

Documento de Cooperación Técnica

I. Información Básica de la CT

▪ País:	Argentina
▪ Nombre de la CT:	Apoyo al diseño de estrategias para la atención al envejecimiento y cuidado de la población adulta en Argentina
▪ Número de CT:	AR-T1161
▪ Equipo de Proyecto:	Mario Sánchez (SPH/CAR), Jefe de Equipo, Vanina Di Paola (CSC/CAR), Pablo Ibararán (SCL/SPH); Viviana Maya (LEG/SGO); y Claudia Pévere (SCL/SPH).
▪ Tipo de CT:	Apoyo al Cliente
▪ Fecha de Autorización del Abstracto de CT:	5 de julio de 2016
▪ Beneficiario:	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)
▪ Agencia Ejecutora y nombre de contacto:	INSSJP, Mercedes Renó, Subgerente de Relaciones Internacionales (mereno@pami.org.ar , reno.mercedes@gmail.com)
▪ Fuente de financiamiento:	Programa Especial de Promoción del Empleo, Reducción de la Pobreza y Desarrollo Social, en apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SOF)
▪ Financiamiento Solicitado del BID:	US\$350.000
▪ Periodo de ejecución y desembolso:	30 y 36 meses respectivamente
▪ Fecha de Inicio requerido:	1 de diciembre de 2016
▪ Tipos de consultores:	Firmas y consultores individuales
▪ Unidad de Preparación:	SPH/CAR
▪ Unidad Responsable de Desembolso:	SPH/CAR
▪ CT alineada con la Estrategia de País:	Sí
▪ CT incluida en CPD:	Sí
▪ Alineación con la Actualización de la Estrategia Institucional (AB-3008):	Inclusión social e igualdad y género y diversidad

II. Objetivos y Justificación de la CT

2.1 Argentina es uno de los países más envejecidos de América Latina. Para 2050, 1 de cada 5 argentinos tendrá más de 64 años de edad (cerca de 10 millones de personas)¹. Entre las consecuencias del envejecimiento poblacional se encuentra el incremento en el número y proporción de adultos mayores “frágiles”: personas con múltiples patologías, deterioro cognitivo, depresión y deterioro de su red social. Esta condición aumenta el riesgo de sufrir eventos adversos, tales como caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y, en última instancia, la muerte.

¹ Regazzoni, Carlos (2011). “La Argentina y el Envejecimiento Poblacional. Connotaciones estratégicas para la educación, la economía y el desarrollo”. Centro Argentino de Estudios Internacionales.

La fragilidad es una problemática para los pacientes y sus familias, pero también para el sistema de salud en su conjunto, pues demanda la disponibilidad de servicios complejos e integrados con prestaciones sociales.

- 2.2 Actualmente no existen estudios para cuantificar a la población adulta mayor frágil en Argentina. Esto se debe, en parte, a la falta general de información integral sobre la situación de salud y los consumos de servicios de salud de la población. De hecho, los pocos trabajos de investigación sobre la temática son más bien de carácter conceptual y en menor medida brindan mediciones concretas sobre la problemática. De todas las dimensiones de la fragilidad en las personas mayores, la discapacidad es una sobre las cuales se cuenta con mayor información. En Argentina, la presencia de discapacidades en las personas mayores de 64 años alcanza el 28%, siendo mayor para mujeres (62%) que para varones (38%)². Si analizamos por separado el grupo de 75 años y más, nos encontramos con una mayor prevalencia (38%). Otra dimensión de la fragilidad se encuentra vinculada con la capacidad para desarrollar por sí mismo actividades comunes de la vida diaria. Al respecto, se estima que el 8% de la población de 65 años y más necesita ayuda para comer y beber, y que el 23% debe contar con asistencia de otra persona para higienizarse y cuidar de su aspecto personal. Por último, el aislamiento es otro factor de fragilidad, que incide negativamente en la salud física y mental de la persona. Se estima que 33% de las personas mayores nunca sale de su casa o lo hace sólo excepcionalmente.
- 2.3 Los costos de la atención de un paciente frágil son complejos de estimar, a causa de las diferentes patologías que pueden estar involucradas en la situación. Sin embargo, es posible inferir que los mismos constituyen gastos elevados para el sistema y que implican también gastos de bolsillo para los pacientes y familiares, incurriendo en un gasto catastrófico para proveer todas las prestaciones y servicios necesarios. Vale aclarar que el gasto de bolsillo en salud en Argentina es creciente con la edad de la persona, por ejemplo el mismo se incrementa cerca de un 38% cuando se pasa del segmento 65-70 años al grupo de 75 - 80 años³. A estos gastos de bolsillo se agrega la pérdida de recursos por la ocupación del cuidador, quién usualmente en el caso de pacientes frágiles dedica la totalidad de su jornada al cuidado del paciente, sin poder realizar una actividad laboral remunerada en el mercado. Vale destacar que el cuidador principal se caracteriza por ser mujer, con lazos de parentesco con el paciente (esposa, hija, hermana), y asume el rol de manera informal y voluntaria⁴.
- 2.4 El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) constituye un actor clave dentro del subsector de la seguridad social en Argentina. Su principal función es brindar servicios que den respuestas a las necesidades específicas de los adultos mayores a través de la prestación de asistencia médica y servicios sociales. Su cobertura poblacional alcanza a los jubilados y pensionados del régimen nacional contributivo, a beneficiarios de pensiones no contributivas, a los veteranos de guerra de Malvinas, y sus familiares a cargo. En la actualidad cuenta con 4,7 millones de afiliados, de los cuales 3,6 millones tienen 65 años o más (76,5% de la población adulta mayor en Argentina).

² Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) 2002-2003.

³ Apella, I. Gasto de bolsillo en salud e impacto financiero sobre los adultos mayores en Argentina. XLIV Reunión Anual AAEP. 2009.

⁴ Flores G, Elizabeth, Rivas R, Edith, & Seguel P, Fredy. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y enfermería, 18(1), 29-41. 2012.

- 2.5 Dentro de sus principales líneas estratégicas, el INSSJP se propone realizar un abordaje integral ambulatorio de las personas con fragilidad para evitar internaciones y otras complicaciones. El modelo actual de atención del INSSJP no brinda respuesta eficiente a este grupo poblacional debido a la fragmentación en la atención, la ausencia de información integrada y unificada sobre la atención de los afiliados, barreras en el acceso a los servicios, escasas acciones de prevención y promoción, ausencia de controles y monitoreo, entre otras.
- 2.6 Ante este desafío, el INSSJP está evaluando la implementación del programa “Casa Médica Centrada en el Paciente (CMCP)”, el cual es un modelo de atención, evaluado y comprobado en Estados Unidos, que apoya y promueve la salud integral, proporcionando atención médica general y especializada con el objetivo de conservar o recuperar la salud mediante acciones preventivas, curativas y de rehabilitación. Jerarquiza el trabajo en equipo y asume la responsabilidad del cuidado del individuo y de la población a cargo con un enfoque que incluye los aspectos bio-psicosociales e integra conceptos innovadores de organización y de tecnología de la información con la medicina basada en la evidencia para optimizar el bienestar de la persona. Se ha evidenciado que CMCP disminuye el costo hospitalario, las internaciones y las consultas de emergencias. Además aumenta el acceso a los servicios de salud, la calidad de vida e incrementa la satisfacción de los pacientes, así como la efectividad de los servicios preventivos⁵.
- 2.7 Este modelo es adaptado por el INSSJP para el cuidado de las personas mayores frágiles que requieren un conjunto integrado de servicios de salud, y cuyas necesidades agotan las capacidades del actual modelo de médico de cabecera en el primer nivel de atención. El modelo se organiza en unidades funcionales o equipos de trabajo que comparten procesos de atención estandarizados, y que pueden ordenarse en tres componentes básicos: (i) Recursos Humanos (Médico de referencia, Asistente, Secretaria, Psicólogo, Psiquiatra, Nutricionista, Trabajadora Social, Equipo de medicina domiciliario, Geriatra); (ii) Herramientas de gestión (Historia clínica y receta electrónica, comunicación paciente-médico y médico equipo asistencial mediante TICs, página web para difusión de material didáctico por parte del paciente, novedades, solicitud de turnos y renovación de prescripciones, aplicativo para envío de correos electrónicos masivos, recordatorios de citas por celulares); y (iii) mejora de procesos (Integración de episodios de atención, estandarización de procesos médicos, Integración de especialidades). Todo ello promoviendo el cuidado proactivo, las decisiones compartidas y el automanejo de la salud del paciente, en el marco de un modelo de salud bio-psicosocial.
- 2.8 Cada CMCP dará respuesta integral a un grupo de 5.000 personas frágiles (1.000 pacientes por cada equipo médico). Actualmente el INSSJP se encuentra en proceso de aprobación interna de los circuitos de derivación, criterios de ingreso, modalidad de retribución y contratación. Se estima la apertura de al menos 20 CMCP dentro de los próximos 24 meses. Las primeras tres CMCP, las cuales serán sujeto de estudio de esta CT, estarán ubicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1) y en la Provincia de Buenos Aires (2) y realizarán su apertura en diciembre de 2016.
- 2.9 El objetivo de esta CT es contribuir a incrementar la efectividad y eficiencia de la atención a los adultos mayores frágiles de Argentina, a través del cierre de brechas

⁵ <https://www.pcpcc.org/results-evidence>

de conocimiento respecto a: (i) el dimensionamiento, distribución territorial y dinámica de esta población; y (ii) la Prueba de Concepto de Casa Médica, a fin de verificar que este modelo es susceptible de ser expandido ampliamente a la población derechohabiente del INSSJP.

- 2.10 Esta CT es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (AB-3008) y se alinea con el desafío de desarrollo de inclusión social e igualdad respondiendo de manera directa al desafío de ajustar los sistemas de salud al cambio en el perfil epidemiológico de la población, junto con mejorar la igualdad en el acceso a servicios de salud de calidad. Asimismo, el programa también se alinea con el área transversal de igualdad de género y diversidad, en tanto tiene el potencial de generar un modelo alternativo de cuidado que libere el tiempo de las mujeres cuidadoras para el mercado de trabajo. El programa también es consistente con la prioridad de hacer frente a la doble carga de la transición de salud de la Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4). De igual modo, la operación es consistente con el Marco sectorial de Salud y Nutrición vigente (GN-2735-7) cuyo objetivo es promover un mejor estado de salud de la población con equidad, protección financiera y sostenibilidad y establece como una de las prioridades de la actuación del Banco en el contexto de la región controlar la creciente incidencia de enfermedades crónicas. Finalmente, esta CT es consistente con el objetivo de la Estrategia de País vigente para Argentina de fortalecer y reorientar los servicios y redes de salud para una mejor gestión de las enfermedades crónicas (GN-2687)⁶ y con el Objetivo del Programa Especial de Promoción del Empleo, Reducción de la Pobreza y Desarrollo Social (SOF).

III. Descripción de las actividades/componentes y presupuesto

- 3.1 Esta CT está estructurada en dos componentes:
- 3.2 **Componente 1: Caracterización de la población adulta mayor frágil.** Este componente tiene como producto final un estudio que se propone dimensionar la cantidad de personas frágiles del INSSJP así como conocer su distribución geográfica, etaria, y por sexo⁷. Este estudio se basará en comorbilidades (registrables y registradas) en las bases de datos de dispensas y de hospitalizaciones del INSSJP. Particularmente los datos que se recolectarán son los demográficos y los correspondientes a condiciones médicas crónicas⁸. Este componente financiará consultorías individuales de un investigador principal, dos investigadores secundarios y un asistente de investigación para desarrollar la metodología, la medición de un score de comorbilidades y la estimación de la población afiliada frágil de acuerdo a diversas variables de corte.
- 3.3 **Componente 2: Prueba de Concepto de Casa Médica.** Este componente tiene un doble propósito. Por un lado, financiará la evaluación de los procesos que se requieren para poner en marcha un proyecto piloto de implementación de Casa

⁶ Asimismo, esta CT es consistente con la Estrategia del Grupo BID con Argentina 2016-2019 en proceso de aprobación, en su objetivo de contribuir a la reducción de la pobreza mejorando las capacidades humanas y el acceso a los servicios básicos.

⁷ A su vez, se evaluará –en función de la información disponible- la posibilidad de realizar una proyección con el objeto de estimar la evolución de dicha población a los efectos de estimar escenarios futuros, sin que esto implique un incremento en el costo del estudio.

⁸ Diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, demencia, depresión, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, síndrome coronario agudo, infarto agudo de miocardio, accidente cerebro vascular, neoplasias, hemodiálisis, efectos adversos gastrointestinales.

Médica, entre los que se encuentran: (i) accesibilidad y continuidad del cuidado; (ii) gestión de la salud de la población; y (iii) implementación de Guías de Práctica Clínica. Asimismo, el componente financiará una serie de productos de evaluación que, en conjunto, informen a la Dirección del INSSJP respecto a la pertinencia de expandir Casa Médica a todo el país: (i) informe de efectividad sanitaria de CMCP; (ii) informe de satisfacción de pacientes de CMCP; y (iii) informe de resultado económico de CMCP. Para ello se contratarán dos consultores individuales para Coordinador de la Evaluación de CMCP y un analista de investigación, y dos firmas consultoras. La primera de ellas para los ítems (i) y (iii) especificados anteriormente y la segunda firma para el ítem (ii).

3.4 A continuación se presenta la Matriz de Resultados del Proyecto.

Matriz de Resultados Indicativa

Objetivo: Cerrar brechas de conocimiento respecto a: (i) el dimensionamiento, distribución territorial y dinámica de esta población; y (ii) la Prueba de Concepto del modelo de atención “Casa Médica Centrada en el Paciente”, a fin de verificar que este modelo es susceptible de ser expandido a la población derechohabiente del INSSJP.							
Producto	Unidad	Línea basal (2016)	Meta en 2017	Meta en 2018	Meta final	Costo (\$US)	Medio de verificación
Componente 1: Caracterización de la población adulta mayor frágil							
Estudio sobre población afiliada frágil finalizado	Estudio	0	0	1	1	85.000	Informe de Consultoría remitido por el INSSJP
Componente 2: Prueba de Concepto de Casa Médica							
Evaluación de procesos de CMCP finalizada.	Estudio	0	1	0	1	40,000	Informes de Consultoría remitidos por el INSSJP
Evaluación de efectividad sanitaria de CMCP finalizada	Estudio	0	0	1	1	92,500	
Evaluación de satisfacción del paciente de CMCP finalizada.	Estudio	0	0	1	1	57,500	
Evaluación de costo-efectividad de CMCP finalizada.	Estudio	0	0	1	1	70,000	

3.5 La CT tiene un costo estimado de US\$350.000, de los cuales la totalidad corresponden a financiamiento no reembolsable del Fondo Social del BID.

Presupuesto Indicativo (en Dólares Americanos)

Componente	BID (Fondo Social)	%
Componente 1: Caracterización de la población adulta mayor frágil.	85.000	24,3
Componente 2: Prueba de Concepto de Casa Médica.	260.000	74,3
Auditoría	5.000	1,4
Total	350.000	100

3.6 La Unidad del Banco con Responsabilidad de Desembolso será SPH/CAR. No se prevé financiamiento transaccional específico para la supervisión de esta operación.

IV. Agencia Ejecutora y estructura de ejecución

4.1 El Organismo Ejecutor (OE) será el INSSJP, el cual funciona como persona jurídica de derecho público no estatal, con individualidad financiera y administrativa (Ley

25.615, promulgada el 22 de julio de 2002). La estructura institucional para la ejecución de la CT estará conformada de la siguiente manera: (i) Responsable Técnico, cuya función será supervisar y aprobar los contenidos técnicos de la CT, ejercido por el titular de la Secretaría General Técnico Médica; (ii) Responsable Administrativo, cuya función será supervisar y aprobar las contrataciones de servicios realizadas en el marco de la CT, ejercida por el titular de la Gerencia de Administración, dependiente de la Secretaría General de Administración; y (iii) Responsable Financiero, cuya función será supervisar y aprobar los pagos y la gestión financiera de los recursos de la CT, ejercida por el titular de la Secretaría General Técnico Financiera.

- 4.2 EL OE presentará al Banco semestralmente informes con información sobre: (i) el desempeño en el cumplimiento de los objetivos y resultados acordados en cada Plan Operativo Anual (POA) y en el Reporte de Monitoreo del Programa (PMR), incluyendo el análisis y seguimiento de los riesgos que los afectan y medidas de mitigación; (ii) el estado de ejecución y situación del plan de adquisiciones; (iii) el cumplimiento de las cláusulas contractuales; y (iv) el estado de ejecución financiera del presupuesto del programa. Además, el informe del segundo semestre de cada año calendario incluirá: (i) el POA para el año siguiente; y (ii) el plan de adquisiciones actualizado.
- 4.3 Se prevé realizar los desembolsos del Banco a través del anticipo de fondos. El porcentaje mínimo que se requerirá para la reposición del anticipo será de 80%. El tipo de cambio que se aplicará en relación con los gastos efectuados en moneda local será el de la fecha de pesificación de los desembolsos del Banco. Con respecto a la auditoría externa, se llevará a cabo una al final del proyecto, a través de una Firma Auditora Independiente elegible para el Banco. La contratación de consultores con cargo al financiamiento del Banco, seguirán sus Políticas (GN-2349-9 y GN-2350-9, respectivamente). No se prevé financiar gastos retroactivamente.

V. Riesgos importantes

- 5.1 El INSSJP posee vasta información sanitaria y social sobre sus afiliados, la cual hasta la actualidad no ha sido aprovechada apropiadamente y en su totalidad debido principalmente a: (i) la falta de procesos automatizados de depuración y validación de registros; y (ii) la información se encuentra compartimentada en diversas bases de datos en formatos y sistemas diferentes. Esos dos elementos técnicos constituyen el principal riesgo identificado para la apropiada ejecución de la CT y el logro de sus objetivos, ya que la información es el insumo crítico de los estudios a realizar. Para mitigar este riesgo, se planea la implementación de tareas de depuración de bases, con personal asignado específicamente a tales fines, así como el desarrollo de herramientas para interoperabilidad de las bases.
- 5.2 Por otro lado, esta CT será la primera operación que el INSSJP ejecuta con recursos de un organismo multilateral, por lo cual el Banco estima que tiene un riesgo fiduciario alto. Por ello, la modalidad de la supervisión de los procedimientos de contratación será ex ante para cada tipo de contratación que se realice. Asimismo, el Banco llevará a cabo un taller de capacitación al equipo fiduciario del INSSJP, previo al inicio de la ejecución de esta operación. Finalmente, la entrada en vigencia de un Manual Operativo, previa aprobación del Banco, será condición previa al primer desembolso de la CT.

VI. Excepciones a las políticas del Banco

6.1 No se prevén excepciones a las Políticas del Banco.

VII. Salvaguardias Ambientales

7.1 La presente operación ha sido clasificada como categoría "C", ya que no se prevé ningún efecto adverso social o al medioambiente (ver [Filtros Ambientales](#)).

Anexos:

[Solicitud del Cliente](#)

[Términos de Referencia](#)

[Plan de Adquisiciones](#)