estratos de riesgo es necesaria para poder identificar y registrar a las personas usuarias portadoras de necesidades similares para poder colocarlas juntas y poder establecer criterios y normatización de la atención según directrices clínicas basadas en la evidencia, y así poder conformar la consecuente planificación de la atención.

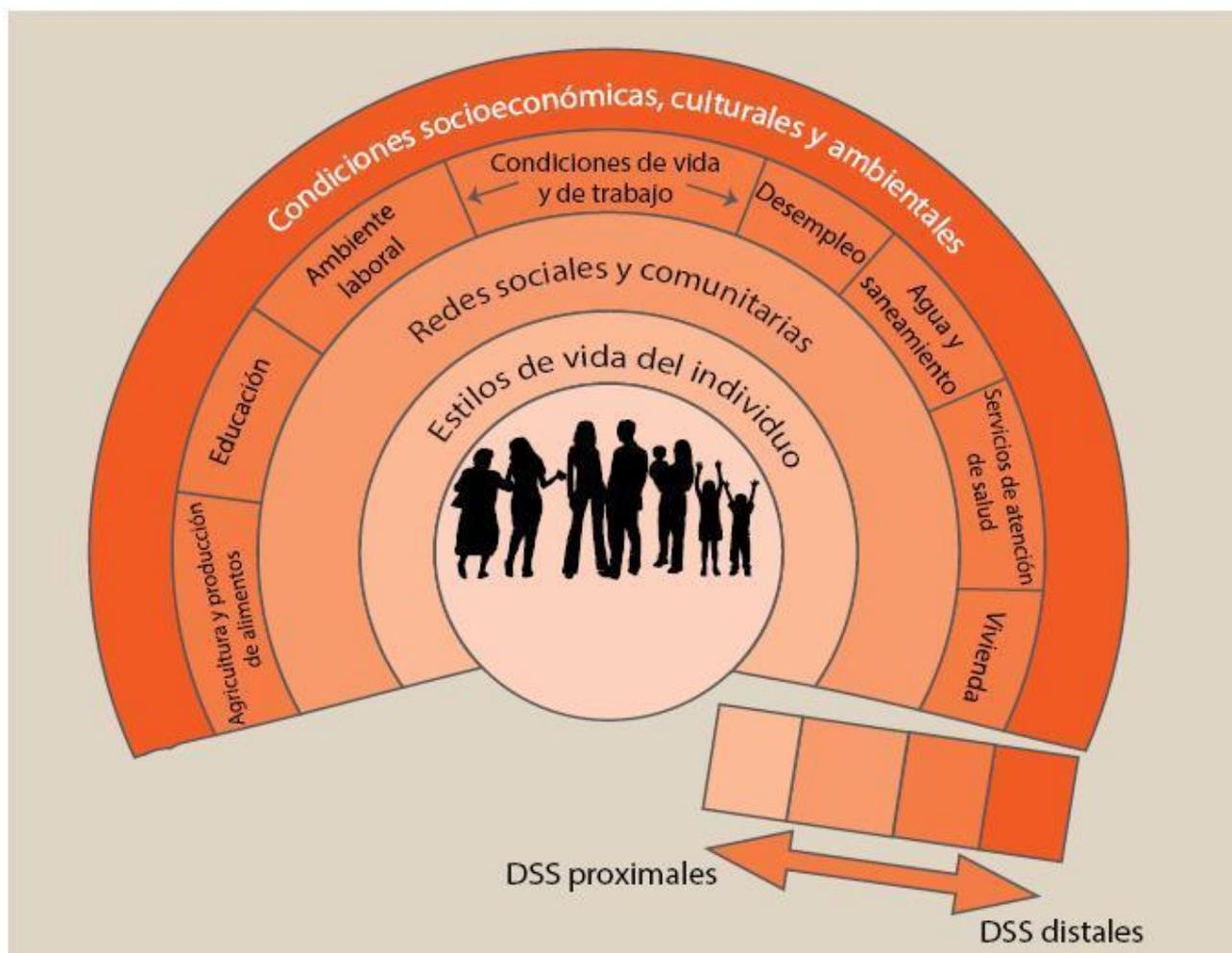
Dicha planificación será realizada siguiendo la historia natural de la enfermedad, y posibilitará realizar análisis sistemáticos prospectivos. Permitiendo así poder adelantarnos a las necesidades sanitarias de la población planificando y utilizando los recursos con mayor inteligencia.



**Figura 2. Modelo de Pirámide de Riesgo o Kaiser Permanente**

El tercer modelo que permite completar la caracterización del MACC es el Modelo Determinantes Sociales de la Salud de Dahlgren e Whitehead.

Este modelo presupone que las necesidades de salud de un individuo no solo están vinculadas a los determinantes individuales como edad, sexo, factores hereditarios, sino que presupone que las variantes en el estado de salud del individuo están afectadas por cuatro niveles denominados capas concéntricas, que son más próximos o más distantes según su nivel de influencia en el individuo. Esta parametrización en capas concéntricas permite intervenir diferencialmente sobre cada una mediante distintas opciones políticas.



**Figura 3. Modelo Determinantes Sociales de la Salud de Dahlgren e Whitehead**

Capas:

Capa 1: El individuo como centro del modelo, con sus determinantes individuales, con sus características de edad, sexo o herencia genética, que ejercen influencia sobre su potencial y sus condiciones de salud.

Son enfrentados por la acción de los servicios de salud sobre los factores de riesgo bio psicológico o sobre las condiciones de salud establecidas y estatificadas por riesgo.

Capa 2: Comportamientos y estilos de vida individuales denominados determinantes próximos, capa inmediatamente externa, la cual se caracteriza por indicadores de Dieta inadecuada, sobrepeso, obesidad, inactividad física, tabaquismo, uso excesivo de alcohol u otras drogas, estrés. Este nivel se debe enfrentar mediante la creación de estrategias de cambios de comportamiento.

Capa 3: Redes sociales y comunitarias. Destaca la influencia de redes sociales cuya mayor o menor riqueza expresa el nivel de cohesión social y o de capital social que es de vital atención para la

salud de la población como un todo. Necesitan políticas de construcción de consenso social y de redes de soporte social que permitan lograr la acumulación de capital social.

Capa 4: Condiciones de vida y de trabajo, afectado por determinantes intermedios como la disponibilidad de alimento, ambiente de trabajo, educación, empleo, saneamiento, servicios sociales de salud, hogar. Se necesita la elaboración de proyectos intersectoriales y de políticas públicas que permitan la mejoría de las condiciones de vida y de trabajo de la población.

Capa 5: Condiciones económicas, culturales y ambientales de la sociedad. Son macro determinantes, que poseen gran influencia sobre las demás capas deben ser combatidos por medio de macro políticas que busque reducir la pobreza y la desigualdad.

Modelo de Atención de Condiciones Crónicas:

Una vez enumerados estos tres modelos de intervención se debe sistematizar los mismos para poder lograr un acabado entendimiento de la complejidad del problema. Para ello siguiendo a Mendes (Mendes, 2012) se plantea la descripción del modelo denominado Modelo de Atención de las Condiciones Crónicas. En el mismo se integra, una mirada Estructuralista, sistémica y organizacional, e individualista para poder afrontar la complejidad del problema de las epidemias de las patologías crónicas. Esas tres visiones estarán determinadas por el Modelo de Determinantes Sociales de Salud, el Modelo de Atención de Crónicos, y el Modelo de Pirámide de Riesgos que hemos explicado anteriormente.

En dicha integración se logran tres objetivos complementarios alineados con la gestión de salud en base a la población, a saber, en primera instancia con el modelo de pirámide de riesgo se encuentra las herramientas para poder estratificar en grupos diferenciales a la población según la complejidad de su condición de salud, en segunda instancia el modelo de determinantes sociales de la salud permite conocer en qué nivel específico de determinantes de salud debemos trabajar, y por último el modelo de atención de condiciones crónicas nos posibilita conocer qué tipo de intervención sanitarias debemos efectuar.

Dicho en otros términos, el modelo nos da una guía en la cual uno puede saber qué intervención realizar que impacte en que determinantes de salud y sobre qué población para poder lograr una gestión orientada al mejoramiento de la salud, al aumento de la calidad asistencial, y a la efectividad del uso de los recursos utilizados.

El resultado de dicha integración produce la segmentación de la población en 5 niveles. A cada nivel le corresponderá una población nominalizada, registrada y georreferenciada, un modelo de intervención según los determinantes sociales y una forma de gestión del sistema de prestaciones.

Al nivel 1 le corresponderá tener adscrita la población en su totalidad, sobre la misma se tendrá que trabajar sobre los determinantes intermedios mediante la gestión de programas de promoción de la salud.

Al nivel 2 le corresponderá Sub población con factores de riesgo ligados a comportamientos y estilo de vida, en los cuales se tendrá que trabajar sobre los determinantes de salud próximos, y mediante técnicas de intervención de prevención de condiciones de salud.

En el nivel 3 nos encontraremos con Sub población con condiciones crónicas simples y o con factor de riesgo bio psicológico establecido, en la cual se debe encausar el trabajo sobre determinantes sociales individuales, la cual se debe trabajar mediante gestión de condiciones de salud y mayormente potenciando la alta capacidad de auto cuidado.

El nivel 4 está determinado por sub población con condiciones crónicas compleja, determinantes sociales individuales con condiciones de salud y o factor de riesgo bio -psicológico establecido: trabajar sobre el individuo, gestión de condiciones de salud con baja capacidad de auto cuidado.

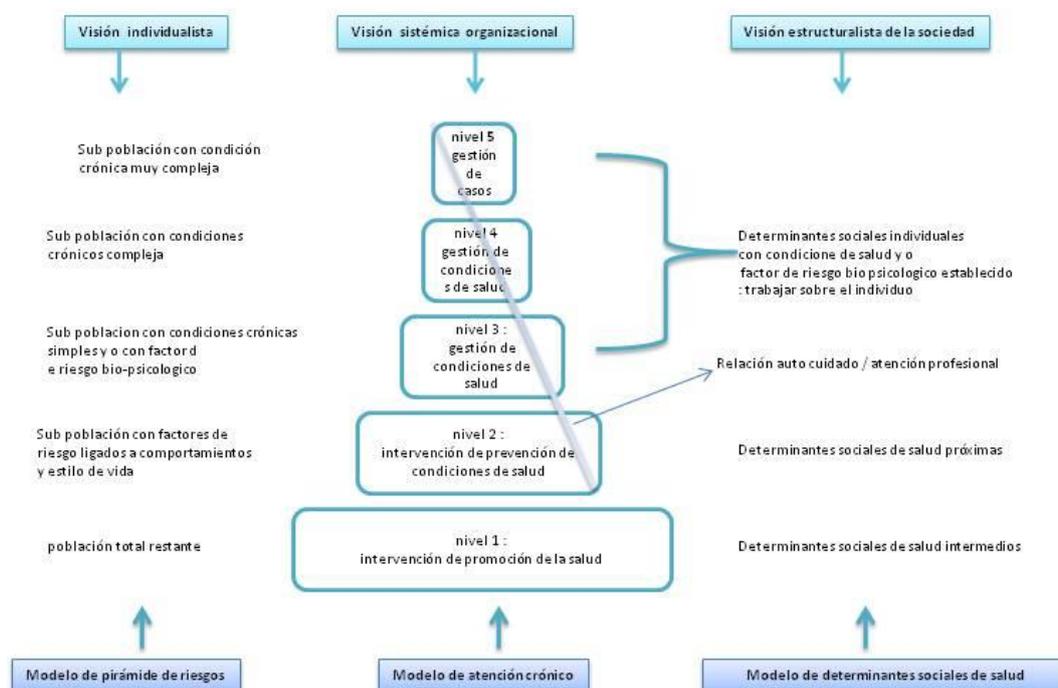
El nivel 5 tendrá sub población con condición crónica muy compleja, determinantes sociales individuales con condiciones de salud y o factor de riesgo bio -psicológico establecido: trabajar sobre el individuo, con técnica de gestión de casos. Estas poblaciones concentran un altísimo nivel de gasto de salud en relación a la proporción de la población que la padece. Por ello la aplicación práctica de la gestión de caso debe ser hecha por un equipo multidisciplinar que coordine la atención en todos los puntos de atención de salud y proveer un sistema de apoyo a largo plazo durante todo el desarrollo de la enfermedad.

Es necesario aclarar que la estratificación del riesgo en los niveles 3, 4 y 5 en los cuales se presentan patologías crónicas, debe ser subdividida por cada condición crónica, para poder luego aplicar las líneas guías de atención según esa cronicidad. (Ejemplo de lo mismo puede ser diabéticos de alto, bajo y medio riesgo).

Un componente adicional y de suma importancia del modelo esta manifestado en poder segmentar a cada uno de estos grupos en grupos que tenga mayor o menor posibilidad de auto cuidado frente a la necesidad de cuidado profesional. Dicha división debe ser hecha mediante la implementación de tecnologías de registro, como encuestas realizadas por el equipo que está a cargo de dicha población y entrevistas personalizadas para poder tener un conocimiento profundo de la situación familiar.

Este tipo de enfoque poblacional de la salud toma como premisa fundamental que la unidad de análisis es la Familia. La importancia de la familia como red de soporte y la situación contextual en la que la misma se encuentra, nos demarcara cual es la posibilidad o no de auto cuidado de dicha enfermedad. Para lo cual se debe generar un mix de nominalización de la población con sus parámetros de riesgos asociados, conjuntamente con la creación de un registro por grupo familiar.

Ejemplo de esto son técnicas de genograma que muestra gráficamente la estructura y el patrón de repeticiones de relaciones familiares, identificando a la familia mostrando dolencias comunes y patrones de enfermedad y conflicto para comprender las repeticiones de los procesos que van sucediendo.



**Figura 4 Cuadro de integración de los tres modelos. MACC. Elaboración Propia en base a Mendes 2012.**

Se utilizará la aplicación práctica de este modelo teórico en O.S.S.I.M.R.A. para estudiar cuales son las transformaciones necesarias en el modelo de gestión asistencial, y mediante qué mecanismos y prácticas para poder gestionar cada nivel de atención.

Dentro del nivel 1 se ha establecido y demarcado como objetivo a la población en su totalidad, la misma será operada mediante mecanismos de gestión de la promoción de la salud apuntando a los determinantes sociales intermedios. La meta es modificar las condiciones de vida de la población mediante el mejoramiento de las condiciones laborales, en la accesibilidad a los servicios sanitarios, en la educación y en el acceso al hogar propio respaldando las interrelaciones de las redes sociales y comunitarias.

Es para ello objetivo de esta intervención construir redes sociales y comunitarias que permitan incrementar el capital social en pos de lograr la cohesión social entendida como ausencia de conflictos que generen fuertes lazos de confianza y solidaridad social.

El capital social es entendido como un conjunto de atributos intangibles en una sociedad que favorecen reciprocidad confianza en las normas compartidas.

Dicha promoción debe ser lograda mediante la realización de acuerdos intersectoriales con otros sectores más allá del sector salud. Para desenvolver proyectos que logren mayores resultados sanitarios, que sean sustentables.

En la sociedad actual el capital social se encuentra en detrimento, por lo cual será necesario llevar adelante acuerdos intersectoriales en pos de objetivos comunes, como agua limpia, cloacas, acceso a la educación, a la salud y generar redes de apoyo a la participación comunitaria, generando empleo, asistencia social, cultura e infraestructura.

Dichos arreglos deben ser generados en niveles disímiles de intermediación a saber local regional o global. Para lo cual es necesaria la intermediación de gobernante, asociaciones civiles, ONG. Clubes, sociedad civil.

Es recomendable a su vez que dichos proyectos sean coordinados por una autoridad integradora que tenga legitimidad para impulsar y mantener los lazos sociales generados.

En cuanto al nivel 2 debemos recordar que son aquellas intervenciones de prevención de condiciones de salud orientadas a una sub población con factores de riesgo ligados a comportamientos y estilo de vida, en los cuales se tendrá que trabajar sobre los determinantes de salud próximos. Siendo estos ligados a comportamientos y a estilos de vida individuales. Los factores de riesgo que se enfrentaran en este nivel son tabaquismo, alimentación inadecuada, sobrepeso, inactividad física, uso excesivo de alcohol entre otros. Para poder gestionar correctamente la salud de esta sub población es necesario generar un sistema de vigilancia de factores de riesgo, que permita monitorear el estado de los mismos en la población seleccionada.

Dicho monitoreo debe hacerse de acuerdo a las siguientes acciones:

a-Medir los índices de mortalidad y morbilidad de la población y distribuirlo agrupadamente por patología crónica

b-Monitorear regularmente los factores de riesgo por medio de la consulta rutinaria.

c-Análisis sistemático de los resultados para tomar acciones correctivas sobre la población

d-Validar constantemente los indicadores generados

e-Generar y apoyar acciones de prevención

f-Monitorear dichas acciones y generar correcciones de las mismas.

Si bien el espacio de intervención en el cual se debe actuar debe ser siempre complementario entre los niveles macro, meso y micro; por ser este un estudio de modelo de gestión asistencial se

trabajara en acciones orientadas en el ámbito micro. El ámbito de aplicación se enmarcará en programas de prevención de riesgos asociados a estilo de vida, evitando que los mismos generen o desencadenen procesos crónicos. A su vez dichos programas deben estar agrupados según una división poblacional por edad, renta, etnicidad y género para poder abarcar todas las distintas situaciones.

Para encausar los programas de prevención será fundamental utilizar la innovación y la profundización en el conocimiento aplicado de técnicas de cambios de comportamientos.

Debido a que en este nivel de intervención los factores de riesgos están asociados a comportamientos o estilo de vida, solo trabajando sobre los cambios de esos comportamientos será posible transformar y disminuir la posibilidad de ocurrencias de patologías crónicas. Por ello se tendrá especial interés en trabajar sobre los factores de riesgo que más influyen en la cronicidad, a saber:

Factores de Riesgo
Dieta inadecuada
Exceso de peso
Inactividad física
Tabaquismo
Uso excesivo de alcohol

**Tabla 5. Factores de Riesgo**

Cada uno de esos factores de riesgo debe ser enfrentado por medio de programas específicos, y nominalizados para poder detectar a la población agrupada según los mismos criterios para generar sinergias y mejorar su aplicación. Cada programa no debe estar aislado de otros sino que todos los programas deben contener entrecruzamientos, más aun teniendo en cuenta el grado de integración existente entre este tipo de factores de riesgo, donde puede observarse la existencia conjunta en una misma persona de más de un factor de riesgo en la población seleccionada.

Es necesario destacar que la complejidad de la intervención es muy alta, debido a que es vital entender que las intervenciones sanitarias no deben estar atadas a la cantidad de prestaciones que se realizan o a la concentración necesaria de especialistas médicos, sino a intentar cambiar la conducta de la personas. Por ello utilizar técnicas de cambio de comportamiento mediante modelos trans teóricos de cambios comportamentales, entrevistas motivacionales, grupos operativos o procesos de solución de problema serán algunas de las herramientas primarias para lograr la transformación que se necesita.

Al avanzar en los siguientes niveles debemos remarcar que las intervenciones en los niveles 3, 4 y 5 serán necesarios de ser gestionados mediante cambios en las técnicas de gestión clínicas.

Como hemos ya establecido en el nivel 3 nos encontraremos con Sub población con condiciones crónicas simples y o con factor de riesgo bio psicológico, en la cual se debe encausar el trabajo

sobre determinantes sociales individuales trabajando principalmente con gestión de condiciones de salud. Los factores de riesgo a tener en cuenta en este nivel están relacionados con:

Factores de Riesgo 3er, 4to y 5to. Nivel.
Edad
Sexo
Factores hereditarios
Factores bios psicológicos: Hipertensión arterial, dilipidemias, alteraciones glicemicas pre diabéticas, trastornos mentales, etc.

**Tabla 6. Factores de Riesgo 3er, 4to y 5to. Nivel.**

Para poder intervenir en este nivel será necesario construir un proceso de vigilancia sobre los factores de riesgo con su correspondiente monitoreo, conjuntamente con un proceso de prevención mediante intervenciones tales como las vacunación, el seguimiento de enfermedades, la realización de exámenes periódicos, la intervención para el control de los factores de riesgo, y el control de las personas según su ciclo de vida, haciendo hincapié en el cuidado de niños adolescentes y ancianos.

En este nivel comienzan a ser necesarias las intervenciones de gestión de la enfermedad por medio de tecnología clínica, pero a su vez es posible lograr un mejor resultado mediante mecanismos de auto cuidado, serán las herramientas de capacitación y aprendizaje las piezas fundamentales para poder lograr la transformación necesaria.

Nuevamente el modelo planteado por Mendes alerta que es necesario lograr la transformación en varias esferas en simultáneo. Se debe transformar tendiendo a:

Objetivos a Desarrollar
Atención colaborativa centrada en la persona
Atención centrada en la familia
Fortalecimiento del auto cuidado apoyado
Equilibrio entre demanda espontánea y demanda programada, dominando esta ultima
Atención multi profesional
Nuevas formas de Atención (Ej. Atención no presencial, Atención continuada)
Atención primaria de la salud

**Tabla 7. Objetivos a Desarrollar**

El objetivo de esta transformación será lograr personas usuarias activas e informadas y equipos de salud proactivos y preparados, entre los cuales se generen interacciones productivas en donde el modelo es realizado de forma colaborativa basado en evidencia y atendiendo las necesidades de salud de las personas para lograr mejores resultados clínicos y funcionales.

El mecanismo a utilizar debe estar suscripto con el monitoreo del paciente en la cual se produzca y evalúe:

Monitoreo de Pacientes
El estado de salud del paciente
Las habilidades o grado de confianza para generar auto cuidado.
Formalización de atención personalizada.
Utilización de directrices clínicas
Elaboración del plano de cuidado en conjunto entre el equipo de salud y las personas usuarias.
Metas para la solución del problema y para el Monitoreo activo del plan del cuidados

**Tabla 8. Monitoreo de Pacientes**

Si bien el nivel 4 está determinado por Sub población con condiciones crónicas compleja, determinantes sociales individuales con condiciones de salud y o factor de riesgo bio -psicológico establecido, (gestión de condiciones de salud similar al nivel 3) la diferencia radica en el hecho que en el nivel 4 las personas cuentan con baja capacidad de auto cuidado. Por lo cual el mecanismo de gestión de las condiciones de salud va a privilegiar la atención profesional por sobre el auto cuidados, siempre sin dejarlo de lado, mediante el trabajo articulado entre médicos generalistas y especialistas.

Por lo cual el trabajo en este nivel es principalmente orientado a establecer mejores mecanismos de interrelación en la organización sanitaria formal, mediante la imposición de redes integradas de servicios de salud, bajo el liderazgo indiscutido de la Atención Primaria de la Salud como componente de integración de todo el sistema.

En este nivel los profesionales intervinientes y toda la planificación de los servicios deberán estar en consonancia con los protocolos de atención adecuados y basados en la evidencia que normalice, según las condiciones de salud, en su aspecto promocional, preventivo, curativo, cuidador, rehabilitador y paliativo.

Hay cuatro componentes que marcan la atención la gestión de las condiciones de salud, ellos son:

Componentes de la gestión de las condiciones de salud
Plan de cuidados
Gestión de riesgos
Cambio de comportamiento de los profesionales
Programación de la atención

**Tabla 9. Componentes de la gestión de las condiciones de salud**

En relación al plan de cuidados se puede decir que es necesario establecer metas, a ser cumplidas en un periodo determinado de tiempo las cuales serán pautas en forma colaborativa entre el profesional interviniente y la persona afectadas por la enfermedad. Para que este plan de cuidados sea llevado adelante correctamente hay distintos momentos que es necesario enumerar. En primera instancia es necesario realizar el diagnostico físico psicológico y social para tener un acabo conocimiento de las características de la situación, posteriormente se deberá explicitar los

objetivos a ser logrados a corto, mediano y largo plazo, definiendo responsables, elaborando las metas y los pasos para alcanzarlas, analizando los obstáculos los recursos necesario y el nivel de confianza existente para llevarlas a cabo y por ultimo monitorear todo el proceso para poder validar la intervención y corregir los posibles desvíos.

Un importante componente es tener especial atención en la visualización de los riesgos inherentes a cualquier intervención clínica para lo cual es necesario desarrollar buenas prácticas clínicas que permitan disminuir los riesgos clínicos y la ocurrencia de incidentes que dañen a las personas usuarias del sistema de atención de salud.

A su vez es necesario logra el cambio en el comportamiento de los profesionales de la salud, y de las personas usuarias lo cual se debe lograr por medio de procesos educativos complementarios, en los cuales se pueda llegar a las personas usuarias con educación para la salud, y a los profesionales intervinientes con mecanismos de educación permanentes.

El último componente fundamental es lograr la programación de las condiciones de salud, la cual se establece en tres momentos a saber:

- Elaboración de la programación: siendo esta programación de la atención en base poblacional según los parámetros epidemiológicos de la misma que sean basados en evidencia científica y que son parte de directrices clínicas conformando una planilla de programación. Es necesario programar en base a las necesidades de salud de la población y no en base a la oferta de servicios
- Contrato de gestión que deben estar basados en desempeño, es decir que establezcan objetivos claros y sus indicadores correspondientes, formalizando responsabilidades y sanciones en caso de incumplimiento. También debe estar pautado por un periodo de tiempo no menor a un año.
- Monitoreo y validación que observe tanto la programación como los contratos de gestión para contribuir a la obtención de mejores resultados económicos y sanitarios.

El nivel 5 de este modelo está dado por una sub población con condición crónica muy compleja, se deberá trabajar sobre los determinantes sociales individuales con condicione de salud y o factor de riesgo bio -psicológico establecido mediante técnica de gestión de casos. Esta técnica está fundamentada en un proceso de cooperación entre un profesional gestor de casos, una persona portadora de una condición crónica muy compleja y la red de soporte social y familiar que pueda colaborar con la persona afectada. Mediante un trabajo conjunto y colaborativo se debería lograr un planeamiento de la atención, un proceso de monitorización y una validación de las mejores condiciones de cuidado y coordinación de la atención. El objetivo primario es defender las necesidades de las personas con la meta de dar atención de calidad, humanizada, buscando preservar autonomía individual y familiar aumentando la capacidad funcional de la misma. Para

lograr esto es necesario luchar contra la fragmentación del sistema de atención, aumentar la calidad del cuidado, proveer servicios ciertos a personas ciertas, y defender ante todo las necesidades e intereses de las personas que padecen la enfermedad.

El gestor de casos puede estar conformado por una persona (hands –off), siendo esta enfermero o asistente social. La misma tiene bajo su responsabilidad la coordinación de la atención, la utilización adecuada de los recursos y la monitorización de los resultados del tratamiento planificado. En este caso el gestor de caso no brinda un servicio prestacional específico sino que el servicio brindado es ser el responsable de monitorear y evaluar que la planificación se cumpla según lo consensuado, intermediando entre los actores del sistema y los recursos disponibles.

Existe la posibilidad adicional que se conforme un equipo multi profesional (hands –on) para realizar la mismas responsabilidades del gestor de casos y a su vez ser el realizador de ciertas prestaciones.

Son competencias necesarias del gestor del caso conocer profundamente la red de servicios que tiene a disposición, conociendo las prestaciones que brindan los mismos y las calidades de los diferentes equipos profesionales. Es importante que el mismo maneje a su vez el costeo prestacional de casa uno de los prestadores de la red para poder decidir teniendo en cuenta el gasto que generan los distintos tipos de intervenciones. También debe ser un excelente negociador y un muy buen comunicador para poder consensuar entre las partes intervinientes y lograr el mejor resultado posible.

El gestor de caso tiene la responsabilidad de seguir toda la duración de la enfermedad crónica haciendo juicio de valor sobre la necesidad de la adecuada atención y oportunidad de la misma. Para lo cual coordina la red de servicios adecuados y verifica que el plan de cuidado este bien prescripto y sea cumplido, prestando especial atención a los desvíos del mismo.

El proceso de gestión de caso contiene las siguientes etapas operativas:

Etapas operativas de la Gestión de Casos
Selección de casos
Identificación del problema
Elaboración del plan de cuidados
Monitoreo del plan de cuidados

**Tabla 10. Etapas operativas de la Gestión de Casos**

La selección de casos estará encaminada mediante la combinación de distintos indicadores que alertan cuales serían las personas indicadas para ser atendidas por esta metodología. Dichos indicadores, según lo que se establece en este modelo, estarían dados por personas con condiciones crónicas muy complejas, portadoras de comorbilidades, gran utilización de polifarmacia, con baja adhesión al tratamiento, sin posibilidad de auto cuidado, con dificultades dentro del entorno familiar, con problemas económicos o sociales, sin red de soporte social

personas que viven solas, ancianos frágiles, que han sufrido algún tipo de abuso. Las variables para la elección deben ser construidas en función de diagnóstico, tipo de tratamiento, cantidad de internaciones, costo y lugar del tratamiento.

En segunda instancia se debe realizar la identificación del problema mediante la recopilación de información para poder tener un adecuado conocimiento de todas las variables del caso. Es fundamental realizar entrevistas, utilizar fuentes secundarias, medir la capacidad de auto cuidado, analizar su historial sanitario, y evaluar las condiciones de vida y habitabilidad de su hogar. Con esta información se podrá correctamente validar si la gestión de caso podrá tener las condiciones mínimas para ser llevada a cabo.

Una vez conocido a profundidad las características del caso, se debe elaborar e implementar el plan de cuidados. Esto se hará en forma colaborativa con la persona que padece la enfermedad su familia y su red social de contención, buscando establecer los objetivos y metas a lograr en un tiempo determinado. En este plan se establecerá quienes serán los prestadores de servicio, que servicios prestaran, con que asiduidad, que necesidades de cuidado y en cuales el paciente participara auto cuidándose. A su vez se evaluará los pasos a seguir según la historia natural de la enfermedad, y la utilización de las mejores prácticas basadas en la evidencia.

Esta agenda planificada (de prestaciones necesarias, prestadores efectores, necesidades y tiempos) parametriza el control y monitoreo de las acciones lo que permite fácilmente medir los desvíos de la planificación para poder corregirlo en el momento mismo que está sucediendo.

Para la planificación se deben instrumentar objetivos de corto, mediano y largo plazo, para los cuales se deberán consensuar las actividades necesarias para que los mismos sean llevados a cabo.

El monitoreo de este plan de cuidados no solo centraliza su atención en el proceso de atención y cuidado mismo sino que a su vez es receptor de las opiniones e inquietudes de las personas afectadas y las familiar para actuar como mecanismo de contención y educación y constructor de confianza.

Esta focalización en la importancia de la opinión del usuario es lo que permite modifica las características de los usuarios desde pacientes hacia personas activas e informadas.

Para poder tener una noción clara de las interrelaciones del modelo se ha desarrollado el siguiente cuadro explicativo:

Intervención modelo de pirámide de riesgos (visión de gestión)	Intervención Sanitarias según modelo de atención crónico (visión sistémica de la organización de los servicios)	Modelo de determinantes sociales de salud (visión estructuralista de la sociedad)	Capacidad de auto cuidado
Sub población con condición crónica muy compleja	Nivel 5: gestión de casos	Determinantes sociales individuales con condiciones de salud y o factor de riesgo bio -psicológico establecido:	Menor nivel de auto cuidado
Sub población con condiciones crónicas compleja	Nivel 4: gestión de condiciones de salud	Determinantes sociales individuales con condiciones de salud y o factor de riesgo bio-psicológico establecido:	Auto cuidado intermedio
Sub población con condiciones crónicas simples y o con factor de riesgo bio psicológico	Nivel 3: gestión de condiciones de salud	Determinantes sociales individuales con condiciones de salud y o factor de riesgo bio psicológico establecido:	Auto cuidado alto
Sub población con factores de riesgo ligados a comportamientos y estilo de vida	Nivel 2: intervención de prevención de condiciones de salud	Determinantes sociales de salud próximas	Auto cuidado muy alto
Población total restante	Nivel 1: intervención de promoción de la salud	Determinantes sociales de salud intermedios	Auto cuidado optimo

**Tabla 11. Integración del modelo MACC.**

## **4. Metodología.**

### **4.1. Tipo de estudio.**

Se basa en un estudio descriptivo cuali-cuantitativo, en el cual se evalúa el modelo de atención prestacional, destinado a brindar cuidados sanitarios.

### **4.2. Fuentes de datos/Herramientas de recolección utilizadas.**

Se utilizaron fuentes de recolección de datos directas e indirectas de las variables mediante la triangulación metodológica cualitativa que incluya análisis de observación directa, entrevistas a encargados de las funciones claves y análisis de datos del sistema de información.

### **4.3. Universo, muestra y unidad de análisis.**

La evaluación corresponde a un periodo de un año correspondiente a los meses de enero 2011 – diciembre 2011.

La población a cargo de O.S.S.I.M.R.A. es de 131.794 beneficiarios. Este análisis se desarrolla solamente en 27 seccionales de atención de O.S.S.I.M.R.A., con una población a cargo de 34.539.

El criterio de selección de esta muestra corresponde criterios de accesibilidad y factibilidad de los datos siendo la misma una selección aleatoria. El tamaño de esta muestra permite por su dimensión tener un acceso óptimo a los datos de provisión de servicio y consumos de beneficiarios para generar este análisis. El resto de las seccionales no incluidas tienen servicios contratados de administración lo cual no permite acceder a datos de consumo. Por ello han sido descartadas del análisis.

### **4.4. Definición de variables**

#### **4.4.1. Variables relacionadas con la Descripción del modelo prestacional actual**

La unidad de análisis es la obra social seleccionada y el estudio de su modelo organizacional utilizado para brindar servicios de salud.

Se utilizará para el análisis de esta variable la triangulación metodológica cualitativa que incluya análisis de observación directa, entrevistas a encargados de las funciones claves y análisis de datos del sistema de información.

Para la descripción se utilizará las siguientes categorías y sub-categorías:

- A. Definición de las características socio epidemiológicas de la población beneficiaria.

- B. Desarrollo histórico del modelo prestacional actual.
- C. Demarcación geográfica de centros de costos de la población beneficiaria
- D. Población beneficiaria por centro de costos: Distribución geográfica de los beneficiarios establecida por centro de costos de la obra social
- E. Edad: medida en grupos etarios.
- F. Sexo: Masculino o Femenino.
- G. Gasto total: Gasto total utilizado por la obra social durante el periodo seleccionado.
- H. Gasto total por periodo: Gasto total utilizado por la obra social dividida por periodo
- I. Gasto total por seccional: Gasto total utilizado por la obra social dividida por periodo y seccional del afiliado.
- J. Gasto per cápita: mensual y anual distribuido por seccional del afiliado

#### **4.4.2. Variables relacionadas con las necesidades de salud de la población beneficiaria de la obra social seleccionada para el estudio y su componente de gasto prestacional según modelo de MACC.**

Tomando como unidad de análisis a la población beneficiaria de la O.S.S.I.M.R.A. y el gasto que la misma produjo durante el año 2011, se describieron variables referidas a las distintas visiones de segmentación población contenidos en el Modelo de atención de condiciones crónicas (MACC). (Anexo 1).

A- **Variables Enfoque individualista:** Segmentación de la población por Riesgo Poblacional: nominalización y gasto de la población según Modelo de Pirámide de Riesgo.

B- **Variables Enfoque Estructuralista:** Segmentación de la población nominalización y gasto según Modelo de Determinantes Sociales de la Salud.

C- **Variables de Capacidad de auto cuidado.** Segmentación de la población nominalización y gasto según Posibilidad de Auto Cuidado de enfermedades por parte de la población

D- **Variables Enfoque sistémico organizacional:** Total de la población por nivel de atención: nominalización y gasto de beneficiario según Modelo de Atención de Crónicos.

#### **4.4.3. Variables relacionadas con el efecto económico de patologías crónicas**

En base a análisis el gasto producido por los beneficiarios de la obra social en el periodo analizado generando variables específicas referidas a los distintos visiones de segmentación población

contenidos en el Modelo de atención de condiciones crónicas (MACC) se segmenta el análisis en la incidencia de las patologías crónicas

A-Gasto por tipo de prestación: Episódica –Crónica

B- Gasto por patología crónica

C-Gasto por patología crónica y dependencia

D-Gasto por patología crónica y grupo etario

#### **4.4.4. Variables de resultados necesidades de salud de la población según la interpretación del modelo de MACC y el análisis de patologías crónicas específicas.**

Esta variable permite comprender cuales son las necesidades sanitarias que tiene la población bajo análisis, uniendo la perspectiva poblacional del modelo MACC y la medición de consumo de las distintas patologías crónicas, lo cual permite vislumbrar claramente cuál será el modelo de gestión necesario para cada uno de los grupos poblacionales seleccionados generando una nueva forma de modelo de atención de cuidados crónicos.

A-Integración de modelos y datos según modelo MACC.

B-Gasto por patología crónica y niveles de intervención según modelo MACC.

C–Gasto por patología crónica, niveles de intervención y centro de costos.

## 5. Desarrollo y descripción del caso de análisis

### 5.1. Descripción del modelo prestacional actual

La unidad de análisis es la Obra Social de Supervisores de la Industria Metalmeccánica de la República Argentina (OSSIMRA) y el estudio de su modelo organizacional utilizado para brindar servicios de salud.

Dicha organización nuclea en su rama central a técnicos, supervisores y profesionales de las industrias metalmeccánicas, metalúrgicas, electrónicas y mecánicas del país. Durante el periodo que se realizó el análisis, comprendido entre enero a diciembre del 2011, la obra social contó con una población a cargo de 131.794 beneficiarios.

Debido a la dispersión geográfica y las dimensiones que este tipo de organizaciones posee podemos encontrar distintas metodologías de atención y contratación de prestaciones médicas para atender las necesidades en la población.

Para realizar un correcto análisis se ha asignado a cada afiliado de la obra social como dato relacional la pertenencia a un centro de costo de referencia, dicho centro de costos se ha establecido en relación al domicilio de la empresa para la cual el beneficiario titular del grupo familiar aporta contributivamente. La segmentación por centro de costos permite dividir por áreas a la estructura funcional de la organización, de manera tal que puede identificar y agrupar los elementos de cada una de estas unidades de producción o de prestación de servicios. Si bien la segmentación en centro de costos esta sesgada por no establecer como marco de referencia el domicilio del beneficiario sino el de la empresa, se utiliza ese criterio debido a que permite comparar ingresos de la obra social por centro de costos, los cuales son percibidos y asignados a la localidad de la empresa para la que el trabajador aporta, contra gasto de los afiliados de dichas empresas. Esta metodología de selección de centros de costos permite delimitar zonas geográficas específicas logrando la segmentación poblacional, lo cual posibilita a su vez delimitar de forma nominalizada a las distintas características poblacionales, y necesidades sanitarias.

Para realizar este análisis se ha segmentado la población y se ha tomado como muestra a analizar a un componente de la población registrada en 27 centros de costos por ser estos los que concentran el mayor consumo de la obra social. Esta decisión se basa en que en esta selección de muestra la metodología de contratación de prestaciones médicas por parte de la obra social se encuentra enmarcada en un contrato por prestación para cada uno de las zonas geográficas con distintos prestadores, permitiendo recabar la información necesaria de prestaciones brindadas, diagnósticos, efectores prestadores, fechas, tipo de prestación y beneficiarios que de haber seleccionado seccionales con una metodología de contratación capitada no se podría obtener. Por ello, para tener datos fidedignos sobre las distintas características del modelo de atención se

segmento la muestra a un universo de 34.539 beneficiarios. Esta selección de la muestra por su amplitud geográfica y cantidad de beneficiarios nos permitirá transpolar las inferencias del análisis a las demás seccionales.

Se trata de una muestra de 34.539 individuos de una Obra Social que pertenecen a una determinada escala social, por lo que las conductas aquí analizadas pudieran ser distintas en una población sin esta cobertura. En esta distribución inferimos que las edades dispersas de la escala son de grupos familiares concentrándose el mayor número de individuos en población económicamente activa. Para ser partícipe de esta obra social por lo menos uno de los individuos del grupo familiar debe estar registrado con relación de dependencia o estar inscripto como monotributista o servicio doméstico.

Por otro lado dada la región geográfica en la cual fueron relevados se trata de una población con acceso a servicios de baja, mediana y alta complejidad.

La obra social tiene sus comienzos históricos remarcados en la característica de la época de asistencialismo por parte del gremio. Mediante la implantación de la ley de obras sociales y mediante las distintas regulaciones posteriores, la obra social comienza una fuerte expansión, tanto en beneficiarios como en cobertura prestacional. En la actualidad O.S.S.I.M.R.A cubre el amplio abanico de prestaciones marcado por la legislación actual, teniendo como parámetro inicial las prestaciones comprendidas en el Programa Médico Obligatorio y sus modificaciones posteriores, cubriendo a su vez la medicación comprendida en la Resolución 310 y modificatorias, permitiendo brindar todo un conjunto de soluciones prestacionales a las distintas necesidades de la población. La metodología de validación de las prestaciones médicas se realiza, mediante la implementación de un sistema informatizado que permite recabar la información de la prestación, afiliados, efectores prestadores, diagnósticos y tener las ordenes digitalizadas para su posterior análisis.

En este punto es donde se encuentra una de las principales problemáticas de gestión de OS.S.I.M.R.A, ya que la validación prestacional que se lleva a cabo es en forma discontinuada, sin planificación de la atención y en donde la única medida de control se enmarca en un nomenclador de prestaciones que solo informa que prestaciones debe reconocer y en bajo qué circunstancias. Esto remite a un procedimiento pseudo automatizado de validación de prestaciones que genera la demanda de servicios de los beneficiarios que es inducida por los propios prestadores.

En el marco prestacional de estos centros de costos la obra social cuenta con efectores en su mayoría contratados terciarizadamente a los cuales la obra social les delega la capacidad de atención de los beneficiarios generando una relación principal agente. A su vez la obra social tiene en las seccionales más numerosas en cantidad de beneficiarios ciertos servicios propios con distinta

metodología y escala de atención en los cuales se encuentran distintas especialidades de atención de consulta y resolución de la baja complejidad.

Independientemente de la utilización de estos centros de atención propios por parte de los beneficiarios de la obra social, los mismos no tienen ningún criterio de gestión asociación a la atención primaria de la salud, ni médico de cabecera o familia sino que al contrario es un servicio que la obra social ofrece de forma simultánea con la apertura prestacional para que los beneficiarios se atiendan en cualquier prestador contratado en forma terciarizada.

La auditoría central de la obra social, se encuentra en la actualidad resolviendo básicamente los diferentes casos a medida que la demanda se produce y teniendo como único parámetro de referencia si la prestación y el cuadro clínico coinciden con la normativa que la obra social debe cumplir establecida en el Programa Médico Obligatorio y sus modificatorias.

Es clave remarcar que en ningún momento se genera una planificación de la atención coordinada, ni protocolizada. Esto produce la tendencia de atender simultáneamente a prestaciones de distintas complejidades con la misma importancia y recurso humano para analizarla, posicionando la atención en la prestación y no en la atención de las necesidades sanitarias.

## 5.2. Variables relacionadas con el efecto económico de patologías crónicas

Distribución del gasto según tipo de prestación crónica-episódica-sin consumo

Para realizar este nivel de análisis se ha integrado y segmentado el consumo prestacional de la obra social en dos tipos específicos de consumos, consumos de patologías episódicas y consumos de pacientes con patologías crónicas. Dentro de esta segmentación se observa que un 62,96% de la población no realiza consumos de ningún tipo, frente a un 35,59% de beneficiarios que tienen un consumo de tipo episódico, que gastan un 60,06% sobre el gasto total y por otro lado una población de afiliados con patologías crónicas del orden del 1,44% de la población con gasto de 39,94% sobre el total facturado.

Esta relación población- tipo de gasto manifiesta una concentración específica del gasto en un porcentaje pequeño de la población y nos dice que la acumulación del gasto se profundiza en pacientes con patologías crónicas.

Tipo de gasto	Crónica	Episódica	Sin consumo	Total general
Gasto total	\$ 20.844.436,76	\$ 31.339.934,40	\$ 0,00	\$ 52.184.371,16
Cantidad de afiliados	499	12.293	21747	34.539
Porcentaje del gasto	39,94	60,06	0,00	100,00
Porcentaje de afiliados	1,44	35,59	62,96	100,00

**Tabla 12. Distribución del gasto según tipo de prestación crónica-episódica-sin consumo. Elaboración**

**Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

Al analizar en profundidad la relación de concentración del gasto en patologías crónicas se ha segmentado el consumo de los beneficiarios con dichas patologías categorizándolas por patología crónica de base. En este análisis se ha utilizado para la segmentación del gasto la selección de la patología crónica primaria que contiene el mayor porcentaje del gasto, dejando para otro análisis la interacción pluri-patológicas.

En los datos encontrados se observa, en concordancia con estudios internacionales, una alta incidencia de patologías crónicas, siendo prioritarias el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, dominando entre ellas el 46,35% del gasto en patologías crónicas y 18,57% sobre gasto total de prestaciones, y con un efecto sobre la población con patologías crónicas del 32,87% y sobre un 0,47% de la población total analizada. Es destacable que la novedad encontrada es la alta incidencia de enfermedades neurológicas, revistiendo de total importancia en el gasto y metodología de gestión de la obra social debido a que supone una alta incidencia de afiliados con discapacidad permanente.

Distribución del gasto por patología crónica:

Enfermedad	Cantidad de afiliados	Importe facturado	Porcentaje de Afiliados sobre Crónicos	Porcentaje de Afiliados sobre Total de Afiliados	Porcentaje de Importe facturado Sobre Crónicos	Porcentaje de Importe Facturado Sobre Total Facturado
Enfermedad Neurológica	73	\$ 4.844.672,00	14,63	0,21	23,24	9,31
Cáncer (neoplasia maligna)	91	\$ 4.816.624,00	18,24	0,26	23,11	9,26
Enfermedades Cardiovasculares	72	\$ 2.156.636,00	14,43	0,21	10,35	4,15
Enfermedad genética	27	\$ 1.505.628,00	5,41	0,08	7,22	2,89
Diabetes Mellitus	85	\$ 956.395,00	17,03	0,25	4,59	1,84
Patología Renal	13	\$ 947.296,00	2,61	0,04	4,54	1,82
Órgano Sensorial	18	\$ 939.896,00	3,61	0,05	4,51	1,81
Hemofilia	1	\$ 848.146,00	0,20	0,00	4,07	1,63
Enfermedades Respiratorias	22	\$ 832.113,00	4,41	0,06	3,99	1,60
Trastornos neuropsiquiátricos	18	\$ 778.659,00	3,61	0,05	3,74	1,50
Enfermedades musculoesquelética	19	\$ 721.404,00	3,81	0,06	3,46	1,39
Otras	29	\$ 570.946,00	5,81	0,08	2,74	1,10
HIV	17	\$ 482.664,00	3,41	0,05	2,32	0,93
Enfermedades digestivas	13	\$ 353.916,00	2,61	0,04	1,70	0,68
<b>Total general</b>	<b>499</b>	<b>\$20.844.437,00</b>		<b>1,44</b>		<b>40,06</b>

**Tabla 13. Distribución del gasto por patología crónica. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

Para poder demostrar esta vinculación se ha trabajado el gasto de prestaciones médicas cruzándolo con la información suministrada en los distintos certificados de discapacidad. Se debe aclarar que la obtención o no de certificado de discapacidad no implica que comprenda todo el espectro del concepto de dependencia, pero permite asumir ciertas tendencias que relacionan a dependencia y patológicas crónicas. Dentro de las enfermedades neurológicas es más notable la incidencia de discapacidad con un 62,75% del gasto con certificado de discapacidad vigente, cuestión no replicable en otro tipo de enfermedades crónicas como el cáncer y la enfermedades cardiovasculares en las cuales las mismas encuentran solo un porcentaje de 2,54 y 0,59% sobre el gasto total relacionado a la dependencia formal.

Esta importancia está relacionada con la obligación que tienen las obras sociales, enmarcada en la ley de discapacidad, a brindar el 100% de las prestaciones relacionadas con la discapacidad, lo cual presupone una asunción del riesgo y responsabilidad por parte de la obra social muy alta.

Otra de las enfermedades que replica la situación alta de dependencia son las enfermedades de trastorno neuro psiquiátrico donde el 68.83 % del gasto está condicionado por afiliados con certificado de discapacidad.

Patología crónica	Sin certificado de discapacidad	Con certificado de discapacidad	Total general
Enfermedad Neurológica	\$ 1.804.777,46	\$ 3.039.894,46	\$ 4.844.671,92
Cáncer (neoplasia maligna)	\$ 4.675.080,61	\$ 141.543,83	\$ 4.816.624,44
Enfermedades Cardiovasculares	\$ 2.143.991,02	\$ 12.644,50	\$ 2.156.635,52
Enfermedad genética		\$ 1.505.628,00	\$ 1.505.628,00
Diabetes Mellitus	\$ 925.105,19	\$ 31.289,88	\$ 956.395,07
Patología Renal	\$ 426.147,56	\$ 521.148,39	\$ 947.295,95
Órgano Sensorial	\$ 407.426,49	\$ 532.469,22	\$ 939.895,71
Hemofilia	\$ 848.145,83		\$ 848.145,83
Enfermedades Respiratorias	\$ 832.113,41		\$ 832.113,41
Trastornos neuropsiquiátricos	\$ 242.682,10	\$ 535.977,08	\$ 778.659,18
Enfermedades musculoesquelética	\$ 505.767,47	\$ 215.636,53	\$ 721.404,00
Otras	\$ 389.087,45	\$ 181.858,82	\$ 570.946,27
HIV	\$ 421.814,64	\$ 60.849,53	\$ 482.664,17
Enfermedades digestivas	\$ 353.915,58		\$ 353.915,58
<b>Total general</b>	<b>\$ 13.976.054,81</b>	<b>\$ 6.868.381,95</b>	<b>\$ 20.844.436,76</b>

**Tabla 14. Patología crónica por dependencia. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

### 5.3. Variables de resultados necesidades de salud de la población según la interpretación del modelo de MACC y el análisis de patologías crónicas específicas.

Luego de realizar el análisis e integrando los distintos modelos de intervención (el cual se detalla en el Anexo II) queda demostrado cuales con los niveles de gasto y porcentaje de población sobre los cuales actualmente se gestiona según demanda espontanea validando contra el Programa Médico Obligatorio, y cuales sería la intervención correcta, arrojando como resultado los datos en la tabla siguiente:

NIVELES	% POBLACION	% GASTO	INTERVENCION ACTUAL	INTERVENCION CORRECTA
Nivel 5 B	0,08	16,92	ATENCION A DEMANDA Según PMO	GESTION DE CASOS
Nivel 5 A	0,16	10,85	ATENCION A DEMANDA Según PMO	GESTION DE CASOS
Nivel 4	0,83	17,68	ATENCION A DEMANDA Según PMO	GESTION CLINICA
Nivel 3	6,08	18,66	ATENCION A DEMANDA Según PMO	AUTOCAUIDADO
Nivel 2	29,89	35,88	ATENCION A DEMANDA Según PMO	PREVENCION
Nivel 1	62,96	0	Ninguna	PROMOCION

**Tabla 15. Diferencias intervención actual y deseada. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

Al analizar estos porcentajes y realizando un cruce entre niveles de intervención y tipo de prestación podemos notar que a mayor complejidad de la atención se genera un aumento del gasto de prestaciones crónicas y una disminución de prestaciones episódicas. Para ellos se ha subdividido por niveles de intervención y tipo de gasto lo cual arroja los siguientes datos:

#### Gasto por tipo de prestación y niveles de gestión

Niveles	Gasto Crónica	Gasto Episódica	Total general	% Crónica	% Episódica
Nivel 5 B	\$ 7.937.139,28	\$ 894.222,11	\$ 8.831.361,39	89,87	10,13
Nivel 5 A	\$ 4.920.349,16	\$ 743.751,83	\$ 5.664.100,99	86,87	13,13
Nivel 4	\$ 6.653.589,56	\$ 2.574.215,66	\$ 9.227.805,22	72,10	27,90
Nivel 3	\$ 1.333.358,76	\$ 8.402.186,76	\$ 9.735.545,52	13,70	86,30
Nivel 2	\$ 0,00	\$ 18.725.558,04	\$ 18.725.558,04	0,00	100,00
Nivel 1	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	0,00	0,00
total	\$ 20.844.436,76	\$ 31.339.934,40	\$ 52.184.371,16	39,94	60,06

**Tabla 16. Gasto por tipo de prestación y niveles de gestión. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

Niveles	Afiliados Crónicos	Afiliados Episódica	Sin Consumo	Total afiliados	% Crónica	% Episódica	Sin consumo
Nivel 5 B	23	3	0	26	0,07	0,01	0,00
Nivel 5 A	48	7	0	55	0,14	0,02	0,00
Nivel 4	191	95	0	286	0,55	0,28	0,00
Nivel 3	237	1863	0	2100	0,69	5,39	0,00
Nivel 2	0	10325	0	10325	0,00	29,89	0,00
Nivel 1	0	0	21747	21747	0,00	0,00	62,96
Total	499	12293	21747	34539	1,44	35,59	62,96

**Tabla 17. Gasto por tipo de prestación y niveles de gestión. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

Debido a que todas las intervenciones deberán ser realizadas en relación a las patologías crónicas que los beneficiarios padezcan, se ha realizado un cuadro explicativo que detalla cada nivel de intervención para cada una de las patologías crónicas, pudiendo así analizar cuál será la intervención más importante según el tipo de patología crónica.

Patología Crónica	% Nivel 3	% Nivel 4	% Nivel 5 A	% Nivel 5 B	Total
Enfermedad Neurológica	0,73	6,41	5,53	10,57	23,24
Cáncer (neoplasia maligna)	1,11	5,78	5,42	10,80	23,11
Enfermedades Cardiovasculares	0,81	4,60	2,04	2,90	10,35
Enfermedad genética	0,19	3,22	2,14	1,67	7,22
Diabetes Mellitus	1,75	2,03	0,80	0,00	4,59
Patología Renal	0,13	0,61	3,07	0,74	4,54
Órgano Sensorial	0,28	0,57	0,85	2,81	4,51
Hemofilia	0,00	0,00	0,00	4,07	4,07
Enfermedades Respiratorias	0,30	0,98	0,37	2,33	3,99
Trastornos neuropsiquiátricos	0,03	1,41	0,94	1,36	3,74
Enfermedades musculoesquelética	0,23	1,61	1,62	0,00	3,46
Otras	0,54	0,99	0,38	0,83	2,74
HIV	0,28	2,03	0,00	0,00	2,32
Enfermedades digestivas	0,02	1,68	0,00	0,00	1,70
Total general	6,40	31,92	23,61	38,08	100,00

Patología Crónica	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5 A	Nivel 5 B	Total general
Enfermedad Neurológica	\$ 151.519,08	\$ 1.336.190,67	\$ 1.152.955,31	\$ 2.204.006,86	\$ 4.844.671,92
Cáncer (neoplasia maligna)	\$ 230.702,44	\$ 1.204.270,07	\$ 1.130.519,99	\$ 2.251.131,94	\$ 4.816.624,44
Enfermedades Cardiovasculares	\$ 169.348,67	\$ 958.016,44	\$ 425.337,59	\$ 603.932,82	\$ 2.156.635,52
Enfermedad genética	\$ 38.992,93	\$ 671.438,23	\$ 446.685,18	\$ 348.511,66	\$ 1.505.628,00
Diabetes Mellitus	\$ 365.498,99	\$ 424.060,71	\$ 166.835,37		\$ 956.395,07
Patología Renal	\$ 26.692,99	\$ 126.915,85	\$ 639.378,06	\$ 154.309,05	\$ 947.295,95
Órgano Sensorial	\$ 57.692,28	\$ 118.841,07	\$ 178.144,66	\$ 585.217,70	\$ 939.895,71
Hemofilia				\$ 848.145,83	\$ 848.145,83
Enfermedades Respiratorias	\$ 63.045,44	\$ 205.070,64	\$ 77.350,52	\$ 486.646,81	\$ 832.113,41
Trastornos neuropsiquiátricos	\$ 6.138,94	\$ 293.039,90	\$ 196.890,71	\$ 282.589,63	\$ 778.659,18
Enfermedades musculoesquelética	\$ 48.387,14	\$ 334.963,15	\$ 338.053,71		\$ 721.404,00
Otras	\$ 112.823,02	\$ 206.719,92	\$ 78.756,35	\$ 172.646,98	\$ 570.946,27
HIV	\$ 59.182,50	\$ 423.481,67			\$ 482.664,17
Enfermedades digestivas	\$ 3.334,34	\$ 350.581,24			\$ 353.915,58
Total general	\$ 1.333.358,76	\$ 6.653.589,56	\$ 4.920.349,16	\$ 7.937.139,28	\$ 20.844.436,76

**Tabla 18. Distribución del gasto por patología crónica y niveles de gestión. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

## 6. Conclusiones.

Luego de realizar un exhaustivo análisis del componente del gasto de esta muestra 34.539 beneficiarios de O.S.S.I.M.R.A. y transfiriendo dichos resultados a las necesidades de la población que demanda servicios sanitarios, se manifiesta que en este universo de análisis, se replica la situación de cambio epidemiológico poblacional, posicionando a las patologías crónicas como unos de los nuevos desafíos produciendo ellas solamente el 40% del gasto de la obra social para los beneficiarios de la muestra analizada.

Con respecto a las patologías, tres de ellas, la Enfermedad Neurológica, el Cáncer (neoplasia maligna) y las Enfermedades Cardiovasculares agrupan del 56,7% de consumo de las patologías crónicas y un 22,64% del total de consumo de la obra social.

La integración de este análisis mediante los cuatro tipos de segmentaciones poblacionales: Modelo de Atención de Crónicos, Modelo de Pirámide de Riesgo, Modelo de Determinantes Sociales de la Salud y Modelo de Capacidad de Auto-cuidado (detallado en Anexo III) ha permitido describir las principales ventajas de la aplicación del modelo de MACC, las cuales consisten en demostrar que este aumento de gasto en el consumo sanitario de los beneficiarios con patologías crónicas establece una relación de concentración del consumo a medida que la estratificación de riesgo es mayor, generando un fuerte impacto sobre un pequeño número de beneficiarios.

Según los datos recabados por la aplicación del modelo de MACC se encontró que el 62,96% de la población no consume servicios sanitarios, ni son alcanzados por programas preventivos y de promoción de la salud.

Un segundo grupo de beneficiarios (35,59%) utiliza servicios pero en forma esporádica y a demanda espontánea de los mismos, consumiendo un 60,06% de los recursos destinados a salud. Por último, se identificó que un tercer grupo de beneficiarios (1,44% restante) consume los 39,94% de servicios sanitarios y esto lo hace en relación al padecimiento de una Patología Crónica. Es por ello que, considerando los objetivos iniciales de esta investigación, la ventaja de la utilización del Modelo MACC permite obtener un completo entendimiento del problema, identificando los beneficiarios que padecen las distintas patologías y con qué niveles de riesgo. También permite seleccionar los mecanismos organizacionales adecuados para dar un tratamiento continuo de atención sanitaria, tanto a patologías agudas como a las patologías crónicas. Siguiendo la integración del modelo MACC con el detalle de consumos de los beneficiarios de esta muestra, que se encuentra detallada en el Anexo IV, se puede observar que para cada grupo poblacional existen los mecanismos de organización críticos que trabajaran sobre los distintos determinantes sanitarios.

Otra de las ventajas de la aplicación del análisis y recomendaciones del modelo MACC, es que permite lograr dos de los objetivos de esta investigación. En primera instancia conocer cuáles son las necesidades sanitarias de los beneficiarios.

En segunda instancia, si se aplicara los criterios de organización propuestos por dicho modelo, la O.S.S.I.M.R.A. podrá readecuar los recursos utilizados hacia mecanismos de prevención y promoción, auto cuidado, gestión clínica y gestión de casos. Este ajuste del modelo prestacional generara mayor nivel de eficiencia, evitando el gasto innecesario producido por no tratar en forma oportuna y adecuada los problemas que la cronicidad genera que según cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005).

Por otra parte, si se eliminan los factores de riesgo mediante programas de prevención ampliamente conocidos se evitarían por lo menos el 80 % de las muertes por enfermedades cardiovasculares y diabetes y el 40 % de los cánceres. Estos ahorros de gastos, representan en esta muestra un ahorro de 8,46% del consumo total de la obra social por un importe de \$ 4.417.074,07.

La aplicación del modelo MACC también colabora en seleccionar aquellos casos de altísima concentración del consumo, los cuales en un 89,85% de beneficiarios que los padecen están asociados a patologías crónicas, para las cuales el mecanismo de gestión actual se sitúa en tratamientos para la resolución de la problemática puntual y discontinuada. Según los resultados alcanzados, la utilización del MACC permitiría generar mejores resultados, tanto en la calidad de la atención como en evitar todas las re-internaciones innecesarias y posibilitar la gestión planificada de todo el tratamiento de la enfermedad crónicas, adecuando prestadores y prestaciones óptimas para estos casos, en particular.

Otra de las ventajas de la MACC se encuentra en el poder trabajar sobre el empoderamiento de los beneficiarios mediante la difusión del "auto cuidado" apoyado, si se tiene en cuenta que el mismo se puede aplicar en este análisis al gasto del 80% de la atención del nivel 3 de beneficiarios, lo cual representaría trabajar sobre el 4,86% de la población y (de ser efectivo) lograr una disminución (parcial o completa) del 14,92% del gasto utilizado por la obra social representado por \$ 7.785.908,18.

Sin embargo, si bien las ventajas de utilizar la MACC para esta muestra de beneficiarios de la Obra Social son muchas, la principal desventaja radica en que la aplicación de la misma contiene varios mecanismos organizacionales pensados para un sistema sanitario único e integrado con fuerte predominio de las patologías crónicas y para un universo de beneficiarios de todas las edades .La muestra que aquí se ha estudiado aún conserva predominio del gasto en patologías episódicas, y una de las posibles explicaciones radica en el hecho de que los afiliados a la Obra Social, al cumplir la edad jubilatoria trasladan su cobertura a otro Asegurador, lo cual permite generar una

transferencia de riesgo unida a una discontinuidad en el modelo asistencial que de no estar unidos y bajo la misma lógica de actuación, carece de sentido su aplicación.

## **7. Reflexiones finales.**

Tomando como base la estratificación realizada se deberá desempeñar para cada nivel de análisis distintos mecanismo de intervención, segmentados por los diferentes agrupamientos de patologías crónicas y riesgo poblacional.

Para ello se propone pensar como centro de la estrategia a la familia y el individuo para, partir de ese punto, desarrollar las intervenciones necesarias.

Todas las intervenciones serán realizadas en forma simultánea por lo cual esta transformación esta diferenciada por contener una complejidad creciente.

Por ello la recomendación de este estudio es comenzar realizando las intervenciones necesarias para cada nivel de gestión segmentadas.

En primera instancia se diseñara programas de Promoción de la Salud. Dichos programas estarán enmarcados dentro de una lógica intersectorial, en la cual la obra social debe asumir un papel más abarcativo, por medio del cual instrumente mecanismos de interrelación con las empresas, con fuerte injerencia en poder mejorar las condiciones reflejadas en los determinantes de salud intermedios, a saber, mejorando las condiciones de habitabilidad, la educación, trabajo, acceso a redes sociales y comunitarias y saneamiento. La necesidad de instrumentar este tipo de programas intersectoriales encuentra condiciones de posibilidad muy interesantes en el ámbito de las obras sociales, ya que las mismas mantienen una relación estrecha para con las empresas que emplean a sus beneficiarios, ya que las mismas son aportantes a la financiación de su salud. Como el desarrollo histórico de las obras sociales en argentina, están relacionadas con la solidaridad dentro de ramas de actividad y entre los trabajadores, es que mediante acciones de mejoras en las condiciones de empleo, vivienda, distribución de la renta, se desarrollara efectos en la promoción de la salud. Este tipo de estrategia de promoción, deberá desarrollar planes conjuntos que regenerarían la calidad de vida de los beneficiarios, y a su vez impactaría en mejores indicadores sanitarios, gracias a la generación de un espacio de contención superador. En este tipo de intervenciones es necesario trabajar conjuntamente con organizaciones gubernamentales civiles y privadas, para lograr una mejoría de la educación. Esta interrelación entre salud y educación, permite dar solución a problemas anteriormente desatendidos. Que los beneficiarios de O.S.S.I.M.R.A sean permanentes educados, en cuanto a la necesidad de tener hábitos saludables, comiendo sanamente, desarrollando actividad física, y no teniendo comportamientos nocivos para

su salud, impactaría directamente en los resultados sanitarios mejorando la calidad de vida y disminuyendo costos.

Debido a que este tipo de instituciones tiene una dispersión territorial amplia se deberán trabajar cada uno de estos componentes en el ámbito local, pero siguiendo lógicas regionales para poder lograr una equidad conmutativa entre los beneficiarios de la obra social.

Al analizar este componente de promoción de la salud, entendida como diferente a mecanismos de prevención, ya que en la promoción de la salud el punto focal está posicionado en desarrollar mejores condiciones del contexto que afectan a aquellos determinantes sociales distales, mientras que en la prevención se trabaja principalmente sobre los hábitos de vida de las personas, se observa que en la actualidad la obra social no está desarrollando planes específicos, por lo cual el gasto que produce actualmente es igual a cero. Si bien este tipo de acciones son difíciles de segmentar, en este análisis de estratificación poblacional nos encontramos que el 62.96 % de la población no tiene contacto alguno con la obra social, por lo cual, si bien la promoción de salud se orienta a toda la población cubierta, deberá tener especial injerencia en aquellos grupos poblacionales que están fuera del radar sanitario, sea esto por falta de accesibilidad al mismo o porque simplemente no necesitan atención sanitaria por equipos profesionales. Sin embargo toda acción en el sentido promocional de la salud, será siempre más costo efectiva que acciones que se desarrollen con estados de salud agravados. Es aquí donde la obra social deberá cambiar sus partidas presupuestarias utilizando recursos de otros niveles de intervención, lo cuales están actualmente irracionalmente utilizados, y redistribuirlos a este tipo de intervención. Si bien la legislación vigente define como obligatorio la realización de planes de promoción de la salud, dentro de la obra social los mismos son solo en términos teóricos para cumplimentar dicha legislación pero que carecen de sustento en la realidad. Este tipo de intervención definitivamente no es nuevo. Y esta extensamente estudiado, sin embargo el mismo carece de capacidad de ser adquirido como propio por la obra social, por distintas circunstancias, las cuales pueden estar subscriptas a la idiosincrasia de su modelo de gestión, en la cual lo importante es actuar sobre el problema cuando ocurre y no anticiparse al mismo. Cambiar este tipo de intervención hacia la conceptualización de esta estrategia como la base que coordina el sistema de atención de la O.S.S.I.M.R.A, será el desafío más importante de fortalecimiento de gestión.

En el segundo nivel de nuestra estrategia deberemos centrarnos en otro tipo de intervención, absolutamente relacionada con la anterior, pero que tiene como objetivo específico trabaja sobre los determinantes de salud próxima, en este caso se trata de llevar adelante mecanismos de prevención de la salud. La diferencia radica en impactar sobre los comportamientos y estilo de vida de la población. Para poder establecer estos determinantes, se establecen los factores de riesgo de la población, encontrando que su presencia aumenta las posibilidades de padecer una enfermedad

crónica. Teniendo en cuenta que el objetivo específico será trabajar sobre la prevención de patologías crónicas, se tomara como factores de riesgo más importantes a contrarrestar la dieta no saludable, la inactividad física, el sobrepeso y obesidad, el uso de tabaco, y el abuso de alcohol. Estos factores de riesgo impactan directamente en la incidencia de patologías crónicas y tienen por características fundamentales que los mismos están atados a cambios en los comportamientos y estilos de vida. La modificación de hábitos asumidos socio culturalmente y con construcción histórica definida no es tarea sencilla de modificar, y a su vez las técnicas necesarias para lograr dicho cambio de comportamiento no son aun conocidas en su totalidad y son desarrolladas escasamente. El desafío existente en este nivel de intervención es logra que las personas desarrollen cambios conductuales hacia una vida más sana mediante complejas técnicas de gestión de los comportamientos, fomentando la participación activa de los propios beneficiarios como integrantes del grupo asistencial. Los beneficiarios se establecerán a ellos mismos las necesidades a modificar y mediante el apoyo de profesionales establecerán los mecanismos y planificación para lograr dichos objetivos.

Según estudios internacionales las personas con hábitos de vida más saludable viven entre 6 y 9 años más y atrasa la aparición de enfermedades 9 años, y trasladan las co -morbididades concentrándolas en menos años y hacia el final de su vida. Es difícil interpretar como teniendo este tipo de análisis contundente en cuanto a la efectividad en la prevención, sea aún una tarea compleja establecer la misma como mecanismo ineludible para una mejor gestión. En este análisis en particular se demuestra que las personas que están segmentadas en este nivel representan el 29,89% de la población y utilizan servicios de baja complejidad, en forma espasmódica y esporádica según sus propios criterios por un valor cercano al 35,88% de la facturación anual. Esta utilización inadecuada de recurso generado por una demanda espontánea del beneficiario o por una demanda inducida por los profesionales, permite vislumbrar la necesidad de modificar la misma hacia programas preventivos, adecuados y oportunos, desarrollados en base a las necesidades reales de la población, en vista de evitar o posponer la ocurrencia de patologías crónicas. Las intervenciones preventivas tienen la capacidad en el largo plazo de reducir exponencialmente la epidemia de enfermedades crónicas, tal vez en esta manifestación se encuentra la esencia de su poca utilización. Ya que una de las cuestiones más trascendentales es que las acciones preventivas no pueden demostrar su costo efectividad en el momento en las cuales son proporcionadas, y el aislamiento de las variables que afectan a la salud complejiza el entendimiento de que solamente con prevención se logran mejores resultados sanitarios. Las políticas de abogacía en este sentido, se enfrentan con las necesidades inmediatas de temas de urgente resolución que retardan la concreción de planes reales de prevención siempre para otra

gestión futura. Será necesario establecer la prevención desde los primeros años de vida ya que los factores de riesgo aumentan su efecto a medida que la gente envejece.

En la actualidad existen infinidad de programas preventivos que establecen la metodología de intervención necesario focalizando en cada uno de los factores de riesgo que hemos seleccionados. Será necesario desarrollar programas que nos permitan mejorar los hábitos alimentarios, realizar actividad física adecuada, luchar contra el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Como se dijo anteriormente esta obra social carece actualmente de encuestas que permitan registrar estos factores de riesgo, por lo cual el primer paso para poder desarrollar la necesaria prevención será establecer mecanismos de recolección de datos, sean estos en encuestas focalizadas, o mediante la intervención de médicos de atención primaria de la salud para poder obtener la información necesaria para desarrollar la prevención en forma aún más efectiva.

Con dicha información, se establecerán los planes preventivos pertinentes y se medirá su efecto temporal.

Estos planes preventivos estarán focalizados en herramientas tecnológicas que permitan cambios de comportamiento, para lo cual es recomendable utilizar metodologías que sustenten dos modificaciones radicales, el primero establecido en la necesidad de cambios en el desenvolvimiento de la vida de las personas, el segundo será necesario cambiar los hábitos de atención de los profesionales intervinientes los cuales no siempre están preparados para impulsar estas modificaciones.

A partir del tercer nivel de gestión cambiaremos el eje de las estrategias adoptando una visión que impacte sobre los determinantes sociales individuales con condiciones de salud y o un factor de riesgo bio psicológico establecido por ello se abordará el micro espacio de la atención clínica. En este espacio es donde se trabajará sobre los cambios necesarios en las metodologías de abordaje y atención de las distintas patologías de los enfermos crónicos. Esta intervención deberá modificar las relaciones existentes entre los equipos de salud y las personas enfermas teniendo especial atención en la coordinación de todo el proceso por medio de atención primaria de la salud como estrategia de intervención que aglutine la dirección de todos los procesos intervinientes. El crecimiento de la incidencia de las patologías crónicas nos alerta sobre los cambios que debemos realizar sobre todo en estos niveles de gestión para lo cual se deberá modificar la organización del atención de salud, el diseño de sistemas de prestación de servicios, el soporte que se le da a las decisiones, el sistema de información clínica la estrategia de auto cuidado apoyado y las relaciones con la comunidad.

Para que ese cambio sea posible de generarse en el tercer nivel gestión se deberá intervenir sobre población con condiciones crónicas simples y o factor de riesgo bio-psicológico de menor complejidad, y esta intervención deberá comenzar por cambiar la forma en la cual se relacionan

los profesionales de salud y los equipos que atienden la demanda de los enfermos. El caso más paradigmático a modificar será la consulta de corta duración, diseñada para atender consultas de patólogas agudas, pero inadecuadas para poder resolver las distintas necesidades de un enfermo con patologías crónicas, más aún si, en la consulta se pretenderá modificar pautas conductuales de las personas para apoyar el logro de los objetivos propuestos.

Se deberá reposicionar en un plano horizontal interacciones productivas entre los equipos de salud proactivos y preparados y personas activas e informadas. La complejidad de producir este tipo de modificación en la atención dentro de este universo de análisis consiste en que las obras sociales, como la que se estudia no cuentan con servicio propio sino que brinda servicios por medio de la contratación de terceros que atienden en forma aislada, y fragmentada a los usuarios del sistema. Modificar la vinculación entre efectores contratados y propios, mediante el seguimiento de un equipo de salud coordinado por la lógica establecida en la atención primaria de la salud, mediante la intervención de un médico de familia que coordine todo el proceso y que utilice a los especialistas como asesores de su decisión orientado a la transformación del usuario en auto prestador.

Las transformaciones necesarias a generar como se ha mencionado anteriormente deberán comenzar mediante la atención colaborativa centrada en la persona, en la cual el poder de decisión sea consensuado y transferido a la persona enferma, ya que empoderando su capacidad de accionar el podrá colaborar y comprometerse. Lo importante es lograr conectar el accionar profesional con la experiencia única y subjetiva que tiene la persona que está padeciendo la enfermedad para acercarnos a las causas de transformación de la misma. Por ello es imprescindible conocer a la persona antes que conocer su enfermedad. Más aun teniendo en cuenta que la relación que se producirá entre profesionales y personas no será unilateral ni única, sino que deberá ser, por la propia idiosincrasia de la enfermedad, una relación prolongada temporalmente y con fuerte proceso de transferencia entre los involucrados. Esta transformación corre el eje de atención quitándole protagonismo a la enfermedad y reposicionando a la persona en el centro de la escena.

Una de las transformaciones micro a generar será modificar las consultas de corta duración, las cuales no están preparadas para atender estas modificaciones y donde se debe conservar el concepto de que las personas enfermas serán los mayores productores sociales de su salud, convirtiéndose en sus propios agentes de salud. Este agente generará junto a los profesionales su propio plan de cuidado, siempre basado en evidencia pero atendiendo a las necesidades de salud de la persona, con fuerte participación familiar reconociendo el papel de esas personas en proceso decisorio, y que ellos mismos sean parte del apoyo emocional y efectivo mediante el cuidado del

enfermo. Esta participación se basará en valores básicos como la dignidad y el respeto, el libre intercambio de información, la activa participación y colaboración.

Este empoderamiento de la persona y la familia permite lograr mayores niveles de pro actividad en la atención de salud, potenciando la autonomía y focalizando la individualidad de las personas usuarias. Serán parte de este trabajo conjunto la construcción de una agenda común, con intercambio de información clara y precisa para poder adoptar decisiones compartidas, y sobre todo generar lazos de confianza y respeto entre las personas y los profesionales de salud. Para que esto sea posible será necesario implementar tres estrategias claves de la atención centrada en la persona: la atención colaborativa, la alfabetización sanitaria y el auto cuidado apoyado. Estas estrategias serán desarrolladas con un fuerte componente comunicacional, teniendo la atención clínica una nueva visión relacional.

En este espacio de actuación también se deberá llevar adelante una transformación que visualice como objetivo sanitario el análisis de la atención centrada en la familia. Los efectores contratados o propios deberán tener adscriptos una población específica, que se encuentre establecida en el territorio de alcance de ese servicio de atención, pero sobre todo organizada por su estructura familiar. Aquí no solo se trata de que cada equipo profesional tenga una población a cargo nominalizada sino que a su vez el análisis permita conocer todas las particularidades del grupo familiar, para tener conocimiento de las situaciones psico sociales del grupo familiar y tener mejores resultados en la atención.

Las enfermedades crónicas de los individuos tienen altísimo efecto en sus núcleos familiares, trastocando diferentes dimensiones emocionales, afectivas y cotidianas. Una de las necesidades que en este nivel se deberá fortalecer será su adaptabilidad y superación de la enfermedad. Dar apoyo a las familias afectadas, sobre todo a las más vulnerables informando de los tratamientos a realizar y mediante su inclusión para la participación activa de los miembros del grupo familiar, será prerrogativa para poder afrontar las enfermedades crónicas.

Para poder realizar la atención de estas familias, será necesario conocerlas mediante la realización de encuestas que la O.S.S.I.M.R.A realizará, para recopilar información básica, que permita a los profesionales sanitarios tener claramente identificado cuales son las familias a su cargo y que características particulares tiene. Este proceso de información deberá ser hecho en forma continua mediante el registro de datos preliminares, pero a su vez en cada punto de contacto que se realice con la familia, ya que no se deberá esperar a que el usuario manifieste una enfermedad crónica, sino que será necesario anticiparse analizando la información suministrada por la encuestas. Será clave no solo registrar datos sociales sino también factores de riesgos de las familias, los individuos y del contexto social. A su vez se deberá actualizar dichos datos constantemente en los diferentes puntos de atención.

También será fundamental registrar factores protectores que generen posibilidades positivas de mejoramiento de la salud.

De este análisis se deberá realizar una clasificación de riesgo familiar para poder tener identificadas a las familias con más o menos riesgo, lo que permitirá priorizar las atenciones de familias.

En este tercer nivel será clave desarrollar estrategias de fortalecimiento del auto cuidado apoyado. El foco estará en apoyar a las personas mediante distintas técnicas, para que se transformen en agentes productores de su propia salud. Esto es lograr el empoderamiento de la persona en relación a su propia condición de salud.

Este auto cuidado será utilizado también en los niveles 4 y 5 pero será dentro del nivel 3 que su efecto y desarrollo será mayor debido a que la menor complejidad de las condiciones crónicas permitirá que cambios simples en la forma en que las personas se cuidan mejorará sustancialmente su salud, y generará disminución de costos adicionales. Se estima que entre un 70 y 80 por ciento de los pacientes del nivel 3 pueden ser atendidos mediante esta técnica de auto cuidado apoyado prescindiendo de una atención constante profesional. La teoría de base de esta metodología de atención presupone que el que más conoce sobre su enfermedad son los propios enfermos, y ellos conviven a diario con ese problema, mientras que los profesionales intervinientes solo toman contacto en la consulta que realizan. Para poder segmentar a las personas que pueden utilizar esta técnica efectivamente se utilizara la división en dos variables.

Por un lado, el grado de motivación a la adhesión al tratamiento, y por el otro el grado de transformación de comportamiento. Seleccionando, desde el tipo de personas más motivadas y con cambios simples de comportamientos hacia personas desmotivadas y con cambios complejos de comportamientos.

El autocuidado apoyado se realiza mediante educación y apoyo para aumentar la confianza y habilidades de las personas y manejar mejor sus problemas, estableciendo un control regular de la condición de salud, una planificación compartida de metas a ser alcanzadas, brindando soporte para dar soluciones de esos problemas.

Son objetivo de esta metodología proveer información sobre prevención y manejo de condiciones crónicas, y modificar la forma de encarar el problema convirtiéndolos en personas proactivas y con capacidades de producir mejorías en su propia salud mediante cambios en su comportamiento.

Lo interesante de este tipo de intervención es que las actividades educativas pueden ser dirigidas para todo un grupo de personas con mismas condiciones crónicas y también para distintos tipos de enfermedades, ya que la realización del proceso se genera en un ambiente grupal donde el mismo enfermo es parte del proceso de enseñanza comunicando a otros enfermos sus problemas y algunos resultados que ha logrado, potenciando la experiencia compartida, desde la mirada de otro con problemas similares.

En este nivel de intervención será necesario lograr un equilibrio entre demanda espontánea y demanda programada. Si bien siempre habrá demanda espontánea de ciertas situaciones, el foco de este análisis presupone que la atención creciente de patologías crónicas deberá posicionarse en una planificación programada de su atención mediante la realización de un plano prospectivo de atención. Será necesario equilibrar la balanza hacia la atención programada, tratando de evitar la generación de eventos agudos que se manifiestan por un cuidado fragmentado y esporádico, sin seguimiento de los enfermos. La valorización política de corto plazo y la visión cultural de preponderancia de las urgencias y emergencias que remite una preponderante atención aguda, debe ser enfrentada mediante la comunicación de beneficios económicos y sanitarios de programar la atención de los enfermos con patologías crónicas.

La agudización y consecuente atención espontánea de una condición crónica será determinada en este esquema como una falla de la planificación programada del sistema de atención de condiciones crónicas.

La metodología habitual con la que se trabaja en la atención de los enfermos, consta en la demanda espontánea de atención, y en la fragmentada atención que los profesionales realizan. Generar un mecanismo de seguimiento y tratamiento prospectivo mediante la supervisión de la Atención Primaria de la Salud será condición para obtener mejores resultados y evitar agudizaciones innecesarias.

Esta planificación del cuidado se realizará conjuntamente entre el enfermo y el equipo de salud, con el objetivo de alcanzar las transformaciones necesarias.

La misma se realizará en encuentros personalizados o por grupo de profesionales, siempre afirmado en las decisiones clínicas basadas en la evidencia, según el estrato de riesgo de la población. Estas directrices deberán contener el tipo de atención, bajo qué condiciones y con qué frecuencias.

Será necesario generar otra transformación mediante la utilización de una atención multi profesional, provista por un equipo de salud integral, aportando atención por otros profesionales del equipo de salud. Esto será realizado por médico de familia, equipo de enfermería, equipo de salud bucal, asistente social, farmacéutico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, profesores de educación física. La utilización de este equipo será realizada según la estratificación de riesgo. Cada caso será analizado por todo el equipo en forma integral, con una visión común y no solamente por la atención individual de cada profesional. Dentro de este equipo se deberá generar relaciones horizontales, entre pares iguales, que brinden un apoyo en forma unida para dar soluciones a las necesidades de los enfermos.

Otra modificación necesaria en este nivel de atención será implementar nuevas formas de atención compartida dirigida a grupo de pacientes, la atención no presencial y la atención continuada.

Las personas que están segmentadas en este nivel representan el 6.08 % de la población y utilizan servicios de mediana complejidad (en forma aguda y sin control planificado de la atención según los criterios que la urgencia demande), produciendo un gasto por un valor cercano al 18.66% de la facturación anual. Modificando estas pautas de atención y reutilizando los recursos en pos del autocuidado apoyado, se logrará una efectiva reducción de intervenciones evitables y una consecuente disminución del gasto prestacional asociado, generando una mejoría en la calidad de vida de las personas afectadas.

Dentro del último de los niveles está el nivel 5 a y 5 b, los cuales serán enfocadas poblaciones con condiciones crónicas muy complejas y sobre las cuales se deberá establecer una intervención de gestión de casos. Esta población se enmarca en un 0,23% sobre la población total, con una afectación del consumo del 27,78%, la misma está siendo atendida en la actualidad mediante los mismos criterios de la atención de cualquiera de otros pacientes sin ningún tipo de atención particular. La modificación a generar impactará fuertemente en el presupuesto de O.S.S.I.M.R.A. y se trabajará con un mínimo número de beneficiarios. Para entender la intervención a realizar definiremos a la gestión de casos como una atención particularizada, especial y singular sobre el individuo mediante un equipo profesional, la cual tiene el objetivo de mejorar sus condiciones de salud considerando que no solo son los beneficiarios que más gastan sino que a su vez son los que más sufren.

La gestión de caso es un proceso por el cual un enfermo, con condiciones muy complejas y un equipo profesional, generan un proceso cooperativo para planificar y coordinar las distintas opciones de cuidado y los distintos servicios de salud intervinientes, de acuerdo a las necesidades de la persona, con el objetivo de brindar una atención de calidad que sea capaz de aumentar la capacidad funcional y la autonomía individual y familiar.

La forma de llevar adelante esta metodología es mediante la intervención de un enfermero u asistente social que coordine todo el proceso de atención, siguiendo detalladamente la evolución del enfermo y que el mismo siga el tratamiento que se ha establecido y tenga acceso a los servicios requeridos en tiempo oportuno y certero. Para lo cual este gestor se convierte en un gestor de recurso, observando los resultados y readecuando los servicios según las necesidades de los pacientes. Este seguimiento personalizado puede ser hecho también por un equipo multi profesional que a su vez brinde servicios sanitarios.

Lo importante a destacar en esta metodología es que el gestor de caso es el responsable del seguimiento durante todo el desarrollo de la enfermedad, siendo un órgano de contralor de los servicios necesarios y la adecuación de los brindados, abogando siempre por el trato oportuno y humanizado del individuo. Deberá conocer todos los servicios de la red asistencial y trabajar sobre los mismos para que cumplan con la atención planificada. Es objetivo principal asegurar la

continuidad del cuidado, y ayudar en todo el proceso asistencial, tanto en su realización efectiva como en la comunicación de las inquietudes entre las familias y el equipo profesional. Este seguimiento busca reducir los eventos adversos de las intervenciones médicas, minimizando todo inconveniente en los puntos de transición, allanando al camino para la atención.

Será necesario establecer un área de coordinación para seguir a los 81 casos de mayor complejidad, teniendo en cuenta que los mismos gastan cerca del 30 % del gasto de la obra social se verá que la inversión es insignificante en términos de la rentabilidad posible tanto económica como en calidad hacia el beneficiario.

El proceso por el cual se llevará a cabo esta intervención constará de una primera etapa de selección de casos, arrojando en el universo de análisis 81 casos, divididos 51 casos en el grupo A y 26 en el grupo B. Esta división se debe a que el grado de concentración del gasto en este último grupo es extremadamente más importante.

Esta selección de las personas que serán acompañados por un gestor de casos deberá estudiarse según la identificación del problema particular, para lo cual se recogerá toda la información de atención clínica y social, tanto del individuo como de su familia. A partir de este momento se realizará entrevistas con la persona y su grupo familiar, obteniendo fuentes primarias y secundarias de información. Teniendo siempre en cuenta que una de las necesidades a evaluar será la posibilidad de generar auto cuidado del enfermo y la familia. La recopilación clínica se basará en análisis de la historia clínica anterior pero a su vez de la entrevista con los profesionales intervinientes, y cuidadores.

Será clave recopilar las condiciones socio ambientales, para determinar las condiciones de vida del enfermo y la posibilidad o no de contar de asistencia domiciliaria.

Una vez elaborada esta ficha de paciente con los datos recopilados, se realizará en forma conjunta la planificación de la atención entre el equipo de salud, el gestor de casos, el individuo y la familia; para determinar intervenciones necesarias, plazos y responsables de las mismas, siempre con el fin de alcanzar los objetivos conjuntamente propuestos. Se deberán establecer metas menores y actividades a ser alcanzadas. El objetivo principal será coordinar la atención para disminuir costos mediante la utilización efectiva de recursos y a su vez dotar de autonomía e independencia a los individuos.

Dentro de las intervenciones previstas el gestor de caso deberá conocer y vincularse con los distintos prestadores de la red de atención gestionando turnos y verificando la calidad de la atención que se brindará, así como conformando todo lo necesario para los traslados de los enfermos. Garantizar coordinadamente la atención que es necesaria, en el lugar que se ha seleccionado y bajo un costo establecido.

El gestor de casos debe monitorear constantemente el cumplimiento de las metas y objetivos que con anterioridad se ha planificado y de ser necesario realizar los ajustes a las intervenciones programadas. Será necesario tener en cuenta las expectativas del individuo y la familia para analizar si las mismas son satisfechas o si es necesario restablecerlas y brindar el apoyo necesario para cumplir las metas.

Las ventajas de la gestión de casos se manifiestan en evitar las agudizaciones innecesarias, evitando internaciones y generando un lazo humano con el individuo, controlando las prestaciones médicas para evitar eventos adversos.

Repensar el sistema de atención sanitario de O.S.S.I.M.R.A reposicionando al individuo como actor protagónico es una de las cuestiones vitales que se enumeran en este análisis, y es intención tener una visión más abarcativa de las responsabilidades que a O.S.S.I.M.R.A les cabe. No solo es un agente financiador de prestaciones médicas establecidas en un programa médico obligatorio sino que es el responsable de buscar el bienestar sanitario de sus beneficiarios.

Estas transformaciones en los distintos niveles de gestión pretenden desarrollar una visión reposicionando la atención de la persona en el centro del problema y generando a su vez una readecuación de recursos económicos para poder afrontar las distintas necesidades sanitarias de la población, dando sustentabilidad, al que debería ser el objetivo prioritario de cualquier obra social, a saber cuidar la salud de sus beneficiarios.

Todo este cambio en el modelo de gestión deberá ser llevado adelante por una estrategia en términos de sistema que marque las pautas necesarias que permitirán lograr los objetivos establecidos a mediano y largo plazo.

Luego de haber realizado el análisis de necesidades según el modelo MACC es necesario optar por distintas políticas que posibiliten llevar las transformaciones adelante. Para lograr dichas transformaciones se utilizará la metodología adoptada por el sistema Sanitario Vasco, desarrolladas en su estrategia para enfrentar la cronicidad el cual presupone en primera instancia la necesidad de establecer la visión a medio plazo de los objetivos que se quieren lograr, a su vez se deberán establecer las políticas que serán las líneas guías de estas visiones.

Readaptando dicha estrategia a este universo de análisis presupondremos como visión de futuro la necesaria transformación del modelo de gestión de la obra social, transformando su papel financiador y o rector de la atención sanitaria hacia una mirada proactiva que implique lograr cambios paradigmáticos no solo en la forma en que la obra social actúa sino que implique cambios en la organización y comportamientos de los equipos profesionales propios y o contratados teniendo como centro del proceso a los usuarios y sus familias.

La primera política necesaria de desarrollar será establecer como cosmovisión del sistema un enfoque de salud poblacional, la cual deberá estar estratificada por riesgos y patologías y

generadora de lazos de pro actividad. La realización de la estratificación llevada adelante en este estudio es la puerta de entrada que nos permite tener información certera y abundante sobre cuáles son las características particulares de la población a cargo de la obra social y en qué medida será gestionada según sus características específicas agrupadas en nuestra pirámide. Esta segmentación nos ha permitido vislumbrar cual es el gasto y en qué tipo de riesgo y patología específica la población de 30000 beneficiarios está distribuida. Sin esta primera aproximación sería impensable intentar llevar adelante transformaciones que permitan dar beneficios sanitarios a la población y no dejaría espacio para poder calcular los recursos y necesidades que se deberán satisfacer. El objetivo que esta política de salud poblacional deberá tener será lograr la mejores condiciones de salud de la población tendiente siempre a lograr una cobertura universal. Este objetivo de cobertura universal debe tener implícito las diferencias contextuales en las cuales se desarrolla la población beneficiaria, tanto en factores sociales económicos y ambientales, por ello lograr que los diferentes grupos poblacionales tengan acceso adecuado y oportuno según la complejidad de su patología y mediante un tratamiento certero y anticipado, logrando mecanismos de prevención y promoción y gestión de condiciones de salud será la forma de llevar adelante este primer enfoque. La estratificación que se ha logrado nos permitió identificar grupos de pacientes con condiciones similares y tener una certera información para readecuar los recursos necesarios que se utilizaran sobre poblaciones específicas. Este cambio de política es clave en el sentido de modificar la evaluación de los casos que realiza la obra social, que actualmente se lleva a cabo mediante el análisis de la demanda espontanea de necesidades que los pacientes o los profesionales manifiestan sin ningún tipo de análisis poblacional sino que llevando adelante una mirada individualista de los casos, transformando hacia una política proactiva de salir a buscar las necesidades y enfrentarlas de forma programada planificada y siempre basada en la mejor evidencia dentro de un parámetro de consenso con el beneficiario.

Este cambio implica tomar conciencia que en la actualidad las auditorias médicas generadas por la obra social representa un mecanismo de contralor que enfrenta a las decisiones de los profesionales intervinientes frente a un Programa Médico Obligatorio, convirtiéndose en un proceso de auditoría de profesionales y no de necesidades sanitarias planificadas poblacionalmente. Una de las mejores formas de evitar el gasto innecesario de servicios será utilizar a las auditorias médicas de la obra social como mecanismo de apoyo y asesoría a los profesionales intervinientes generando sinergias que conceptualicen la necesidad de cada paciente en pos de las necesidades sanitarias de todos los pacientes. El enfoque poblacional permite potenciar experiencias particulares mediante el agrupamiento de poblaciones con necesidad similares, por ello será necesario que el trabajo de la auditoria medica se posicione en lograr

primero este agrupamiento. Como demuestra este estudio, los porcentajes de población van disminuyendo a medida que la complejidad va aumentando cuestión inversa a los gastos, los cuales aumentan en forma abismal a medida que la población es menor. Si tomamos en cuenta la alta concentración de recursos en pocos afiliados, notamos que el enfoque poblacional puede ser una de las herramientas más necesarias para la distribución de los recursos. En la actualidad la prestación por demanda espontánea es innegablemente brindada por que la misma se encuentra dentro de la obligatoriedad que la ley dispone que la obra social brinde, sin embargo la idea de esta transformación poblacional es no esperar a que la demanda espontánea se genere para decidir si es o no necesaria sino planificar para toda la población cuáles serán las prestaciones a desarrollar en forma prospectiva. Esta modificación en la forma de analizar el problema complejo tiene a su vez mayor importancia a la vista del crecimiento del efecto de las patologías crónicas que este análisis deja entrever, y esta importancia es aún mayor si notamos un alto índice de las patologías crónicas son prevenibles y que según vemos en este análisis no se realizan ningún tipo de mecanismo de promoción ni prevención planificada. Los pocos planes que se desarrollan están siendo llevados adelante solo en términos teóricos para la cumplimentación de las resoluciones que la organización debe cumplir. Teniendo en cuenta que el 29,89% del gasto se utiliza en la obra social para atender a la demanda espontánea de factores de riesgo ligados a comportamientos y estilo de vida deberemos readecuar esa utilización de recursos hacia el desarrollo de mecanismos de prevención planificada que enfrente las principales patologías que los beneficiarios de la obra social están padeciendo.

Sera necesario lograr sistemas de información que permitan conectar profesionales intervinientes, pacientes y obra social para poder dentro del enfoque poblacional la intervención que reciba cada beneficiario.

La segunda política a establecer será tomar conciencia de la prioridad que tiene en este contexto realizar promoción intersectorial que mejore las condiciones de vida de los beneficiarios y cumplimentar la misma con mecanismos de prevención sanitaria logrando reducir la incidencia de enfermedades crónicas el deterioro que los beneficiarios sufren.

Este desarrollo será clave de ser realizado tanto en la población sana como en los distintos niveles de intervención, teniendo presente que la obra social no remite gasto alguno en promoción de la salud. Esta interpretación puede ser falaz si consideramos que la promoción de la salud no está representada en el gasto prestacional que una obra social realiza sino que el mismo encontraría su espacio de actuación por fuera mediante arreglos institucionales diferentes. Esto demuestra la oportunidad que las obras sociales tienen ya que su propia idiosincrasia las convierte en realizadoras de promoción de la salud por medio del trabajo de su Sindicato o Mutual asociada a la

obra social. Ver esta diferenciación radica en la necesidad de lograr un trabajo conjunto para que el trabajo de promoción de la salud que el sindicato lleve adelante o que la propia obra social realice siempre este encaminado a focalizar las necesidades que la visión poblacional manifiesta apoyando en el mejoramiento de las áreas que más lo necesiten. Aquí el Sindicato encuentra el ámbito de actuación perfecto como representante de los beneficiarios de la obra social para interactuar con las empresas y las organizaciones gubernamentales en fin de lograr mecanismos de actuación conjuntos que promuevan mejores condiciones socioeconómicas que impactan directa o directamente en la salud. Generar lazos en el ámbito de trabajo vinculando con las empresas, mecanismos de promoción y prevención será uno de los objetivos que esta política deberá impulsar. A su vez también será necesario la adecuación con otros actores públicos y privados para lograr el apoyo proactivo y mayor capital social orientado a aumentar el conocimiento que el beneficiario tiene de su salud, que le permitan mejorar hábitos de vida y alertarlos sobre los distintos factores de riesgo.

Trabajar sobre el consumo de tabaco, de alcohol, la inactividad física, mejor alimentación y condiciones dignas de trabajo, son las pequeñas grandes soluciones de esta complejidad.

Aquí los mecanismos de intervención serán multinivel, desarrollando actividades de prevención a nivel individual, y a nivel de grupos de pacientes por riesgo logrando intervenciones más eficientes.

En todo este desarrollo se hará necesario potenciar como al beneficiario y dotarlo de autonomía y responsabilizarlo sobre su propio cuidado el cual deberá estar alineado con los cursos de acción necesarios para disminuir los factores de riesgo y a su vez para apoyar su auto cuidado. Esta se convertirá en la tercera política que se deberá desarrollar mediante mecanismos de consenso y capacitación permanente, logrando la participación activa del beneficiario y el equipo de atención para poder tomar decisiones informadas en forma conjunta.

El paciente deberá dejar de serlo y convertirse en el centro de atención empoderándose con herramientas proactivas y gestionando su propia salud. El efecto que esta transformación produce tiene alta incidencia en la adecuación del tratamiento y la mejoría de la enfermedad cambiando su estilo de vida y logrando mayor efectividad en su resolución.

La dificultad del cambio conductual de todos los actores del sistema radica en poder responsabilizar a cada uno a cumplir con el rol que conjuntamente se estableció, por lo cual las técnicas de comunicación y educación y serán las herramientas más adecuadas a desarrollar. Es aquí donde surgirá una nueva batería de profesionales de otras ciencias no médicas para colaborar con la gestión de todo este proceso.

La atención dejara de ser unilateral y pasara a realizarse multi profesionalmente recordando que el propio beneficiario es uno de los prestadores del grupo ya que esto permite la autogestión y

responsabilización de los pacientes sobre su propia condición.

La cuarta política de enfoque multi profesional será llevada adelante por la conformación de un equipo de auditoría que coordine la atención de los distintos efectores de la red asistencial. En un sistema tan fragmentado donde los prestadores son todos contratados y con un ámbito de actuación y decisión por fuera de la obra social, y a su vez sin contar con un equipo de Atención Primaria de la Salud que coordine todo el sistema sanitario será de difícil resolución, ahora bien el mecanismo de coordinación es el ámbito donde debe posicionarse la auditoría de una obra social. Es esta vinculación mediante la determinación de la atención primaria de la salud como integración de sistema lo que permitirá dar lógica y sustento a todas las acciones a desarrollar en cada uno de los niveles estratificados y según cada metodología de intervención adecuada a ese nivel. La decisión y coordinación es lo que se establecerá en esta auditoría. Se creará un equipo interdisciplinario basado en la teoría de APS y se coordinará la actuación de cada uno de los efectores en pos de este modelo de gestión.

Es necesario comprender que cada estratificación de riesgo por complejidad y patología, es una construcción realizada a la sumatoria de pirámides realizadas en un ámbito local, en este caso de análisis en cada seccional, para así poder desarrollar un seguimiento con equipos de APS con igual lógica en toda la distribución territorial.

Los diferentes servicios serán gestionados por una auditoría central, y con una estructura en red para cada seccional contando la misma con servicio de atención propio basado en la estructuración de APS y siempre con enfoque poblacional.

Como la atención de las patologías crónicas demanda una infinidad de servicios diversos la construcción de esta red de servicios no debe estar supeditada a la contratación por precio de la prestación a brindar sino a que el servicio prestado se adecue a la metodología de gestión que se propone, por lo cual el inconveniente es aún mayor si se actúa como una obra social en forma particular, ya que en las zonas que la población es escasa, no se permitiría contar con los recursos necesarios a establecer por una cuestión de economía de escala. La propuesta para ser llevada a delante entra en vinculación estrecha a la posibilidad de coordinar el esfuerzo con otras obras sociales que estén manejando la misma metodología de gestión. Esto presupone la necesidad de transpolar este análisis a otras obras sociales para poder así generar sinergias en el proceso de atención en los distintos territorios donde las obras sociales tienen mayor o menor población a cargo. A su vez en seccionales donde la población tenga alta densidad poblacional será necesaria establecer más de un centro de gestión, teniendo como base que cada equipo debe tener a su cargo nominalizado una media de 3000 beneficiarios potenciales para poder dar sustento a los costos de mantenimiento del equipo profesional interviniente y a su vez para poder trabajar con la suficiente calidad y atención que los beneficiarios necesitan.

En este caso de análisis se conformarían 10 centros de atención, de los cuales ya existen en la actualidad pero dando atención episódica y sin esta lógica de atención por lo que se deberá readecuar las tareas y capacitar a los profesionales intervinientes para modificar el modelo de gestión hacia la atención de patologías de larga duración.

La integración de la atención y continuidad de la misma es la clave que permitirá que se realicen los procedimientos adecuados previamente planificados maximizando los resultados sanitarios. Este objetivo de coordinación tendrá que generar una disminución de los costos de transacción entre los niveles.

La auditoría central conjuntamente con los 10 centros de atención serán los encargados de coordinar los servicios siempre en base a estándares de calidad impulsando el desarrollo y utilización de las guías de práctica clínica. Para lo cual se generaran equipos multiprofesionales que compartirán información y diagnóstico de manera transparente. Cambiar el mecanismo de contralor de la obra social a uno de coordinador de la planificación de la atención será el cambio sustancial en esta política.

Para poder llevarse a cabo se deberán establecer claramente cuáles son los roles de cada uno de los actores intervinientes y genera convenios con prestadores convirtiendo a los mismos en socios estratégicos de esta metodología de actuación .La dificultad que este proceso encierra es que no es posible ni deseable para esta obra social trabajar con prestadores propios en todos los niveles de atención, y al contratar un prestador terciarizado el mismo trabajo a su vez con muchas otras obras sociales o clientes de medicina prepaga o particulares, por lo cual solicitarte que trabaje de acuerdo a estos estándares de gestión complejiza la posibilidad de contratación. Para poder evitar esto se necesitara trabajar conjuntamente entre los equipos multi profesionales y los prestadores que se contraten planificando conjuntamente los mecanismos de organización.

## 8. Bibliografía.

- Barbieri, N. "Estado y Mercado. Una Aproximación desde la Economía de la Salud". Medicina y Sociedad. Vol. 22 Enero -Marzo 1999.
- Barbieri, N., De la Puente, C. y Tarragona, S. "La equidad del gasto público en salud". Ediciones ISALUD. 2005.
- Bengoa, R., & Nuño Solinis, R. (2008). Curar y cuidar. Barcelona: Elsevier.
- Bernanke B. y Frank, R. "Principios de Economía" McGraw Hill, 3ra. Edición. 2007.
- Bodenheimer T, Wargner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002;288:1775-9.
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Copenhagen, Denmark: World Health Organization; 1992. p. 67.
- Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. En <http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>
- Fisher, S. y Dornbush R. "Economía". McGraw Hill, 1985; Capítulos 1-8
- González García, G y Tobar, F. "Salud para los argentinos". Ediciones ISALUD 2004.
- González López Valcárcel, B: "Salud, Equidad y Desarrollo Económico desde la perspectiva Europea" en "Salud, Equidad y Desarrollo Económico" Ediciones ISALUD Buenos Aires Noviembre 2000.
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. 1981.
- Mendes, Eugênio Vilaça O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organización Pan Americana de Saude. Brasilia -2012
- Mendes, Eugênio Vilaça As redes de atención de saude Organización Pan Americana de Saude. Brasilia -2012
- Musgrove, P. "Health Economics in Development"- Human Development Network. Health, Nutrition, and Population Series. The World Bank. Washington DC. 2004.
- Organización Mundial De La Salud. (2005). Preventing Chronic Disease: A Vital Investment.
- Organización Mundial De La Salud. (2010). Informe sobre la Salud del Mundo: La Financiación de los sistema de Salud :Hacia la Cobertura Universal. ginebra: OMS.
- Ortun Rubio, V. y Meneu de Guillerna, R. "Efecto de la Economía en la Política y Gestión Sanitaria". Revista Española de Salud Pública Nº 5 Septiembre-Octubre 2006.
- Ortun Rubio, V., Pinto Prades, J.L. y Puig Junoy, J "La economía de la salud y su aplicación a la evaluación". Atención Primaria. Volumen 27. Núm 1. Enero 2001.

- Ortun Rubio, Vicente "Análisis de los Mercados y del Marco Regulatorio del Sector Salud". IV Jornadas Economía de la Salud, 1995, Ed. ISALUD.
- Ortun Rubio, Vicente "La Economía en la SANIDAD Y MEDICINA" Editorial EUG; 1990, Barcelona.
- Orueta JF, et al. Estratificación de la población en el País Vasco: resultados en el primer año de implantación. Aten Primaria. 2012. doi:10.1016/j.aprim.2012.01.001
- Pan American Health Organization. (2013). Innovative Care For Chronic Conditions. Washington,DC: PAHO.
- Rovira, J. "Evaluación económica en salud: de la investigación a la toma de decisiones" Revista Española de Salud Pública N.º 3 - Mayo-Junio 2004.
- Schweiger y Alvarez 2007. Brechas Sanitarias. Cuadernos de Saude. ENSP. Fiocruz.-adjunto
- Schweiger, A. et al., Sistemas de Información y Control de Gestión en A. Latina y Caribe. AES-España. Cadiz 2003.
- Schweiger, A. et al., La Salud en las Américas. Cap. 14.-Financiamiento de las FESP-OPS/OMS-WDC-2003.
- Stiglitz, J. "Microeconomía" 2da Edición. Ariel SA. Barcelona. 1998..
- Suarez, R. "Módulo de análisis de costo efectividad aplicado a los servicios de salud: análisis de costos, demanda y planificación de servicios de salud". Washington, D.C., OPS, 1990
- Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. Gerencia y políticas de salud. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. 2001.
- Torres, R. "Mitos y Realidades de las obras sociales en Argentina." Ediciones ISALUD, 2005

## 9. Anexos.

### 9.1. Anexo I : Modelos de Gestión

A- Variables Enfoque individualista: Segmentación de la población por Riesgo Poblacional: nominalización y gasto de la población según Modelo de Pirámide de Riesgo.

Variables Enfoque individualista :Modelo de Pirámide de Riesgo
Nivel 1: población total.
Nivel 2: sub población con factores de riesgo ligados a comportamientos y estilos de vida
Nivel 3: sub-población con condición crónica simple y o factor de riesgo bio-psicológico
Nivel 4: sub-población con condición crónica compleja
Nivel 5 A: sub-población con condiciones crónicas muy complejas.

B- Variables Enfoque Estructuralista Segmentación de la población nominalización y gasto según Modelo de Determinante Sociales de la Salud.

Variables Enfoque Estructuralista :Modelo de Modelo de Determinante Sociales de la Salud
Nivel 1 :Determinantes sociales de salud intermedios
Nivel 2 :Determinantes sociales de salud próximas
Nivel 3 :Determinantes sociales individuales con condiciones de salud y /o factor de riesgo bio psicológico establecido

C- Variables de Capacidad de auto cuidado: Segmentación de la población nominalización y gasto según Posibilidad de auto cuidado de enfermedades por parte de la población:

Variables Capacidad de Autocuidado
Nivel 1: auto cuidado alto
Nivel 2: auto cuidado intermedio
Nivel 3 :menor nivel de auto cuidado

D- Variables Enfoque sistémico organizacional: Total de la población por nivel de atención: nominalización y gasto de beneficiario según Modelo de Atención de Crónicos:

Variables Enfoque sistémico organizacional : Modelo de Atención de Crónicos
Nivel 1: intervención de promoción de la salud
Nivel 2: intervención de prevención de condiciones de salud
Nivel 3: gestión de condiciones de salud
Nivel 4: gestión de casos

## 9.2. Anexo II. Desarrollo y descripción del caso de análisis

### 9.2.1. Demarcación geográfica de centros de costos de la población beneficiaria

Para poder definir este universo de análisis se han seleccionado 27 seccionales de la obra social las cuales concentran en forma diferencial la población, permitiendo tener una muestra representativa de la obra social. Las mismas se encuentran repartidas en distintas provincias de la República Argentina. En todas ellas se encuentra armado una red de prestación de servicios, pero es dable aclarar que los ingresos y los valores prestacionales de las mismas varían ampliamente. Esta realidad de este contexto nacional impacta a su vez en la gestión del proceso asistencial por lo cual esta selección de seccionales tiene a su vez el fin de poder abarcar distintas realidades que suceden al interior de la obra social. Las mismas se detallan a continuación:

seccional	DES
0	SEDE CENTRAL
1	CÁPITAL FEDERAL
2	AVELLANEDA
3	MORON
4	SAN MARTIN
6	CHASCOMUS
7	LUJAN
8	PERGAMINO
9	TRES ARROYOS
10	TANDIL
11	LA PLATA
12	BRAGADO
13	SAN NICOLAS
15	MERCEDES
20	MAR DEL PLATA
22	CHIVILCOY
25	GENERAL PICO
26	TRELEW - CHUBUT
27	USHUAIA
28	RIO GRANDE – TIERRA DEL FUEGO
30	CHACO
32	CORRIENTES
33	FORMOSA
34	LA RIOJA
36	MISIONES
37	NEUQUEN
39	BARILOCHE- RIO NEGRO
41	SANTA CRUZ
42	BAHIA BLANCA

**Tabla 19. Demarcación geográfica de centros de costos de la población beneficiaria. Elaboración**

**Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

### 9.2.2. Distribución geográfica de los beneficiarios establecida por centro de costos de la obra social. Cantidad de beneficiarios por centro de costos:

Poder realizar una segmentación y observar la relación entre seccional y cantidad de beneficiarios de la obra social permitió vislumbrar la importancia de las distintas seccionales, pudiendo percibir cuales manifiestan la mayor concentración de beneficiarios. En la misma sobresale la concentración poblacional de un primer grupo compuesto por las seccionales de Capital Federal, Morón, Avellaneda, San Martín. Seguidos en menor proporción por el segundo grupo de Chivilcoy, Luján, Neuquén y Río Negro, y un tercer grupo con las restantes.

Esta segmentación posibilitará circunscribir las intervenciones a realizar a cada dimensión geográfica y evaluar en cuales el efecto del cambio será más o menos radical y más o menos complejo de instrumentar.

Seccional	DES	Cantidad por seccional
0	SEDE CENTRAL	16
1	CAPITAL FEDERAL	10098
2	AVELLANEDA	3775
3	MORON	3608
4	SAN MARTIN	5636
6	CHASCOMUS	9
7	LUJAN	1013
8	PERGAMINO	159
9	TRES ARROYOS	34
10	TANDIL	158
11	LA PLATA	542
12	BRAGADO	411
13	SAN NICOLAS	771
15	MERCEDES	173
20	MAR DEL PLATA	196
22	CHIVILCOY	1680
25	GENERAL PICO	19
26	TRELEW - CHUBU	366
27	USHUAIA	11
28	RIO GRANDE - TIERRA DEL FUEGO	633
30	CHACO	463
32	CORRIENTES	294
33	FORMOSA	476
34	LA RIOJA	436
36	MISIONES	199
37	NEUQUEN	1615
39	BARILOCHE - RIO NEGRO	1578
41	SANTA CRUZ	2
42	BAHIA BLANCA	168
Total general		34539

**Tabla 20. Cantidad de beneficiarios por centro de costos. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

### 9.2.3. Distribución etaria. Edad: medida en grupos etarios

Al analizar la conformación poblacional de la obra social y mediante la visualización de la pirámide poblacional realizada podemos revelar una fuerte incidencia de grupos poblacionales en edad económicamente activa, con pocos beneficiarios de grupos dependientes sobre todo de adultos mayores. Esto sucede por los mecanismos de asignación de beneficios de seguridad social, y la discriminación de los beneficiarios en edad de jubilación, siendo los mismos trasladados a otro organismo, el cual se hará cargo a partir de la edad jubilatoria de brindar los servicios prestacionales correspondientes. El organismo que acoge a jubilados es el Instituto de Jubilados y Pensionados y que da prestaciones mediante PAMI.

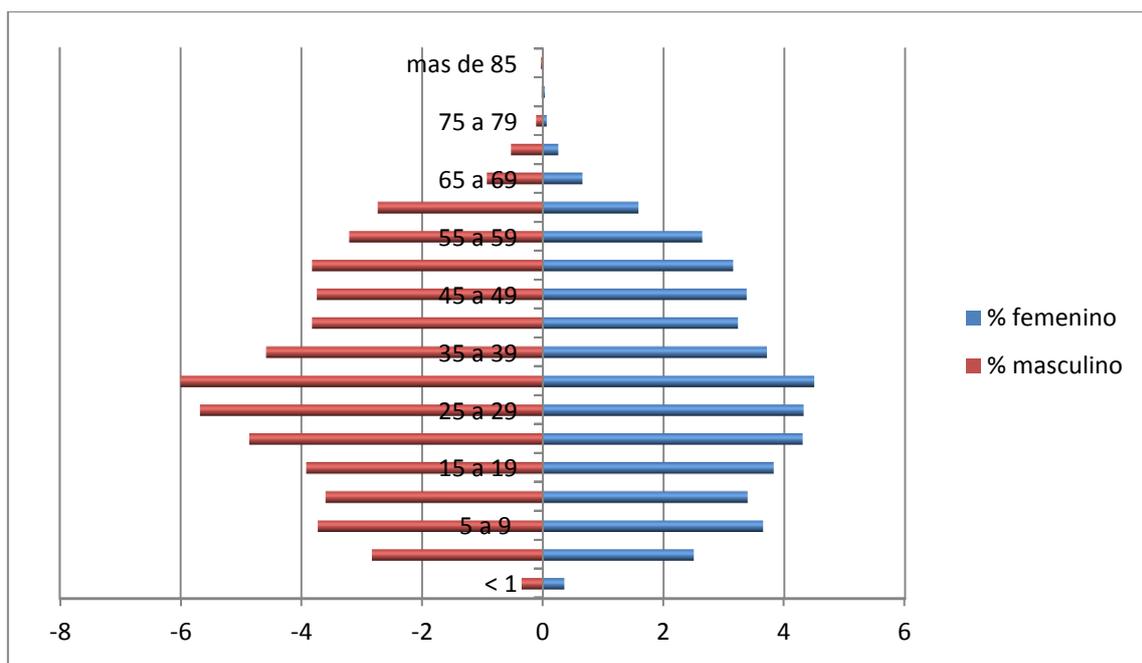
Los beneficios o ineficiencias que la obra social genera en la atención de los beneficiarios a través de su vida activa, tendrá efecto directo en otro organismo ajeno a la obra social, trasladando el riesgo de la mala gestión a otra organización, tema que se retomará con detalle en las conclusiones de este análisis.

En esta muestra poblacional, se demuestra una pequeña diferencia de participación en la población a favor de los hombres sobre las mujeres, siendo las personas masculinas un 54,45% de la población frente al 45,55% de las personas femeninas, porcentaje correspondiente a la rama gremial y las características laborales de una obra social metalmeccánica que por su propia esencia consta con predominio masculino en las filas de sus empresas.

Intervalo de edad	Femenino	Masculino	Total	% femenino	% masculino	% total
< 1	124	122	246	0,36	0,35	0,71
1 a 4	864	978	1842	2,50	2,83	5,33
5 a 9	1260	1286	2546	3,65	3,72	7,37
10 a 14	1170	1242	2412	3,39	3,60	6,98
15 a 19	1322	1354	2676	3,83	3,92	7,75
20 a 24	1485	1680	3165	4,30	4,86	9,16
25 a 29	1493	1961	3454	4,32	5,68	10,00
30 a 34	1552	2073	3625	4,49	6,00	10,50
35 a 39	1282	1582	2864	3,71	4,58	8,29
40 a 44	1115	1318	2433	3,23	3,82	7,04
45 a 49	1164	1291	2455	3,37	3,74	7,11
50 a 54	1088	1320	2408	3,15	3,82	6,97
55 a 59	912	1107	2019	2,64	3,21	5,85
60 a 64	549	944	1493	1,59	2,73	4,32
65 a 69	227	318	545	0,66	0,92	1,58
70 a 74	87	181	268	0,25	0,52	0,78
75 a 79	21	36	57	0,06	0,10	0,17
80 a 84	11	7	18	0,03	0,02	0,05
más de 85	5	8	13	0,01	0,02	0,04
Total general	15731	18808	34539	45,55	54,45	100,00

**Tabla 21. Edad: medida en grupos etarios. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

Al realizarse la pirámide etérea de la obra social, debemos demarcar que al misma tiene el sesgo de no representar una población de un país, para lo que este tipo de análisis fue creado, sino que está conformada por una segmentación poblacional específica a una rama de actividad y organización en particular. Sin embargo la muestra de la misma permite acercar ciertas inferencias interesantes que sin la misma sería difícilmente observables.



**Figura 5. Pirámide etaria. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

#### 9.2.4. Distribución por Sexo: Masculino o Femenino. Por seccional

Este análisis permitió demostrar la composición de la obra social por segmentación de la población y centro de costos para poder analizar la lógica interna a cada seccional. Se encuentra una relación similar al cuadro general de distribución. La diversidad de prestaciones y riesgo prestacional de una población esta manifiestamente implícita en la composición de la misma, por sexo y edad pero es mediante la utilización de un análisis geográfico específico, que se comprende la variabilidad de la población. Para una población determinada se debe generar una oferta de servicios, en relación a las necesidades de la población y no solamente a la demanda de servicios de la misma.

Seccional	Descripción	Sexo		Total general
		Femenino	Masculino	
0	SEDE CENTRAL	6	10	16
1	CAPITAL FEDERAL	4106	5992	10098
2	AVELLANEDA	1805	1970	3775
3	MORON	1678	1930	3608
4	SAN MARTIN	2666	2970	5636
6	CHASCOMUS	4	5	9
7	LUJAN	481	532	1013
8	PERGAMINO	63	96	159
9	TRES ARROYOS	16	18	34
10	TANDIL	71	87	158
11	LA PLATA	268	274	542
12	BRAGADO	192	219	411
13	SAN NICOLAS	369	402	771
15	MERCEDES	85	88	173
20	MAR DEL PLATA	103	93	196
22	CHIVILCOY	803	877	1680
25	GENERAL PICO	8	11	19
26	TRELEW - CHUBUT	169	197	366
27	USHUAIA	5	6	11
28	RIO GRANDE - TIERRA DEL FUEGO	270	363	633
30	CHACO	210	253	463
32	CORRIENTES	129	165	294
33	FORMOSA	268	208	476
34	LA RIOJA	216	220	436
36	MISIONES	84	115	199
37	NEUQUEN	793	822	1615
39	BAILOCHE - RIO NEGRO	791	787	1578
41	SANTA CRUZ	1	1	2
42	BAHIA BLANCA	71	97	168
Total general		15731	18808	34539

**Tabla 22. Sexo. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

### **9.2.5. Gasto total: Gasto total utilizado por la obra social durante el periodo seleccionado.**

Para determinar el volumen de gasto prestacional de O.S.S.I.M.R.A para el universo de análisis seleccionado, se ha analizado la información de toda la facturación ingresada en la obra social durante el periodo 2011, correspondiente a prestaciones médicas, incluyendo gastos en ambulatorio, diagnóstico por imágenes, laboratorio, internación, medicación, traslados, reintegros, prótesis y órtesis y todo otro gasto relacionado con prestaciones médicas. La estimación de gasto se estableció en \$ 52.027.656,59 para el año 2011.

año	2011
Suma de total	
	\$ 52.027.656,59

**Tabla 23. Gasto total. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

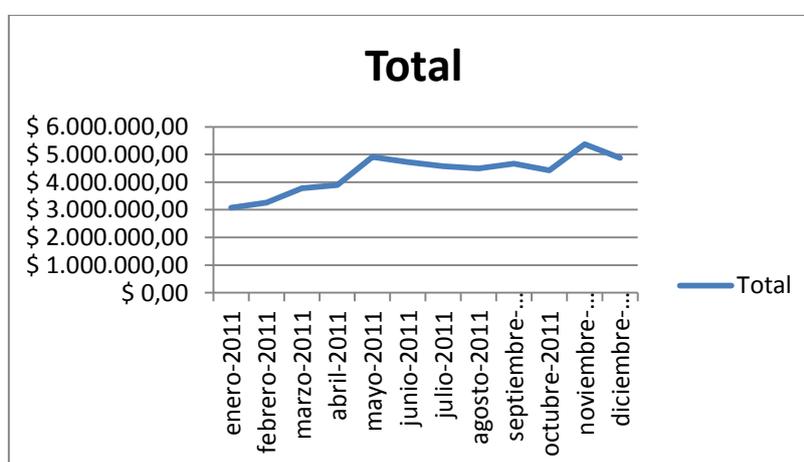
### 9.2.6. Gasto total por periodo: Gasto total utilizado por la obra social dividida por periodo

Una vez establecido el parámetro del gasto total del universo de análisis se procedió a establecer su división según los periodos mensuales a los que corresponde el mismo en el que fue realizada la prestación. Dicho resultado nos plantea un incremento del mismo con un fuerte componente estacional, pero cuyas repercusiones impactan en el crecimiento sostenido del gasto. Produciendo un crecimiento muy importante en los meses de la época invernal pero que no ha caído posteriormente. Esto puede explicarse por la firma de acuerdo de valores más altos para con los prestadores, los cuales estaban congelados y por un incipiente contexto de inflación.

Tendencia mensual del gasto

Mes	Suma de total
enero-2011	\$ 3.074.057,12
febrero-2011	\$ 3.256.070,61
marzo-2011	\$ 3.781.795,10
abril-2011	\$ 3.890.420,48
mayo-2011	\$ 4.905.680,80
junio-2011	\$ 4.720.464,15
julio-2011	\$ 4.574.720,42
agosto-2011	\$ 4.491.458,53
septiembre-2011	\$ 4.666.143,68
octubre-2011	\$ 4.420.103,01
noviembre-2011	\$ 5.374.539,52
diciembre-2011	\$ 4.872.203,17
Total general	\$ 52.027.656,59

**Tabla 24. Gasto total por periodo. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**



**Figura 6. Gasto total por periodo. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

### 9.2.7. Gasto total por seccional: Gasto total utilizado por la obra social dividida por periodo y seccional del afiliado.

Para poder observar la incidencia del gasto en las distintas seccionales del país se realizó un análisis del gasto de la seccional durante todo el transcurso del año 2011, dicho análisis permitió obtener información acerca de cuáles son las seccionales que mayor volumen de facturación en gasto prestacional generan. Entre las que se destacan Capital Federal, Morón, Avellaneda y San Martín.

Universo de análisis

Gasto prestaciones médicas

seccional	descripción	Suma de total
00	SEDE CENTRAL	\$ 6.162,21
01	CÁPITAL FEDERAL	\$ 12.041.035,63
02	AVELLANEDA	\$ 10.375.879,50
03	MORON	\$ 7.802.039,22
04	SAN MARTIN	\$ 8.451.277,08
06	CHASCOMUS	\$ 29.800,92
07	LUJAN	\$ 1.952.571,92
08	PERGAMINO	\$ 1.302,48
09	TRES ARROYOS	\$ 33.792,65
10	TANDIL	\$ 283.277,74
11	LA PLATA	\$ 1.375.790,12
12	BRAGADO	\$ 531.927,19
13	SAN NICOLAS	\$ 1.096.508,73
15	MERCEDES	\$ 204.896,15
20	MAR DEL PLATA	\$ 339.445,12
22	CHIVILCOY	\$ 1.277.623,13
26	TRELEW - CHUBUT	\$ 492.844,45
27	USHUAIA	\$ 27,00
28	RIO GRANDE - TIERRA DEL FUEGO	\$ 1.251.752,72
30	CHACO	\$ 157.155,08
32	CORRIENTES	\$ 188.378,61
33	FORMOSA	\$ 386.093,98
34	LA RIOJA	\$ 482.560,96
36	MISIONES	\$ 1.089.482,08
37	NEUQUEN	\$ 535.188,74
39	BAILOCHE - RIO NEGRO	\$ 1.640.239,71
42	BAHIA BLANCA	\$ 603,47
Total general		\$ 52.027.656,59

**Tabla 25. Gasto total por seccional. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.I.M.R.A.**

### 9.2.8. Gasto per cápita: mensual y anual distribuido por seccional del afiliado

Utilizando la información anteriormente realizada se generó un análisis de información utilizando cantidad de beneficiarios, facturación y seccional, permitió establecer cuál es el costo prestacional por cápita mensual y anual para cada una de las seccionales. Este análisis establece como precio cápita promedio un precio mensual de \$ 125,53 y un precio anual de \$ 1.506,35. La importancia de este valor radica en que el mismo será utilizado referencia para realizar distintos cortes en nuestro modelo de estratificación.

Las dificultades que este cuadro demuestra están en relación directa a las diferencias territoriales, en donde los promedios dejan de ser ciertos. Por ello este análisis puede ser iniciador de otras preguntas relacionadas a calidad de las prestaciones y accesibilidad de las mismas, que no se abarcaran en esta oportunidad por estar fuera de la dimensiones de este análisis, pero que no dejan de ser vitales en el camino de la cobertura universal.

Numero Seccional	Seccional	Cantidad de Afiliados	Importe Facturado	Precio Cápita Mensual	Precio Cápita Anual
0	SEDE CENTRAL	16	\$ 6.162,21	\$ 32,09	\$ 385,14
1	CAPITAL FEDERAL	10098	\$ 12.041.035,63	\$ 99,37	\$ 1.192,42
2	AVELLANEDA	3775	\$ 10.375.879,50	\$ 229,05	\$ 2.748,58
3	MORON	3608	\$ 7.802.039,22	\$ 180,20	\$ 2.162,43
4	SAN MARTIN	5636	\$ 8.451.277,08	\$ 124,96	\$ 1.499,52
6	CHASCOMUS	9	\$ 29.800,92	\$ 275,93	\$ 3.311,21
7	LUJAN	1013	\$ 1.952.571,92	\$ 160,63	\$ 1.927,51
8	PERGAMINO	159	\$ 1.302,48	\$ 0,68	\$ 8,19
9	TRES ARROYOS	34	\$ 33.792,65	\$ 82,83	\$ 993,90
10	TANDIL	158	\$ 283.277,74	\$ 149,41	\$ 1.792,90
11	LA PLATA	542	\$ 1.375.790,12	\$ 211,53	\$ 2.538,36
12	BRAGADO	411	\$ 531.927,19	\$ 107,85	\$ 1.294,23
13	SAN NICOLAS	771	\$ 1.096.508,73	\$ 118,52	\$ 1.422,19
15	MERCEDES	173	\$ 204.896,15	\$ 98,70	\$ 1.184,37
20	MAR DEL PLATA	196	\$ 339.445,12	\$ 144,32	\$ 1.731,86
22	CHIVILCOY	1680	\$ 1.277.623,13	\$ 63,37	\$ 760,49
25	GENERAL PICO	19		\$ 0,00	\$ 0,00
26	TRELEW - CHUBUT	366	\$ 492.844,45	\$ 112,21	\$ 1.346,57
27	USHUAIA	11	\$ 27,00	\$ 0,20	\$ 2,45
28	RIO GRANDE - T DEL FUEGO	633	\$ 1.251.752,72	\$ 164,79	\$ 1.977,49
30	CHACO	463	\$ 157.155,08	\$ 28,29	\$ 339,43
32	CORRIENTES	294	\$ 188.378,61	\$ 53,40	\$ 640,74
33	FORMOSA	476	\$ 386.093,98	\$ 67,59	\$ 811,12
34	LA RIOJA	436	\$ 482.560,96	\$ 92,23	\$ 1.106,79
36	MISIONES	199	\$ 1.089.482,08	\$ 456,23	\$ 5.474,78
37	NEUQUEN	1615	\$ 535.188,74	\$ 27,62	\$ 331,39
39	BARILOCHE - RIO NEGRO	1578	\$ 1.640.239,71	\$ 86,62	\$ 1.039,44
41	SANTA CRUZ	2		\$ 0,00	\$ 0,00
42	BAHIA BLANCA	168	\$ 603,47	\$ 0,30	\$ 3,59
	Total	34539	\$ 52.027.656,59	\$ 125,53	\$ 1.506,35

Tabla 26. Gasto per cápita. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.

### **9.3. Variables relacionadas con las necesidades de salud de la población beneficiaria de la obra social seleccionada para el estudio.**

Reinterpretando el diseño de un Modelo de atención de condiciones crónicas (MACC) (Mendes, 2012) se ha realizado un análisis sistematizado de la información alojada en base de datos, que permite lograr la segmentación y estratificación de la población en distintos niveles de atención según que integra cuatro tipos de segmentaciones poblacionales mediante una mirada estructuralista, sistémica y organizacional e individualista para poder afrontar la complejidad del problema de las epidemias de las patologías crónicas. Estas visiones estarán determinadas por el Modelo de determinantes Sociales de Salud, el Modelo de Atención de Crónicos, y el Modelo de Pirámide de Riesgos y la intersección de los mismos por la posibilidad de Auto Cuidado de los usuarios.

Esta estratificación tiene por finalidad establecer los parámetros necesarios para la construcción de un modelo de atención específico que de coherencia la metodología de gestión de la obra social.

Tomando como unidad de análisis a la población beneficiaria de la obra social y el gasto producido por la misma en prestaciones médicas se describieron las siguientes variables:

#### **9.3.1 Segmentación de la población por Riesgo Poblacional: nominalización y gasto de la población según modelo de pirámide de riesgo. : Enfoque Individualista**

Debido a que el enfoque individualista para estratificar el riesgo de una población determinada fue desarrollado con la finalidad de poder gestionar acciones específicas basadas en las condiciones singulares de la salud de la población. Se realizó la segmentación poblacional para el universo de análisis teniendo en cuenta tres indicadores:

- Duración de la condición de salud de la población estratificada: en donde se establecieron criterios de segmentación midiendo temporalmente la utilización periódica de servicios.
- Urgencia de la intervención frente a planificación de la misma : definiendo patologías episódicas o crónicas y tipos de servicios utilizados
- Nivel de utilización de los servicios o capacidad de auto cuidado. : definiendo como criterio la acumulación de utilización de servicios y la manifestación de una red social de apoyo.

Realizado éste entrecruzamiento de indicadores ha permitido segmentar el gasto en prestaciones médicas por beneficiarios de la obra social. Se seleccionó como indicadores claves, las prestaciones que los afiliados han realizado durante el periodo estudiado, su acumulación de gasto

por beneficiario y la segmentación por tipo de patologías, dando por resultado la segmentación por riesgo de los distintos niveles de intervención.

Para realizar esta segmentación poblacional se utilizó como variable de ajuste y segmentación la medicación provista a los beneficiarios y la interrelación de los mismos con programas de patologías crónicas y disminución del riesgo. La obra social está subscripta a las resolución 310 de la Superintendencia de Servicio de Salud, donde se establecen cuáles son las medicaciones obligatorias a brindar para patologías crónicas y que la misma tiene un porcentaje diferencial de cobertura de un 70 %, lo que permitió conseguir información de quienes son los beneficiarios que consumen dicha medicación y con qué periodicidad lo realizan.

Debido a que la complejidad de datos que se recaban no es concordante ni óptima para poder establecer factores de riesgo, se utilizó el cruce prestaciones brindadas, medicación, diagnósticos y presentación de expedientes con recupero de la Administración de Programas Especiales. Se observa que este sub registro de datos se produce en forma característica en todas aquellas obra sociales en las cuales los prestadores no sean propios, ya que la información que habitualmente se agenda está relacionada a consumos y no a información del perfil epidemiológico de la población. A modo de ejemplo uno puede recabar si un beneficiario tiene hipertensión arterial, pero no cuales son los valores y variabilidades de la misma.

Esto disminuye claramente la posibilidad de segmentar correctamente la población por factores de riesgo, y puede producir un sub registro que invalide la muestra. Es por ello que para poder evitar este error se ha generado un análisis sistemático de las historias clínicas tanto en base de datos como en documentación respaldatoria. La no automatización de este proceso implica una dificultad adicional al momento de realizar el análisis.

Esta visión individualista implementada por la Káiser Permanente, en su Modelo de Pirámide de Riesgo establece en principio 3 niveles de estratificación, ya que su orientación inicial estaba pensado a beneficiarios con patologías crónicas, para este análisis el mismo se ha ampliado a toda la población en general en los cuales la segmentación que se realizó se han encontrado 5 niveles de segmentación, a saber:

-El primer nivel de estratificación se encuentran las personas que no padecen patologías crónicas ni tienen riesgo biosociológicos asociados a sus estilos de vida y comportamiento. Esta población que identificamos en la obra social esta segmentada por toda aquella población que no ha presentado ningún tipo de consumo, ni está registrado en ningún programa de prevención o promoción de la salud. Es en este punto donde se debe resaltar la posibilidad de que algún beneficiario que se encuentra en esta categoría este referenciado de forma incorrecta tanto por el sub registro de datos epidemiológicos, y comportamentales y estilo de vida así como por otras variables como podrían ser la falta de accesibilidad a servicios médicos esenciales. Dentro de esta

población se encuentran seleccionados 21.747 beneficiarios los cuales no han generado gastos para la obra social. Y son ellos parte importante del sostén de aseguramiento solidario que caracteriza a las obras sociales.

- El segundo nivel de estratificación estará dado por las personas con factores de riesgo ligados a comportamiento y estilos de vida, esta población tiene condiciones de salud de resolución simple y con baja complejidad en la atención y presentan un mínimo perfil de riesgo general, estas personas tienen la problemática de no poder adecuar sus patrones de comportamiento a los recomendados para disminuir el riesgo a padecer alguna enfermedad de gravedad. Constituyen la gran mayoría de la población que cuenta con prestaciones médicas. Debido a que la obra social de referencia no realiza encuestas de calidad de vida ni estilos y costumbres de sus beneficiarios, en este nivel se han seleccionado todas aquellas personas que han consumido al menos alguna prestación médica, y que su periodicidad sea aislada y de baja complejidad. En este grupo se encuentran las personas que han consumido en media menos que el valor gasto por cápita anual. Dentro de esta población se encuentran seleccionados 10.325 beneficiarios los cuales han generado gastos para la obra social en el orden de \$18.725.558,04. Los porcentajes de población se encuentra en un 29,89 de la población total, con una afectación del consumo del 35,88% del gasto de la obra social para este periodo de tiempo.

- El tercer nivel de estratificación estará dado por la población con condiciones crónicas simples bien controladas y que presentan un bajo perfil de riesgo general y población con factor de riesgo bio-psicológicos. Dentro de este grupo poblacional se encuentran las personas que han consumido entre 1 y 10 veces el valor del gasto por cápita anual, encontrando un componente que aloja consumos por beneficiario entre \$1.501 y \$14.999. Dentro de esta población se encuentran seleccionados 2100 beneficiarios los cuales han generado gastos para la obra social en el orden de \$ 9.735.545.52. Los porcentajes de población se encuentra en un 6.08 % de la población total, con una afectación del consumo del 18.66% del gasto de la obra social para este periodo de tiempo.

-El cuarto nivel de estratificación se encuentran las personas con condiciones de salud que presentan un riesgo mayor porque tienen un factor de riesgo bio-psicológicos o al menos una enfermedad crónica, o más de una con cierto grado de inestabilidad o un potencial deterioro de la salud, a menos que tenga la adecuada atención de un equipo profesional. Dentro de este grupo poblacional se encuentran las personas que han consumido entre 10 y 50 veces el valor del gasto por cápita anual, encontrando un componente que aloja consumos por beneficiario entre \$15.000 y \$75.000. Dentro de esta población se encuentran seleccionados 286 beneficiarios los cuales han generado gastos para la obra social en el orden de \$ 9.227.805.22. Los porcentajes de población

se encuentra en un 0,83% de la población total, con una afectación del consumo del 17,68% del gasto de la obra social para este periodo de tiempo.

-Dentro del quinto nivel de estratificación se encuentran las personas con condiciones de salud y necesidades altamente complejas, tanto crónicas como episódicas y que frecuentemente utilizan la atención de emergencia en ambulatorio o internación no programados y que necesitan un gerenciamiento activo. A fines de nuestro análisis hemos subdividido a este nivel en dos subniveles teniendo como criterio de selección los valores facturados y el efecto en el gasto de dichos beneficiarios a la obra social. En esta subdivisión hemos segmentado el nivel: 5 A en el cual se encuentran los beneficiarios que cumplen las características generales del nivel de riesgo pero a su vez tienen un efecto de gasto menor. Dentro de este grupo poblacional se encuentran las personas que han consumido entre 50 y 100 veces el valor del gasto por cápita anual, encontrando un componente que aloja consumos por beneficiario entre \$ 75.000 y \$ 150.000. Dentro de esta población se encuentran seleccionados 55 beneficiarios los cuales han generado gastos para la obra social en el orden de \$5.664.100,99. Los porcentajes de población se encuentra en un 0,16% de la población total, con una afectación del consumo del 10,85% del gasto de la obra social para este periodo de tiempo.

Nivel 5 B: Se encuentran los beneficiarios que cumplen las características generales del nivel de riesgo pero a su vez tienen un efecto mayor y extremadamente concentrados. Dentro de este grupo poblacional se encuentran las personas que han consumido más de 100 veces el valor del gasto por cápita anual, encontrando un componente que aloja consumos por beneficiario mayores a los \$150.000. Dentro de esta población se encuentran seleccionados 26 beneficiarios los cuales han generado gastos para la obra social en el orden de \$8.831.361,39. Los porcentajes de población se encuentra en un 0,08% de la población total, con una afectación del consumo del 16,92% del gasto de la obra social para este periodo de tiempo.

Intervención según modelo de pirámide de riesgos	
Segmentación de la población	Cantidad de afiliados
Nivel 5 B -Sub población con condición crónica muy compleja con extrema concentración del gasto	26
Nivel 5 A -Sub población con condición crónica muy compleja	55
Nivel 4 :Sub población con condiciones crónicas compleja	286
Nivel 3 :Sub población con condiciones crónicas simples y o con factor de riesgo bio-psicológico	2100
Nivel 2 :Sub población con factores de riesgo ligados a comportamientos y estilo de vida	10325
Nivel 1 :población total restante	21747
Total	34539

**Tabla 27. Intervención según modelo de pirámide de riesgos cantidad de afiliados. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

Intervención según modelo de pirámide de riesgos	Importe facturado
Segmentación de la población	
Nivel 5 B -Sub población con condición crónica muy compleja con extrema concentración del gasto	\$ 8.831.361,39
Nivel 5 A -Sub población con condición crónica muy compleja	\$ 5.664.100,99
Nivel 4 :Sub población con condiciones crónicas compleja	\$ 9.227.805,22
Nivel 3 :Sub población con condiciones crónicas simples y o con factor de riesgo bio-psicológico	\$ 9.735.545,52
Nivel 2 :Sub población con factores de riesgo ligados a comportamientos y estilo de vida	\$ 18.725.558,04
Nivel 1 :población total restante	\$ 0,00
Total	\$ 52.184.371,16

**Tabla 28. Intervención según modelo de pirámide de riesgos Importe Facturado. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

Siguiendo la lógica de evaluación de este modelo de intervención y posteriormente de haber realizado la estratificación de riesgo a nivel poblacional, podemos decir que en términos de la integración del sistema, esta obra social se encuentra con un sistema desintegrado, sin coordinación planificada y con un parámetro de resolución asociado a la atención prescripta por los distintos profesionales intervinientes. Si bien la atención de salud está cubierta en todos sus niveles por medio de la realización de contrato con distintos tipos de prestadores con baja, media y alta complejidad; la integración entre los mismos es inexistente. La única metodología de gestión continuada actualmente se encuentra enmarcada en una auditoría centralizada de las solicitudes prestacionales a las cuales se responde según cercanía y valorización de la atención, pero en la cual los equipos profesionales de los distintos centros de atención están incomunicados entre sí, y atendiendo situaciones particulares sin conocimiento de la historia particular sanitaria del beneficiario ni de la planificación de atención de los beneficiarios. Esta falta de coordinación e incomunicación entre prestadores y proveedores de servicios e insumos genera ineficiencias obvias en la gestión, resaltando el aumento de los costos asociados.

Dentro de este modelo se plantea la necesidad de analizar el uso de la tecnología de gestión clínica, lo cual revela una utilización precaria, con acceso y sistematización de procesos administrativos pensados para la gestión de validación de prestaciones según PMO y valores de prestadores contratados, sin tener en cuenta niveles de información y gestión tecnológica de estrategia sanitaria, en la mejora de la calidad de la atención y disminución de los gastos asociados a los consumos innecesarios. Las tecnologías de gestión clínica, gestión de casos, gestión de condiciones de salud o auto cuidado apoyado, no son utilizadas.

Los programas de prevención y promoción de la salud son realizados por O.S.S.I.M.R.A, en términos de cumplimentar con las resoluciones vigentes, presentando la planificación y alcance de

los mismos en términos teóricos, pero sin aplicación real. Si bien es comprendido que el ahorro que generaría este tipo de intervención es notable y que a su vez se lograría disminuir considerablemente la incidencia de enfermedades evitables, estos planes no están siendo desarrollados. La responsabilidad de lograr la prevención y promoción de la salud se ha trasladado a la buena voluntad de los médicos efectores que realizan la atención, sin contar con ningún tipo de estructura de soporte provista por la obra social.

No existe ningún programa de apoyo, capacitación y o implantación del auto cuidado de los pacientes para que mejoren las posibilidades reales de ser sus propios cuidadores. Las personas beneficiarias no son consideradas auto prestadoras de cuidados sino solo pacientes a los cuales hay que curar.

Debido a que la obra social tiene la responsabilidad de brindar la atención de las necesidades de salud de la población y por la cual la organización encuentra su razón de ser, se debe destacar que la cobertura que se brinda tiene un alcance en la totalidad de la población a cargo y con alto grado de accesibilidades y evitando la necesidad de que las prestaciones sean financiadas por los beneficiarios, sin embargo esto no implica que la atención este alineada con la necesidades de salud de la población. Debido a que no existe un análisis de dichas necesidades de salud de la población y la atención se realiza de forma agregativa y a demanda de la misma, atendiendo por ello la demanda y no la necesidad real.

Por último en este análisis individualista de las prestaciones debemos aclarar que no existe ningún tipo de mecanismo de atención primaria de la salud, ni desarrollado como una visión restrictiva de médicos de familia o de cabecera y mucho menos desarrollado como la base operativa alrededor de la cual debe estructurarse todo el sistema de atención sanitario.

### **9.3.2. Segmentación de la población nominalización y gasto según modelo de determinaste sociales de la salud: Enfoque Estructuralista**

Como ya se ha manifestado en este estudio este modelo presupone que un individuo no solo está determinado en cuanto a las posibles necesidades sanitarias según los determinantes individuales como edad, sexo, factores hereditarios, sino que presupone que las variantes en el estado de salud del individuo está afectado por cuatro niveles denominados capas concéntricas que son más próximos o más distantes según su nivel de influencia en el individuo.

La importancia de esta parametrización radica en que permite saber en qué determinante hay que intervenir y con qué grado de focalización para lograr el mejor resultado posible. Para lo cual readaptando este modelo a nuestra estratificación poblacional podemos realizar la siguiente descripción:

Nivel1 : Condiciones de vida y de trabajo, afectado por determinantes intermedios como la disponibilidad de alimento, ambiente de trabajo, educación, empleo, saneamiento, servicios sociales de salud, hogar. En este nivel será necesaria la elaboración de proyectos intersectoriales y de políticas públicas que permitan la mejoría de las condiciones de vida y de trabajo de la población. Dentro de esta población se encuentran seleccionados 21.747 beneficiarios los cuales no han generado gastos para la obra social. Los porcentajes de población se encuentran en un 62,96% de la población total, con una afectación del consumo del 0 % del gasto de la obra social para este periodo de tiempo.

Nivel 2: Comportamientos y estilos de vida individuales denominados determinantes próximos, esta capa es inmediatamente externa, se caracteriza por indicadores de factores de riesgo como dieta inadecuada, sobrepeso, obesidad, inactividad física, tabaquismo, uso en exceso de alcohol y otras drogas, estrés y prácticas sexuales no seguras. En este nivel la forma de lograr las transformaciones necesarias será mediante la creación de estrategias de cambios de comportamiento. Dentro de esta población se encuentran seleccionados 10.325 beneficiarios generado gastos para la obra social en el orden de \$ 18.725.558,04. Los porcentajes de población se encuentran en un 29,89% de la población total, con una afectación del consumo del 35,88% del gasto de la obra social para este periodo de tiempo.

Niveles 3, 4 5A y 5B: en este nivel se realiza la agregación de los tres niveles que tienen al individuo como centro del modelo, con sus determinantes individuales, con sus características de edad, sexo o herencia genética, que ejercen influencia sobre su potencial y sus condiciones de salud. Son enfrentados por la acción de los servicios de salud sobre los factores de riesgo bio-psicológico o sobre las condiciones de salud establecidas y estatificadas por riesgo. Dentro de esta población se encuentran seleccionados 2467 beneficiarios generado gastos para la obra social en el orden de \$33.458.813,12 el porcentajes de población se encuentra en un 7,14% de la población total, con una afectación del consumo del 64,12% del gasto de la obra social para este periodo de tiempo.

Modelo de determinantes sociales de salud	Cantidad de afiliados
Agregación Niveles 5 B - 5A -4-3: Determinantes sociales individuales con condicione de salud y o factor de riesgo bio psicológico establecido: trabajar sobre el individuo con extrema concentración del gasto	2467
Nivel 2 :determinantes sociales de salud próximas	10325
Nivel 1:determinantes sociales de salud intermedios	21747
Total	34539

**Tabla 29. Intervención según Modelo de determinantes sociales de salud cantidad de afiliados.**

**Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

Modelo de determinantes sociales de salud	Importe facturado
Agregación Niveles 5 B - 5A -4-3: Determinantes sociales individuales con condicione de salud y o factor de riesgo bio psicológico establecido : trabajar sobre el individuo con extrema concentración del gasto	33.458.813,12
Nivel 2 :determinantes sociales de salud próximas	18.725.558,04
Nivel 1:determinantes sociales de salud intermedios	0
Total	52.184.371,16

**Tabla 30. Intervención según Modelo de determinantes sociales de salud Importe Facturado. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

### **9.3.3. Segmentación de la población nominalización y gasto según posibilidad de auto cuidado de enfermedades por parte de la población.**

El fin de esta metodología de segmentación es seleccionar a la población que tenga mayor o menor posibilidad de auto cuidado frente a la necesidad de cuidado profesional. Como se ha dicho, la división debe ser hecha mediante la implementación de tecnologías de registro, como encuestas realizadas por el equipo que está a cargo de la población y entrevistas personalizadas para poder tener un conocimiento profundo de la situación familiar. Esto trae aparejado una dificultad adicional a nuestro componente de análisis, ya que la O.S.S.I.M.R.A. no realiza encuestas, ni tiene un equipo a cargo de la población. Como es poco probable generar un mix de nominalización de la población con sus parámetros de riesgos asociados, conjuntamente con registro por grupo familiar, con los datos recolectados se ha segmentado a la población apoyándonos en las segmentaciones anteriores de pirámide de riesgo y determinantes sociales, y teniendo como variable de control la intensidad de la utilización de prestaciones médicas formando así tres niveles de posible auto cuidado:

Nivel 5A Y 5B, menor nivel de autocuidado, la población seleccionada para este segmento es aquella que por la complejidad de su situación necesita ser intervenida permanentemente por un equipo de profesionales, y en donde la tecnología de asistencia profesional y de gestión tiene un grado de intensidad que da poco margen para la realización de gestión del autocuidado. Dentro de esta población se encuentran seleccionados 81 beneficiarios generado gastos para la obra social en el orden de \$ 14.495.462,38 en donde el porcentajes de población se encuentra en un 0,23% de la población total, con una afectación del consumo del 27,78% del gasto de la obra social para este periodo de tiempo.

Nivel 4: autocuidado intermedio, esta población tiene un menor nivel de incidencia profesional en la resolución de su patología pudiendo participar activamente y colaborativamente en enfrentar

dicha situación con autocuidado. Sin embargo aún un porcentaje importante del cuidado queda a cargo de los profesionales intervinientes Dentro de esta población se encuentran seleccionados 286 beneficiarios generado gastos para la obra social en el orden de \$9.227.805,22 el porcentajes de población se encuentra en un 0,83% de la población total, con una afectación del consumo del 17,68% del gasto de la obra social para este periodo de tiempo.

Nivel 3: auto cuidado alto: en este nivel es en donde se encuentra la población que puede desenvolver y aprovechar con más eficiencia las posibilidades de esta técnica de gestión. Dicha población puede mediante el autocuidado prolongar y mejorar su calidad de vida con más eficacia que en otros niveles. Dentro de esta población se encuentran seleccionados 2.100 beneficiarios generado gastos para la obra social en el orden de \$ 9.735.545,52, el porcentajes de población se encuentra en un 6,08% de la población total, con una afectación del consumo del 18,66% del gasto de la obra social para este periodo de tiempo.

Nivel 2 y 1: En estos niveles el autocuidado apoyado como técnica de gestión pierde su esencia, pero se podría interrelacionar con la capacidad de cuidarse a uno mismo dentro de la enseñanza de los programas de prevención y promoción de la salud. Dentro de esta población se encuentran seleccionados 32072 beneficiarios gastos para la obra social en el orden de \$18.725.558,04 el porcentajes de población se encuentra en un 92,86% de la población total, con una afectación del consumo del 35,88% del gasto de la obra social para este periodo de tiempo.

Capacidad de auto cuidado	Cantidad de Afiliados
Nivel 5 B - 5A: mínimo nivel de auto cuidado con extrema concentración del gasto	81
Nivel 4:auto cuidado intermedio	286
Nivel 3: auto cuidado alto	2100
Nivel 2 Y 1: auto cuidado muy alto	32072
Total	34539

**Tabla 31. Intervención según Capacidad de auto cuidado cantidad de afiliados. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

Capacidad de auto cuidado	Importe facturado
Nivel 5 B - 5A : mínimo nivel de auto cuidado con extrema concentración del gasto	14.495.462,38
Nivel 4 :auto cuidado intermedio	9.227.805,22
Nivel 3 : auto cuidado alto	9.735.545,52
Nivel 2 Y 1: auto cuidado muy alto	18.725.558,04
Total	52.184.371,16

**Tabla 32. Intervención según Capacidad de auto cuidado Importe Facturado. Elaboración Propia en base a da tos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

#### **9.3.4. Total de la población por nivel de atención: nominalización de beneficiario según Modelo de Atención de Crónicos: Enfoque Sistémico organizacional**

Mediante el Modelo de Atención Crónica, basado en el *Chronic Care Model*, realizado por el *MacColl Institute for Healthcare Innovation* de los Estados Unidos se plantea la necesidad de enfrentar este problema extremadamente complejo por medio de una solución multidimensional. Este modelo fue diseñado para dar respuesta a situaciones de salud con alta prevalencia de condiciones crónicas y para enfrentar las falencias de un sistema de salud fragmentado. Permitirá conocer cuál es la intervención necesaria, desde el punto de vista de organización de los servicios brindados para aplicar sobre los distintos grupos poblacionales estratificados.

En el nivel 1 será necesario desarrollar las intervenciones de Promoción de la Salud. Si bien la misma debe aplicarse a toda la población tendrá especial influencia en aquella que no cuenta con consumos ni demanda servicio de salud. Dentro de esta población se encuentran seleccionados 21.747 beneficiarios los cuales no han generado gastos para la obra social. Los porcentajes de población se encuentra en un 62,96 % de la población total.

En el nivel 2 se desarrollara las intervenciones de Prevención de la salud. Dentro de este grupo poblacional se encuentran las personas que han consumido en media menos que el valor gasto por cápita. Dentro de esta población se encuentran seleccionados 10.325 beneficiarios los cuales han generado gastos para la obra social en el orden de \$18.725.558,04. Los porcentajes de población se encuentra en un 29.89 % de la población total, con una afectación del consumo del 35.88 % del gasto de la obra social para este periodo de tiempo.

Nivel 3 4 y 5 A Y 5 B: Intervenciones de gestión clínica entre las que se diferencian:

-Nivel 3 y 4 - Gestión de Condiciones de Salud. Dentro de esta población se encuentran seleccionados 2.386 beneficiarios generando gastos para la obra social en el orden de \$ 18.963.350,74. Los porcentajes de población se encuentran en un 6,91 % de la población total, con una afectación del consumo del 36,34 % del gasto de la obra social para este periodo de tiempo.

-Nivel 5 A Y 5 B – Gestión de casos. Dentro de este grupo poblacional se encuentran las personas que han consumido más de 50 veces el valor del gasto por cápita anual, encontrando un componente que aloja consumos por beneficiario de más de \$ 75.000. Dentro de esta población se encuentran seleccionados 81 beneficiarios generado gastos para la obra social en el orden de \$ 14.495.462,38 Los porcentajes de población se encuentra en un 0,23 % de la población total, con una afectación del consumo del 27,78 % del gasto de la obra social para este periodo de tiempo.

Intervención según modelo de Atención Crónico	
Nivel de atención	Cantidad de afiliados
Nivel 5 B y 5A: gestión de casos con extrema concentración del gasto	81
Nivel 4 Y 3: gestión de condiciones de salud	2386
Nivel 2: intervención de prevención de condiciones de salud	10325
Nivel 1: intervención de promoción de la salud	21747
Total	34539

**Tabla33. Intervención según modelo de Atención Crónico cantidad de afiliados. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

Intervención según modelo de Atención Crónico	
Nivel de atención	Importe Facturado
Nivel 5 b y 5 A: gestión de casos con extrema concentración del gasto	14.495.462,38
Nivel 4 Y 3: gestión de condiciones de salud	18.963.350,74
Nivel 2: intervención de prevención de condiciones de salud	18.725.558,04
Nivel 1: intervención de promoción de la salud	0
Total	52.184.371,16

**Tabla 34. Intervención según modelo de Atención Crónico Importe Facturado. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

### 9.4. Anexo IV. Resultado del modelo de análisis MACC.

Nivel	Intervención modelo de pirámide de riesgos	Intervención según modelo de Atención Crónico	Modelo de determinantes sociales de salud	Capacidad de auto cuidado	Cantidad de afiliados	Importe facturado	% de la población	% del gasto	Valor cápita mensual	Valor cápita anual
Nivel 5 B	Nivel Sub población con condición crónica muy compleja	Gestión de casos	Determinantes sociales individuales con condicione de salud y o factor de riesgo bio psicológico establecido: trabajar sobre el individuo	Menor nivel de auto cuidado	26	\$ 8.831.361,39	0,08	16,92	\$ 28.305,65	\$ 339.667,75
Nivel 5 A	Sub población con condición crónica muy compleja	Gestión de casos	Determinantes sociales individuales con condicione de salud y o factor de riesgo bio psicológico establecido: trabajar sobre el individuo	Menor nivel de auto cuidado	55	\$ 5.664.100,99	0,16	10,85	\$ 8.581,97	\$ 102.983,65
Nivel 4	Sub población con condiciones crónicas compleja	Gestión de condiciones de salud	Determinantes sociales individuales con condicione de salud y o factor de riesgo bio psicológico establecido: trabajar sobre el individuo	Auto cuidado intermedio	286	\$ 9.227.805,22	0,83	17,68	\$ 2.688,75	\$ 32.265,05
Nivel 3	Sub población con condiciones crónicas simples y o con factor de riesgo bio psicológico	Gestión de condiciones de salud	Determinantes sociales individuales con condicione de salud y o factor de riesgo bio psicológico establecido: trabajar sobre el individuo	Auto cuidado alto	2100	\$ 9.735.545,52	6,08	18,66	\$ 386,33	\$ 4.635,97
Nivel 2	Sub población con factores de riesgo ligados a comportamientos y estilo de vida	Intervención de prevención de condiciones de salud	Determinantes sociales de salud próximas	Auto cuidado muy alto	10325	\$18.725.558,04	29,89	35,88	\$ 151,13	\$ 1.813,61
Nivel 1	Población total restante	Intervención de promoción de la salud	Determinantes sociales de salud intermedios	Auto cuidado optimo	21747	\$ 0,00	62,96	0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
Total					34539	\$52.184.371,16	100,00	100,00	\$125,91	\$1.510,88

**Tabla 35. Resultado del modelo de análisis MACC. Elaboración Propia en base a datos suministrados por la O.S.S.I.M.R.A.**

## 10. Índice de tablas y Figuras:

### 10.1. Índice de tablas

Tabla 1. Características De las Patologías Crónicas

Tabla 2. Principales Enfermedades Crónicas

Tabla 3. Elementos de Modelo de Atención Crónica

Tabla 4. Variables Condiciones Crónicas

Tabla 5. Factores de Riesgo

Tabla 6. Factores de Riesgo 3er, 4to y 5to. Nivel.

Tabla 7. Objetivos a Desarrollar

Tabla 8. Monitoreo de Pacientes

Tabla 9. Componentes de la gestión de las condiciones de salud

Tabla 10. Etapas operativas de la Gestión de Casos

Tabla 11. Integración del modelo MACC.

Tabla 12. Distribución del gasto según tipo de prestación crónica-episódica-sin consumo

Tabla 13. Distribución del gasto por patología crónica

Tabla 14. Patología crónica por dependencia

Tabla 15. Diferencias intervención actual y deseada.

Tabla 16. Gasto por tipo de prestación y niveles de gestión

Tabla 17. Gasto por tipo de prestación y niveles de gestión.

Tabla 18. Distribución del gasto por patología crónica y niveles de gestión.

Tabla 19. Demarcación geográfica de centros de costos de la población beneficiaria

Tabla 20. Cantidad de beneficiarios por centro de costos

Tabla 21. Edad: medida en grupos etarios.

Tabla 22. Sexo

Tabla 23. Gasto total

Tabla 24. Gasto total por periodo

Tabla 25. Gasto total por seccional

Tabla 26. Gasto per cápita

Tabla 27. Intervención según modelo de pirámide de riesgos cantidad de afiliados

Tabla 28. Intervención según modelo de pirámide de riesgos Importe Facturado

Tabla 29. Intervención según Modelo de determinantes sociales de salud cantidad de afiliados

Tabla 30. Intervención según Modelo de determinantes sociales de salud Importe Facturado

Tabla 31. Intervención según Capacidad de auto cuidado cantidad de afiliados.

Tabla 32. Intervención según Capacidad de auto cuidado Importe Facturado

Tabla 33. Intervención según Modelo de determinantes sociales de salud cantidad de afiliados

Tabla 34. Intervención según modelo de Atención Crónica Importe Facturado.

Tabla 35. Resultado del modelo de análisis MACC.

## **10.2. Índice de Figuras:**

Figura 3. Modelo de Atención Crónica, basado en el *Chronic Care Model*, realizado por el *MacColl Institute for Healthcare Innovation* de los Estados Unidos.

Figura 4. Modelo de Pirámide de Riesgo o Kaiser Permanente

Figura 3. Modelo Determinantes Sociales de la Salud de Dahlgren e Whitehead

Figura 4. Cuadro de integración de los tres modelos. MACC.

Figura 5. Pirámide etaria

Figura 6. Gasto total por periodo