

Carpeta N°: 665.898/23 Resolución N° 93. -Ob.SBA/23.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 17 FEB 2023 -

VISTO:

Lo normado por la Ley N°472, el Decreto Ley N°1510/97, Decreto N° 217/2021 y Decreto N°371/22 del GCABA, la Disposición 419-Ob.SBA/22 y 35-Ob.SBA/23.

CONSIDERANDO:

Que la Obra Social de la Ciudad de Buenos Aires se encuentra atravesando una situación crítica de carácter integral, que incide en forma directa en el cumplimiento del objeto de la misma, establecido en el artículo 3° de la Ley N°472, y en el marco normativo del derecho a la salud regulado en la Ley N°153.

Que dicha situación amerita la toma de decisiones y el desarrollo de medidas que tengan como finalidad su fortalecimiento institucional, a fin de subsanar las deficiencias y mejorar su funcionamiento, llevando a cabo un reordenamiento integral.

Que, para llevar adelante el reordenamiento referido, el Directorio, en primer término, en su Reunión Ordinaria N° 344, llevada a cabo en fecha 17 de noviembre de 2022, dispuso la aprobación de importantes medidas con la finalidad de desarrollar todas las acciones conducentes para generar, en el menor plazo posible, las condiciones, capacidades y potencialidades por parte de la entidad, para brindar a sus afiliados los servicios y las prestaciones de salud a su cargo con la mayor eficiencia, seguridad y calidad, tal como la declaración de la emergencia sanitaria dispuesta mediante Disposición N°416-Ob.SBA/22.

Que para ello, entre las medidas adoptadas, la reorganización administrativa se estableció como una de las herramientas fundamentales para el logro de los objetivos planteados, por lo que se dispuso la adopción de las modificaciones necesarias para la readecuación de la Estructura Orgánica Organizativa de la entidad.

Que la ley N° 472 fija en su articulado deberes y atribuciones de administración únicamente para el Directorio y la Presidencia. Son estos quienes adoptan de manera exclusiva, respetando los límites establecidos en los artículos N° 10 y N° 13 de la Ley mencionada, todas las acciones para llevar adelante los fines institucionales.

Que asimismo el inc. f del artículo N° 13 de la Ley N° 472 le otorga al Presidente la competencia de delegar en el Vicepresidente, Directores u otros funcionarios jerárquicos del organismo funciones administrativas.

Que en ese marco, mediante Disposición N°419-Ob.SBA/22 se efectuó la modificación de la estructura referida, a través de la creación de las distintas áreas consignadas en dicho acto administrativo.

Que en esta línea, para llevar adelante el reordenamiento precedentemente referido, el Directorio, en su Reunión Ordinaria N° 352, llevada a cabo en fecha 26 de enero de 2023, dispuso una nueva modificación de la Estructura de la Obra Social, para seguir avanzando en la implementación de las medidas necesarias para el logro de los objetivos planteados.

Que en consecuencia se dictó la Resolución 35-Ob.SBA/23 por la cual se materializó la creación del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor.

Que para garantizar la eficacia en la implementación del Programa es necesario crear la Unidad Administrativa con la finalidad de llevar adelante las tareas de dicha índole.

Que a los efectos de conferir el marco institucional y reglamentario requerido, corresponde el dictado de la presente norma, mediante la cual se formalice los nombramientos de la estructura mencionada.

Por todo ello, en cumplimiento de los deberes y en el marco de las atribuciones conferidas en el artículo 10 inc. a, b y j y artículo 13, inc. a, i y j de la Ley N°472/00 (B.O.C.B.A. 1025), Decreto 371/22 del GCABA,

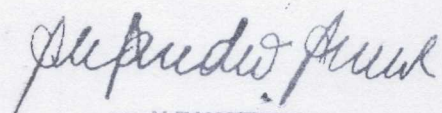
**EL PRESIDENTE DE LA
OBRA SOCIAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
RESUELVE**

Artículo 1°: Crease la Unidad Administrativa del Programa de Atención Integral del Adulto Mayor.

Artículo 2°: Designase a la Dra. Analía Nancy Adad, DNI N°14.943.742, como responsable del Programa de Atención Integral del Adulto Mayor, a partir del dictado de la presente Resolución.

Artículo 3°: Designase a la Sra. Florencia Fernanda Bianco, DNI N°26.311.919, como responsable de la Unidad Administrativa creada en el artículo 1° de esta disposición.

Artículo 4°: Regístrese, tomen conocimiento Sindicatura, Jefatura de Gabinete, Secretaría General, Secretaría de Asesoría Médica, Unidad de Auditoría Interna (U.A.I), Secretaría Legal y Técnica, Conducción Ejecutiva de Asuntos Jurídicos, Conducción Ejecutiva de Prestaciones Médicas, Conducción Ejecutiva de Recursos Económicos y Financieros, Dirección General y Dirección General Adjunta de Recursos Humanos y el Consejo de Administración del Sanatorio "Dr. Julio Méndez". Cumplido, archívese.-



Anexo I

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

1. FUNDAMENTOS

Estamos ante un proceso de transición demográfica que pone en evidencia el aumento de la cantidad de las personas mayores. A nivel mundial las personas mayores a 60 años constituyen el 12 % del total de la población, porcentaje que se estima se duplicará para el 2050. Argentina es uno de los países más envejecidos de Latinoamérica. Como consecuencia de esta realidad surge la necesidad de afrontar sus requerimientos y necesidades que son muy diferentes al resto de los otros grupos etarios. La Asamblea General de las Naciones Unidas declara del 2021-2030 la “Década del envejecimiento saludable” siendo la principal estrategia lograr y apoyar acciones para mejorar la vida de las personas mayores, su familia y la comunidad donde viven.

Las políticas de promoción de la salud orientadas al adulto mayor son acciones costo efectivas que pueden reducir factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas, además de reducir la demanda de servicios en el futuro. Existe suficiente evidencia científica acerca del impacto que la detección temprana, la intervención apropiada y el seguimiento planeado tienen en la salud integral y la calidad de vida de los mayores.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, prevenibles en gran medida, son una causa importante de discapacidad y asociada a malnutrición y/o enfermedades infecciosas la carga sería doble. Promovemos la atención transversal, con acciones múltiples e integradas.

Sensibilizar a la sociedad para comprender que el envejecimiento es parte del ciclo de vida y no una etapa diferente de otras.

Incorporar la visión de los propios adultos ya que existe la percepción de insatisfacción en relación con la calidad de los servicios de atención

Evitar barreras arquitectónicas, administrativas y actitudinales que conllevan a disminuir la calidad en salud.

2. PROPÓSITO GENERAL

Iniciar un programa integral que contemple:

- Promoción, y prevención de la salud biológica, psicológica, social y espiritual.
- El envejecimiento activo y saludable
- La atención primaria
- Los servicios de cuidado domiciliarios de baja y alta complejidad y el soporte para las personas mayores en situación de dependencia.
- Manejo adecuado en internación.
- El acompañamiento al final de la vida.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer la accesibilidad al sistema de salud.
- Promover medidas enfocadas al envejecimiento activo y a la prevención de situaciones de dependencia.
- Identificar al adulto mayor sano.
- Asesorar al adulto pluripatológico.
- Establecer una red de atención gerontológica.
- Desarrollar una cartilla de servicios y prestaciones para la población objetivo.
- Capacitar RRHH en salud gerontológica.

- Promover la investigación.
- Generar redes de apoyo con los pares
- Facilitar el acceso a la información
- Nominalizar al afiliado mayor.
- Listado de enfermedades prevalentes.
- Disminuir morbimortalidad.
- Disminuir internaciones y reinternaciones.
- Evitar polifarmacia.
- Favorecer el uso racional de recursos.
- Prevenir discapacidad.
- Estimular inclusión social, laboral y familiar.
- Implementar acompañamiento al final de vida.

4. MISIÓN

Brindar servicio al afiliado mayor sano, frágil, dependiente, por medio del programa especializado interdisciplinario.

5. VISIÓN

Ser el centro de referencia moderno e innovador en geriatría. De excelencia en la prevención, asistencia, docencia e investigación.

6. VALORES

Ser un servicio altamente calificado en capacitación continua, búsqueda constante de la satisfacción del afiliado.

Respeto por la vida y la dignidad humana.

Ética y excelencia del personal y de los profesionales.

7. PLANIFICACIÓN

Trípode de atención

1-Valoración gerontogeriátrica integral.

2-Trabajo en equipo interdisciplinario.

3-Niveles asistenciales

3-1 ambulatorio.

3-2 internación.

3-3 continuidad de la atención (post alta)

3-4 residencia de larga estadía.

3-5 acompañamiento de fin de vida.

8. EJECUCIÓN (en etapas)

I - Fase inicial

Detección de adultos mayores para incorporar al programa

AMBULATORIO

-Objetivo de la derivación al servicio, diagnosticar síndromes geriátricos.

-Se recibirán pacientes mayores de 65 años derivados por su médico de cabecera. A todo servicio se confeccionará la ficha de derivación en la Historia Clínica Electrónica (HCE).

-Se recibirán los pacientes que cumplimenten con uno o más de los siguientes criterios:

- ✓ Diagnóstico de fragilidad.
- ✓ Más de una caída en los últimos 6 meses
- ✓ Ingesta de más de 5 medicamentos o más de 3 con duda profesional de prescripción inadecuada.
- ✓ Falla cognitiva con repercusión objetiva de las actividades de la vida diaria.

UNA VEZ IDENTIFICADO EL PACIENTE

-Se elabora un plan de intervención.

-Se lo vincula con los servicios necesarios para la misma.

-Se entrega el informe a médico derivante.

-Se controla según ficha por vía TE. y/o presencial, siendo la 2da visita requerida con familiar.

-Si el paciente no cumpliera criterios, se lo ingresa en ficha de adulto mayor sano, se lo invita a participar a los talleres y se lo recita al año (si no mediase intercurencia)

II - Segunda fase

INTERNACIÓN

Los pacientes mayores a 90 años serán vistos por el equipo sin mediar interconsulta. Evaluando motivo de internación, cognición, alimentación, movilidad, polifarmacia, medio social, formación de escaras, alta precoz.

Las interconsultas del médico interno serán respondidas en un lapso no mayor a 48 hs.

Se evaluará el pedido y se elabora plan de intervención.

Tanto en ambulatorio como en internación el servicio toma participación activa en comités de oncología, traumatología, cirugía, hematología, cardiología y neurología.

Se completará una ficha evaluando: motivo de internación, medicación, movilidad, cognición, nutrición, medio social y alta precoz

III - Tercera fase

UNIDADES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Equipo mínimo.

-Médico/a

-Enfermero/a

-Trabajador social

Llevarán a cabo el soporte domiciliario y las interconsultas de pacientes internados.

Objetivos:

- Continuidad de atención en paciente crónico complejo.
- Facilitar alta hospitalaria a paciente complejo.

- Evitar ingresos y derivaciones innecesarias.
- Facilitar cuidado de fin de vida en domicilio.
- Retrasar institucionalización innecesaria.
- Educación sanitaria al paciente, cuidador y familiar.

ACOMPAÑAMIENTO AL FINAL DE LA VIDA

RESIDENCIA DE LARGA ESTADÍA.

CAPACITACIÓN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

INVESTIGACION EN EL CAMPO DE LA GERONTOLOGIA

- Formación de pre y post grado.
- Rotaciones obligatorias de residencia de clínica médica en el servicio.
- Curso multidisciplinario anual de capacitación.
- Formación de asistentes gerontológicos.
- Voluntariado.

TALLERES

- Alimentación saludable.
- Prevención de caídas.
- Vacunas en el adulto mayor.
- Prevención de accidentes domiciliarios.
- Clínica de la memoria.
- Enseñanza del autocuidado.
- Taller de redes.
- Prevención de adicciones.
- Sexualidad.
- Actividades comunitarias.
- Talleres de recreación: huerta vertical, boxeo recreativo, ajedrez, danzas, canto, pintura, tejido, taller literario y otros.

9. SEGUIMIENTO

Medidas a establecer con el servicio.

10. EVALUACION

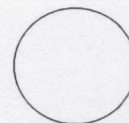
Evaluaremos el desempeño a través de indicadores de:

- Eficacia.
- Oportunidad.
- Proceso.
- Impacto.
- Resultado.
- Calidad de la atención.

11. RECURSOS

Unidad de atención:

- 1 médico a cargo.
- 5 médicos geriatras o de familia con orientación gerontológica.
- 2 enfermeras.
- 2 trabajadores sociales



- 1 terapeuta ocupacional.
- 1 fonoaudiólogo.
- 1 nutricionista.
- 1 kinesiólogo.
- 1 psicólogo.
- 2 consultorios equipados con: camilla, banquito, silla con apoya brazos y sin apoya brazos, dinamómetro, balanza, tensiómetro que funcionen durante el turno mañana y turno tarde. Los turnos serán administrados por el servicio.
- 1 referente de cada especialidad para llevar a cabo las interconsultas que serán implementadas vía secretaria.
- 1 secretaria.

Unidad de capacitación, docencia e investigación

- 1 médico a cargo.
- Responsables a cargo de talleres.
- 1 secretaria.

Unidad de cuidados de fin de vida

- 1 médico a cargo.

Unidad de continuidad asistencial

- 1 móvil a cargo para traslado del equipo.

12. GLOSARIO

Envejecimiento: es un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que va determinando una pérdida progresiva de adaptación a los cambios. No hay una causa única que lo explique, sino que es multifactorial.

Envejecimiento activo: es el proceso de optimizar oportunidades para la salud, la participación y la seguridad de manera que se realce la calidad de vida a medida que se envejece. Se toman en consideración los determinantes de salud que incluyen los procesos conductuales, ambientales, sociales, económicos, biológicos y psicológicos que operan a través de todos los estadios del curso de la vida y determinan la salud y el bienestar en edad avanzada.

Envejecimiento saludable: es el proceso continuo de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida.