

ANDRÉS CHIANALINO:

Es un hombre de la casa y lo dice con orgullo, con la nobleza de los agradecidos. Es integrante de la Asociación de Economía de la Salud (AES), y su paso por ISALUD le dió el conocimiento académico para desempeñarse en la gestión.

“SI LA PERSONA NO SE CUIDA, NO HAY MÉDICO NI TRATAMIENTO QUE PUEDA SER ÚTIL”

La Maestría en Economía y Gestión de la Salud, en ISALUD, fue para Andrés Chianalino la herramienta esencial que le permitió abordar con eficacia y determinación la compleja situación con la que se encontró al asumir la titularidad en la Obra Social del Personal de Luz y Fuerza de la Provincia de Córdoba, que de 11.000 afiliados que recibían una precaria prestación de servicios pasó a tener 14.000, con una cobertura médica y de servicios completamente diferente. “Si no hay compromiso de la persona en el autocuidado de la salud, no hay médico ni tratamiento que pueda ser útil”, advierte.

—¿Cuál era la situación de la Obra Social de Luz y Fuerza de Córdoba al asumir su gestión?

—Yo asumo en 2003 la titularidad de la obra social, que se encontraba en una situación muy crítica ya que tenía una deuda de \$ 20 millones, una recaudación de \$400.000 pesos y un gasto mensual de \$500.000. El déficit mensual era del 20%, tenía el edificio donde funcionaba la obra social en ruinas, incluso había sido puesto casi



como garantía para el cobro de los acreedores de la obra social; contaba con un solo prestador y había perdido casi el 30% de sus afiliados. Por esta situación la obra social prácticamente no prestaba servicios.

—¿Y a qué le dieron prioridad?

—Lo primero que hicimos fue conformar con los secretarios generales de los tres gremios que integran la obra social un plan conjunto, de consenso, donde logramos unificar criterios de

gestión y a partir de ahí nos propusimos cumplir con un programa de entre ocho y diez puntos, realizable en un año y en el cual el principal objetivo fue lograr un equilibrio económico financiero, ya que era difícil de sostener la situación tal como estaba. En segundo lugar, ese equilibrio económico financiero tenía que ver y estaba relacionado con la homologación del concurso de acreedores, en el cual la obra social estaba presentada. Otro aspecto importante fue recuperar y ampliar la

cantidad y la calidad de los servicios que se le daba a la población, porque en el mercado cuando uno viene con determinado nivel de comportamiento la recuperación del crédito y la confianza, no es una tarea sencilla.

—¿Cuál fue la clave de la recuperación?

—Después de nueve años de gestión la situación cambió gracias a que pudimos desarrollar conceptos que hoy consideramos indispensables para mejorar la salud y la calidad de vida de los afiliados. Al ser una obra social sin fines de lucro todo el caudal de recursos se vuelca en nuevos y mejores servicios, por lo tanto estamos convencidos que el cambio cultural de los afiliados y el modelo de prestación actual es muy diferente a la asistencia médica hegemónica de otros años. La educación que se le brinda y la circulación de la información hacen visible la accesibilidad de los servicios. Al hacer un relevamiento para evaluar la satisfacción del usuario, de sus expectativas para con la obra social, detectamos que lo que estaba fallando era la educación y a partir de ahí decidimos cuál sería la estrategia.

—¿La comunicación fue una herramienta importante?

—Una gran problemática de los servicios de salud tanto públicos como privados es que si el afiliado no recibe la información precisa le resulta muy difícil acceder a los servicios porque no sabe por dónde ni cómo iniciar una atención. Cuando lo hace por un lugar erróneo se le complica todo el trámite. Por eso hay que transmitir, educar y explicar muy bien cómo funciona el servicio. Nosotros utilizamos como herramientas los programas de prevención que desarrollamos tanto en nuestra página web como en la revista institucional *Ser Solidario*. Por otro lado el tema de la educación es fundamental para que el afiliado o

paciente entienda que si no hay un compromiso o una mayor participación de su parte en trabajar en el autocuidado de su salud no hay médico ni tratamiento que le pueda ser útil.

—¿Y de qué manera afrontaron esa “batalla cultural” que debían dar?

—Nosotros intentamos poner en marcha un programa de prevención cardiovascular y citábamos a los pacientes, les mandábamos folletos, pero la gente no venía o lo hacía una o dos veces y después dejaba de venir. Cuando vimos esto se nos ocurrió empezar a hacer los *screening* en los lugares de trabajo. Ahí comenzamos a revertir la situación, contamos con la participación de los delegados sindicales y de los trabajadores. Al dis-

Al hacer un relevamiento para evaluar la satisfacción del usuario, de sus expectativas para con la obra social, detectamos que lo que estaba fallando era la educación y a partir de ahí decidimos cuál sería la estrategia.

poner de centros para realizar todo el proceso, montamos una cadena en la misma empresa con los equipos móviles, los pacientes fueron cumpliendo con las diferentes etapas y así pudimos evaluar los factores de riesgo, como el colesterol, diabetes, hábitos alimenticios, presión arterial, y sedentarismo. Pero lo importante de esta experiencia es que cuando se realiza el *screening* automáticamente se carga todo en una base de datos y esto contribuye a la continuidad del plan. El *screening* ya hace cinco años que lo venimos realizando y todos esos datos tienen que estar accesibles en tiempo real y forma, cargados en la base de todos los pacientes. Esto que realizamos en los lugares de trabajo, más los jubilados a los que les hacemos el *screening* en los consultorios y en

los centros de jubilados, nos permite saber qué pacientes están en riesgo.

—¿Cómo le dan continuidad al plan de prevención?

—Una vez que contamos con todos los datos, entran en el programa de control de factores de riesgo, se le asigna al paciente un médico y se le hace un seguimiento mensual o bimestral, de acuerdo a la gravedad o complejidad de su patología. Trabajamos con un equipo interdisciplinario de unas 2500 personas que componen el programa de controles de factores crónicos y para mejorarlo cada día establecimos incentivos a los pacientes para que trabajen en su autocuidado. Por ejemplo, en el caso de los medicamentos que hoy están cubiertos en un 70% por el PMO (Programa Médico Obligatorio), si el paciente cumple con los objetivos fijados entre él y su médico, del autocuidado tanto sea en los niveles de diabetes, de presión, de colesterol, se le cubre el medicamento en un 100%. Y esto, sin duda, repercute en una vida con menos complicaciones, menos internaciones. No digamos menos gasto, pero seguramente sí en una mejora de su calidad de vida.

—¿Qué significó para usted el paso por la Maestría en ISALUD?

—Creo que brinda un plus muy importante a la hora de gestionar. Y cuando se lleva un cierto período en el sector, lo que se valora de los cursos y de la capacitación es que pueden encontrar continuidad en el tiempo. Y eso es precisamente lo que ha hecho sostenible la propuesta de la Universidad ISALUD, que ha ido creciendo en el tiempo y en todos los ámbitos de la salud uno se encuentra con alumnos o ex alumnos que han pasado por esta casa de estudios. Y hay en esto una gran puesta de energía por parte de Ginés González García, que vio en esta idea un lugar donde volcar toda su experiencia en la gestión. 