



Experiencia de una red de servicios de salud integrados: la Asociación Mutual de Protección Familiar en Argentina



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Experiencia de una red de servicios de salud integrados: la Asociación Mutual de Protección Familiar en Argentina

Autor:
ALFREDO SIGLIANO

Washington, D.C., 2013



Proyecto de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud
Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud (HSS)
Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Alfredo Sigliano ; Organización Panamericana de la Salud.

Experiencia de una red de servicios de salud integrados: la Asociación Mutual de Protección Familiar en Argentina. Washington, DC : OPS, 2013.

1. Protección Social. 2. Salud de la Familia. 3. Redes Comunitarias. 4. Medicina Familiar y Comunitaria. 5. Argentina. 6. Organización Panamericana de la Salud. I. Título.

(Clasificación NLM : WA 308)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Servicio Editorial, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud, Proyecto de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud, podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Prólogo	v
El origen	1
Los primeros pasos en la prestación de servicios de salud	1
Contexto en que se desarrolló la red de servicios de salud	2
Formación de una red integrada de servicios de salud	5
Estructura física.....	6
Recursos humanos	7
Programas	9
Historia clínica electrónica.....	10
Sistema de auditoría	10
La AMPF argentina en la actualidad.....	10
Casos testimoniales	11

Prólogo

El presente fascículo, editado por la Organización Panamericana de la Salud, constituye una contribución a la difusión de una experiencia de red de Primer Nivel de Atención perteneciente a una entidad de la economía social y solidaria de Argentina.

El sentido de la misma es poner de manifiesto las buenas prácticas en la creación de redes y en su integración al sistema de salud mediante la formulación y puesta en práctica de modelos de atención basados en la Atención Primaria Renovada.

El autor, Alfredo Sigliano, presenta una amplia trayectoria como dirigente social y desde 1994 preside la Mutual de Protección Familiar en Argentina.

El origen

La Asociación Mutual de Protección Familiar (AMPF) nació en la Argentina en 1994 como una organización abierta a la comunidad. Su objetivo fue llegar con los beneficios del mutualismo a una población amplia. Las mutuales que la conforman son entidades democráticas, sin fines de lucro, constituidas voluntariamente por personas cuyo propósito es brindarse ayuda recíproca. Sus actividades son financiadas mediante una mínima contribución periódica denominada “cuota social”.

Desde su fundación, la AMPF ha logrado extender y fortalecer sus servicios y beneficios en todo el país, mediante la capacitación y profesionalización continuas de su estructura administrativa y gerencial, y el desarrollo e implementación de sistemas operativos con el uso de nuevas tecnologías. También efectúa la certificación de calidad de los procesos de gestión de los servicios a través de la norma internacional de calidad ISO 9011/2008. Tales atributos la convierten en un modelo inédito dentro del mutualismo nacional.

Los valores y principios democráticos de su estructura organizativa —los asociados eligen y conforman la Comisión Directiva—, el aporte mensual de sus afiliados y la gestión solidaria de los recursos de la Asociación, han permitido que a lo largo de los años se generara un crecimiento escalonado y sostenido de los servicios que presta.

En la actualidad la AMPF cuenta con 70 delegaciones distribuidas en todo el país, por medio de las cuales se llevan adelante importantes proyectos que impactan positivamente en la calidad de vida de más de 80.000 beneficiarios, lo que significa una auténtica contribución para la sociedad. Los servicios que brinda están orientados exclusivamente a sus asociados, cuyas cambiantes necesidades requieren adaptaciones que permitan darles la mejor respuesta posible.

Los primeros pasos en la prestación de servicios de salud

Habiendo observado el desarrollo obtenido por las mutuales del área de la salud en otros lugares del mundo, especialmente en Europa, donde funcionan a la par de los sistemas públicos y privados, los dirigentes de la AMPF comprendieron la necesidad de trabajar para implementar estos servicios dentro del mutualismo argentino, proporcionando acceso a una cobertura sanitaria de excelencia a los sectores más desprotegidos de la población.

Dicha iniciativa fue definitivamente impulsada en 2001, tras la demanda de los asociados de lograr cobertura de salud accesible para consultas de rutina, sin largos tiempos de espera, con una atención más personalizada y dentro de un ámbito que les resultara familiar. En este sentido, cabe señalar que la crisis política, económica y social que vivió la Argentina precisamente durante ese año, trajo aparejado un déficit en las entidades de salud que afectó sobre todo a la seguridad social. La segmentación histórica que venía experimentando el sector salud se exacerbó como consecuencia de mayores dificultades para acceder al sistema, fragmentación y limitaciones en la oferta de servicios, e incluso desabastecimiento de medicamentos esenciales. Tal realidad no hizo sino ampliar la brecha entre los servicios ofrecidos y las necesidades de los usuarios.

Luego de investigaciones y análisis exhaustivos, la Comisión Directiva de la AMPF resolvió establecer una red de servicios de atención primaria de la salud (APS), recomendada por la

Organización Mundial de la Salud (OMS) como la estrategia más costo-efectiva para poner la salud al alcance de todos, especialmente los más excluidos.

Los servicios que se comenzaron a brindar consistieron en un primer nivel de atención multidisciplinario. A lo largo de 10 años, se instalaron progresivamente consultorios médicos y odontológicos, y gabinetes de enfermería y podología en cada delegación de la Mutual en todo el país. Cada delegación desarrolló su propio centro de atención de la salud. Este servicio se caracterizó por ser autofinanciado y sustentable, a partir del sistema mutual solidario. De este modo se fue conformando una red de servicios que cuenta con los siguientes atributos:

- Atiende a una población definida y conocida, que permite un mejor abordaje de los determinantes de la salud.
- Se ofrecen cuidados centrados en la persona, la familia y la comunidad.
- Es un sistema de gestión propia.
- Es un sistema de gobierno único para toda la red.
- En su gestión participan los propios beneficiarios.
- Asegura la equidad entre sus beneficiarios.

Otro de los atributos de la red es que su crecimiento se basa en las necesidades y demandas de los beneficiarios y en los recursos disponibles. De hecho, el crecimiento de los servicios de salud se consolidó gracias al aumento sostenido del número de asociados, al aporte de la cuota mensual solidaria y a la gestión integrada de los servicios que se ofrecen. Así, esta experiencia permite que un número importante de asociados de la Mutual accedan a servicios de salud, que incluyen atención ambulatoria e integración con otras organizaciones. Adicionalmente, esta nueva oferta de servicios contribuye a que no se sobrecargue la red pública de servicios sanitarios.

Contexto en que se desarrolló la red de servicios de salud

El sistema de salud en la Argentina está segmentado y el acceso de la población depende del subsistema al que pertenece. Un 40% de la gente accede solamente a la red pública de servicios conocida como “subsistema estatal”.¹ Los usuarios de este subsistema son personas que no tienen trabajo formal (“en blanco”) y que por ese motivo están fuera del alcance de la seguridad social. Un subgrupo menor de esta población lo constituyen los trabajadores independientes (monotributistas), quienes en cambio sí tienen alguna instancia de acceso a la seguridad social.

Por otro lado hay un 50% de la población que, por tener trabajo formal, accede a la red de servicios de la seguridad social. Este segmento de población utiliza los servicios del llamado “subsistema de la seguridad social”, que está conformado por diferentes entidades de gestión independiente llamadas “obras sociales”. El financiamiento de las obras sociales proviene de una cotización proporcional al salario del trabajador, en total un 17%: una parte se descuenta de lo que recibe el empleado y la otra la aporta el empleador.

Como las obras sociales agrupan a personas que trabajan en una misma área de actividad, y los aportes percibidos son porcentuales al salario, existe una amplia brecha que se corresponde

1. E. Abuelafia, S. Berlinski, M. Chudnovsky, V. Palanza, L. Ronconi, M. E. San Martín, M. Tommasi. El funcionamiento del sistema de salud Argentino en un contexto federal. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Documento 77. Sept. 2002.

con los mayores o menores ingresos que perciben los empleados según el área de actividad donde se desempeñan. Es decir que, en las actividades mejor rentadas, los fondos que financian las obras sociales son más altos, y viceversa (p. ej. la obra social de los bancarios tiene más capital que la de los peones rurales).

Otra variante de inequidad se genera porque, aun dentro de una misma actividad, hay obras sociales de trabajadores no jerarquizados y otras que dan cobertura a empleados en cargos gerenciales y directivos. Aquí, dado que los salarios entre ambas jerarquías son diferentes, también lo son los montos que financian sendas obras sociales. Si bien existe un “fondo compensador”, administrado por el Estado, que ayuda a mitigar estas brechas, sus aportes solo alcanzan para neutralizar una porción menor de las diferencias que afectan a las obras sociales con menos recursos. En los cuadros 1 y 2 se muestra el gasto en salud como porcentaje del PIB según las distintas fuentes de financiamiento y la cantidad de población cubierta por cada subsistema.

Cuadro 1. Gasto en salud como proporción del PIB y estructura de servicios de cada subsistema, Argentina, año 2008

	% PIB	Estructura %
Gasto público en salud (1)	2,19	21,48
Nacional	0,34	
Provincial	1,52	
Municipal	0,33	
Gasto en seguridad social (2)	3,09	30,27
Obras sociales nacionales	1,59	
INSSJyP (PAMI)	0,75	
Obras sociales provinciales	0,74	
Subtotal público y seguridad social (1)+(2)	5,28	51,75
Gasto privado en salud (3)	4,92	48,25
Gasto total en salud (1)+(2)+(3)	10,20	100,00

Cuadro 2. Gasto en salud como proporción del PIB y población cubierta por cada subsistema de salud, Argentina, año 2008

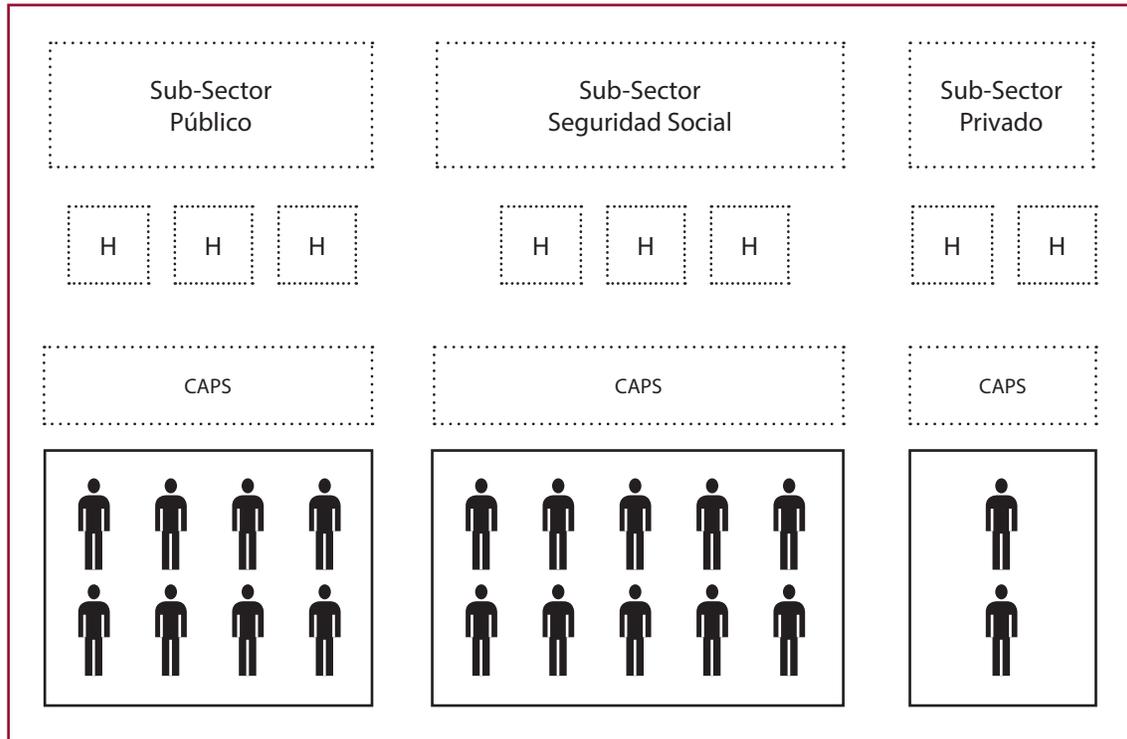
	Subsistema público	Subsistema de la seguridad social	Subsistema privado
Gasto (% de PBI)	2,19	3,09	4,92
Población cubierta (%)	40	50	10
Nº absoluto	16.046.838	20.058.548	4.011.709

Hay otra importante característica relacionada con el acceso a la salud de los trabajadores. Se trata de la ubicación geográfica de los servicios de salud de la obra social, la cual en algunos casos dificulta su uso a tal extremo que, incluso trabajadores formales que cuentan con su propia red de servicios, con mucha frecuencia deciden acudir a los servicios del sistema sanitario público.

Finalmente, hay un 10% de la población que opta por los seguros privados voluntarios. Los afiliados a este subsistema “privado” generalmente tienen empleos formales que les permiten acceder a la red de servicios de la seguridad social y, obviamente, también a la red pública.

En los últimos años se ha visto una lenta pero clara tendencia hacia la articulación entre los subsistemas, ya que muchos actores de la seguridad social comenzaron a intercambiar servicios y aprovechar la estructura de un subsistema para brindarle servicios a otro. En el gráfico 1 se pueden ver representados los tres subsistemas: el público, el de la seguridad social y el privado. En la fila inferior se observa la proporción de la población que hace uso de cada subsistema, aunque como ya se ha dicho, en algunas circunstancias estos recursos se duplican. A su vez, en sentido vertical se observa la red de servicios de cada sector (servicios ambulatorios y red hospitalaria). Este esquema —con algunas variaciones en los porcentajes— es muy similar al de otros países de América Latina.

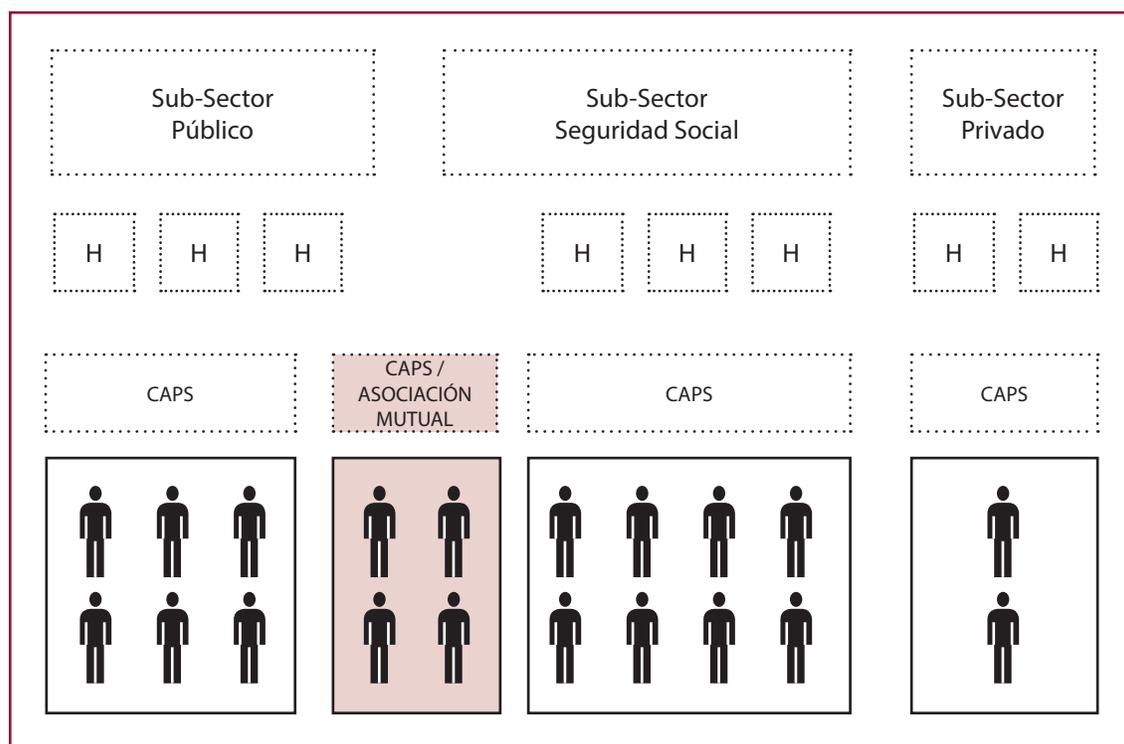
Gráfico 1. Proporciones de la población que utilizan servicios de salud de los subsectores público, de la seguridad social y privado, Argentina



Nota: H = Hospital; CAPS = Centros de Atención Primaria de la Salud

En el gráfico 2 se identifica al grupo poblacional que se beneficia de la red de servicios de salud implementada por la AMPF. Este grupo está principalmente conformado por personas que hacen uso de la estructura prestadora de servicios del subsistema público o del de la seguridad social.

Gráfico 2. Grupo de población que se beneficia de la red de servicios de salud implementada por la AMPF



Nota: H = Hospital; CAPS = Centros de Atención Primaria de la Salud

En conclusión, el sistema de salud de la Argentina, al igual que en varios de los países latinoamericanos, está conformado por subsistemas fragmentados con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y prestación de servicios, cada uno de ellos “especializado” en diferentes estratos de la población, de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, y clase social. Tal esquema consolida y profundiza la inequidad en el acceso y la utilización de servicios entre diferentes grupos poblacionales, haciendo que coexistan una o varias entidades públicas, el seguro social, y diversos financiadores/aseguradores y proveedores privados, que no forman parte de una red integrada, dando lugar a duplicación de recursos.

Formación de una red integrada de servicios de salud

La AMPF comenzó a brindar servicios de salud mediante el desarrollo e implementación de un modelo solidario, eficiente y de calidad similar al de las mutuales europeas. Si bien como se ha dicho, ya antes de 2001 el sistema de salud se caracterizaba por su segmentación, la crisis política, económica y social desatada ese año agudizó las carencias de acceso, provocando que los servicios públicos y los de la seguridad social prácticamente colapsaran.

Los dirigentes de la Mutual estaban convencidos de que los servicios de salud debían estar interrelacionados, e idealmente debían ser parte de un sistema de salud integrado y nacional, basado en la atención primaria. En una primera etapa, el proyecto se focalizó en el desarrollo de servicios que pudieran dar respuesta al 80% de las necesidades ambulatorias, ya que el ob-

jetivo siempre fue alinearse con lo que sería un sistema de salud basado en la APS. Se trabajó asimismo con el objetivo de contribuir a una integración con los niveles de atención de mayor complejidad, así como con otros programas e instituciones que permitieran incorporar otros determinantes sociales de la salud. El éxito del modelo de servicio de salud llevado a cabo por la AMPF radicó principalmente en que posee los siguientes atributos:

- **Sustentabilidad:** cuenta con fondos genuinos, y respaldo legal.
- **Autofinanciamiento:** se financia con un aporte mensual de sus asociados.
- **Organización democrática:** los asociados eligen a su comisión directiva y participan activamente en la toma de decisiones.
- **Focalización:** provee servicios en el primer nivel de atención, dando respuesta a la demanda de una población que accede parcialmente a estos servicios en los subsistemas público y de la seguridad social.
- **Interacción con otras organizaciones:** articula y coordina recursos sociales y comunitarios de otras organizaciones, facilitando el acceso de los beneficiarios a programas sociales y de salud que ofrecen el Estado, en sus diferentes instancias, la seguridad social y las entidades no gubernamentales.

El modelo que siguió la Mutual consiste en establecer unidades de prestación de servicios ambulatorios con estructura y equipamiento propios, sustentados por la propia comunidad de asociados en un esquema de organización mutual. Es imprescindible que el desarrollo de las unidades lo lleven adelante agentes locales que conocen a su comunidad, sus necesidades satisfechas e insatisfechas, de modo que la atención de salud se adapte mejor y más efectivamente a cada comunidad o región. Estas unidades de prestación de servicios son sustentables, financiadas con el aporte de la cuota social de los miembros de la Mutual, equivalente a un 3% del salario mínimo en Argentina.²

El segmento de la comunidad que se beneficia está constituido en particular por trabajadores informales, quienes habitualmente no tienen cobertura de la seguridad social, así como por grupos de población que, si bien acreditan alguna cobertura de la seguridad social, ésta es insuficiente y no les permite acceder apropiadamente a un primer nivel de atención de salud.

En un sistema mutual, estos dos grupos de población pueden sostener con su cuota social un servicio de salud ambulatorio, y con el tiempo progresar hacia un modelo ampliado de cuidados que se articule con otros programas e instituciones, ampliando así notablemente los servicios de salud a los que tiene acceso. Para establecer la primera unidad de cuidados de la salud, se llevaron a cabo los siguientes procesos.

Estructura física

Una de las primeras tareas fue evaluar la estructura física disponible. Para llevar a cabo el proyecto, la AMPF adaptó su estructura física para poder contar con un consultorio polifuncional. En principio se estimó que haría falta una habitación de 9 m² con ventilación, canilla y desagüe. Se determinó que el consultorio debía contar con una camilla e instrumentos básicos, que in-

2. El salario mensual mínimo en la Argentina al 23 de abril de 2012 es de U\$ 619.

cluían una balanza para adultos y una balanza para niños, un negatoscopio y un tensiómetro destinados a la atención que brindaría el médico de familia.

Más adelante, de acuerdo al crecimiento de la demanda, al número de asociados y a sus necesidades médicas, se requirió de una estructura física diferente, adaptada a los nuevos servicios ofrecidos, que en algunos casos implicaron otras exigencias eléctricas y sanitarias. Asimismo, a medida que se incorporaron profesionales, especialistas y otros trabajadores de salud, se aumentó el número de consultorios y se los dotó de equipos e instrumentos que, según la especialidad, incluyeron electrocardiógrafos, lámparas de hendidura para oftalmología, camillas y lámparas ginecológicas y colposcopios. Estos progresos fueron acompañados de la apertura de nuevas unidades, inauguradas en primera instancia con el nivel básico de atención, proporcionado por un médico de familia, un trabajador social y un enfermero. Con el aumento gradual del número de asociados, se incorporaron a las delegaciones profesionales y especialidades en función de las necesidades de su propia comunidad.

Recursos humanos

En cuanto a recursos humanos, el primer paso fue proporcionar capacitación a los futuros líderes de las nuevas unidades de salud en mutualismo, sistemas de salud basados en APS, integración de redes de servicios, ventajas y apropiabilidad.

Un punto fundamental en la conformación del equipo de trabajo fue la selección del recurso humano. En este sentido, se realizó una búsqueda exhaustiva en la cual se priorizaba a médicos de familia o generalistas con acreditada capacitación en la atención en un primer nivel de atención, y que demostraran capacidades de trabajo en equipo.

Se comenzó con un médico de familia, quien podía resolver entre 80% y 90% de los problemas de salud identificados en las consultas médicas ambulatorias, y a la vez desarrollar prácticas y recomendaciones preventivas para mejorar la salud de la comunidad. Además del médico, el equipo de trabajo estuvo conformado por una trabajadora social, un psicólogo y un enfermero.

Más adelante, al producirse el crecimiento en la cantidad de asociados y el consecuente incremento de las demandas, junto con una evaluación de las necesidades de la comunidad, se incorporaron, según las prioridades, especialistas en cardiología, ginecología, pediatría y odontología.

La tercera etapa incluyó la implementación de convenios con unidades prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad, adicionando de esta manera servicios de consulta en otras especialidades médicas, y servicios tales como kinesiología, nutrición, análisis de laboratorio, Papanicolaou y colposcopia.

También en esta etapa se comenzaron a realizar diagnósticos por imágenes, adquiriéndose equipos para efectuar, entre otros, rayos X, mamografías, ecografías simples y tomografía axial computada. Se introdujeron además estudios como electroencefalograma, electromiografía de miembros inferiores y superiores, electromiografía con velocidad de conducción, potenciales evocados, electrocardiograma de Holter por 24 hs, prueba ergométrica (electro de esfuerzo) y estudio funcional respiratorio-espirometría.

Para definir la necesidad de aumento de profesionales de una misma especialidad, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Demanda de servicios, basada en una evaluación semanal.
- Tasas de uso de cada especialidad.
- Demora al primer turno. Los turnos deben ser de atención inmediata, sin esperas y con procesos administrativos ágiles y efectivos. A los asociados se les garantiza un rápido acceso a los servicios de salud.
- Proporción de ausentismo de pacientes. Para evitar demoras en otorgar turnos asociadas a altos niveles de ausentismo a la consulta, se desarrolló una estrategia que incluye, entre otros componentes, un sistema recordatorio de turnos, alertas ante la administración de más de un turno con la especialidad y alertas sobre asociados con tres ausencias seguidas por parte del paciente. Adicionalmente, se utilizan sistemas automatizados de confirmación de los turnos asignados para asegurar mínimas tasas de ausentismo.

En etapas ulteriores, a la par del crecimiento de la Mutual, se fueron agregando otros servicios dentro del trabajo interdisciplinario con el equipo de salud, entre ellos:

- **Ortopedia.** Servicio destinado a la ayuda y provisión de insumos ortopédicos necesarios para la rehabilitación de los asociados, como camas ortopédicas, sillas de ruedas, bastones, plantillas y fajas.
- **Óptica.** Se proporciona gratuitamente un par de anteojos anuales por asociado.
- **Farmacia.** Servicio destinado a brindar asistencia en fármacos para los asociados, con el mejor descuento en medicación genérica y con un estricto control para que se ajusten a requisitos de calidad.
- **Urgencias y emergencias: visitas domiciliarias.** Servicio destinado a brindar visitas a los hogares en casos de urgencia o emergencias médicas.

En el cuadro 3 se puede observar el proceso de ampliación de servicios médicos incorporados, según las diferentes etapas de desarrollo de las unidades mutuales de servicios.

Cuadro 3. Incorporación de nuevos recursos y servicios según las diferentes etapas de desarrollo de las unidades mutuales

Etapa I	Etapa II	Etapa III
<ul style="list-style-type: none"> • Médico especialista en medicina familiar • Trabajador social • Enfermero • Psicólogo 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico especialista en medicina familiar • Trabajador social • Enfermero • Psicólogo • Podólogo (opcional si se trata de una población de la 3era edad) • Especialistas y equipo en cardiología, ginecología, pediatría, psiquiatría, odontología, kinesiología, nutrición 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico especialista en medicina familiar • Trabajador social • Enfermero • Psicólogo • Podólogo (opcional si se trata de una población de la 3era edad) • Especialistas y equipo en cardiología, ginecología, pediatría, psiquiatría, odontología, kinesiología, nutrición • Laboratorio (propio) de análisis clínicos • Centro (propio) de imágenes

Programas

Programas preventivos. En todos los centros de la Mutual se desarrollaron programas preventivos, ajustados a los problemas de salud locales y a las características demográficas de la comunidad. Sus objetivos son reducir factores de riesgo, y controlar complicaciones de patologías ya instauradas. Los programas se diseñan a partir del trabajo interdisciplinario entre trabajadores sociales, médicos, kinesiólogos y especialistas, según corresponda, como un medio de acercarse mejor a la comunidad y ajustarlos conforme a sus necesidades específicas.

Programa para el adulto mayor. Este componente abarca la evaluación multidisciplinaria del adulto mayor, poniendo énfasis en su desempeño funcional, las características de su vivienda y sus necesidades específicas relacionadas con las actividades instrumentales de la vida diaria (AVDI). El propósito de este programa es crear un entorno más seguro en este grupo de población para disminuir así las interurrencias que aumentan su morbilidad y su mortalidad.

Programas para pacientes crónicos. Estos programas están dirigidos a personas con patologías crónicas de alta prevalencia (p. ej. diabetes e hipertensión), a quienes se les brinda atención, y se les facilita su permanencia y sus controles. Se implementaron a nivel nacional o provincial (según los casos), integrándolos con el fin de evitar duplicación de recursos.

Programa de Asistencia para el Desempeño Funcional (ADF). El ADF asiste a personas con ciertas necesidades en la adaptación de sus viviendas, o la provisión de insumos de ortesis que mejoren la calidad de vida de la persona. Para ello, se realizan gestiones ante organismos no gubernamentales, gubernamentales o la seguridad social, a fin de utilizar todos los recursos disponibles.

Historia clínica electrónica

Se diseñó una historia clínica electrónica, proyecto que fue parcialmente implementado por el requerimiento tecnológico que demanda. En consecuencia, no todas las delegaciones han alcanzado todavía este grado de desarrollo y conectividad.

Sistema de auditoría

La AMPF argentina diseñó una herramienta denominada Sistema Informatizado de Auditoría Médica (SIAM), que permite monitorear el funcionamiento del Servicio para garantizar que los asociados reciban la mejor atención en las mejores condiciones. Es un sistema de gestión ágil, centralizado y eficiente que permite llevar a cabo todos los procesos administrativos, desde la contratación de un profesional hasta la prestación al socio. La auditoría está dirigida al control de gestión del profesional, las tasas de uso de los asociados y las variantes administrativas para que el servicio funcione con el modelo de atención primaria.

La AMPF argentina en la actualidad

Desde la implementación de los servicios de salud, la AMPF de Argentina ha registrado un drástico incremento de beneficiarios, cuyo número supera los 80.000 (cuadro 4). En este momento la Red de Salud de la AMPF cuenta con 38 delegaciones nacionales y 30 anexos distribuidos en todo el país, así como una delegación internacional en la ciudad de Encarnación, Paraguay.

Cuadro 4. Crecimiento en los recursos y las prestaciones de la Asociación Mutual de Protección Familiar, Argentina, período 2008 a 2010

Crecimiento	2008	2009	2010
Profesionales propios	252	310	344
Prestadores externos	365	407	476
Consultas atendidas	72.741	76.678	87.442
Prácticas especializadas	24.729	18.748	25467
Análisis clínicos	-	9.140	10.449
Delegaciones con equipamiento odontológico	-	13	25
Total pacientes atendidos en consultorio odontológico	9.629	13.792	18.020
Prácticas odontológicas	-	-	2.392
Cirugías y prácticas oftalmológicas	-	-	106
Asociados incorporados a programas crónicos	3.494	5.960	6.961
Asociados que utilizan la farmacia de la red	7.799	7.866	7.952
Asociados atendidos en kinesiología	-	-	6.197
Asociados atendidos por servicio social	10.106	8.494	10.375

Casos testimoniales

A modo de ejemplos, a continuación se transcriben cuatro casos de experiencias de usuarios de los servicios de la Asociación Mutual de Protección Familiar en Argentina (recuadros 1, 2, 3 y 4).

Recuadro 1. Caso: Ejemplo de coordinación de beneficios y atención médica y social

“...Los padres de Sofía se presentan en el servicio social de la delegación solicitando alguna ayuda, ya que su hija será intervenida quirúrgicamente.

Sofía nació con una cardiopatía congénita que no fue detectada en su momento. Ante los primeros síntomas de dificultades respiratorias de la bebé y durante los primeros controles de rutina, la pediatra que la controlaba por parte de la Mutual indicó a los padres que hicieran una consulta en el Hospital Garrahan, de la Ciudad de Buenos Aires. Debió ser intervenida quirúrgicamente a los 18 días de vida. Desde entonces, mantiene en ese hospital sus médicos de cabecera y realiza periódicamente los controles necesarios. Para ello la pareja, a través de la gestión realizada por la trabajadora social de la Mutual, ha conseguido que el municipio cubra los traslados.

Debido a la evolución de su discapacidad, Sofía fue sometida a una angioplastía, que no produjo el resultado esperado, por lo cual debió ser intervenida nuevamente.

Al presentarse esta nueva necesidad, la familia se encontraba atravesando una situación crítica, no solamente ante el problema de salud de Sofía y la incertidumbre que generaba su pronóstico, sino también por las dificultades económicas y laborales.

De manera que en ese momento, poder solucionar el problema del alojamiento durante el post-operatorio se tornaba una cuestión de mucho peso para planificar las numerosas cuestiones previas a la cirugía y las que podían surgir después de la misma.

Se consiguió que el municipio y la casa de la provincia cubrieran el alojamiento de los padres durante 15 días, tiempo en que la niña estuvo internada. Luego, en el post operatorio, la Mutual cubrió el alojamiento del grupo familiar durante una semana, ya que debían ir a controles diarios y su localidad de origen es muy distante al hospital....”

Trabajadora social de la delegación

Recuadro 2. Caso: Ejemplo de gestión para la cobertura de prestaciones sociales y cobertura transitoria de los gastos familiares durante tres meses

“...El socio Antonio, de 79 años, presenta problemas de salud que le imposibilitan deambular, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, diabetes tipo II, secuelas por A.C.V., obstrucción intestinal baja, úlceras miembro inferior izquierdo y escaras múltiples.

Estuvo internado en el Sanatorio “X” durante dos meses. Por sugerencia médica ante el estado actual de deterioro físico en el que se encuentra, se demanda una atención especializada y constante, que sus familiares convivientes no pueden brindar por las ocupaciones laborales y escolares que realizan. El Sr. Antonio fue internado en una residencia para ancianos, generando esta determinación conflictos personales y familiares.

Una hija conviviente del socio plantea a la trabajadora social de la delegación de la mutual la difícil situación que vivencian, en todos sus aspectos, económicos, familiares y personales. Explica que actualmente esta decisión generó no sólo conflictos familiares por el acuerdo o desacuerdo con la medida tomada, sino también problemas económicos porque el salario del Sr. no alcanza para cubrir los gastos del geriátrico, más los costos de medicación, pañales y otros, debiendo asumir la diferencia los hijos. De estos últimos, algunos no se encuentran en condiciones de colaborar y otros no asumen el compromiso, por lo cual esta hija deberá afrontar los gastos percibiendo un ingreso mínimo por mes como empleada doméstica.

De manera paralela, desde el servicio social de la Mutual, se asesoró a la familia para que inicie los trámites en la Obra Social, para la cobertura del geriátrico, de los pañales, y otras necesidades.

Dado que la cobertura por parte de la obra social se efectiviza recién en el plazo de dos a tres meses, y teniendo en cuenta la situación actual que enfrenta la familia, que genera una desestructuración de todo el grupo, principalmente desde el aspecto afectivo y económico, se resolvió brindar la cobertura de hospedaje en la residencia geriátrica, por el término de tres meses...”

Trabajadora social de la delegación

Recuadro 3. Caso: Facilitación de acceso a servicios que ofrece el sistema público y administración de beneficios transitorios y parciales

“...La Sra. María concurre a la delegación de la mutual a fin de solicitar ayuda ya que se encuentra con dificultades económicas límites que le impiden acceder al alimento diario. Posteriormente la trabajadora social se comunica telefónicamente con la Sra., quien menciona estar realizando reposo a causa de una suba de presión, por lo que decide realizar, el mismo día, una visita domiciliaria, a fin de conocer su situación.

María tiene 58 años, es viuda y tiene cuatro hijos, tres de ellos viven en otras provincias y hace tiempo que no sabe de ellos. Una hija vive en el terreno lindante. La Sra. es pensionada, beneficio que recibió de su esposo fallecido, quien se desempeñaba como tractorista en fincas cercanas.

Pese a tener cerca a su hija, no existen vínculos estrechos que permitan que María se encuentre contenida en ese espacio.

Actualmente María vive en una habitación de aproximadamente 3 x 3 metros, consta de tres paredes de madera y una de chapas, techo de chapas; se encuentra ubicada sobre piso de tierra. La habitación se encuentra en estado avanzado de deterioro ya que recibió el paso de las inundaciones. Sus pertenencias también se encuentran en estado de deterioro, principalmente porque al estar apoyadas sobre el piso de tierra reciben constante humedad.

Para la cocción de alimentos utiliza leña, el baño es compartido con la familia de su hija y el mismo consta de una letrina fuera de las habitaciones.

En general el lugar de la vivienda es sumamente precario, lo cual imposibilita que la señora cuente con las comodidades necesarias para satisfacer sus necesidades vitales.

En cuanto a la situación de salud, cuenta con los servicios de PAMI (obra social estatal para jubilados) para su atención, mensualmente visita a su médico de cabecera y según manifiesta, sus dificultades de salud están relacionadas a la presión arterial, colesterol y artrosis, para lo cual consume medicación diaria.

En relación a la observación, es pertinente decir que la señora presenta un deterioro físico importante que no condice con la edad que tiene, producto del trajín de su historia laboral y de las dificultades actuales de subsistencia.

Al momento de la visita, la señora manifiesta que en la última semana tuvo numerosas dificultades para alimentarse, lo cual es visible tanto en relación a lo observado en la vivienda, como en su aspecto físico.

Pese a las evidentes dificultades sufridas, la Sra. presenta importantes actitudes de búsqueda para resolver su situación actual, haciendo énfasis en que la resolución la conseguirá con otros. En este sentido, resulta necesario hacer una búsqueda en relación con sus posibles redes de vínculo y sostén, tanto familiares como organizacionales y de recursos de la comunidad.

Desde la Mutual le cubrimos alimentación por un mes, mientras que se gestiona la ayuda socio sanitaria de PAMI. A su vez se gestiona un subsidio de PAMI por única vez. Desde la misma organización se obtuvo ropa del ropero comunitario y se está gestionando el acompañamiento de un cuidador domiciliario.

En relación a lo habitacional, se le otorgó desde la Mutual, colchón y ropa de cama....”

Trabajadora social de la delegación

Recuadro 4. Caso: Programa para la atención integral del paciente diabético

“...Mabel tiene 87 años, convive con su hija. La señora realiza la consulta con el médico de familia de la Mutual, ya que se controla periódicamente, participando del Programa Qualidiab, por el cual obtiene los medicamentos para la diabetes en forma gratuita. Dado que tiene dificultades para caminar y presenta inseguridad para desarrollar algunas actividades de la vida diaria, el profesional la deriva al servicio social.

La trabajadora social visita a la asociada en su domicilio, junto a la terapeuta ocupacional. Allí, la asociada manifiesta que no se siente segura al caminar, y en cuanto a lo habitacional, el baño posee bañera y no se encuentra adaptada a sus necesidades.

A través del servicio de ADF, desde la Mutual se realizó la colocación de una barra de sujeción, se reemplazó la bañera por ducha con piso antideslizante y se gestionó un bastón a través del servicio de ortopedia, hasta que le sea entregado por su cobertura de salud.

A los fines de mejorar y de rehabilitar sus condiciones físicas, se la invita a participar de los talleres para Adultos Mayores, donde será acompañada por el equipo interdisciplinario de la delegación...”

Trabajadora social de la delegación



**Organización
Panamericana
de la Salud**

