

Estudio del efecto de las patologías crónicas en el gasto para el fortalecimiento del modelo de gestión: el caso de OSSIMRA



Por Diego Cingolani

Lic. Ciencias Políticas (UBA)
Mag. Economía y Gestión de la Salud (Universidad ISALUD)
Consultor OPS
Docente e Investigador
Universidad ISALUD

Director de Tesis: Mag. Arturo Schweiger

Comité evaluador:

Dr. Rubén Torres (Universidad ISALUD)
Lic. Cristina Casassa (Universidad ISALUD)
Dr. Oscar Cochlar (ex gerente de Gestión Estratégica de la Superintendencia de Servicios de Salud)

La versión completa de este trabajo se encuentra disponible en el Centro de Documentación de la Universidad ISALUD

1. Introducción

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.ej.= VIH-SIDA), traen aparejados el aumento de la “cronicidad” de las principales patologías de la carga de enfermedad a nivel mundial (Bengoa, R. y Nuño Solís, R. 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 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 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 comple-

mentarios. 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 de los Supervisores de la Industria Metalmeccánica de la República Argentina (OSSIMRA)

A los fines de la evaluación del gasto mediante la selección de 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. 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. (Bengoa, R. y Nuño Solís, R. 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.

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 OSSIMRA, los cuales se encontraban distribuidos en 27 seccionales de la obra social.

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 los 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 OSSIMRA y que sirvan de marco de referencia para los modelos de gestión de otras Obras Sociales Sindicales Nacionales.

2. Planteamiento del problema

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 cuales serian 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 Republica Argentina?

3. Marco teórico

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 este 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 (Cronic 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 Cronic 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 (tabla 1).

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. (figura 1).

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:

- Duración de la condición.
- Urgencia de la intervención.
- Servicios requeridos o capacidad de auto cuidado.

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 solida 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 se encuentran las personas con condiciones de salud que presentan un riesgo mayor porque tienen un factor de riesgo biopsicologico 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 se encuentran 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

Tabla 1. Elementos de Modelo de Atención Crónica

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
Comunidad	Auto cuidado apoyado
	Recursos de la comunidad

Fuente: Mendez 2012

Figura 1. Modelo de Atención Crónica



Fuente: Cronic Care Model, MacColl Institute for Healthcare Innovation

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 (APS)

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 intervenciones 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 normatize 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).

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 está vinculadas a 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. Esta parametrización en capas concéntricas permite intervenir diferencialmente sobre cada una mediante distintas opciones políticas. (figura 3).

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 de 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

Figura 2. Modelo de Pirámide de Riesgo o Kaiser Permanente

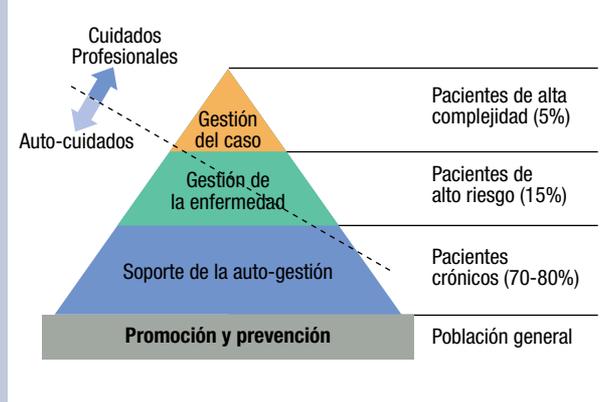
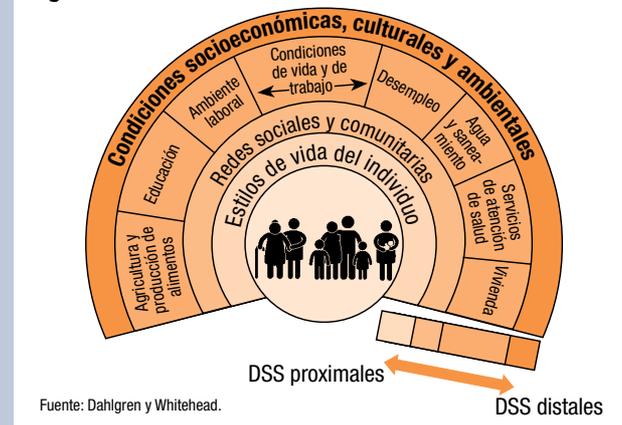


Figura 3. Modelo Determinantes Sociales de la Salud



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.

3.1 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 logra 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 interme-

dios 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 e 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 muestran 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).

Se utilizara la aplicación práctica de este modelo teórico en OSSIMRA para estudiar cuales son las transformaciones necesarias en el modelo

de gestión asistencial, y mediante que mecanismos y practicas 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 a el 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 cápital social en pos de lograr la cohesión social entendida como ausencia de conflictos que generen fuertes lazos de confianza y solidaridad social.

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.

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

El ámbito de aplicación se enmarcara 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 toda 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.

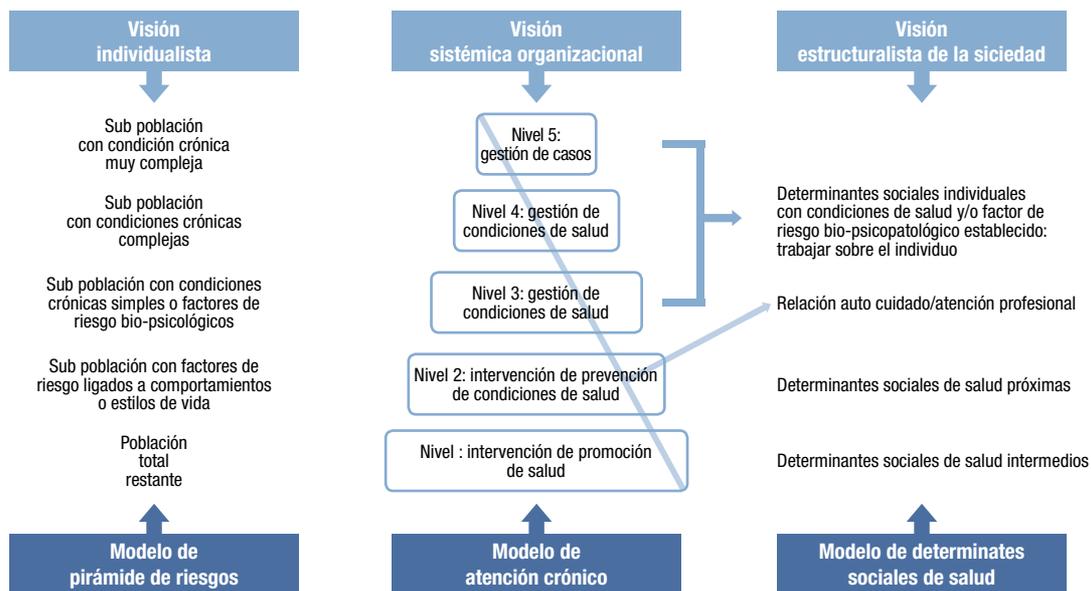
Debido a que en este nivel de intervención los factores de riesgos están asociados a comportamientos o estilo de vida, solo trabajando sobre los cambios de esos comportamientos será posible transformar y disminuir la posibilidad de ocurrencias de patologías crónicas. Por ello se tendrá especial interés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

- Dieta inadecuada.
- Exceso de peso.
- Inactividad física.
- Tabaquismo.
- Uso excesivo de alcohol.

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

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



Fuente: Elaboración propia en base a Mendes 2012.

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:

- Edad.
- Sexo.
- Factores hereditarios.
- Factores bios psicológicos:
- Hipertensión arterial, dilipidemias, alteraciones glicemicas pre diabéticas, trastornos mentales, etc.

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:

- Atención colaborativa centrada en la persona.
- Atención centrada en la familia.
- Fortalecimiento del auto cuidado apoyad
- Equilibrio entre demanda espontánea y demanda programada, dominando esta ultim
- Atención multi profesional
- Nuevas formas de Atención (Ej. Atención no presencial, Atención continuada
- Atención primaria de la salu

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 se evaluaron:

- 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

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

- Plan de cuidados.
- Gestión de riesgos.
- Cambio de comportamiento de los profesionales.
- Programación de la atención.

El nivel 5 de este modelo esta 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 proceso de gestión de caso contiene las siguientes etapas operativas:

- Selección de casos.
- Identificación del problema.
- Elaboración del plan de cuidados.
- Monitoreo del plan de cuidados.

Esta agenda planificada (de prestaciones necesarias, prestadores efectivos, 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. Para poder tener una noción clara de las interrelaciones del modelo se ha desarrollado tabla 2.

4. Variables relacionadas con el efecto económico de patologías crónicas

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 cró-

nicas 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 (tabla 3).

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 el 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 (tabla 4).

Para poder demostrar esta vinculación se ha trabajado el gasto de prestaciones médicas cruzándolo con la información suministrada en

Tabla 2. Integración del modelo MACC

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 óptimo

Fuente: Elaboración propia en base a Mendes 2012.

Tabla 3. Distribución del gasto según tipo de prestación crónica-episódica-sin consumo

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	12293	21747	34539
Porcentaje del gasto	39,94	60,06	0,00	100,00
Porcentaje de afiliados	1,44	35,59	62,96	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por OSSIMRA

Tabla 4. 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	0,2	0	4,07	1,63
Enfermedades respiratorias	22	\$ 832.113,00	4,41	0,06	3,99	1,6
Trastornos neuropsiquiátricos	18	\$ 778.659,00	3,61	0,05	3,74	1,5
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	1,1
Hiv	17	\$ 482.664,00	3,41	0,05	2,32	0,93
Enfermedades digestivas	13	\$ 353.916,00	2,61	0,04	1,7	0,68
Total general	499	\$ 20.844.437,00		1,44		40,06

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por OSSIMRA

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 enmarcadas en la ley de discapacidad que obligan 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 (tabla 5).

4.1 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 queda demostrado cuales con los niveles de gasto y porcentaje de población sobre los cuales actualmente se gestiona según demanda espontánea validando contra el PMO, y cuales sería la intervención correcta, arrojando como resultado los datos en la tabla 6:

Al analizar estos porcentajes y realizando un cruce entre niveles de intervención y tipo de prestación se manifiesta 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 datos de las tabla 7 y 8.

Debido a que toda las intervenciones deberán ser realizadas en relación a la patologías crónicas que los beneficiarios padezcan, se ha

Tabla 5. Patología crónica por dependencia

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
Total general	\$ 13.976.054,81	\$ 6.868.381,95	\$ 20.844.436,76

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por OSSIMRA

Tabla 6. Diferencias intervención actual y deseada

Niveles	% Población	%Gasto	Intervención actual	Intervención correcta
Nivel 5 B	0,08	16,92	Atención a demanda según PMO	Gestión de casos
Nivel 5 A	0,16	10,85	Atención a demanda según PMO	Gestión de casos
Nivel 4	0,83	17,68	Atención a demanda según PMO	Gestión clínica
Nivel 3	6,08	18,66	Atención a demanda según PMO	Autocuidado
Nivel 2	29,89	35,88	Atención a demanda según PMO	Prevención
Nivel 1	62,96	0	Ninguna	Promoción

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por OSSIMRA.

Tabla 7. 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

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por OSSIMRA.

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 (tablas 9 y 10).

5. Conclusiones

Luego de realizar un exhaustivo análisis del componente del gasto de 34.539 beneficiarios de OSSIMRA, 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 analizados. 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 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

Tabla 8. Cantidad de afiliados por tipo de prestación y niveles de gestión

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

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por OSSIMRA

Tabla 9. Distribución del gasto por patología crónica y niveles de gestión en %

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

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por OSSIMRA

Tabla 10. Distribución del gasto por patología crónica y niveles de gestión en %

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 neuro psiquiátricos	\$ 6.138,94	\$ 293.039,90	\$ 196.890,71	\$ 282.589,63	\$ 778.659,18
Enfermedades musculo esquelética	\$ 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

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por OSSIMRA

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 selección, 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 mo-

Tabla 11: Resultados resumidos 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
Nivel 5 b	Nivel sub población con condición crónica muy compleja	Gestión de casos	Determinantes sociales individuales con condición 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
Nivel 5 a	Sub población con condición crónica muy compleja	Gestión de casos	Determinantes sociales individuales con condición 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
Nivel 4	Sub población con condiciones crónicas compleja	Gestión de condiciones de salud	Determinantes sociales individuales con condición 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
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 condición 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
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
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
Total					34539	\$ 52.184.371,16	100	100	\$ 125,91

Fuente: Elaboración Propia en base a datos suministrados por la OSSIMRA.

delo 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 OSSIMRA 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 optimas 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 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. Aun se 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.

Referencias bibliográficas

- Barbieri, N. "Estado y Mercado. Una Aproximación desde la Economía de la Salud". Medicina y Sociedad. Vol. 22 Enero -Marzo 1999.
- Barbieri, Nelly, De la Puente, Catalina y Tarragona, Sonia. "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 sistemas 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 N° 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