



REPÚBLICA

# ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

CREADA EL 9 DE ABRIL DE 1824

Premio: ACADÉMIA NACIONAL DE MEDICINA  
AL MEJOR TRABAJO ORIGINAL E INEDITO REALIZADO EN LA REPUBLICA  
SOBRE TEMAS "MEDICO-CIENTIFICOS"

Por cuanto: la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, representada por el Jurado considera que el trabajo:  
*[Propuestas para la liberación integral de las enfermedades]*

Por lo tanto: resuelve acordar al premio instituido  
se ha hecho acreedor a sus autor(es)  
*[Eduardo Ferrer, Erasmo Ferrer, Campesano]*  
representado por el Jurado que así lo acredita

*[Signature]*  
Buenos Aires, 27 de *[Month]*  
19*[Year]*  
JURADO

# PROPUESTAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ANCIANOS



LEGALES / ISBN

Agradecemos la colaboración de la Profesora María Julieta Oddone,  
investigadora de CONICET-FLACSO, quien participó de nuestras  
discusiones y nos brindó generosamente la autorización para citar  
y utilizar sus trabajos en el campo de la Gerontología,  
sustento ineludible de muchas de nuestras propuestas.



## **ÍNDICE**

PRÓLOGO	<b>9</b>
RESUMEN	<b>11</b>
SUMMARY	<b>13</b>
INTRODUCCIÓN	<b>15</b>
CAPÍTULO 1. Caracterización de la población objetivo	<b>18</b>
CAPÍTULO 2. Tendencia global del gasto en salud	<b>28</b>
CAPÍTULO 3. Propuestas hacia una política integral para el envejecimiento y la vejez	<b>49</b>
CAPÍTULO 4. Propuestas	<b>53</b>
REFERENCIAS	<b>67</b>





## PRÓLOGO

Desde su creación en 1971 por impulso del entonces ministro Francisco Manrique, el PAMI –como se lo conoce entre nosotros al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados- ha sido tratado solo en términos políticos o de estructura sanitaria (recuerdo haber incurrido en esa limitación) y rara vez -como lo hace este trabajo- analizando el modo de lograr su cometido último en materia de atención de las personas mayores y proponiendo el mejor modo de lograrlo.

El Dr. Barca primerió ya en la cuestión allá por 1994 con su presentación ante el Taller Permanente de Economía de la Salud en el Instituto Di Tella. Ahora, el Dr. Pampliega agrega su extensa experiencia en entidades de salud de la Argentina y el Dr. Vázquez aporta información sobre iniciativas de atención médica en Estados Unidos. Combinación perfecta. Por ese solo hecho -aun sin mencionar la intrínseca calidad del propio trabajo- tienen merecido el galardón otorgado por la Academia Nacional de Medicina.

Entrando en materia, el lector juzgará por sí mismo las consideraciones y propuestas técnicas del estudio, que resultan por demás interesantes, aunque me permito dos notas. Una, que –usando las mismas palabras de los autores- “se apunta a mejorar la atención de toda la población anciana y no solo la cubierta por el PAMI”.

La otra, también advertida en el texto analizado, es menos alentadora pero bien realista. Se plantea como precondition para aplicar las propuestas la necesidad de pleno apoyo a fin de “superar la resistencia al cambio”.

PAMI ha sido muchas veces coto de caza cerrado al poder de turno. Revertir esa inercia y movilizar voluntades no será tarea fácil.

Solo me queda augurarles buen éxito.

Jorge A. Mera  
Instituto T. Di Tella



10



**Premio Academia Nacional de Medicina del año 2018.**

Edgardo N Vázquez, Roberto E. Barca, Eneas L. Pampliega con el vice presidente de la Academia Prof. Antonio De los Santos.

## RESUMEN

Este documento tiene por finalidad proponer un sistema para el cuidado integral de la salud de los ancianos, que sea accesible, tenga continuidad entre sus componentes, coordinado, equitativo, eficiente y que sea viable para nuestro entorno. Para facilitar la transición desde la situación actual, concebimos la propuesta para su aplicación a partir de la estructura del PAMI.

En el primer capítulo, se analiza la realidad demográfica, médica y social de la población objetivo, siguiendo el criterio de salud funcional y poniendo énfasis en los últimos avances en la materia de la geriatría, la psicogeriatría, la salud pública y las ciencias sociales en la Argentina y el mundo. Se expone de qué manera el aumento de la expectativa de vida y la reducción de la natalidad han generado un acelerado crecimiento del peso de del grupo de las personas mayores y muy especialmente del subgrupo de 80 años y más en la población total. Como consecuencia, se observa un gran aumento de la carga de enfermedad crónica, una mayor fragilización y una tendencia creciente del gasto en salud.

En el segundo capítulo, se analizan las causas del aumento global del gasto en salud, en particular en la población añosa, así como algunos estudios y medidas tendientes a modificar esta tendencia. Asimismo, se exponen experiencias a nivel internacional y en la Argentina (en algunas de las cuales participaron o participan los autores), desarrolladas en sistemas nacionales y organizaciones privadas con o sin fines de lucro, sumadas a modelos de organización y legislación que han demostrado ser exitosos en términos de mejorar la calidad y controlar los costos.

En el tercer capítulo, se presentan y razonan una serie de políticas integrales para el envejecimiento y la vejez, a partir de las implicancias de la longevidad. Para enfrentar este desafío, se propone mantener y aumentar la independencia de las personas de edad, prevenir la aparición de la dependencia y asegurar una vejez saludable. Estas políticas son los pilares sobre los cuales deben desarrollarse servicios específicos para unir los principios con la acción.

En el cuarto capítulo, el trabajo culmina con una propuesta de organización para el cuidado de la salud de los ancianos. Tomando elementos de la arquitectura de sistemas probados, se propone un modelo innovador para el siglo XXI que consolida políticas, características funcionales y de organización.

Sus principales lineamientos son:

- Objetivos y prioridades que apuntan principalmente a mejorar la calidad de vida de los ancianos, reduciendo su morbilidad y discapacidad.
- Costo-efectividad: para lograr que el modelo sea sustentable.
- Prevención: centrada en mejorar la salud, promoviendo una alimentación adecuada, estimulando la actividad física y evitando el aislamiento social.
- Fragilidad: la detección temprana permitirá actuar para evitar o demorar la dependencia.
- Médicos de cabecera: inclusión en un programa que los exija, motive y capacite, potenciado con el apoyo de una historia clínica electrónica.
- Medicamentos: reducción de la polifarmacia.
- Gestión e información médica: registro y análisis de datos epidemiológicos para medir la calidad y eficiencia de la atención.

Conscientes de la realidad actual y las dificultades para el cambio, se incluyen recomendaciones para poder facilitar la implementación del modelo. Tenemos la convicción de que, en el momento actual, es necesario implementar sistemas como el

12

propuesto en el presente trabajo, que provean asistencia de calidad, funcionen como ámbitos de investigación en servicios de salud y generen un ciclo de mejora continua.

## SUMMARY

This document proposes a system for the Health care of the aged, which is meant to be accessible, coordinated, equitable, efficient and provide continuous care. In order to facilitate the transition from the present situation, we have thought this proposal for its application to the structure of PAMI (Integrated Medical Assistance Program).

In the first chapter we analyze the demographic, health and social situation of this population, following the criteria of functional health and emphasizing upon recent advances of geriatrics, psychogeriatric, public health, and social sciences in Argentina and the world. In which way life expectations and reduction of birth rate have increase the weight of the elderly and specially of its subgroup of 80 and more upon the total population. As a consequence, we observe a big growth in the burden of chronic illness, greater fragility and the scaling of costs.

In the second chapter, we analyze the causes of the global increase in health expenditures, particularly of those applied to the aged and to studies and experiences pointed to change this tendency. Those have taken place worldwide and in Argentina (with the participation of the authors in some cases), developed in national systems and private organizations, with or without profit purpose, plus model organization and legislation which have proved to be successful interms of quality improvement and cost control.

In the third chapter, policies for aging and the elderly are discuss from the point of view of longevity. In order to face this challenge, we propose to maintain an increase independence of the aged, prevent the appearance of dependency and reassure a healthy old age. These policies are the pillar upon which specific services must be developed thus uniting principles and theory into actions.

In the fourth chapter our work concludes in the definition of a proposal to organize the health care of the aged. With elements of the architecture of proven systems, we propose an innovative model for the 21 century, which consolidates policies with functional organizational characteristics.

Its principal ideas are:

- Objectives and priorities aimed towards a better life for the aged reducing their morbidity and disability.
- Cost-effectiveness in order to be sustainable.
- Prevention: centered in reaching better health through adequate nutrition, stimulating physical activity and avoiding social isolation.
- fragility: its early detection shall follow action aimed to avoid or delay dependency.
- Primary care physicians: their inclusion in a program designed to stimulate, motivate and train them, supported by an EHR (electronic health record).
- Drugs reduction of polypharmacy.
- Medical information and management: registration and analysis of epidemiological data in order to measure and improve the quality and efficiency of care.

Conscious of the present situation and the difficulties of change, we include recommendations which should facilitate the implementation of the model. We believe that the present circumstances require the use of systems as this one, which, as they provide quality care, become opportunities for research in health services and thus generate a cycles or continuous improvement.

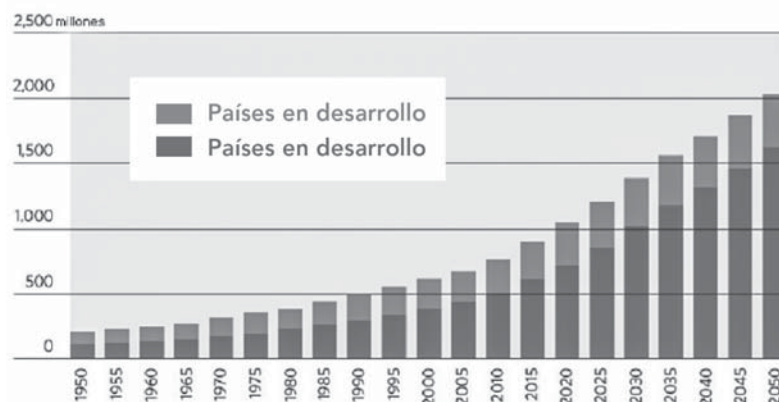
## INTRODUCCIÓN

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, los ancianos constituyeron una porción relativamente pequeña de la población, como consecuencia de la baja expectativa de vida, producto del impacto de los problemas nutricionales, de las enfermedades infecciosas y de las guerras. A su vez, ellos se caracterizaban por su resiliencia frente a los factores que habían causado la muerte del resto de su cohorte y asumían frecuentemente posiciones de liderazgo en su grupo familiar y en su entorno social.

Esta situación se fue modificando progresivamente y, en las últimas décadas, como resultado de una mejor alimentación, cambios en los hábitos sociales y los avances de la medicina, especialmente en su lucha contra las enfermedades infecciosas, las sociedades evidenciaron el envejecimiento de su población.

Por una parte, como consecuencia, las sociedades modernas desarrollaron sistemas de seguridad social, con el objetivo de procurar soluciones a los riesgos sociales (enfermedad, muerte, desocupación, retiro, etc.). Sin embargo, encontraron que el éxito de sus acciones pone en crisis a su propia creación, ya que la aceleración del envejecimiento puede desequilibrar los cálculos actuariales de dichos sistemas.

**Gráfico 1: Cantidad de personas de 60 años o más: todo el mundo, países desarrollados y países en desarrollo 1950-2050**



Fuente: Fondo de Población de Naciones Unidas, 2012<sup>1</sup>

Por otra parte, las investigaciones actuales sobre familia muestran que, del mismo modo en que las pirámides de población se hacen más verticales como producto de su envejecimiento, también se "verticalizan" las familias. Estas tienen en su seno cada vez más personas viejas (abuelos, bisabuelos y tatarabuelos) y menos jóvenes (producto de la disminución de la natalidad). Como consecuencia, un número creciente de personas viejas vivirán solas, sin redes primarias de apoyo.<sup>2</sup>

Los cambios sociosanitarios a que nos hemos referido en párrafos anteriores nos obligan a estudiar cómo debe ser la atención de los ancianos y cuáles deben ser sus prioridades. Este grupo demanda más servicios de salud que el resto, por lo que actualmente constituye el problema más relevante de la salud pública, que debe atender a una población creciente, con numerosos requerimientos de servicios y con necesidades especiales. Todo lo anterior entra en conflicto con la disponibilidad de los recursos necesarios (recursos financieros, personal profesional y técnico entrenado para atender esas necesidades y programas innovadores para afrontar eficaz y eficientemente este desafío).

#### **DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL DEL TRABAJO**

16

**Fundamentos:** El tema propuesto es abordado a partir del conocimiento de la problemática médico-social de la población anciana, de las restricciones que implica el impacto creciente del gasto en salud y del estudio de los proyectos desarrollados en el mundo para resolverlos.

Los autores tienen amplia experiencia profesional en la materia, tanto por sus estudios de los diferentes aspectos de la problemática como por su participación, individual o colectiva, en iniciativas y programas innovadores para abordarla.

**Objetivo:** Fundamentar y desarrollar una propuesta para los servicios de salud dirigidos a los ancianos que responda a sus necesidades de manera integral, aceptable, equitativa y sustentable. Ésta tendrá en cuenta la realidad actual en materia de servicios de salud, a fin de que la transición hacia la consecución de la propuesta pueda ser viable en función de la disponibilidad de recursos financieros, humanos y tecnológicos y, también, en relación con las restricciones políticas y las que imponen los intereses sectoriales y extra sectoriales.

**Materiales:** Documentos, publicaciones e investigaciones nacionales e internacionales sobre los problemas sociosanitarios del envejecimiento, el gasto en salud y programas de salud comunitaria, información estadística oficial de los



servicios del PAMI, aportes de informantes clave y los resultados de las experiencias institucionales de las que los autores formaron parte.

**Método:** Análisis documental y de datos secundarios, empleando interdisciplinariamente los métodos de la salud pública, las ciencias sociales y la informática en salud.

Asimismo, los resultados y las conclusiones son producto de la discusión del equipo de autores y se plasman en la propuesta desarrollada en la parte final del trabajo (Capítulos 3 y 4).

## CAPÍTULO 1. Caracterización de la población objetivo

### A. El envejecimiento demográfico de la población en la Argentina y la transición epidemiológica

Las sociedades actuales tienden a caracterizarse por el envejecimiento de sus poblaciones que incrementan su expectativa de vida cada vez más. El envejecimiento de la población se produce por la transición epidemiológica, producto del pasaje de altos índices de mortalidad y fecundidad a bajos índices de mortalidad y fecundidad.

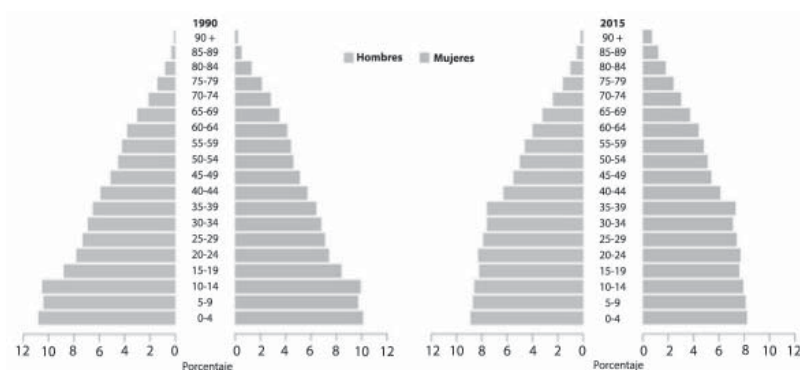
**Tabla 1: Esperanza de vida al nacer por sexo en Argentina, en los países más desarrollados y en América Latina. Período 1950-2010**

Período	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (años)								
	Argentina			Países más desarrollados			América Latina		
	Mujeres	Varones	Dif.	Mujeres	Varones	Dif.	Mujeres	Varones	Dif.
1950-1955	65.1	60.4	4.7	67.2	62.1	5.1	53.1	49.7	3.4
1960-1965	68.6	62.5	6.2	72.4	66.3	6.1	59.0	54.9	4.1
1970-1975	70.8	64.1	6.7	74.5	67.5	7.0	63.5	58.7	4.8
1980-1985	73.7	66.8	6.9	76.5	69.0	7.5	68.5	62.1	6.4
1990-1995	75.8	68.6	7.2	78.0	70.2	7.8	72.4	65.6	6.8
2000-2005	78.1	70.6	7.5	79.3	71.8	7.5	75.5	68.9	6.6
2005-2010	79.1	71.6	7.5	80.4	73.4	7.0	76.7	70.2	6.5

Fuente: Naciones Unidas, 2013. Elaboración propia.<sup>3</sup>

Por una parte, los datos para la Argentina muestran que, en el censo de 1947, los mayores de 60 años eran el 6,5% de la población total y en 2010, el 14,3%. O sea que entre 1947 y 2010 el peso relativo de este grupo de edad más que se duplicó. Por otra parte, si clasificamos a la población en dos subgrupos, de 60-74 y de 75 años y más, podemos ver que en el mismo período la población del primer grupo se multiplicó por 4,5, y la del grupo de 75 años y más se multiplicó por diez.

**Gráfico 2: Cambios en la pirámide de la población argentina entre 1990 y 2015**



Fuente: OPS y OMS: Salud en las Américas, 2017.<sup>4</sup>

Comparando ambos resultados en estos 25 años, la evolución de la proporción de los grupos de edad (0 a 14 años; la PEA, de 15 a 59 años y la población mayor de 60 años y más) con respecto a la población total argentina indica que el grupo de 60 años y más creció cerca de un 2%, en tanto que el grupo de 0-14 años decreció un 5%. Al tener en cuenta las proyecciones del INDEC a partir del Censo de 2010, vemos que en los próximos 25 años la población de 60 años y más continuará su crecimiento en contraposición con el grupo de 0-14 años.

La baja tasa de fecundidad explica parte de este fenómeno, ya que desde 1991 es de menos de 3 hijos por mujer, y la proyección indica que a partir de 2040 será de 1,9. Dicha tasa está por debajo de la tasa de sustitución (2,1). Por otro lado, la esperanza de vida al nacer ha crecido entre 1991 y 2015 un 5% (de 71,9 a 76,9 años) y se espera que este fenómeno continúe para el 2040.

La prolongación de la vida se evidencia especialmente en el peso creciente de las personas de 80 años y más. Entre 1970 y 2010, se más que duplicó la participación de la denominada "cuarta edad" en la población de varones y en las mujeres, se triplicó. El número de centenarios casi se duplicó entre los censos de 2001 y 2010, pasando de 1855 personas de 100 años o más a 3500. De estos, 2703 son mujeres. En los muy mayores la feminización de la pirámide es parte del envejecimiento de las poblaciones. La composición de los hogares de las personas mayores muestra que una de cada cinco (18,8%) vive en hogares unipersonales. El 42% de las personas mayores que viven solas

tienen 75 años o más. Del total de ancianos que viven solos, el 68,7% son mujeres, pero de las personas de 75 años que viven solas, el 76,8% son mujeres, en consonancia con el aumento de la viudez con el incremento de la edad. El censo también indica que viven en "hogar de ancianos" el 1,3% es decir 76.627 personas. Pero cuando se tiene en cuenta la edad, es decir los 75 años y más, este porcentaje asciende al 3,4% es decir, son 60.454 personas.<sup>5</sup>

Como hemos indicado en párrafos anteriores, el envejecimiento de la población se produce a causa de la transición epidemiológica, que es el paso del predominio de las enfermedades infecciosas a la preeminencia de los padecimientos no transmisibles como causa de muerte. La transición epidemiológica comprende cuatro procesos fundamentales de cambio en la configuración del perfil de salud de una población, esto es, en los patrones de mortalidad, morbilidad e incapacidad. Tales cambios se refieren a:

20

- 1) La composición por causa de mortalidad se transforma de las enfermedades infecciosas comunes, la desnutrición y los problemas derivados de la reproducción a las enfermedades no transmisibles, las lesiones, los padecimientos mentales y las nuevas infecciones;
- 2) La estructura por edad de la mortalidad, en la cual la carga principal de la enfermedad y la muerte se mueve de los grupos más jóvenes hacia los de mayor edad;
- 3) El peso relativo de la morbilidad versus la mortalidad en el panorama epidemiológico. Un factor primordial es el incremento relativo de las enfermedades crónicas que, por definición, tienen una mayor duración que los padecimientos agudos. Todos estos procesos hacen posible la combinación, aparentemente paradójica, de una mortalidad descendente junto con una morbilidad creciente, sumado a
- 4) El significado social de la enfermedad, que representa un estatus crónico, frecuentemente estigmatizado, en el que la carga psicológica, social y económica se acrecienta.<sup>6</sup>

Por ello, existe un consenso de que la salud y la enfermedad están determinadas de manera multicausal y que necesitan ser enfocadas desde una perspectiva interdisciplinaria e integral. Para poder hacerlo así, es necesario integrar los múltiples factores determinantes dentro de un marco de referencia coherente.<sup>7</sup>

## **B. Sobre las características de las personas ancianas**

### **1. Hacia una definición de las personas ancianas**

Se considera anciano a toda persona de 60 o más años.<sup>8</sup> Pero existen grandes diferencias entre las personas según el género, el nivel socioeconómico, el

nivel educativo, el contexto ecológico-social, el estilo de vida y el impacto de los acontecimientos histórico-sociales que afectan el curso de la biografía personal. Esto es lo que se considera el envejecimiento diferencial desde la perspectiva del curso de la vida.

La aplicación del criterio cronológico plantea ciertos problemas que Lalive d'Épinay y otros han sintetizado como sigue: a) en cuanto al conocimiento científico, una explicación basada en la edad cronológica no es útil, dado que en sí misma no constituye un principio explicativo; b) en cuanto a su aplicación práctica, especialmente en gerontología, la edad cronológica no puede predecir de manera general la forma de vida de las personas ni sus necesidades y c) en cuanto a la difusión del conocimiento gerontológico al público en general, la utilización de la edad cronológica puede conducir a la cristalización de estereotipos relativos a las personas de edad avanzada que contribuyan a etiquetarlas erróneamente.<sup>9</sup>

Otro criterio de definición es el estado funcional de la persona evaluado a partir de las actividades de la vida diaria. El criterio de la salud funcional agrupa a las personas según su aptitud para hacerse cargo de las tareas de la vida cotidiana y, por lo tanto, según su autonomía, diferenciándose en dependientes, frágiles e independientes. Este criterio utiliza nuevos indicadores relacionados con la capacidad funcional de los individuos y el grado de dependencia con respecto de terceras personas. La consideración de estas cuestiones es un punto central de la atención a las personas mayores. Aquí está el verdadero desafío. Cabe recordar que la OMS, a partir de 2001, define la funcionalidad como un atributo que debe tenerse en cuenta con la población anciana.<sup>10</sup>

## **2. Clasificación funcional**

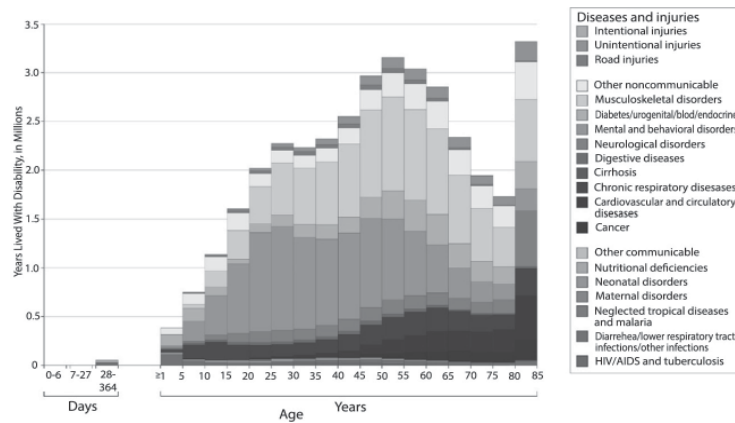
Es posible categorizar a la población de ancianos en segmentos según su funcionalidad:

**a.** Un grupo de adultos mayores que son lo suficientemente sanos como para realizar de una manera autónoma las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). No requieren una atención especializada, aunque el clínico o médico de familia que lo atiende habitualmente debe tener en cuenta el envejecimiento fisiológico, las enfermedades asociadas con la edad y la alta prevalencia de reacciones adversas provocadas por la medicación en este grupo etario.

**b.** Otro grupo de adultos mayores que presentan una discapacidad adquirida de una

manera temprana o tardía. Resulta ilustrativo observar en el Gráfico 3 que en Estados Unidos (2013) la cantidad de años vividos con discapacidad (en millones de años) aumenta a medida que se incrementa la edad, especialmente, después de los 80 años. Las patologías no comunicables (enfermedades crónicas) se presentan como causantes preponderantes de discapacidad desde una muy temprana edad.

**Gráfico 3: Años vividos con discapacidad a diferentes edades, causada por enfermedades comunicables, no comunicables e injurias. EE. UU., 2013**



Fuente: US Burden of Disease Collaborators, 2013.<sup>11</sup>

El Anuario Estadístico Nacional sobre Discapacidad 2015 indica para Argentina, que el total acumulado de certificados únicos de discapacidad (CUD) es de 731.745. El 34% de la población tiene una discapacidad mental, 28% motora, 16% múltiple, 9% visceral y 8% auditiva y visual. Un 85% de estas personas tienen un solo tipo de discapacidad; a la discapacidad mental le corresponde el 40% de los casos, a la motora un 33%. Resulta interesante notar que sólo el 20% de los CUD otorgados (140.000 personas) corresponde a mayores de 65 años; de los cuales 56.000 lo han solicitado por causa de discapacidad mental y 46.000 por causa de discapacidad motora.<sup>12</sup>

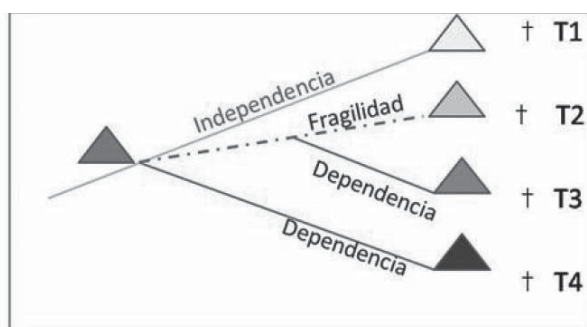
c. Un tercer grupo de adultos mayores, denominados frágiles o vulnerables, que tiene alta potencialidad de transformarse en pacientes con discapacidad.

Una serie de estudios longitudinales evidencia que no todas las personas que superan los 80 años sufren dependencia física. Por este motivo, se sigue la conceptualización sobre fragilidad,<sup>13</sup> dado que se trata de un concepto flexible que no estigmatiza a la

“gran vejez” y propone una mirada amplia y diversa sobre este segmento de personas mayores.<sup>14</sup> Por el contrario, la potencialidad de esta conceptualización pone el énfasis en lo funcional.

En este modelo, la dependencia funcional se define por la incapacidad de cumplir con las actividades básicas de la vida cotidiana sin la ayuda de otros (vestirse, higienizarse, comer y cortar alimentos, acostarse, levantarse y desplazarse en el interior del domicilio). El estado de fragilidad supone la pérdida progresiva de capacidades funcionales y la merma o disminución en dos de los siguientes dominios: sensorio, motor, locomoción, metabolismo energético, memoria y capacidad física. Una persona frágil puede realizar sola la mayoría de las actividades básicas de la vida cotidiana. Aquellas personas que tienen un estatus de independencia funcional no presentan dificultad o disminución en ninguna de las funciones mencionadas o solamente en una de ellas.

**Gráfico 4: Modelo de trayectorias de envejecimiento y salud (80 años y más)**



Fuente: Adaptación basada en Lalive d'Epinay Ch y Cavalli S, 2013.<sup>15</sup>

De acuerdo con los resultados de los estudios longitudinales, la primera posibilidad del modelo del Gráfico 4 (T1) representa sólo al 10% de la población envejecida; estas personas mueren sin pasar por un estado de dependencia. Del lado opuesto, la T4 (aquellos ancianos que entran en un estado de dependencia hasta la muerte son el 5% del total). El 85% restante corresponde a las trayectorias 2 y 3 (ancianos frágiles), de los cuales la mitad morirán en estado de fragilización y la otra mitad pasarán a ser dependientes. Es decir que es el proceso de fragilización lo que caracteriza a las personas mayores de 80 años.

## 2. Investigación sobre personas ancianas de Argentina

Para caracterizar a las personas mayores que transitan sus 80 años y más en comparación con la situación de aquellos que no han alcanzado esta edad, se analizaron los datos de una investigación realizada sobre 1506 personas de más de 60 años, autoválidos, residentes en distintas ciudades de Argentina diferenciadas por su cantidad de habitantes. En esta investigación se tuvieron en cuenta cortes por grupos de edad, por género y nivel socioeconómico.<sup>16;17</sup>

El grupo de 80 años y más constituye el 12% del total de la muestra. La distribución por género indica que un 43,2% son varones y un 56,8% mujeres, pero en el subgrupo de 85 años y más las mujeres son prácticamente tres veces los varones. A medida que aumenta la edad, se produce una disminución de hogares compuestos por cónyuge e hijos y un aumento de las personas que viven solas. En el grupo de 80 años y más, los que viven solos ascienden al 39%, mientras que en el de 60-64 años, llegan al 14%. Asimismo, el 34% de las personas mayores del grupo de 60-64 años viven con cónyuge e hijos y sólo lo hacen el 5% de las del grupo de 80 años y más.

Al comparar subgrupos de edad (viejos-jóvenes y viejos-viejos), prácticamente se invierten las proporciones entre casados y viudos. Por supuesto que a medida que se avanza en la edad hay más posibilidades de enviudar, pero lo que es necesario tener en cuenta es que en su mayor parte se trata de viudas.

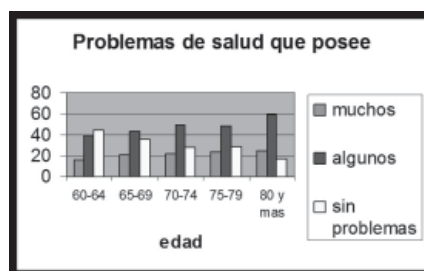
24

Tener 80 años y más marca una diferencia en cuanto a la gama de actividades que se realizan para el hogar y la familia. El cuidado de los nietos disminuye progresivamente a medida que aumenta la edad, siendo los extremos de esta progresión un 31,6% para los de 60-64 y un 9,7% para los de 80 años y más. Asimismo, se observa una caída en los porcentajes de ancianos que salen para realizar trámites: sólo el 2,2% lo hacen luego de los 80 años y el 40% de este mismo grupo dicen que no realiza ninguna actividad. Esta caída de la actividad es indicativa de que los 80 años han pasado a constituirse en el punto de inflexión que separa la tercera edad o viejos-jóvenes de la cuarta edad o viejos-viejos. (Hasta el 2001, estudios similares mostraban este corte en los 75 años y más).

Consultados sobre con quién pasan el día las personas mayores de 80 años, hacemos notar que lo hacen solos un 31% de ellos y que necesitan del apoyo de un acompañante contratado el 4% de este grupo etario.



### Gráfico 5: Salud percibida



El cuadro precedente resulta ilustrativo de la correlación entre edad y percepción de problemas de salud, donde a más edad, más problemas de salud. Si bien esta correlación es evidente, un poco menos del 20% de los que han pasado los 80 años declara "no tener" problemas de salud y, si bien los que tienen "algunos" suben al 60%, la columna de los que tienen "muchos" tiene un ascenso más moderado, superando apenas el 20% en el grupo de los viejos-viejos. Estos datos son indicativos de que no puede generalizarse a partir de la edad y de que la decrepitud y la dependencia no son necesariamente una característica de los más viejos de la sociedad.

25

Conviene recordar, no obstante, que se entrevistaron personas autoválidas y que, en el trabajo de campo, se encontró que un 5% no estaban en condiciones de contestar el cuestionario y vivían con "alguna forma de internación en domicilio". Puede suponerse que buena parte de esas personas estaría dentro del grupo de mayor edad, aumentando el porcentaje de aquellos que tienen "muchos problemas de salud" a alrededor de un 25%. ¿Justificaría esta cifra realizar predicciones catastróficas desde el punto de vista económico?

Callahan (1987) desató la polémica cuando propuso que la edad es una base legítima para la racionalización de los costos en la atención de la salud. Su explicación radica en que la edad es una categoría objetiva, precisa y universal, que evita la discriminación entre distintos grupos sociales. Lo que evidentemente no tuvo en cuenta es que establece una discriminación contra determinados grupos etarios.<sup>18</sup>

Los presagios alarmistas acerca del aumento de los costos en salud surgieron al anticipar el peso que el aumento del número de ancianos con enfermedades terminales podría significar para el presupuesto. Sin embargo, se ha podido determinar que el costo de la atención de la salud de los viejos no es tanto mayor que el que representa la atención de las personas de mediana edad. Lo relevante en este tema es

que la atención de las personas con enfermedades terminales cuesta nueve veces más. Por lo tanto, podría pensarse que la racionalización de los costos podría establecerse para los enfermos terminales sin tener en cuenta la edad, sino la calidad de vida.<sup>19</sup> Estas consideraciones nos remiten a la discusión anterior acerca de la generalización de las características de un grupo etario determinado. Si se creyera que todos los mayores de 80 años están enfermos, son dependientes y tienen una mala calidad de vida, se justificaría la racionalización de los tratamientos costosos para todas las personas de esta edad sin tener en cuenta su verdadero estado funcional.

La participación de los de menos de 80 años en organizaciones de la comunidad es un poco mayor que la de los viejos-viejos, ya que un 28% concurre, pero de ellos sólo un 12% participa de la conducción. Esto nos indica que, si bien los de más de 80 años salen menos y emprenden menos tareas en beneficio de la familia, entre ellos podemos diferenciar un grupo que es muy activo y participativo. Y es más, cuando los de más de 80 participan, lo hacen más activamente que los de menos de 80. Como vemos, la edad sigue siendo una variable vacía de contenido que no nos permite generalizar acerca de los atributos de este subgrupo etario.

26

Se trata, en definitiva, de promover cambios de orden ético que, de no realizarlos, afectarán las relaciones entre las generaciones y, en consecuencia, a la sociedad en su conjunto. En este contexto, una atención integral requiere la detección de los ancianos vulnerables en la comunidad. Para ello se requieren dos niveles de intervención: en primer lugar, capacitar a los médicos de cabecera y de atención primaria para detectar el problema y, en segundo lugar, realizar una evaluación integral (en equipo) para determinar las estrategias que se deben seguir.

En algunos países como Gran Bretaña y Japón, se están desarrollando métodos para la detección precoz de la fragilidad. Se realizan encuestas breves en los lugares de mayor concurrencia de los ancianos y, en casos positivos, se los deriva a la atención primaria, realizando la Valoración Geriátrica Integral (VGI). Se incluyen en estas mediciones otros determinantes sociales de la enfermedad, como el aislamiento social, el sedentarismo y la mala nutrición.

Estos conceptos son el resultado de un largo proceso de maduración.

En 1930, Marjorie Warren, enfermera y luego médica de un asilo inglés, consideró que algunos de sus residentes podrían ser externados, al evaluar su funcionalidad.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se crearon Unidades geriátricas en varios Hospitales Generales d Inglaterra, con sectores de evaluación y diagnóstico, de convalecencia y rehabilitación y de cuidados prolongados. Allí se estudiaron en

profundidad las enfermedades de los ancianos que atendían. Todo el sistema de atención estaba centrado en el Hospital General.

En 1958 se creó el primer hospital de día geriátrico en Cambridge, inicialmente dentro del sector de convalecencia y rehabilitación del Hospital, pero atendía también pacientes ambulatorios, lo que fue un gran cambio.

En 1972, en Francia, Lalonde concibe la ley de Mantenimiento Domiciliario.

Ya en 1982, en Inglaterra se crearon redes de servicios en la comunidad, delegando responsabilidades en las familias y comunidades locales. procurando que la cercanía con su ámbito de pertenencia ayudara a mantenerlos activos y socializados.

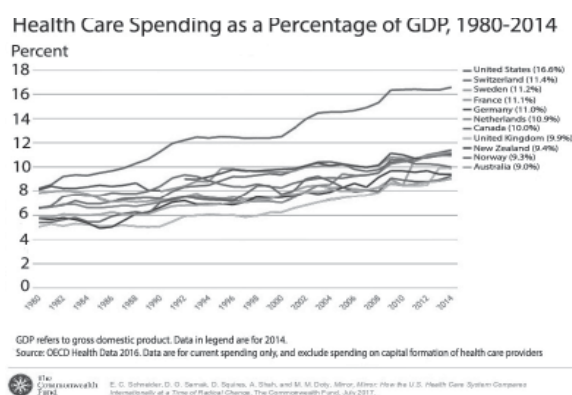
Avanzando en la década del 90 en la Duke University (USA), se definieron y adoptaron instrumentos de evaluación. Aparece la Valoración Geriátrica Integral (VGI), posteriormente adoptada mundialmente para los casos complejos.

Ya en el siglo actual se enfatiza cada vez más la importancia de la funcionalidad.

## CAPÍTULO 2. Tendencia global del gasto en salud

Los estudios sobre la economía de la salud, desarrollados en muchos países a partir de los aportes de Brian Abel-Smith desde 1958, nos muestran la expansión de ese gasto en todo el mundo, con una participación creciente en el producto bruto interno (PBI) de las naciones.

### Gráfico 6: Gasto en salud como porcentaje del PBI



Fuente: Schneider E, 2017.<sup>20</sup>

### A. Países desarrollados

Esta tendencia tiene su mayor expresión en los Estados Unidos, donde alcanza al 17% del PBI, lo que justifica que sea allí donde hayan tenido lugar más iniciativas y estudios tendientes a modificar esta evolución. Sin embargo, puede verse claramente en el gráfico cómo los países más desarrollados muestran un patrón similar, aunque algunos más moderadamente.

### B. Argentina

Nuestro país muestra una evolución parecida, aunque partiendo de cifras menores. En 1972, el primer estudio formal sobre el gasto en salud de la Argentina fue realizado por el Departamento de Economía Sanitaria de la Secretaría de Estado de Salud Pública (SESP), con datos de la Encuesta Nacional de Salud 1969-73,<sup>21</sup> el cual llegaba al 7,3% del PBI. En 1985, un segundo estudio,<sup>22</sup> realizado con similar metodología, lo ubicó en el 8,2% del PBI. En 2017, estudios privados lo estimaron entre el 9 y el 10% del PBI. La mayor parte de este incremento estaría causado por la financiación de medicamentos especiales de alto costo.

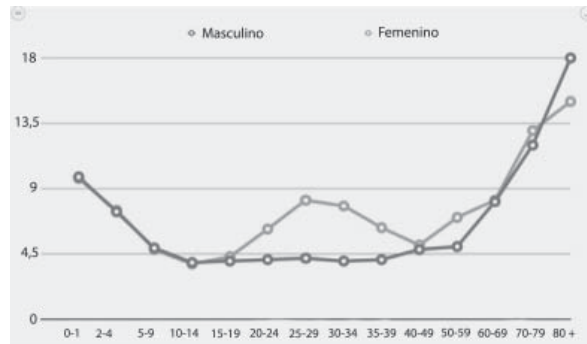
### C. Causas del aumento del gasto en salud

Este fenómeno se debe a la concurrencia de varios factores simultáneos que podemos resumir así:

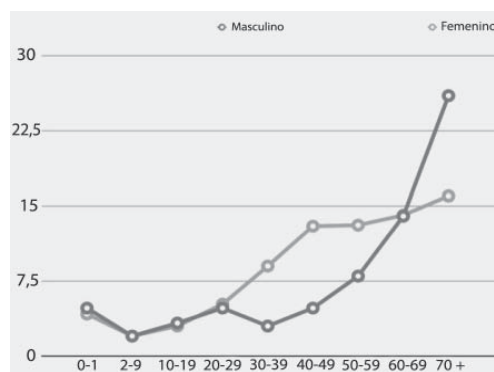
#### 1. Utilización de los servicios de atención médica

Esta se incrementa con la edad, debido al crecimiento de las enfermedades crónicas, consecuencia inevitable del aumento de la expectativa de vida.

**Gráfico 7: Número de consultas por beneficiario/año según edad, año 1990. O. S. Luis Pasteur**



**Gráfico 8: Número de egresos por beneficiario/año según edad, año 1990. O. S. Luis Pasteur**



Así, tenemos una población creciente, cada vez más añosa y con una carga de enfermedad crónica que ya alcanza niveles epidémicos. En ello también influye, de manera contundente, los hábitos de la población, que come de manera cada vez más inadecuada, vive más sedentariamente y consume sustancias tóxicas de modo creciente.

## **2. Coberturas sociales**

Elas reducen las barreras económicas y geográficas a la accesibilidad de los servicios de salud, lo que genera un primer aumento de la demanda; a este fenómeno se suma el importante efecto adverso que producen habitualmente los sistemas con un tercer pagador. En este contexto, ya no es el paciente quien paga por su cuidado, sino su obra social, su prepaga o el mismo Estado. A su vez, el prestador de los servicios (médico o institución) cobra en general por el número de prestaciones que realiza, por lo que la tendencia natural es generar su propia demanda. Así, los gastos tienden a crecer más que los ingresos del sistema, llevándolo al desfinanciamiento.

## **3. Tecnología**

30 La tecnología aplicada a la salud nos ha permitido lograr resultados impensados hasta aquí, lográndose curar enfermedades antes fatales y aliviar a gran número de pacientes. Esto mejora los resultados, pero no los costos. Cada uno de estos nuevos recursos diagnósticos o terapéuticos requiere una gran inversión, debido al proceso de investigación necesario para desarrollarlos, probarlos y producirlos en escala, mientras que el paciente recuperado suele prolongar su vida con una carga de enfermedad crónica creciente, que el sistema deberá financiar.

## **4. Organización de la atención**

Este factor, frecuentemente desatendido, es de importancia fundamental para alinear los intereses y los recursos con los objetivos y los resultados. Hace más de 50 años se introdujo en los Estados Unidos el Managed Care con el objetivo de ordenar los diferentes elementos que integran el cuidado de la salud. Un gran sanitarista argentino, radicado en EE. UU. desde 1965, escribió: "El concepto de Managed Care se refiere a cualquier intervención, sostenida y organizada, que afecte favorablemente la calidad y los costos de la atención de la salud de una población definida, vinculando responsablemente entre sí a los prestadores de los servicios. Debe haber un compromiso por parte del sistema respecto de la población que toma a su cargo. El

requisito para que esta definición sea valedera es que estos sistemas deben tener la obligación de medir y normalizar la calidad de la atención brindada, tanto en los aspectos técnicos como del estado de salud de la población que sirven, para satisfacción de los usuarios y de los prestadores”.<sup>23</sup>

La ingeniería del sistema de salud incrementa las conductas deseables, registra información de utilización, costos, conductas, resultados y otros datos que permiten medir la calidad, provee retroalimentación acerca de la conducta de los usuarios y el desempeño de los prestadores, facilita la investigación en servicios de salud y permite trazar políticas de salud basadas en la información.

Hoy podemos afirmar, junto a la mayoría de quienes estudiaron profesional y políticamente el tema, que en nuestro sistema de salud ocurre exactamente lo contrario: un conjunto de sectores e instituciones fragmentados y desconectados entre sí, pretenden controlar el gasto con medidas aisladas, a veces contrapuestas.

### **5. Legislación y fallos judiciales antisistema**

A veces, como ocurre en Argentina, la influencia de grupos de presión, el desorden y la demagogia parlamentaria generan leyes que, con el supuesto propósito de cubrir baches legales, crean beneficios para el cuidado de determinadas enfermedades, sin el debido estudio técnico previo ni la financiación específica, con lo que terminan recargando las fuentes de financiamiento existentes más allá de su viabilidad. Otro tanto ocurre con decisiones judiciales que, mal fundamentadas en la supuesta existencia de coberturas universales por parte del Estado o de los sistemas de seguridad social, ordenan asumir gastos por procedimientos de efectividad no demostrada u obviando las modalidades razonables establecidas para la seguridad de los propios pacientes y el control de la relación costo-efectividad del procedimiento.

31

### **D. Medidas destacadas encaradas en diversos países para modificar la tendencia**

Más arriba mencionamos el Managed Care y sus objetivos. Este concepto fue motivo de numerosos estudios académicos y generó multitud de experiencias. Nos limitaremos a mencionar las que nos parecen más relevantes.

#### **1. Gran Bretaña. El Servicio Nacional de Salud (NHS)**

Creado en 1948, parte del objetivo de ofrecer un servicio igualitario para todos los ingleses y de la premisa de que la atención médica nace de la necesidad y no de la capacidad de pago de las personas, por lo que su financiación proviene del presupuesto

nacional. Es un servicio cuyas principales premisas son ser gratuito en el punto de entrega, ser equitativo y ser igualitario.

La Ley de Cuidados Inversos (1971) implica que el acceso a servicios de calidad debe ser inversamente proporcional a la salud de la población asistida; otros hablan de discriminación positiva, es decir, concentrar los cuidados en aquellos con más necesidades.

Así, reduciendo las desigualdades y favoreciendo a quienes lo merecen de acuerdo con sus estilos de vida a fin de maximizar la salud, se trata de racionalizar los recursos para aumentar la calidad de vida y la eficiencia, con la equidad y la ética como referentes fundamentales. Su estrategia se basa en la atención primaria, a cargo de los practitioners, con resultados claros y relativamente rápidos, para la atención precoz de la enfermedad, la prevención de su progresión y la atenuación de los efectos de las lesiones.

Los hospitales son públicos y la prestación farmacéutica está fuertemente regulada por el Estado. Todo el NHS se apoya en un sistema de información consolidado, del cual la Historia Clínica Electrónica (EHR), de base regional, es el eje. Actualmente se está desplegando una iniciativa para incorporar a los usuarios al proceso, con el lema "El poder de la tecnología para transformar el cuidado del paciente".

32

Para el caso específico de la atención de los ancianos, el NHS acuña un lema: "Agregar vida a los años, más que años a la vida". A partir de 1982, como parte de una estrategia de contención de gastos, la responsabilidad de la atención de los pacientes crónicos deja de estar a cargo de los hospitales y se transfiere a la comunidad y la familia a través de la creación de servicios locales de proximidad (hospitales y centros de día, unidades de cuidados domiciliarios, subsidios y apoyo a la familia).

## **2. Estados Unidos**

### **a) Kaiser Permanente**

Entidad sin fines de lucro producto de la consolidación de un emprendimiento de 1933, es el más antiguo de los sistemas de lo que hoy se llama Managed Care. Es también uno de los planes de salud más prestigiosos por la calidad y la relación costo-efectividad de sus servicios, con fuerte énfasis en la prevención. Su éxito se basa en un modelo que aplican invariablemente y cuyas principales características son:

- I. El directorio del plan de salud está constituido por miembros no médicos, de manera que defienden los intereses de la comunidad y no de los profesionales.



**II.** La oficina del plan de salud es la encargada del marketing. La inscripción en el plan puede realizarse en un período acotado de tiempo, lo cual estimula una toma de decisión pensada y disminuye el sesgo de la inscripción de personas enfermas. La decisión es tomada por el individuo y su familia para que los beneficiarios no se sientan cautivos y que el plan no padezca cambios bruscos en el número de sus integrantes.

**III.** El plan de salud contrata un grupo médico que recibe un pago por adelantado en relación con la población que tiene a su cargo. Esta característica aleja al profesional del incentivo del pago por prestación y lo estimula a mantener una población sana.

**IV.** Los médicos trabajan a tiempo completo en el grupo médico y también reciben un pago anticipado en función de los pacientes a su cargo y otras variables del grupo (antigüedad, jerarquía). Esto genera una sensación de estabilidad económica y laboral.

**V.** El hospital recibe asimismo una remuneración de antemano, de manera que tiene un incentivo para no prolongar innecesariamente la estadía de los pacientes.

**VI.** Los ahorros realizados por el hospital son compartidos con el grupo médico. A diciembre de 2015, Kaiser Permanente tenía un ingreso operativo de 60.700 millones de dólares y contaba con:

- 10.200.000 asociados.
- 186.497 empleados
- 18.652 médicos
- 51.010 enfermeras
- 622 consultorios
- 38 hospitales y centros médicos

#### **b) La ley de HMO, Health Maintenance Organizations (1973)**

Esta ley reglamenta, financia y promueve la atención médica prepaga. Inicia el ordenamiento, continuado por la legislación posterior, de un enorme sistema, costoso y desordenado, que establece controles contra la sobreutilización, promueve la prevención y apunta a modificar la modalidad de pago a los prestadores (se basa en el pago por grupos relacionados con diagnósticos [DRG, por sus siglas en inglés]).

Numerosos estudios realizados a partir de los años setenta en universidades

e institutos de investigación son financiados por el gobierno y fundaciones, demostrando que cuando estas organizaciones introducen determinadas variables organizativas, resultan 30-40% más económicas que los planes de salud de carácter indemnizatorio.

En los años ochenta, los estudios de calidad de atención, introducidos por Donabedian<sup>24</sup> y otros, en conjunto con los adelantos informáticos, permiten medir la calidad y sus condicionantes, haciendo posible:

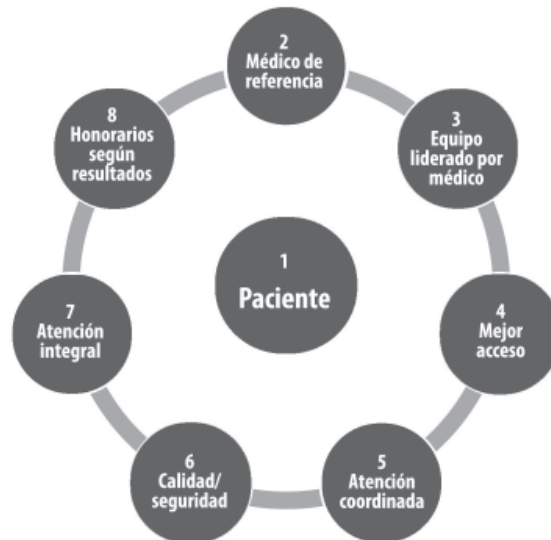
- I) Medir la utilización de diferentes sistemas por parte de las poblaciones.
- II) Conocer el costo de la utilización y el de la sobreutilización.
- III) Medir el desempeño de los prestadores con datos que reflejan la calidad.
- IV) Desarrollar estudios estadísticos, de costos y de resultados.
- V) Monitorear el cuidado clínico y administrativo de diferentes grupos poblacionales.

A partir de estos estudios, se multiplicaron las organizaciones y modelos de salud en los EE. UU. (HMO, PPO, POS, MCO):

### c) Casa Médica Centrada en el Paciente (CMCP)

34

#### Gráfico 9: Casa Médica centrada en el paciente



### Concepto y origen

En 2007, el Colegio Americano de Médicos (American College of Physicians), con la participación de las cuatro especialidades mayores comprometidas en la atención primaria (Medicina Interna, Medicina Familiar, Osteopatía y Pediatría), redacta una definición del "Modelo Avanzado de Casa Médica" a través del establecimiento de "principios conjuntos" que definen el concepto.<sup>25</sup>

1. El paciente ocupa una posición central cada vez que se debe tomar una decisión relacionada con la atención de su salud.
2. El paciente es atendido por un equipo integrado, que puede incluir una secretaria, un asistente médico y enfermeros, cada uno de ellos trabajando en el punto máximo de sus capacidades.
3. El equipo generalmente está dirigido por el médico, que ve facilitada su tarea y puede así focalizarse en mejorar la calidad de sus servicios. Tiene más tiempo para concentrarse en las tareas específicas de la atención médica, cada vez más demandantes, la comunicación con el paciente, las enfermedades agudas, la prevención y el manejo de las complejas condiciones crónicas.
4. Se facilita la accesibilidad para el contacto con el equipo, se promueve la atención inmediata y se utilizan medios alternativos como el teléfono y los medios digitales.
5. Se promueve la coordinación y el contacto entre los diversos ámbitos de atención y especialidades. Se identifica un grupo de médicos especialistas, que cumplen con los niveles deseados de calidad y comunicación: se genera así un "vecindario médico".
6. Se evalúan y comparan los beneficios obtenidos y las cuestiones que requieren medidas correctivas o mejoras; de esta manera, la calidad y la seguridad constituyen características destacadas y prominentes de los servicios ofrecidos.
7. Se integran los diversos aspectos que contribuyen a la salud de la persona: biológicos, psicosociales y familiares.
8. La definición de CMCP requiere también una reforma del sistema de pagos que se vaya alejando gradualmente de la remuneración por servicio e incorpore elementos que generen valor para el paciente y el sistema de salud (prevención, gestión de población de pacientes con problemas crónicos). Las experiencias van desde una remuneración mejorada por desempeño hasta sistemas híbridos con componentes de pago por población a cargo y por desempeño, y participación en los logros económicos. Originalmente la informática médica no fue considerada en los "principios conjuntos". Sin embargo, rápidamente se puso en evidencia que resulta casi imposible

implementar sistemas de atención complejos y eficientes sólo con lápiz y papel. Desde 2009, una ley del Congreso de los Estados Unidos facilitó el acceso al crédito y permitió un mejor acceso y difusión de la informática en salud.<sup>26</sup>

### **Proceso de reconocimiento**

Estos principios evolucionaron a estándares, integrados en procesos formales el reconocimiento de la CMCP. Las principales entidades que reconocen el modelo CMCP son:

- Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC)
- National Committee on Quality Assurance (NCQA)
- The Joint Commission (TJC)
- Minnesota Health Care Home
- Oregon Patient-Centered Primary Care Home Program

El proceso más extensamente aplicado es el de la NCQA (Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad de los Estados Unidos). Su última versión, de 2014, establece 6 estándares, que nuclean 28 elementos, que a su vez agrupan 178 factores. Existen algunos elementos que "nunca pueden faltar"; es decir, son obligatorios, como la mejora en el acceso a los turnos médicos, trabajar integrados en un equipo, utilizar datos para la gestión poblacional, planificar los cuidados, contar con material de autoayuda e implementar un programa de mejora continua de calidad. Este reconocimiento puede obtenerse en tres niveles, según la cantidad de factores con los que se cumpla.<sup>27</sup>

36

### **Vigencia en otros países**

Algunos países desarrollados han avanzado de manera no planificada para promover y utilizar el concepto de "casa médica". Esto se puso a prueba en una encuesta telefónica efectuada a individuos de siete países desarrollados. Se realizaron cuatro preguntas para determinar si el concepto de CMCP ya estaba presente en el sistema de salud. Se interrogaba si el individuo reconocía un sitio de atención habitual donde contara con la mayor parte de su información médica, si este sitio era accesible y si lo ayudaban en la coordinación del cuidado de su salud. El individuo debía responder afirmativamente a las cuatro preguntas para determinar que este recibía servicios habituales equivalentes a los definidos por el concepto formal de CMCP. Se comprobó que una proporción del 45 al 61% de los encuestados ya recibían asistencia en sitios que podrían ser definidos

como verdaderas “Casas Médicas”.<sup>28</sup> Estos países parecen haber arribado al concepto de CMCP en la práctica, tal vez con otros nombres y estrategias, posiblemente de manera informal y sin la meticulosa definición propuesta por el NCOA.

### **Crecimiento del modelo**

El crecimiento de los servicios de atención con características de CMCP se ha extendido en los Estados Unidos de manera exponencial. Si se toman en cuenta sólo los sitios con modelos de CMCP más completos e incluidos en una definición estricta por la presencia de incentivos económicos, entre 2009 y 2013 aumentó el número de iniciativas de “Casas Médicas” de 26 a 114. El número de pacientes que recibía atención habitual en ellas ascendió en el mismo período de 5 a 21 millones. Si se incluyeran en este cálculo otras iniciativas que no reúnen los criterios más estrictos utilizados para la definición del modelo, las cifras observadas se incrementarían de manera considerable. Sólo el sistema de salud de la Administración de Veteranos, con su Patient Aligned Care Teams (PACT), agregaría 5 millones de individuos participantes.

### **Control de costos y calidad**

Patient Centered Primary Care Collaborative es una organización que tiene por finalidad facilitar y monitorizar el desarrollo del modelo de casa médica en los EE. UU. Publica anualmente un informe sobre la evolución de proyectos relacionados. En su número de 2016<sup>29</sup> se sintetiza la evidencia producida por 43 publicaciones en 2014-2015. Durante los doce meses informados, 21 de estos estudios analizaron control de costos en salud, señalando una reducción significativa, usualmente en el rango del 4 al 11%. En los análisis de utilización, informan que las internaciones y consultas en guardia disminuyeron en hasta un 35%. En cada uno de los aspectos estudiados, al poner en marcha el modelo de CMCP, los resultados son promisorios. Se mejoró el acceso a la consulta, los turnos fueron más fáciles de obtener y se incrementó la proporción de los pacientes que hacen visitas a los prestadores de atención primaria en hasta un 18%. Disminuyó también de manera significativa la proporción de los que eligen consultar especialistas o sistemas de guardia.

En los análisis de calidad de atención, se registraron también mejores resultados en el control de enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes y la utilización de herramientas apropiadas de prevención. La satisfacción de los pacientes con su atención se incrementó y los médicos participantes informaron una menor tasa de abandono de la atención primaria por fatiga o burn out.

La reducción del costo de la atención y la mejora de los indicadores de calidad y satisfacción se sostuvieron en el tiempo e incluso se incrementaron de manera progresiva en los años que siguieron a la instalación inicial de una CMCP.

#### **d) El Obamacare**

Antes de la ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible (Obamacare), casi 57 millones de estadounidenses vivían sin seguro médico, incluyendo a familias de ingresos bajos o medios, ancianos y mujeres, quienes tenían que pagar más por servicios básicos de cuidado de su salud. En marzo de 2012 entró en vigor la ley de Protección el Paciente y Cuidado de la Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés), con el objetivo de mejorar la accesibilidad y disminuir los costos del cuidado de la salud. Según esta ley, todos los habitantes de los Estados Unidos tendrán que obtener un nivel mínimo de cobertura para el cuidado de su salud. Esta ley también incluye la estandarización de coberturas y beneficios y la regulación de los financiadores, obligando a las compañías de seguros a ofrecer planes para las personas con enfermedades preexistentes y regulando los precios de los seguros. Si la persona no tiene recursos suficientes para una cobertura individual o familiar, hay asistencia financiera para ayudar a cubrir ese costo. Pero, para que estos beneficios fueran posibles, ya en 2009 el congreso había aprobado una propuesta del presidente Obama, la llamada HITECH, que autorizó a Medicare (el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, para determinadas personas más jóvenes con discapacidades y para personas con enfermedad renal en etapa terminal) y a Medicaid (el programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas que no tienen ingresos o recursos limitados, respectivamente) a incentivar, mediante diversos subsidios, a los médicos y hospitales, para que implementaran una historia clínica electrónica (HCE) y la usaran para lograr mejoras específicas en el cuidado de la salud.

El monto aprobado de 2.700 millones de dólares en 10 años implicó un salto para lograr la construcción de un Sistema Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, orientadas al "uso apropiado" del recurso definido en detalle, a fin de obtener las mejoras prioritarias y medibles necesarias para un cuidado de la población con una buena relación costo-efectividad.<sup>30</sup>

### **3. Algunas experiencias en Argentina**

#### **a) El “modelo argentino” implícito**

Nunca formalizado, el modelo se fue implementando y modificando a lo largo del tiempo. Durante la primera mitad del siglo XX, los médicos se dedicaban mayoritariamente a la medicina clínica o general. Atendían por la mañana en un hospital, casi siempre de manera honoraria, y por la tarde en su consultorio privado o a domicilio. Pocos se formaban en una especialidad, la que en muchos casos ejercían en el ámbito privado junto con la medicina clínica. Paralelamente, surgieron las mutualidades para atender institucionalmente a los inmigrantes y a sus familias. Frecuentemente se mezclaban la atención pública y la privada: los pacientes que necesitaban una internación eran derivados (y por lo general atendidos por el mismo profesional) al hospital. A finales de los años cincuenta se expandió el modelo basado en especialistas, tomado de Estados Unidos, que traían consigo médicos prestigiosos formados en ese país que volvían a la Argentina.

El hospital público, de gran desarrollo y predominante en época de Carrillo, (ministro de Perón), empezó a decaer en esos años, mientras que aparecieron nuevos actores. Los hospitales de comunidad habían mostrado el camino, y siguieron las mutualidades de los sindicatos. Comenzaron a aparecer las clínicas privadas (las primeras, en realidad, surgen en los años treinta, con el desarrollo de la cirugía y los avances en la asepsia), impulsadas por el nacimiento, hacia 1959, de las obras sociales. De este modo, el modelo de atención clínica en consultorios privados, en gran medida con el “médico de la familia”, es reemplazado progresivamente por la atención en centros médicos y clínicas, en mayor medida en manos de especialistas, salvo en las guardias. El sistema de “libre elección” desarrollado por las entidades médicas en todo el país (con excepción de la Capital Federal, en la que predominaron otras modalidades), monopolizó las contrataciones de las obras sociales y mutuales, que llegaron a cubrir al 70% de la población en 1974. El Nomenclador Nacional, inicialmente un listado de prestaciones y valores creados por las Federaciones Médicas y las Asociaciones Sanatoriales, en manos del Estado, pero negociado en acuerdos paritarios, se convierte en el gran regulador de qué se paga y cuánto, definiendo indirectamente a qué especialidades es más “conveniente” dedicarse, tanto para los médicos como para las clínicas.

En este panorama irrumpió el PAMI, creado por el decreto/ley 19.032 de 1971. Rápidamente reunió a dos millones de afiliados y desarrolló su Programa de Atención Médica Integral (de allí la sigla por la que se lo conoce actualmente). Dicho programa

se apoya en un modelo que ofrece un primer nivel de atención (médicos de cabecera) y la derivación para consultas a especialistas, estudios médicos e internación en instituciones sanatorias (el segundo nivel de atención). Ambos niveles son capitados, lo que implica que asumen la responsabilidad y el riesgo por la población a su cargo. Implementado inicialmente en la Capital Federal (1972), el PAMI nace con la oposición cerrada de las entidades médicas, que rechazan la capitación, lo que genera una primera selección negativa de los médicos de cabecera. Esta situación se fue modificando y ya a fines de ese año se expande a las ciudades de Rosario y Santa Fe, ya con el acuerdo de las entidades médicas, seguidas por el Gran Buenos Aires en 1974. El PAMI estableció de entrada los objetivos, las formas de atención y los requisitos para ser prestador en el primer y el segundo nivel, las normas de procedimiento para la relación entre esos niveles, la atención médica y farmacéutica, etc. También creó un tercer nivel (establecimientos geriátricos) para la atención institucional de pacientes dependientes o semidependientes.

A lo largo de estos 47 años, la institución confirmó parte de las expectativas y muchos de los temores que originó su aparición. Brindó a mucha gente servicios que, de lo contrario, no habrían tenido, pero al costo de dilapidar enormes recursos, entre la inestabilidad de sus políticas, la irresponsabilidad de muchos de sus conductores,

40

que manejaron asuntos para los que no estaban capacitados, la codicia de muchos directivos y prestadores y el exceso de personal, violatorio de claras especificaciones de la ley. Pero, a pesar de las objeciones, es importante destacar que el PAMI cumple desde sus comienzos con varios de los requisitos que debería cumplir un sistema ideal:

- 1)** Atención de una porción muy significativa de la población anciana. Hoy el PAMI ofrece cobertura a 4.959.136 personas en forma directa, la gran mayoría (88%) de 60 años y más, más casi otro millón en forma indirecta (por derivación de aportes).
- 2)** Financiación importante y clara. Por ley, el PAMI recibe el 5% de todos los salarios, excepto los de los empleados provinciales y municipales, y 3-6% de las jubilaciones, según su monto. Estos aportes suman 145.800 millones de pesos (Presupuesto 2018).
- 3)** Primer nivel de atención como puerta de entrada. Con médicos de cabecera establecidos inicialmente sólo en la Capital Federal, el primer nivel de atención se extendió luego a gran parte del país.

- 4)** Pago por capitación. Tanto el primero como el segundo nivel están capitados, lo que evita los riesgos del pago por prestación en una población con elevada prevalencia de enfermedad crónica. La experiencia de la institución durante este largo período fue muy rica; en el segundo nivel se aplicaron diferentes variantes según área geográfica y



época, como la inclusión o no de prestaciones de alta complejidad, el reconocimiento de pagos adicionales por prestación, convenios globales que incluían el primer nivel, etc. Pero, lamentablemente, no se generaron registros estadísticos ni de calidad adecuados para poder evaluar con validez las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.

**5)** Existencia de un programa. Llamamos programa a un conjunto de objetivos, metas y procedimientos, incluyendo mediciones y estímulos, para una o más unidades asistenciales, en el marco de una acción comunitaria poblacional. El propósito de establecer un programa es ordenar el uso de los recursos disponibles, fijar prioridades precisas, medir su cumplimiento y premiar el logro de los objetivos. De este modo, se podrá mejorar la salud y el bienestar de la población cubierta, haciendo un uso apropiado de los recursos sociales disponibles y comparando los resultados con los alcanzados en otros lugares o con diferentes modelos organizativos (es decir, llevar adelante la investigación en atención de la salud).

Formalmente, el PAMI es un programa, aunque la fijación de prioridades ha sido por lo general débil y no explícita (no expresada en metas evaluables). De igual modo, resultó pobre e inestable su registro estadístico de las prestaciones y los diagnósticos. Tampoco se realizaron, salvo excepciones, evaluaciones del cumplimiento de objetivos.

**6)** Factor de cambio en el sistema de salud. Por su magnitud poblacional y su capacidad financiera, más el hecho de haber liderado el desarrollo e implementación de modalidades prestacionales no aplicadas anteriormente o escasamente desarrolladas en nuestro país (la alianza inicial con el Instituto de Servicios Sociales Ferroviarios, convenios con hospitales públicos y obras sociales provinciales, y acuerdos capitados con federaciones médicas son ejemplos de ello).

**7)** Relación PAMI-hospitales. Consideramos que la incorporación de hospitales públicos como prestadores formales tiene aún un enorme valor potencial como transformador de todo el sistema de salud, no solamente de la atención de los ancianos. Por este motivo, destacamos la experiencia implementada desde 1992, cuando se contrató para el segundo nivel de atención de Capital Federal a la red de hospitales universitarios (Hospital de Clínicas José de San Martín, Instituto de investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari e Instituto de Oncología Ángel Roffo). La experiencia resultó sumamente exitosa, no sólo porque permitió dar una atención de excelencia a 40.000 beneficiarios de PAMI, sino también porque potenció a los hospitales al obligarlos a asumir la responsabilidad total por la atención de su grupo poblacional, para lo cual debieron administrar directamente los fondos recibidos como contraprestación a fin de asegurar

los niveles de servicio comprometidos (plantel de personal, especialmente de enfermería, suficiente y calificado; provisión de insumos adecuada y sin interrupciones; derivación con cargo a los hospitales de toda prestación que no estuvieran en condiciones de resolver por falta del servicio o la no disponibilidad de turnos, etc.). Más aún, debieron reorganizar su estructura operativa y administrativa, estableciendo controles internos para poder lograr el cumplimiento de las normas de atención aceptadas e interactuar con la auditoría establecida por el propio PAMI. Y, al ser una red con varios hospitales, se generaron tensiones entre ellos por la canalización de pacientes y fondos, así como por como la calidad y eficacia de los procesos de atención, iniciando necesariamente un proceso de mejora poco frecuente en el sector público. La multiplicación de este tipo de iniciativas, con una planificación y un control adecuados y un registro de los datos que permita evaluar y difundir sus resultados, permitirá brindar una mejor atención no sólo a la población que nos ocupa en este caso, sino también al resto, que prevalecerá sobre intereses, mezquindades y la mera resistencia al cambio. Antes y después hubo otras experiencias, pero en general no dejaron una huella similar.

42

#### **b) La experiencia de microgestión en Centro de Día**

Centro de Día es una organización fundada en 1978 que atiende a una población de ancianos con fragilidad y dependencia. Lo hace de manera ambulatoria y domiciliaria, mediante actividades de diferente grado de complejidad. Su creación estuvo asociada con un trabajo hecho en 1977 y premiado por la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica, sobre "Caracterización demográfica, sanitaria y social de la población añosa en la República Argentina".<sup>31</sup> Es un extenso trabajo que analiza desde distintas ópticas la situación de los ancianos en Argentina, particularmente en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), y la posibilidad de intervenir en ella desde un plan de salud integral de atención a los ancianos. La preocupación de los autores estuvo focalizada en una observación: con la creación de un tercer nivel de atención, la oferta de servicios estaba compuesta casi exclusivamente de establecimientos geriátricos para la atención institucional de pacientes dependientes o semidependientes. El PAMI permitió el acceso financiado a este servicio a familias que de otra forma no podrían hacerlo. Como era de suponer, en cinco años, de 1971 a 1976, en la ciudad de Buenos Aires aumentó el número de establecimientos geriátricos de 95 a 215, y el número de camas, de 1903 a 4026. El problema era la falta de alternativas asistenciales para los cuidados prolongados. Desde 1975, el PAMI tenía normativas

para la creación de hospitales de día, pero sólo comenzaron a funcionar a partir de 1982 en los programas de salud mental.

Esta fue la razón del nacimiento de Centro de Día; su idea fundacional fue la creación del hospital de día geriátrico (HDG), basado en modelos europeos, a la que se agregó una originalidad: se hizo fuera de los hospitales generales y con capital privado. Se trabajó con el modelo de rehabilitación o mantenimiento de las funciones existentes para ser una alternativa válida, a fin de posponer o evitar la institucionalización definitiva de los ancianos frágiles.

Los países que tuvieron una transición epidemiológica precoz se encontraron con el problema del envejecimiento de la población y la respuesta de la salud pública tuvo que adecuarse a los nuevos escenarios demográficos (envejecimiento de la población y especialmente de la cúpula de la pirámide) y los cambios epidemiológicos (mayor proporción de ancianos frágiles y discapacitados). De esta forma, los cuidados de largo plazo alternativos fueron considerados de manera especial al posibilitar que las personas mayores mantuvieran un nivel de capacidad funcional adecuada a sus posibilidades y vivieran por más tiempo en su domicilio.<sup>32</sup>

Desde los comienzos de Centro de Día, se estableció un programa de evaluación que tenía en cuenta la salud física y mental, la funcionalidad y los recursos sociales con los que contaba el paciente. Estos conceptos provenían de la geriatría inglesa; luego, en los años noventa, se transformaron en la valoración geriátrica integral (VGI), que es una técnica para el diagnóstico multidimensional de ancianos frágiles con el propósito de planificar y/o brindar atención médica, psicosocial y de rehabilitación.<sup>33</sup> La realiza un equipo interdisciplinario que utiliza herramientas adecuadas para cada caso. Al finalizar la evaluación, se define una estrategia de intervención que, en algunos casos, puede ser el ingreso para un cuidado continuado u otro tipo de prestación, en otros casos se deriva a la persona mayor a prestaciones simples, dando prioridad a los problemas de mayor magnitud o significancia para el paciente y la familia. El objetivo es buscar soluciones simples y factibles.

### **c) Implementación de una Casa Médica Centrada en el Paciente (CMCP) en Buenos Aires**

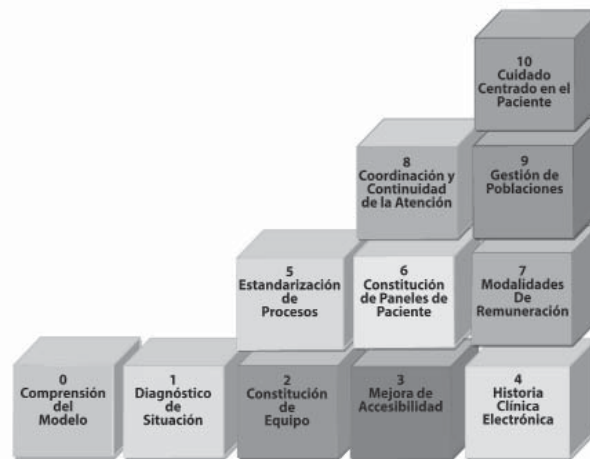
#### **I. Origen del proyecto: insatisfacción y expectativa**

Como respuesta a un alto nivel de insatisfacción con su práctica profesional y el conocimiento de modelos de organización probados que podrían llevar a mejores resultados, a fines de 2009, un grupo de médicos internistas generales con más de

25 años de experiencia implementaron el primer modelo de Casa Médica Centrada en el Paciente en Latinoamérica.<sup>34</sup> Como guía, utilizaron los criterios que la Comisión Nacional de Aseguramiento de la Calidad de los Estados Unidos (NCOA) publicó en 2014 para el reconocimiento de una casa médica. Este documento permitió:

- efectuar un diagnóstico de la situación inicial;
- desarrollar un mapa de ruta para la transformación;
- proveer etapas intermedias de desarrollo.

### Gráfico 10: Hoja de ruta para la transformación de una practica ambulatoria en un Microsistema con gestión de alto desempeño



## II. Implementación

A continuación, se describen tres etapas implementadas entre 2009 y 2016:

- Primera etapa: con un equipo de tres médicos y una asistente, se establecieron las prioridades iniciales: el equipo humano, la accesibilidad, la tecnología de la información y los procesos.
  - Constitución de un equipo. Para cumplir con el criterio de accesibilidad, debía contarse con el equivalente de dos médicos a tiempo completo y tres asistentes. Se dispuso además de un experto en tecnología de la información. Se identificaron y reformularon las tareas tradicionales, delegando y automatizando aquellas que se reiteraban, para que cada uno pudiese trabajar en el máximo de sus capacidades. Para que esto funcionara, todos sus integrantes tenían

que compartir propósitos y objetivos del proyecto, identificar y adquirir nuevos conocimientos, y contar con un tiempo dedicado semanal.

II. Incremento de la accesibilidad. Para facilitar el contacto con el paciente, se extendió el horario de atención de 9 a 20 horas los días de semana, con el compromiso de atender en el día al paciente con una urgencia, no demorar más de 10 días una consulta programada y no tener una espera mayor de 30 minutos. Además de proveer teléfonos celulares y el contacto asincrónico con correo electrónico, se habilitó un sitio web, que permitió acceder a información de utilidad, solicitar turnos y renovar prescripciones.

III. Incorporación de tecnología de la información y comunicación (TIC). Se utilizó la historia clínica electrónica web de Vinculo Médico que se había comenzado a usar en 2001, en cuya mejora continua participó el equipo. Se identificaron otros aplicativos, como el CRM que facilitaba la comunicación entre integrantes del equipo y los pacientes. Se incorporaron aplicativos para el soporte de la toma de decisiones, del correo electrónico y para definir las prácticas preventivas.

IV. Documentación y mejora de procesos administrativos y médicos. Por ejemplo, en las áreas de atención telefónica, asignación de turnos, renovación de prescripciones. Se identificaron y utilizaron diagramas de flujo para su graficación y mejora continua.

- Segunda etapa: relación con plan de salud, entorno de trabajo, ampliación de equipo profesional y nuevos roles, comunicación.
  - I. Se constituyeron paneles de pacientes asignados a profesionales de referencia elegidos libremente. Esta población se transformó en el denominador para medir el desempeño del profesional.
  - II. Se desarrolló un acuerdo de trabajo con un plan de salud, estableciendo objetivos de mejora de la accesibilidad para la población cubierta y un incremento inicial en la modalidad del pago por servicio vinculado al cumplimiento de indicadores de calidad. Asimismo, el plan de salud efectuó una investigación comparativa, de utilización y costos, confirmando los beneficios del modelo.
  - III. Mejoras en el entorno de trabajo para adaptarlo al modelo. Se estandarizó el equipamiento de los consultorios y se quitó el escritorio como barrera entre paciente y médico, para que ambos pudieran acceder a la pantalla de la computadora. Se generó un ámbito de trabajo grupal y se adecuó la sala de espera para ser funcional a reuniones y actividades docentes.

IV. Ampliación del equipo humano y modificación de roles. Se incorporaron una tercera asistente, una nutricionista, una psicóloga y una psiquiatra. Las asistentes comenzaron a asumir tareas tradicionalmente realizadas por los médicos, como la renovación de prescripciones, carga de antecedentes del paciente, o la transcripción de resultados de estudios a la historia clínica electrónica.

V. Se desarrollaron nuevos canales de comunicación, con la capacidad de enviar recordatorios de citas a teléfonos celulares, campañas dirigidas a subpoblaciones utilizando aplicativos para correos electrónicos masivos, pantalla en la sala de espera para instruir sobre la utilización del modelo de casa médica y para la difusión de campañas.

- Tercera etapa: estandarización, cambios en TI, investigación y docencia.
  - I. Actualización de la estandarización y mejora de procesos, llegando a un consenso sobre cómo y dónde registrar la información.
  - II. Focalización en las TIC para la integración de datos entre las distintas herramientas (HCE, CRM, portal), agregando las funcionalidades de georreferencia y automatización de flujos de trabajo.
  - III. Conformación de un equipo de Investigación en servicios con expertos clínicos, en metodología de la investigación y en análisis de base de datos. La primera etapa consistió en estudios descriptivos sobre la calidad de información registrada. Posteriormente, se analizaron prácticas preventivas y el manejo de problemas de salud relevantes.
  - IV. Capacitación a profesionales externos, ya sea de consultorios privados como institucionales a través de un curso anual de posgrado con actividades presenciales y a distancia.

### III. Logros y factores críticos de éxito

Como resultado de esta implementación, hemos logrado un microsistema con las siguientes ventajas:

- Alto nivel de accesibilidad del paciente al cuidado de su salud.
- Ámbito con procesos médicos y administrativos estandarizados.
- Pacientes integrados en paneles, cuidados por un equipo liderado por un médico de referencia.
- Análisis de la información administrativa y clínica para generar mejoras continuas.
- Menores tasas de utilización de estudios médicos, de servicios de urgencias y de internaciones.

- Mayor satisfacción de pacientes, del equipo asistencial y de sistemas de salud.
- Modelo flexible que permite su replicación y adaptación a distintos entornos.
- Factores críticos para el éxito.
- Convicción de los líderes del equipo sobre la necesidad y beneficios de la transformación y compromiso sostenido con un proceso que, si bien comienza a producir resultados en el corto plazo, su implementación total requiere de años.
- Desarrollar un espíritu de grupo del cual cada uno tenga el orgullo de pertenecer y pueda obtener reconocimiento por los logros.
- Avances escalonados, focalizados en objetivos relacionados con las posibilidades del equipo, sin agregar otros hasta que estos no sean cumplirlos. No desanimarse si se tiene que dar un paso hacia atrás, situación que no es infrecuente.
- Alianzas con:
  - Empresa de tecnología de la información: Además de proveer la historia clínica electrónica, proporcionó un profesional de tecnología de la información, que posibilitó la integración de nuevas herramientas, la coordinación de los flujos de trabajo con la tecnología y el manejo de base de datos.
  - Plan de salud. Para comprender las potenciales ventajas del modelo, compartir objetivos y vincularlos a modalidades innovadoras de remuneración, además de integrar datos de otros ámbitos de atención, facilitando el análisis de la información.

#### **IV. Limitaciones y dificultades**

##### **Limitaciones**

- Esta experiencia se focalizó en el cuidado ambulatorio. Si bien se hizo hincapié en los objetivos de continuidad y coordinación con los pacientes, estos fueron logrados parcialmente, en especial cuando la atención se realizaba en entornos como la internación o la atención domiciliaria.
- Como consecuencia de lo anterior, la información que se pudo procesar se limitó a la atención ambulatoria brindada por nuestro microsistema.

##### **Dificultades**

##### ***En el ámbito de la macrogestión***

- Falta de incentivos para innovar. Toda innovación requiere asistencia financiera con un capital semilla que permita la incorporación de tecnología digital e infraestructura y la capacitación del personal.

- Reglamentaciones y supervisiones desactualizadas. Por ejemplo, una inspección del Ministerio de Salud exigía tener historias clínicas electrónicas con respaldo en papel y la emisión de recetas de puño y letra del médico.

#### ***En el ámbito de la mesogestión***

El financiador tuvo dificultades para comprender conceptos distintos a los habituales en la atención de salud, en particular aquellos relacionados con:

- Modelos de remuneración distintos al pago por servicio, que tengan en cuenta el valor de la atención en contraposición con la cantidad de prestaciones. Apenas se pudo lograr un pago por servicio mejorado.
- Métricas para evaluar la atención: la medición de desempeño en términos de utilización según el modelo de pago por servicios (por ejemplo, la cantidad de consultas, estudios complementarios) sin tener en cuenta otras métricas de calidad.

#### ***En el ámbito de la microgestión***

- Resistencia al cambio. Esta se manifestó en todos los integrantes del equipo, tanto en las asistentes, que debieron cambiar sus funciones como secretarias, como en los profesionales médicos, que debían delegar tareas de las cuales se consideraban responsables tradicionalmente.
- Falta de financiación. Los profesionales debieron financiar con dinero y tiempo propio gran parte del emprendimiento de la CMCP.
- Carencia de experiencia previa y de referentes. Esto se debió superar con búsquedas bibliográficas y contactos con profesionales en el exterior.
- Inexistencia de recursos humanos capacitados que actuaran como referencia o que pudiesen asistir con la transferencia de conocimiento.

48

Puede concluirse que la transformación hacia una microgestión asistencial de alto desempeño como una Casa Médica Centrada en el Paciente constituye un proceso continuo, complejo y de alta demanda. Su concreción requiere de apoyo institucional, financiero, de recursos humanos, tecnología y herramientas que la acompañen en el corto, mediano y largo plazo hasta hacerla sustentable. Si bien la falta de estas condiciones incrementa la vulnerabilidad del proceso de transformación, los beneficios demostrados en su implementación superan con creces los riesgos.

Por lo expuesto, sería recomendable generar un espacio para facilitar el desarrollo de proyectos tendientes a mejorar la organización y gestión de los microsistemas como uno de los pilares de la transformación del sistema de salud argentino.



### **CAPÍTULO 3. Propuestas hacia una política integral para el envejecimiento y la vejez**

En los últimos tiempos, la humanidad ha realizado un esfuerzo para conseguir prolongar la vida del hombre. Los progresos logrados en términos de disminución de la morbilidad y la mortalidad y del alargamiento de la esperanza de vida han sido exitosos. Sin embargo, existen algunos debates económicos que podrían dar la impresión de que la longevidad debe ser considerada una catástrofe porque engendra costos crecientes en el sistema previsional y en el sistema de salud.

Sin dejar de tener en cuenta estas preocupaciones, una mirada desprejuiciada sobre el tema debe evaluar la revolución de la longevidad como una adquisición importante de las sociedades.

Partiendo de los aspectos positivos y negativos que conlleva este fenómeno, se destacan tres puntos fundamentales para enfrentar los desafíos de la longevidad:

- a.** Mantener y aumentar la independencia de las personas de edad para prevenir la aparición de la dependencia y asegurar una vejez con buena salud.
- b.** Extender y mejorar las medidas de readaptación para permitirles a las personas de edad recuperar una vida autónoma.
- c.** Encontrar respuestas a los problemas planteados por las personas de edad frágiles y dependientes y los cuidados que hay que brindarles.

49

Subyace a estas ideas una conceptualización de la vejez según la cual esta etapa debe prolongar y mantener en todo lo posible el estilo y la calidad de vida de la mediana edad. El envejecimiento productivo y el envejecimiento activo son las teorías que la fundamentan.

Actualmente, se observa una tendencia a pasar de las políticas de vejez dirigidas a asistir la dependencia a las políticas de envejecimiento, dirigidas a favorecer una vejez con buena salud, sin dejar de tener en cuenta la importancia de las primeras. El objetivo de dichas políticas de envejecimiento, en consecuencia, será asegurar una vejez sana acompañada del bienestar psicológico y físico, proporcionando medidas preventivas o, cuando se produce la incapacidad, de readaptación, y ofreciendo cuidados especiales para aquellos que no pueden recuperar una vida autónoma.

Se sabe que el envejecimiento está ligado tanto a la herencia biológica como a comportamientos individuales, así como a factores sociales, ambientales, culturales

y políticos. Envejecer con buena salud es el resultado de toda una vida que involucra un desafío para los gerontólogos y científicos de todas las disciplinas, sin olvidar a los decisores políticos.

Para llevar adelante una política sustantiva, se deberían tener en cuenta algunos principios básicos que detallamos a continuación:

**Rechazo del modelo del déficit:** El estado funcional de una persona de edad depende más de factores socioeconómicos, de personalidad, salud y medio ambiente que de la edad cronológica. Las investigaciones han demostrado que en el mantenimiento o el deterioro del funcionamiento intelectual y social, la edad desempeña un papel secundario. Se sabe también que las medidas de intervención apropiadas pueden reducir el déficit en las funciones cognitivas y psicológicas antes considerado irreversible.<sup>35</sup>

**Abandono de la teoría del desgaste:** La teoría del desgaste recomienda el descanso y la inactividad como tratamiento de rehabilitación; sin embargo, resulta invalidada en razón de que la actividad es una de las condiciones fundamentales para la preservación y recuperación de las funciones cognitivas, físicas y sociales, ya que las investigaciones han demostrado que tanto la prevención como la readaptación son posibles gracias a la estimulación de dichas funciones.

50

**Reemplazo de las normas de la edad por esquemas de envejecimiento:** Otro de los resultados de las investigaciones muestra que el proceso de envejecimiento es multidireccional y multidimensional.<sup>36</sup> Por lo tanto, no se envejece de una sola manera, sino que hay una pluralidad de esquemas de envejecimiento que dependen principalmente de factores tales como la personalidad, las condiciones socioeconómicas y los parámetros de cohorte.

**Individualidad del proceso de envejecimiento:** El envejecimiento es un proceso individual y diverso. En él actúan no sólo la biología de una persona sino también su biografía. Deben tenerse en cuenta el contexto histórico, los acontecimientos sociales (guerra, inflación, migraciones, reforma monetaria, desocupación) que como cohorte debió enfrentar; así como también las creencias y actitudes (religiosas, sexuales, políticas) que adoptó a lo largo de su vida. Todo esto como telón de fondo de las particularidades de su historia personal, especialmente la forma en que pudo resolver situaciones de crisis y cambio.

**El papel de la red social:** La red social desempeña un papel decisivo en la prevención y tratamiento del déficit físico e intelectual de los viejos, ya que, si bien puede representar una ayuda en algunos casos, en otros puede favorecer la dependencia. Por este motivo, las personas del entorno, familiares y amigos, deben integrarse al proceso, favoreciendo la actividad y la autonomía y evitando la sobreprotección para prevenir la dependencia. Cuando la incapacidad se produce igualmente, deben recibir información y formación para poder participar adecuadamente del proceso de rehabilitación. Es importante que los miembros de la familia también reciban atención para evitar que su rol como cuidadores repercuta negativamente en su propia salud.

**El papel de la ecología:** El hábitat, el equipamiento de la vivienda, el medio ambiente, urbano o rural, los medios de transporte determinan el grado de dependencia de una persona. Las condiciones ambientales favorables permiten aumentar su campo de actividad y, por lo tanto, favorecer nuevas actividades, nuevos contactos sociales, fuentes de estímulo suplementarias. En cambio, los parámetros ecológicos desfavorables pueden provocar una reducción del espacio vital y una pérdida de capacidades y competencias.<sup>37</sup>

51

### **Plan integral de longevidad y envejecimiento**

Observando estos principios, ¿hacia dónde necesitan apuntar las políticas? Hacia un plan integral de longevidad y envejecimiento.

De acuerdo con las recomendaciones anteriores y siguiendo las ideas de Ursula Lehr,<sup>38</sup> las políticas deben abocarse al desarrollo de cinco áreas fundamentales:

- Servicios que permitan alentar una vejez activa y que se apoyen en los recursos propios del individuo (prevención).
- Servicios dirigidos a las personas de edad con fragilidad (para reforzar los problemas del aislamiento social, la pérdida de fuerzas, la desnutrición, los deterioros cognitivos leves).
- Servicios dirigidos a las personas de edad con discapacidades que viven solas para mantener su autonomía.
- Servicios dirigidos a las personas dependientes que requieran cuidados asumidos por miembros de la familia, y servicios dirigidos al entorno que se ocupa de la persona de edad.

- Servicios destinados a las personas dependientes que necesitan cuidados que no son asumidos por su familia o ancianos que viven en geriátricos.
- Las propuestas operativas para llevar estos conceptos a la práctica están desarrolladas en el Capítulo 4.

## CAPÍTULO 4. Propuestas

### A. Consideraciones previas

Hasta aquí hemos analizado los problemas sociales y sanitarios de los ancianos en sus diferentes aspectos, así como las dificultades que siempre plantea la atención médica ante la disparidad entre los recursos disponibles y los requerimientos ideales. Pero se nos pide proponer soluciones, fundadas en necesidades, con las herramientas que nos ofrecen la salud pública y la gerontología. Comenzaremos con las características que debe tener un plan integral de longevidad y envejecimiento:

1. **Un plan equitativo con una buena relación costo-efectividad.** Creemos firmemente que un plan integral de longevidad y envejecimiento sólo resultará sustentable si logra compatibilizar sus recursos con las expectativas sociales. Y estas exigen equidad, que se brinden servicios equivalentes a beneficiarios cuya situación socioeconómica y sociocultural evidencian importantes disparidades, que viven en áreas geográficas diferentes, cuyos recursos sanitarios y modalidades de organización médica resultan difíciles de equiparar. Lo cual nos lleva al difícil tema de las prioridades.

2. **Establecer objetivos prioritarios.** En nuestra sociedad existe la idea de que, en materia de salud, todos tienen derecho a la totalidad de los servicios. Los médicos tendemos a acompañar esta idea al dar preeminencia a las actividades reparadoras, sobre todo a las que requieren alta tecnología, por sobre las preventivas. Esta situación es claramente inviable, aquí y en los países más ricos del mundo. Ignorarlo implica, en la práctica, asegurar la continuidad de la inequidad: algunos podrán acceder a todo lo que solicitan, ellos o sus médicos, y otros, simplemente, no podrán.

Sin embargo, para establecer las prioridades adecuadas, es preciso focalizarse científicamente en las necesidades, definir un orden, más allá de lo que demande cada paciente o de la visión particular de cada médico, aunque siempre respetando los derechos de los pacientes, sus creencias y su cultura. Sin olvidar nunca que nuestro deber moral es utilizar los recursos en lo que produzca mejores resultados globales en términos de bienestar para los pacientes y cuidar estos recursos, dado el contexto de escasez que establece la economía.

En este sentido, consideramos que "el principal objetivo de un plan de salud para los ancianos debería ser la reducción de la morbilidad e incapacidad y un intento para mejorar su calidad de vida y no un esfuerzo explícito para reducir la mortalidad o

aumentar la expectativa de vida promedio. La edad avanzada es una condición humana inevitable, que no debería ser definida como un problema médico a conquistar o un conjunto de cuestiones susceptibles de soluciones médicas. Los seres humanos continuaremos envejeciendo, enfermando y muriendo" [...] Esa poderosa tendencia (el uso de servicios con un alto contenido tecnológico para prolongar la vida) ha relegado a un papel secundario al amplio espectro de servicios de enfermería, cuidado personal y rehabilitación que los ancianos necesitan cuando ya la atención de episodios agudos poco puede hacer por ellos".<sup>39</sup>

También nos parece ineludible abordar el tema del final de la vida, tratándose de población anciana. Porque no sólo llegar a esta etapa impacta negativamente a las personas de edad, sino que lo hace progresivamente, a medida que la disminución de las capacidades intelectuales y físicas afectan la autonomía. E impacta negativamente también a su grupo primario, cuyos integrantes deben acudir a cubrir esas insuficiencias y nuevas necesidades. Y, cuando ese entorno no asume el problema, obliga a que lo hagan las estructuras sociales o comunitarias.

Llegada la instancia final, ella se produce, cada vez con mayor frecuencia, en un hospital. ¡Rodeados de personas que no los conocen y que tienen actitudes "viejistas", llenos de catéteres y sondas, posiblemente desnudos, siempre despersonalizados!

Morir en casa, rodeados de los seres queridos, se ha transformado en una figura literaria improbable...

Al cuadro expuesto debe sumarse el encarnizamiento terapéutico, impulsado por la cultura médica, el temor a los juicios, los intereses del sistema y, lamentablemente, muchas veces los reclamos de los propios allegados que piden "hacer algo".

Creemos que tal situación exige una reacción de la sociedad. Seguramente, la solución pasa por varios caminos convergentes:

- Profundizar entre los médicos y el resto de los agentes de salud los conceptos de la ética, los derechos de los pacientes y los límites terapéuticos: *primum non nocere*.
- Repensar la cultura del final de la vida y el sentido de la muerte, junto con los ancianos y pacientes terminales, respetando las creencias, valores y deseos del paciente y de su familia.
- Apoyar el desarrollo de estructuras y programas destinados a quienes ya no pueden afrontar solos la situación (movimiento HOSPICE, dedicado a pacientes terminales; doulas del fin de la vida, la formación de voluntarios, etc.).

**B. Descripción.**

Teniendo en cuenta la descripción de características y necesidades, así como el contexto político y asistencial en que deben funcionar las políticas, el camino más recomendable sería partir del actual programa PAMI para introducir las mejoras técnicas indispensables a fin de que se puedan cumplir los objetivos propuestos y de que sus beneficios pueden extenderse progresivamente al resto de la población anciana, aunque parte de ella no cuente con la misma cobertura.

Los ejes de la propuesta son:

1. Definir un PROGRAMA que fije los OBJETIVOS PRIORITARIOS y cómo lograrlos.
2. Refuerzo del actual PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, mejorando la capacitación de sus médicos e introduciendo cambios progresivos en su operatoria, incluyendo estímulos económicos.
3. Informatización del primer nivel de atención en una primera etapa, sobre la base de una HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA y herramientas complementarias.
4. Amplio desarrollo de las acciones de PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, impulsando cambios en los estilos de vida y esfuerzos especiales para la pronta detección y evaluación de los pacientes frágiles.
5. Revisión de los servicios de CUIDADOS PROLONGADOS, implementando la VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI), para poder asignarlos más racionalmente.
6. Rediseño de la cobertura de MEDICAMENTOS, incorporando la revisión de INTERACCIONES desde la prescripción y favoreciendo los tratamientos con mayor componente de prevención, primaria o secundaria.

55

**B 1. Primer nivel de atención: médicos de cabecera.**

Es la puerta de entrada al sistema y la clave para lograr una atención accesible, igualitaria, continua y de calidad. Por eso resulta esencial dedicarle la mayor atención, cosa que ocurrió pocas veces en los 47 años de funcionamiento del PAMI.

La misión de los médicos de cabecera es establecer una verdadera relación de confianza con los beneficiarios a su cargo, estar siempre disponibles, escucharlos, estimular el cuidado de su salud y la prevención de las enfermedades. Explicarles lo necesario y orientarlos cuando requieran derivación a otros niveles, haciéndolo en tiempo oportuno y compartiendo la información con los especialistas, sin ser sólo alguien que hace recetas y poco más...

Si el médico utiliza bien su conocimiento y la relación con sus pacientes, las posibilidades de éxito serán mayores, lo cual les permitirá canalizar sus preocupaciones sin tanta necesidad de utilizar servicios de mayor complejidad. Así, la atención resultará

más satisfactoria para el paciente, más eficaz en cuanto sus resultados y menos costosa para el sistema, permitiendo una mejor aplicación de los recursos.

Para ello, el médico de cabecera debe estar bien seleccionado, motivado y capacitado en el conocimiento médico aplicado a las características de la población añosa, comprender los objetivos, normas y modalidades del Programa PAMI y saber utilizar las herramientas a su disposición para brindar una atención de calidad. Estos recursos son: la epidemiología aplicada, el uso de la Historia Clínica Electrónica (HCE) y los sistemas de comunicación que la complementan, los medios de apoyo a la toma de decisiones, así como los principios de la atención comunitaria y del trabajo en equipo.

La práctica médica, el consultorio y la atención domiciliaria conforman un microsistema que debe estar organizado para cumplir con los objetivos y hacerlo eficazmente.

Este microsistema necesita incluir asistentes médicos, que no sólo hagan tareas administrativas, sino que colaboren para reforzar la comunicación con los pacientes y el resto de los profesionales o auxiliares de la salud y que intervengan en la atención, conformando así un verdadero equipo, a cargo, especialmente, de resolver la transición entre diferentes tipos de cuidado.

#### **B2.** Atención en domicilio.

56

Aunque difícil de lograr, es preciso que los médicos de cabecera asuman la necesidad de dar seguimiento a los pacientes con problemas de movilidad, permanentes o transitorios, dejando para el servicio de urgencia o las guardias los episodios puntuales o de gravedad que superen la operatividad del médico general. También deberán interactuar con los equipos de internación domiciliaria, cuando éstos intervengan en la atención de sus pacientes. Tales servicios deben pagarse por prestación. Esto, sin duda, dará mayor continuidad a la atención y evitará acciones inadecuadas, comunes en los médicos de urgencias por su formación y desconocimiento del paciente, mientras que el gasto generado por estas visitas seguramente se recuperará ampliamente con los ahorros que generará una mejor atención.

#### **B3.** Modelo con dos o más médicos en un mismo consultorio.

Esta modalidad facilitará la instalación de consultorios con mayores comodidades para la conformación de equipos multidisciplinarios (asistentes para el seguimiento de enfermos crónicos, gestiones administrativas, repetición de recetas, evaluaciones sociales, salud mental, prácticas preventivas, educación alimentaria., etc.).

#### **B4.** Programa PAMI.

El programa PAMI establecerá el hilo conductor para evolucionar desde la situación actual hacia un sistema con objetivos y procedimientos definidos, medibles y



registrados que, por lo tanto, podrán ser evaluados periódicamente y ser motivo de "premios" y "castigos" en una futura etapa. Proponemos que dicho programa sea elaborado siguiendo el modelo de la Casa Médica Centrado en el Paciente (CMCP), o un modelo similar, con las adaptaciones necesarias para una institución del tamaño y diversidad del PAMI y los tiempos requeridos para una transición aceptable.

**B5.** Plataforma informática como soporte.

Permitió reunir la información médica y social en un solo instrumento, la Historia Clínica Electrónica (HCE), compartible total o parcialmente con el uso que puedan darle otros profesionales (reemplazantes, especialistas, internistas o médicos de urgencia), contar con alertas sobre controles o estudios pendientes, indicar prácticas o medicamentos, repetir recetas etc.

### **Características de los registros específicos de la Historia Clínica Electrónica**

**a)** Identificación del paciente

Cada paciente debe registrarse en forma unívoca con sus datos personales: nombres, domicilio, DNI y fecha de nacimiento. Existe la posibilidad de clasificarlo, además, según su patología dominante, crónica o el riesgo para su salud.

**b)** Antecedentes y datos sociales

Ingresos, convivientes, vivienda, alimentación, actividad física, vida social, etc.

**c)** Datos de la consulta

Interrogatorio, estado actual y problemas detectados. Examen físico y resultado de estudios médicos. Indicaciones. El diseño de la aplicación permitirá su registro con gran economía de esfuerzos.

**d)** Interconsultas

Al pedirse a través del sistema, el especialista podrá abrir la historia clínica electrónica, ver los motivos de derivación y registrar sus hallazgos, conclusiones e indicaciones, de manera que el médico de cabecera pueda luego integrarlas al cuidado general.

**e)** Prescripción de medicamentos

El modelo utilizado es aplicable a diferentes formas de cobertura, prescripción libre, uso de genéricos, listados restringidos u otras limitaciones. Su concepción facilita la confección de la receta, consultando las bases de datos si fuera necesario, especialmente cuando se trate de una repetición, ya que el sistema la reimprime y registra su contenido en la historia clínica, evitando también los errores formales que generan pérdidas de tiempo al médico y al paciente. Asimismo, estará

preparado para analizar las interacciones medicamentosas: droga-droga entre los fármacos de la misma receta o los prescritas anteriormente pero aún activas, droga-edad o condición física (embarazo, condición física, patología), así como su severidad, facilitando que el profesional pueda hacer consultas on-line o modificar la indicación.

**f) Cierre de la consulta**

Requiere registrar el motivo de la consulta según ICD-10 u otras clasificaciones que determinen las normas. Particularmente para esta población, es importante que se registre la multimorbilidad.

**B6.** El proceso de transformación del primer nivel de atención: de la situación actual a lo propuesto.

Para que el proceso pueda ser exitoso, requiere ser tratado como un proyecto en sí mismo.

**Precondiciones:**

- Pleno apoyo institucional, al más alto nivel, para superar la resistencia al cambio.
- Financiación acorde asegurada.
- Asignación exclusiva de los recursos informáticos requeridos.
- Recursos humanos con experiencia en implementaciones de complejidad equivalente

58

**Factores críticos:**

- Organizar una prueba piloto como parte inicial del proyecto, a fin de probar los instrumentos y procesos diseñados en el contexto real y hacer los ajustes necesarios.
- Seleccionar cuidadosamente a los médicos de cabecera participantes, capacitarlos a ellos y a sus auxiliares en el uso de la HCE y en las nuevas modalidades de atención, brindándoles apoyo (coaching) mientras dure la prueba.
- Establecer incentivos apropiados.
- Integrar al proceso a los líderes de opinión (institucionales y del sector).

Al final:

- Medir el impacto entre los participantes y difundir los resultados.

**C. Medicamentos**

**a) Magnitud:** Las estimaciones de que el gasto en medicamentos llega al tercio del gasto total del PAMI no tienen en cuenta lo incluido en las cápitas del segundo nivel ni los coseguros a cargo de los beneficiarios por atención en farmacias.

**b)** Conocimiento de los médicos en materia farmacológica: Actualmente, está manejado por los laboratorios (información médica, facilidades para publicar trabajos, participación en cursos y congresos, jerarquización, etc.), y debe ser retomado por el PAMI como referente.

**c)** Necesidad de prevenir y medir las interacciones medicamentosas. Como corolario de sistemas de salud fragmentados y discontinuos, la polifarmacia es habitual; sin embargo, prácticamente no usamos metodologías para evitar o detectar situaciones de este tipo, las que afectan a un alto porcentaje de las prescripciones en Estados Unidos y aquí ignoramos.<sup>40</sup>

### Propuestas

- I.** Desarrollar normas de prescripción que reduzcan progresivamente la polifarmacia.
- II.** Facilitar la tarea de prescripción con el uso de instrumentos informáticos, que a la vez proporcionen alertas sobre las interacciones (medicamento-medimento, medicamento-enfermedad; medicamento-edad; dosis inadecuada, etc.).
- III.** Limitar la prescripción de drogas peligrosas o de uso muy especializado a profesionales seleccionados.
- IV.** Eliminar del sistema de cobertura los medicamentos con utilidad terapéutica no verificada o cuyos precios se aparten de los parámetros medios.
- V.** Desarrollar esfuerzos significativos para mejorar la capacitación de los profesionales del primero y del segundo nivel en materia farmacológica.
- VI.** Implementar programas de investigación y docencia sobre el uso de terapéuticas no medicamentosas, como alimentación saludable, dietoterapia, medicina física, etc.

### **D.** Promoción y prevención.

El impacto de estas acciones, que deben estar presentes en todos los niveles, nos lleva a desarrollarlas en un apartado especial, más allá de su mención entre las responsabilidades de la atención primaria.

#### **D1.** Promoción de la salud.

Se presenta un ejemplo. El Ministerio de Salud de Japón implementó una encuesta social, el Listado de Kihon (CHKL), de 15 ítems, para predecir la fragilidad en adultos mayores. Tiene una sensibilidad del 70% y una especificidad del 89,3%. Además de ofrecer validez predictiva, se ha utilizado para evaluar la efectividad de las

intervenciones de fragilidad. En ella se detectan tres subítems que consideramos importantes: la alimentación, el aislamiento social y la fragilidad física.<sup>41</sup>

#### **a) Alimentación**

Nadie discute su importancia crucial para una buena salud, pero, por lo general se evita entrar en detalles, salvo en lo que se refiere al manejo de las patologías primariamente nutricionales, como la diabetes. La población argentina, a pesar de tener a mano toda clase de opciones, come mal y gasta de más en su alimentación. Modificar esta situación requerirá tiempo y acciones simultáneas y coordinadas en diferentes frentes.

En lo relativo a la población anciana, serían de gran importancia medidas como el etiquetado frontal legible de los alimentos, destacando los componentes y cantidades potencialmente dañinas de sal, azúcar y otros nutrientes, como se hace en Chile, sin perjuicio de obligar a reducir ciertos excesos por la vía regulatoria; presencia de opciones saludables de diferentes productos, como por ejemplo versiones hiposódicas de alimentos procesados y alimentos frescos en las góndolas de los supermercados. En esta línea se ubica la educación sanitaria de la población, con apoyo de los medios de comunicación masiva, para generar conciencia de lo que implica y cómo debe ser la alimentación sana. Así, más cerca de la gente, se podrían difundir por los medios de comunicación recetas saludables y económicas de chefs reconocidos, sumado a cursos de similar orientación en centros de jubilados y ONG, con el apoyo explícito y la recomendación de los médicos. Otro problema es la inadecuada alimentación de un alto porcentaje de ancianos que viven solos y no se cocinan las catorce comidas semanales.

Se debería enseñarles a realizar y conservar preparaciones sencillas sabrosas, económicas y nutricionalmente adecuadas, para estimularlos a comer de manera sana.

#### **b) Actividad física**

Es esencial un nivel adecuado de actividad física para la salud de los ancianos, frecuentemente en riesgo por el sedentarismo y la movilidad reducida. No resultaría costoso preparar diferentes programas, algunos con ejercicios realizables en el domicilio, otros en los centros de jubilados o clubes de barrio y un tercer grupo en plazas y parques, con el patrocinio de autoridades locales o empresas.

#### **c) Socialización**

Para combatir el aislamiento, es posible realizar actividades en los centros de jubilados y clubes mencionados, además de grupos informales de tipo cultural o

recreativo, que alienten a los ancianos a participar activamente como usuarios y también como animadores.

**D2. Prevención.**

En primer lugar, subrayamos las acciones de prevención primaria, como las inmunizaciones (antigripal, antineumocócica, antitetánica) y las de prevención secundaria, fundamentalmente la detección precoz de enfermedades como la hipertensión, la diabetes y ciertos tumores. No obstante, en este grupo etario el foco debe ponerse en el diagnóstico oportuno del deterioro físico, funcional y cognitivo, fundamentalmente a través de un examen periódico de salud. La detección precoz de los pacientes frágiles también constituye prevención secundaria y apunta especialmente a aquellos mayores de 80 años con limitaciones funcionales, procurando que no se transformen en dependientes.

Su tratamiento no es siempre satisfactorio y varía según el caso. En general requiere rehabilitación física y psicológica para reducir las secuelas, partiendo siempre de un correcto diagnóstico causal y con apoyo social y comunitario para poder acceder a estos servicios.

La intervención para prevenir la dependencia es compleja e incluye en primer lugar la pronta detección por médicos de atención primaria que deben estar alertados de su significado, con la ayuda de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) para confirmar el problema y orientar hacia la solución más viable y eficaz. También incluye el tratamiento temprano de las enfermedades crónicas y una mayor eficacia del sistema de salud.

Sabiendo de antemano que la disponibilidad de las acciones de prevención suele estar limitada por la escasa inversión en la investigación aplicada a un tema tan crítico como relevante y a la implementación las alternativas de intervención.

Las sociedades desarrolladas, que estudian el envejecimiento de una manera longitudinal, enfatizan que, entre las personas mayores, la prevención de la dependencia del cuidado es una prioridad mucho más alta que la prevención de enfermedades. Los principales problemas que deben ser detectados precozmente para la prevención de la dependencia, basados en la evidencia, son los síndromes geriátricos como la desnutrición, las caídas, la incontinencia y la disminución de la función cognitiva.

Un ejemplo de intervenciones preventivas puede darse con los ancianos con riesgo de caídas. Aproximadamente, un 30% de las personas de 65 años y más se cae una vez al año. Una de cada cinco caídas requiere atención médica y menos de una de cada

10 sufren fracturas. Sin embargo, el síndrome post caída afecta emocionalmente a los ancianos, que temen salir y permanecen en sus domicilios, creando limitación funcional y un aislamiento social importante. Hay diferentes formas de medir el riesgo de caídas, como el índice de Tinetti; Up & Go, etc. Cuando el riesgo está presente, se debe actuar. Algunas intervenciones para prevenir las caídas de los ancianos ya acumularon evidencia, como los programas de ejercicios grupales, que reducen significativamente las tasas y el riesgo de caídas. También lo hacen las intervenciones de seguridad en el hogar (especialmente en ancianos con alto riesgo de caerse). Sin embargo, la evaluación multifactorial y los programas de intervención en sujetos con riesgo de caída reducen la tasa de caídas, pero no el riesgo de las mismas.<sup>42</sup>

#### E. Segundo nivel de atención

En este terreno, creemos necesario revisar los requerimientos, que pueden ajustarse para los diferentes ámbitos geográficos en relación con la disponibilidad de servicios capaces de cumplirlos.

62

- **Historia Clínica Electrónica y programas de calidad:** Es muy importante que los prestadores de segundo nivel cuenten con sistemas de información que faciliten la continuidad del cuidado, el registro de las prestaciones realizadas y la medición de resultados, requisito necesario para lograr una atención de calidad.
- **Relación con el primer nivel.** La interacción entre estos niveles es una condición necesaria para la buena atención. El modelo actual, con ambos niveles retribuidos por capitación, impulsa un control por oposición para atenuar la tendencia a la sub prestación, pero no logró que colaboraran entre sí. Se requiere buscar y ensayar modalidades y estímulos que favorezcan el trabajo en común.
- **Prestaciones de alta complejidad.** Aunque en muchas áreas los efectores potenciales no cuentan con tales servicios, por lo menos con el nivel técnico requerido, la posibilidad de derivarlos a terceros permite esquivar responsabilidades propias por el cuidado (y también gastos), con la consiguiente discontinuidad de la atención y la posibilidad de demoras importantes. Ello torna imperioso encontrar los modelos más convenientes para la operatividad de estas prestaciones, así como la adecuación del trabajo de la auditoría médica a las diferentes realidades existentes.
- **Problemas en el momento del alta.** Es frecuente que la población anciana necesite una convalecencia relativamente prolongada para recuperar las funciones motoras, luego de permanecer en cama durante la hospitalización.

Si esto queda exclusivamente a cargo de la familia, se generan fragilidad y reinternaciones. Para poder brindar en el domicilio los cuidados que estos pacientes requieren, se necesita contar con un equipo de atención domiciliaria (médico, enfermera, kinesiólogo), que conceptualmente debería estar a cargo del efector de segundo nivel que haya indicado el alta precoz. Idealmente debería emprenderse en colaboración con el médico de cabecera para la continuidad del cuidado.

- **Servicios de Geriátria.** Es necesario contar dentro de los hospitales generales y los sanatorios (ambulatorios y de internación por enfermedades agudas) con recursos apropiados para manejar las problemáticas de multimorbilidad, polifarmacia y pérdida de funciones. Una opción es crear equipos que puedan realizar la evaluación integral de todos los pacientes con fragilidad (independientemente de su edad), y también orientar en el manejo terapéutico de los casos complejos.<sup>43</sup>
- **Atención de los pacientes frágiles.** Como se ha mencionado, la fragilidad es la expresión más problemática del envejecimiento, que afecta al 85% de la población de viejos-viejos. Para una atención de los pacientes frágiles se hace necesaria la capacitación en las herramientas de detección precoz de las situaciones de riesgo a través de sociedades científicas, universidades y el PAMI. La forma de accionar sobre los pacientes frágiles es múltiple y depende de las necesidades y los recursos con los que se cuentan.
- **Servicios de psiquiatría:** El programa actual del PAMI en Salud Mental cumple con varias de las recomendaciones del informe sobre políticas de salud mental de la OMS.<sup>44</sup> Como el desarrollo de servicios sanitarios y mentales integrales, basados en la comunidad y también la continuidad de cuidados entre los diferentes proveedores y niveles del sistema de salud.

### **Propuestas para Salud mental:**

- 1) Coordinación del Programa de Salud Mental con los médicos de cabecera. Aunque aparecen como programas separados, tanto el impacto emocional de las patologías clínicas como la asociación de enfermedades psiquiátricas con problemas asociados con la vejez hacen necesario un trabajo conjunto.
- 2) En la práctica diaria se presentan problemas asociados con los determinantes sociales que afectan la salud mental, que no pueden resolverse en las consultas de

la especialidad. Consideramos que un trabajo conjunto con los servicios sociales permitiría paliar problemas concretos.

**3)** Programas de autocuidado: la rica experiencia internacional en la materia, con muy buenos resultados no ha sido replicada en servicios de nuestro país, aunque sí aceptada conceptualmente. El PAMI podría estimular el desarrollo de esta modalidad.

**F.** Extensión de beneficios a otras poblaciones.

Volviendo a las consideraciones previas de la propuesta y los objetivos del presente trabajo, en los cuales señalamos la equidad como una condición necesaria, destacamos que se apunta a mejorar la atención de toda la población anciana y no sólo a la cubierta por PAMI.

Consideramos que las mejoras propuestas, de ser exitosas, permitirán generar una experiencia importante, conceptual y operativa, sobre cómo brindar a nuestros mayores una atención de excelencia, ayudando a desarrollar los recursos humanos y técnicos necesarios.

64

Estos conocimientos y recursos deberían compartirse con el resto del sistema de salud, estableciendo acuerdos con las obras sociales y demás entidades que atienden a los beneficiarios activos del PAMI a través de la derivación de aportes u otras modalidades, y también con las obras sociales provinciales que fueron contratadas por el PAMI para atender a sus beneficiarios a través de su red. No olvidemos, tampoco, la posibilidad de que los ancianos a cargo de dichas obras sociales reciban los servicios de PAMI, configurados especialmente para ese grupo etario.

Finalmente, consideremos a los hospitales públicos. Cuando la institución los contrata como prestadores, esto implica que brindan un servicio, pero, como contraparte, reciben recursos y deben prepararse para aplicarlos a mejorar su atención, respondiendo a los requerimientos específicos del contrato. Esos recursos y mejoras se deben volcar, inevitablemente, a atender mejor a otros ancianos carentes de cobertura de salud.

**G.** Los cuidados prolongados. La dependencia

En realidad deberían llamarse cuidados de tiempo indeterminado, pues no hay una definición acerca de cuándo terminan el servicio.

Definimos aquí un proceso orientado a lograr el uso adecuado de los recursos.<sup>43</sup>

Admisión y transiciones.



- **Acceso al servicio:** depende de la definición de grado de discapacidad o dependencia que se adopten. Deben establecerse parámetros para el ingreso de cuidados prolongados teniendo en cuenta el índice de discapacidad y vulnerabilidad del paciente. Existen servicios geriátricos para pacientes con alto grado de autonomía y carencias sociales, que tienen otros protocolos de admisión.
- **Disponibilidad:** está condicionada por la demanda, potencial y real.
- **Aceptación:** por el enfermo (o la familia si estuviera incapacitado)
- **Asignación o cambio de servicio:** debe respetar las características del paciente (personales y no solo médicas). Para ello, debe estar a cargo de personas debidamente adiestradas y capacitadas.
- **Transición entre tipos de cuidados:** cuando un paciente debe pasar de cuidados agudos a prolongados, en forma definitiva o transitoria, se plantean problemas en la selección de la alternativa más adecuada disponible (por ejemplo internación domiciliaria). Para manejar estas situaciones y su seguimiento, se sugiere crear la figura del administrador de casos, formando personal específico para desempeñarlo.

La prevención, diagnóstico temprano y manejo adecuado de la dependencia, son la justificación de la existencia misma de un programa como el PAMI. Su creación respondió a que ese grupo estaba fuera de la cobertura del sistema de obras sociales, concebido inicialmente, como parte de un sistema de seguridad social diseñado para proteger a los trabajadores y a sus familias de los riesgos de salud, accidentes, retiro, desocupación y muerte.

Podría ser de otra manera, con los jubilados continuando en su obra social de origen (desde sus comienzos el PAMI transfiere los aportes a las obras sociales cuya creación ya contemplaba a los pasivos, como en el caso de los ferroviarios, bancarios y seguros). Pero ellas no tienen un sistema pensado para los ancianos y enfocado en prevenir, detectar y atender adecuadamente la dependencia.

Hablamos de cuidados de largo plazo, porque el concepto de tercer nivel, generalmente utilizado, se convirtió en sinónimo de institucionalización de ancianos dependientes en hogares geriátricos, casi una confesión de fracaso. Existen estrategias específicas para el desarrollo de un sistema efectivo de cuidados de largo plazo:

1. Propiciar el envejecimiento en el domicilio para mantener los lazos con su grupo primario (familia y relaciones) y redes sociales.

2. Diversificar las instituciones comunitarias, que permitan mantener la capacidad intrínseca de los ancianos frágiles.
3. Apoyar y fomentar las capacidades de los cuidadores formales y su disponibilidad.
4. Uso de estrategias de gestión de casos y colaboraciones más amplias.
5. Establecer mecanismos de financiación equitativos y sostenibles.
6. Continuidad entre los diferentes niveles de atención, y entre los diversos actores de los mismos, e integración entre los cuidados sanitarios y sociales.

**Propuestas:**

- A.** La VGI debe ser la vía de acceso única a la atención prolongada. Se debe
- a. Definir las condiciones para ingresar a las diferentes modalidades de cuidados prolongados.
  - b. Perfil de los profesionales capacitados para cada tipo de prestación.
  - c. Difundir entre los diversos efectores la existencia y disponibilidad de estos servicios, para generalizar su utilización.
  - d. Capacitar más profesionales en las distintas áreas geográficas.

66

- B.** Generación de alternativas comunitarias de asistencia:
1. Hospital de Día para capacitación de funciones físicas y mentales: Recibe pacientes frágiles para prevenir la discapacidad, mantener el funcionamiento social y ayudar a los cuidadores principales.
  2. Centros Diurnos para sostener a las familias de pacientes con mayor dependencia, que deseen mantenerlos en su domicilio .
  3. Equipos de atención domiciliaria para pacientes con un grado avanzado de deterioro, que no pueden trasladarse a centros diurnos comunitarios.
  4. Uso de los recursos tecnológicos disponibles, como dispositivos electrónicos de vigilancia en domicilios y residencias, servicios de teleasistencia con ayudas telefónicas de 24 horas, y posibilidad de generar atención de emergencia.
  5. Crear una red de servicios que estén conectados entre sí y permitan la coordinación de los recursos existentes.

## REFERENCIAS

- (1)** Fondo de Población de Naciones Unidas. (UNFPA), Nueva York y HelpAge International, Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío (2012) Londres. UK
- (2)** Monk A. Actualización en Gerontología. Revisión crítica de las teorías emergentes en Gerontología. 1997, 19-21. Buenos Aires: Asociación Gerontológica Argentina;
- (3)** Organización de las Naciones Unidas. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento [archivo PDF]. Nueva York: ONU; 2003. Disponible en: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>.
- (4)** Organización Mundial de la Salud (Oficina Regional para las Américas) y Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2017 [archivo PDF]. Washington (DC): OMS y OPS; 2017. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/index.php?>
- (5)** Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo Nacional de Población y Vivienda 1914, 1947, 1960, 1970, 1980, 1991, 2001 y 2010. Buenos Aires: INDEC.
- (6)** Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica: Biblioteca Digital; 1997.
- (7)** Rothman K. Modern Epidemiology [Epidemiología moderna]. Boston: Little Brown; 1986.
- (8)** CIGS Seminario de formación en Gerontología. Consideraciones demográficas. 1985, 1-3.
- (9)** Lalive d'Épinay Ch, Bickel JF, Maystre C y Vollenwyder N. Vieillesse au fil du temps. 1979-1994: une révolution tranquille [Vejez a través del tiempo. 1979-1994: una revolución silenciosa]. 2000. Lausanne: E. Réalités sociales. Suiza.
- (10)** Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- (11)** US Burden of Disease Collaborators The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors [El estado de la salud de los EE. UU., 1990-2010: carga de morbilidad, lesiones y factores de riesgo]. JAMA 2013; Aug 14;310(6):591-608.

- (12)** Servicio Nacional de Rehabilitación. Anuario estadístico nacional sobre discapacidad [Archivo PDF]. Buenos Aires: Servicio Nacional de Rehabilitación; 2015. Disponible en: <https://www.snr.gob.ar/datos-estadisticos/>.
- (13)** Lalive d'Épinay Ch y Spini, D. Un nouveau domaine de recherche [Un nuevo dominio de investigación]. En: Lalive d'Épinay Ch, Spini, D et al, compiladores. Les années fragiles: la vie au-delà de quatre-vingts ans. 2008. p. 9-36. Canadá: Presses Universitaires de Laval.
- (14)** Lalive d'Épinay Ch y Guilley E; Les dernières années de longue vie. *Gérontologie et Société* 2004, 110, 121-130.
- (15)** Lalive d'Épinay Ch y Cavalli S. Le quatrième âge ou la dernière étape de la vie [La cuarta edad o la última etapa de la vida]. 2013. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes; Suiza.
- (16)** Oddone MJ y Aguirre MB. Ochenta y más: los desafíos de la longevidad. En: Molina, S, compilador. Aspectos psicosociales del adulto mayor. Remedios de Escalada: Ediciones de la Universidad Nacional de Lanús; 2004. p. 63-85.
- (17)** Oddone MJ. Idosas cuidadoras, redes e estrategias no uso de programas sociais [Ancianas cuidadoras, redes y estrategias en el uso de programas sociales]. *Cadernos de Pesquisa* 2014;44(152):354-377.
- (18)** Callahan D Setting limits. Medical goals in an aging society. 1987. Simon & Schuster Inc. Nueva York. USA
- (19)** Palmore E Ageism: Negative and positive. 1990. Springer Publishing Company. Nueva York
- (20)** Schneider E, Squires D; From Last to First ¿Can the US Health System Become the Best in The World?; *N.Eng J Med* 2017,377: 901-904
- (21)** Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina. Estudio sobre salud y educación médica Serie 4, ESSEN 1971.
- (22)** González García, G; Abadie, P et al. El Gasto en Salud y Medicamentos, Buenos Aires, 1988; Argentina 1985. Humanitas -CEDES
- (23)** Mejía R, Vázquez E, Bosch S. El cuidado de la salud de la mujer y la atención médica gerenciada. *Med y Soc* 1999; 22, 1:36-45.
- (24)** Donabedian A La calidad de la atención médica, 1984. La Prensa Médica Mexicana SA, México.
- (25)** American College of Physicians. The Advanced Medical Home: A Patient-Centered, Physician-Guided Model of Health Care. Philadelphia: American College of Physicians; 2005: Position Paper.

- (26)** Srinivasan M, Feldman MD. From the Editor's Desk: legislating change. *J Gen Intern Med* 2010 Mar; 25(3):173
- (27)** National Commission for Quality Assurance. Patient-Centered Medical Home (PCMH) Recognition. En: <http://www.ncqa.org/Programs/Recognition/Practices/PatientCenteredMedicalHomePCMH.aspx> ; Consultado 12/10/2016
- (28)** Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries. 2007. *Health Aff (Millwood)*. 2007 Nov-Dec; 26(6):w717-34.
- (29)** Nelson KM, Helfrich C, Sun H, et al. Implementation of the patient-centered medical home in the Veterans Health Administration: associations with patients satisfaction, quality of care, staff burnout, and hospital and emergency department use. *JAMA Intern Med*. 2014 Aug; 174(8):1350-8.
- (30)** HITECH Health Information Technology for Economic & Clinical Health Act, 2009. USA
- (31)** Barca RE y Pampliega EL. Caracterización demográfica, sanitaria y social de la población añosa de la Argentina. Segundo Premio del Primer Congreso Argentino de Gerontología y Geriatría. Publicación local; 1977.
- (32)** Barca RE El Centro de Día: ¿una alternativa para evitar la institucionalización? En: Centro de Día. La gerontología a través de una historia institucional [Libro electrónico]. Buenos Aires: Centro de Día; 2010.
- (33)** Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of Geriatric Evaluation and Management Programs on Defined Outcomes: Overview of the Evidence [Impactos de la valoración geriátrica y la gestión de programas sobre resultados definidos: visión general de la evidencia]. *J Am Geriatr Soc* 1991; Sep; 39(9 Pt 2):8S-16S; discussion 17S-18S.
- (34)** Vázquez EN, Casal ER. Casa Médica Centrada en el Paciente: Dos años de un Modelo Innovador. En: <http://www.medicinaysociedad.org/pdf.php?id=5> Consultado 02/04/2017
- (35)** Organización Mundial de la Salud Global Plan of Action on the Public Health Response to Dementia 2017-2025. Resolución de la 70 Asamblea de Mayo 2017.
- (36)** Oddone MJ, y Aguirre M, Impacto de la diversidad en el envejecimiento. En *Psicólogos*. Año XV. N°15. 49-66. UNT. Agosto 2005. Tucumán.
- (37)** Fernández-Mayoralas G; La salud y el funcionamiento como dimensión de la calidad de vida. En F. Rojo-Pérez, y G. Fernández-Mayoralas (eds.), *Calidad de Vida y*

envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida 2011 (pp. 113-167) Bilbao. Fundación BBVA.

**(38)** Lehr U; Conferencia en el Primer congreso Internacional Interdisciplinario sobre Vejez y Envejecimiento. 2015, 10 al 12 de Junio. UNAM. México.

**(39)** Mera J. El PAMI: problemas y propuestas. *Med y Soc* 1996; 19, 3.

**(40)** Izquierdo E, Rodríguez C, Pampliega EL, Fildinger E ; Determination of frequency and direct cost of adverse drug events in Argentina; *Current Drug Safety*, 2009, Vol 4 N°2, 1-4.

**(41)** Sewo Sampaio PY, Sampaio RA, Yamada M, Arai H. Systematic review of the Kihon Checklist: Is it a reliable assessment of frailty? [Revisión sistemática de la lista de verificación de Kihon: ¿es una evaluación de la fragilidad confiable?]. *Geriatr Gerontol Int* 2016;Aug;16 (8):893-902.

**(42)** Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community [Intervenciones para prevenir caídas en personas mayores que viven en la comunidad] [Cochrane Database Syst Rev. 2009] 2012 Sep 12;(9):CD007146. doi: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.

**70** **(43)** Barca RE. Argentina. En: Kosberg J, coordinador. *The International handbook on services for the elderly* [El Manual internacional de servicios para las personas mayores]. Connecticut: Greenwood Publishing Group; 1994. p. 1-15.

**(44)** WHO Políticas de salud mental. 2013 [http://www.who.int/mental\\_health/policy/essentialpackage1/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index.html) (accedido el 24 de mayo de 2013)



**PROPUESTAS  
PARA LA ATENCIÓN  
INTEGRAL  
DE LOS ANCIANOS  
2019**